

TÉMOIGNER DES RISQUES

LES CAHIERS

S.M.T. N°26

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

MAI 2012 20 €

ISSN 1624-6799

QUELLE MÉDECINE DU TRAVAIL DEMAIN ?

C LINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

L E FONCTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE MÉDICALE
DE MÉDECINE DU TRAVAIL

L A CONTRIBUTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL
À L'IDENTIFICATION DES EXPOSITIONS
PROFESSIONNELLES

L A RÉFORME DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Éditorial	<i>Dominique HUEZ</i>	3
Clinique médicale du travail		
Une entreprise familiale	<i>Annie LOUBET</i>	4
Troubles anxieux, choix du métier, pratique médicale	<i>Annie LOUBET</i>	8
Travailler en couple, intrication de l'économie du travailler et de l'économie du désir	<i>Dominique MARY</i>	12
Risque suicidaire et passif professionnel	<i>Dominique MARY</i>	14
Différents éclairages d'une facette d'un RPS : le conflit éthique, source de souffrance au travail	<i>Karine DJEMIL</i> <i>Martine BESNARD</i>	16
Mourir au travail	<i>Nicolas SANDRET</i>	23
Le fonctionnement de l'équipe médicale du travail		
L'équipe médicale relevant du Code de la santé publique dans les SST	<i>Odile RIQUET</i> <i>Alain GROSSETÊTE</i>	26
Secrétaire médicale et ASST, comment créer la confusion	<i>Benoît DE LABRUSSE</i>	28
L'équipe médicale relevant du Code de la santé publique dans les SST Liens du pôle médical avec le pôle pluridisciplinaire	<i>Benoît DE LABRUSSE, Gérard LUCAS, Dominique HUEZ</i>	31
La contribution du médecin du travail à l'identification des expositions professionnelles		
Une publication essentielle, une lecture qui suscite l'enthousiasme : <i>La santé au travail entre savoir et pouvoir (19^{ème} – 20^{ème} siècles)</i>	<i>Alain CARRÉ</i>	36
Faut-il mettre les travailleurs au biberon pour assumer leur prévention ?	<i>Dominique HUEZ</i>	38
Médecin du travail et pénibilité	<i>Annie DEVEAUX</i>	39
Les salariés de l'entreprise de propreté en péril	<i>JEAN-MARIE EBER</i>	44
Un état magicien, comment rendre invisibles les risques chimiques au travail	<i>Alain CARRÉ</i>	46
Les impasses de la traçabilité des expositions par le médecin du travail	<i>Florence JÉGOU</i>	47
La contribution du médecin du travail à l'identification des expositions professionnelles Quelle traçabilité liée à la responsabilité du médecin du travail ?	<i>Benoît DE LABRUSSE, Florence JÉGOU, Dominique HUEZ, Alain CARRÉ</i>	51
La réforme des services de santé au travail Stratégies professionnelles face à la nouvelle loi		
La santé au travail, « matière noire » de l'univers de la santé publique	<i>Alain CARRÉ</i>	57
Santé et médecine du travail, <i>Apocalypse now</i>	<i>Collectif Bourg-en-Bresse</i>	58
Des stratégies face au projet de réforme des services de santé au travail	<i>Jocelyne MACHEFER</i> <i>Annie DEVEAUX</i>	62
Un état des lieux, une réforme destinée à en finir avec la médecine du travail	<i>Alain CARRÉ</i>	67
Bilan SMT 2011	<i>Alain RANDON</i>	76

É D I T O R I A L

RENFORCER LA MÉDECINE DU TRAVAIL

La mission, l'utilité sociale, l'obligation professionnelle des médecins du travail est de veiller, témoigner, permettre l'action de prévention individuelle et collective pour tout ce qui concerne la prévention et le diagnostic des atteintes à la santé du fait du travail. Il y engage sa responsabilité professionnelle de médecin du fait de son cadre d'exercice réglementé et protégé juridiquement. Il en répond juridiquement éventuellement. Si besoin, il peut attester médicalement, pour protéger la santé des salariés, certifier de leur éventuelle pathologie dont il doit instruire le lien avec le travail. Le cadre actuel le permet fort mal ; le nouveau cadre aggrave la situation.

Face à la crise du travail et de ses effets délétères, notre société, par un débat démocratique, doit pourtant faciliter l'engagement de la responsabilité du médecin du travail lors de son exercice professionnel. **Il faut donc clarifier ou redéfinir un cadre médical de protection de la santé des travailleurs, cadre qui relève de l'intérêt général et de la mission régalienne de l'État.**

L'équipe médicale de médecine du travail doit pouvoir y assurer une mission exclusive d'ordre public de prévention médicale. Son exercice se déploie alors exclusivement du côté de la prévention de la santé des travailleurs. Tous ses membres doivent relever des obligations du code de la santé, médecin du travail, infirmier du travail, secrétaire médicale et assistant médical en prévention des risques pour la santé des travailleurs.

La coopération de l'équipe médicale du travail avec des organismes ou Intervenant en Prévention des Risques Professionnels, (en ce qui concerne ces derniers par ailleurs conseillers des entreprises pour y évaluer les risques et élaborer des propositions d'amélioration), doit être encadrée juridiquement pour éviter tout conflit d'intérêt et respecter le statut de chacun.

Le financement de tels services de médecine du travail doit rester assuré par les employeurs qui sont responsables d'éventuelles atteintes à la santé ; mais ces derniers ne doivent pas intervenir majoritairement dans sa gouvernance. Le contrôle social par la représentation des salariés doit garantir l'indépendance d'action des professionnels et faciliter la prise en compte des besoins concrets en santé au travail. Le rôle des directions de tels services consiste à mettre à disposition les moyens nécessaires aux missions des équipes médicales du travail. L'indépendance et le cadre d'exercice de chacun de ses membres doit relever du Code de la santé publique et du Code du travail.

Un médecin du travail accompagne médicalement individuellement chaque salarié. Cette pratique est invisible au-delà de la personne concernée, mais souvent nécessaire pour éviter une médicalisation excessive par les traitements pharmacologiques ou des arrêts maladies qui ne permettraient pas une restauration de la santé au travail. Mais un médecin du travail doit pouvoir aussi accompagner les collectifs ou petites communautés de travail. Ainsi, il peut par exemple ébaucher des pistes de compréhension d'organisation ou de relations du travail délétères, en rendant compte des causes des souffrances psychiques professionnelles, des TMS ou autres troubles rhumatologiques, à partir de ses notes cliniques recueillies au fil des consultations.

À partir de l'articulation de cette double pratique individuelle et collective, tout médecin du travail doit pouvoir construire un système de « veille médicale en santé au travail ». Il devrait le présenter en CE ou en CHSCT ou en informer les DP dans les TPE. Ainsi le médecin du travail doit pouvoir être en situation de prendre ses responsabilités en matière d'alerte médicale comme pour les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental (RPS). Il en est de même pour l'exposition aux CMR. Il en est de même pour déployer des mesures de sauvegarde médicale, individuelles ou collectives.

Ce Cahier SMT N°26 a pour ambition de continuer la réflexion sur le métier de médecin du travail, de mettre en discussion les différentes façons dont nous élaborons une clinique médicale du travail. Il a aussi pour ambition de « démonter » les ressorts du démantèlement de la médecine du travail parce que nous ne nous résignons pas à son instrumentalisation pour la « gestion des risques » des entreprises.

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

UNE ENTREPRISE FAMILIALE

Annie LOUBET, médecin du travail

Je fais la connaissance de Christian en juillet 2009, en reprenant un nouveau secteur. Né en 1958, il est entré dans la vie professionnelle en intégrant la scierie familiale en juin 1977. Il a quitté l'école en quatrième, et a préparé un CAP d'ajusteur. La scierie a été créée par le père décédé à 50 ans, en 1973. Le même jour, je fais la connaissance de ses deux frères aînés qui travaillent aussi dans la scierie et des deux autres salariés manutentionnaires.

Depuis 1980, l'entreprise est suivie par notre service et sera suivie par le même médecin du travail de 1980 à 2008. Scieur, cariste, ouvrier polyvalent puis chauffeur les 9/10 du temps, Christian a souffert précocement de lombalgies avec, mentionné dès l'âge de 23 ans, le port d'un lombostat pour travailler et la question posée d'un changement de poste de travail. À l'âge de 24 ans, il sera hospitalisé six semaines pour dépression. Pendant deux ans, il continue à porter périodiquement un lombostat, les lombalgies étant toujours aussi fréquentes. À partir de 1984 et pendant cinq ans, les notes du dossier sont plus optimistes : moins d'insomnies, moins de lombalgies, le lombostat n'est porté que pour les travaux de maçonnerie liés à la construction de sa maison.

En 1989, des lombalgies plus fréquentes font à nouveau envisager un reclassement professionnel. À partir de 1991 et 1992, apparaissent des douleurs de l'épaule droite nécessitant des infiltrations ; Christian travaille alors à mi-temps comme conducteur de grumier et à mi-temps en préparation de commandes, c'est-à-dire beaucoup de manutentions manuelles de pièces de charpente.

Pendant les quinze années suivantes, chaque année sont mentionnées des troubles musculosquelettiques liés aux manutentions, aux vibrations de la tronçonneuse (sciaticque, hygroma des genoux, douleurs des épaules, des coudes, des mains, maladie de Dupuytren, gonalgies). La tendinopathie de l'épaule a été prise en charge en maladie professionnelle. L'utilisation de la tronçonneuse thermique représente de deux à quatre heures de travail par jour. En 1998, l'achat d'un nouveau camion est mentionné (le travail y est moins pénible).

En 2007, pour la première fois, le dossier médical fait mention de désaccord de gestion entre les frères, Christian souhaitant des investissements pour faciliter les manutentions. Il travaille alors à mi-temps comme chauffeur (avec utilisation de la tronçonneuse thermique dans les bois pour mettre les grumes à longueur lors des chargements) et à mi-temps en préparation de commandes

Le 10 juillet 2009, c'est la première fois que je rencontre Christian. Comme chaque fois que je le verrai (mais ma collègue me confirmera que c'était ainsi avec elle), il a les yeux pleins de larmes. Pendant l'hiver il a présenté deux épisodes de lombalgies et les radiographies ont confirmé une discartrorse. Il est actuellement sous traitement pour des douleurs des deux épaules, des deux coudes et des deux poignets.

Son poste de travail actuel est le même; préparateur de commandes à la main ou au Fenwick°, chauffeur pour livraison des charpentes chez les clients et chargement des grumes en forêt. Une lettre lui est remise pour son médecin traitant avec demande des résultats des examens pratiqués à la recherche de lésions liées aux vibrations ainsi qu'un certificat médical initial attestant des tendinites des épaules et des coudes, s'il souhaite déclarer ces pathologies comme professionnelles. Il lui est également précisé qu'il peut reprendre rendez-vous si besoin pour tout problème de santé lié au travail. Christian reparle alors des désaccords sur les investissements pour réduire les manutentions manuelles. Je prévois d'aller visiter l'entreprise, car ce secteur d'activité est nouveau pour moi et j'ai besoin de rencontrer les salariés sur leur lieu de travail pour mieux comprendre l'organisation.

Le 11 décembre 2009, Christian a pris rendez-vous, il est en arrêt de travail et a fait une déclaration de maladie professionnelle. Un rendez-vous de consultation chirurgicale est prévu Christian appréhende beaucoup le transport du bois en raison surtout des douleurs occasionnées par l'utilisation de la tronçonneuse.

Les situations handicapantes pour lui sont : le tri en sortie de scie, le travail à la tronçonneuse lors des chargements de

grumes qui pourrait peut-être supprimé par l'installation d'un grappin découpeur. Il imagine l'installation d'un portique avec ventouse pour les manutentions. Ce qu'il préfère, c'est conduire, il avait même envisagé de s'installer comme travailleur indépendant.

Il appréhende de travailler seul avec Raymond, son deuxième frère ; « *Il est dur* » dit-il, et la retraite de Jean-Pierre, l'aîné est prévue pour l'année suivante. Je lui propose de constituer un dossier « travailleur handicapé » à la MDPH, de rencontrer l'intervenant SAMETH du secteur et lui demande de réfléchir à des solutions techniques qui pourraient limiter ses difficultés. Il a déjà envisagé l'installation d'un « grappin découpeur » sur le camion pour ne plus avoir à utiliser la tronçonneuse, mais c'est un investissement lourd (15 000 €).

Le 5 mars 2010, Christian a pris rendez-vous : il est toujours en arrêt, a fait une déclaration de pathologie professionnelle complémentaire pour ses gonalgies (?) et ses douleurs de poignets. Il signale une période d'amélioration de son état de santé en janvier mais une récurrence douloureuse récente : « *C'est le stress* » dit-il. Il ne dort pas bien car il est inquiet pour l'avenir. Il a chiffré l'aménagement de son camion à 16 000 € : le grappin découpeur à côté de la grue et un aménagement des échelles d'accès au plateau puis à la grue qui sont verticales (il tire beaucoup sur les bras pour monter et descendre et ceci réveille des douleurs). Il doit rencontrer la semaine suivante l'intervenant du SAMETH. Dans l'aménagement de son poste, nous avons ciblé l'aménagement du camion, car c'est la partie de son travail qu'il préfère et sans doute celle où il trouve le mieux sa place, car aucun de ses frères n'est titulaire du permis PL. Entretemps, j'étais allée visiter l'entreprise : accueil poli mais froid, et étudier dans une autre entreprise le poste de conducteur de grumier.

Fin mars, le rendez-vous avec le SAMETH et le cabinet d'ergonomie, pour le prédiagnostic a lieu sur le site. Christian est présent, mais la tension est perceptible : tension entre les frères, ou tension parce que Christian introduit dans l'entreprise des intervenants extérieurs ?

Le 26 mars 2010, nouveau rendez-vous sollicité par Christian. La CPAM a rejeté les demandes de prise en charge en pathologie professionnelle des gonalgies et des lombalgies (le certificat médical initial avait été rédigé par le médecin traitant). Il reconnaît se sentir mieux (avec un traitement antalgique), conduit sa voiture, mais il n'est pas retourné à la scierie voir ses frères. « *Ils ne veulent pas accepter mes propositions, je ne suis pas d'accord pour me faire insulter, je ne peux pas travailler avec eux, je préfère être licencié* ». Pour aménager le camion, il a proposé maintenant un grappin découpeur et une cabine mobile ascendante.

Je lui propose d'attendre l'étude ergonomique avant toute décision définitive. Christian insiste : « *Je ne peux plus faire de manutention, je ne peux que conduire et je ne veux pas aller au chariot de tronçonnage, parce que là, avec eux, ça n'ira jamais* ». Le poste de conducteur de chariot de tronçonnage est tenu par Jean-Pierre, l'aîné, qui doit partir en retraite et c'est un poste clef, pour la rentabilité de la scie-

rie : à l'œil il faut apprécier le meilleur profit que l'on pourra tirer de la grume, compte tenu des commandes à honorer et de l'aspect de la grume, et si on l'a débitée en billons de trois mètres, on ne pourra à la scie ensuite tirer des planches de quatre mètres. À ce poste se joue la rentabilité de la scierie, et Christian appréhende d'avoir à prendre ce poste, qui supprimerait pourtant pour lui les problèmes de manutention qu'il rencontre en préparation de commandes.

En juin, juillet, septembre 2010 j'ai plusieurs fois des nouvelles de Christian (rendez-vous ou appel téléphonique) qui multiplie les consultations spécialisées (neurologie, chirurgie, réadaptation fonctionnelle) : des lésions importantes de la coiffe des rotateurs sont constatées mais ne justifient pas un traitement chirurgical. Le dossier MP 57 pour téno-sinovite bilatérale des poignets est transmis au CRRMP, qui se soldera par un refus au motif qu'à son poste, il n'y a pas de manutention manuelle, que nous avons pourtant chiffrées à 8 tonnes/jour ! Il va un peu mieux, s'investit beaucoup dans les exercices de kinésithérapie prescrits. Une hypertension artérielle est apparue en août. Le médecin conseil, à qui j'ai transmis un courrier, accepte la prolongation de l'arrêt de travail

En décembre 2010, nouveau rendez-vous sollicité par Christian qui a rencontré ses frères, trois semaines plus tôt : il va mieux, mais il ne veut pas y retourner. Il voudrait trouver un travail de chauffeur poids lourds pour travailler à l'approvisionnement de chantiers dans le BTP. J'argumente sur le fait que pour retrouver un travail ailleurs, alors qu'il est en arrêt de travail depuis un an, il faut d'abord reconduire dans l'entreprise familiale, quitte à la quitter ensuite, si ça ne va pas.

La restitution de l'étude ergonomique aura lieu début janvier 2011 dans une ambiance glaciale. Les propositions vont dans deux sens :

- système d'échelles légères amovibles inclinées pour atténuer la pénibilité de l'accès à la cabine et au siège de la grue ;
- télécommande de la grue à partir du sol pour éviter dans certains cas d'avoir à monter sur le siège de la grue.

Pendant la restitution, apparaît une précision non négligeable compte tenu du gabarit de Claude : la position de la télécommande, sur les côtés du siège, qui peut-être plus ou moins avancée, ce qui peut intervenir plus ou moins défavorablement sur la position des épaules, lors du chargement.

Début juillet 2011 : un nouveau rendez-vous est sollicité par Christian. Un diabète est apparu à la suite des nombreuses infiltrations subies. Il est maintenant suivi par un psychiatre depuis juin 2011 et a un traitement antidépresseur. Il se met à pleurer franchement, dit appréhender la reprise dans cette ambiance. Il doit repasser une visite médicale pour le permis poids lourd et semble souhaiter être récusé définitivement à la conduite. Il veut être déclaré inapte. Il a d'ailleurs sollicité l'expert-comptable de l'entreprise pour faire calculer ses indemnités de licenciement !

J'insiste sur la nécessité d'attendre les effets du traitement prescrit par le psychiatre. Nous devons nous revoir fin août

avant toute reprise. Un des rhumatologues consulté a prescrit une reprise à temps partiel début septembre : l'échéance se rapproche et c'est la panique pour Christian !

Je réalise à ce moment-là que si pendant la première année d'arrêt, Christian s'est beaucoup investi dans la recherche de solutions techniques pour reprendre ce qu'il aimait dans son métier, conduire, la peur de reprendre et surtout la peur de se confronter à ses frères, l'amène maintenant à envisager de ne plus conduire par le biais d'une intervention extérieure, celle du médecin du permis de conduire. Je commence à appréhender la visite de reprise de fin août d'autant que rien n'a avancé du côté des aménagements, que le frère aîné Jean-Pierre (qui fait la gestion et le poste de chariot de tronçonnage) va peut-être partir en retraite d'ici la fin de l'année en cours. Mais en même temps s'il ne conduit plus je ne vois pas bien vers quelle profession il va pouvoir s'orienter.

Le 13 juillet 2011, surprise, c'est Jean-Pierre, le frère aîné qui souhaite me rencontrer en dehors de la scierie : un rendez-vous est prévu à 18 h dans le centre médical le plus proche. Il va durer jusqu'à 20 h. En arrivant, Jean-Pierre sort une feuille dactylographiée de sa poche en disant : « *Voilà, j'ai essayé de réfléchir à la situation de mon frère et j'ai écrit l'histoire de la scierie, je l'ai fait lire à mon frère Raymond et il est d'accord avec ce que j'ai écrit et d'accord pour que je vienne en parler avec vous* ». Il me tend la feuille dactylographiée. Je lui demande de la lire. « *La scierie a été créée par mon père. Je suis l'aîné (né en 1949). Mon père est mort brutalement à 50 ans en 1973 (là, sa voix se brise). Moi j'avais fait des études de comptabilité, je travaillais à Lyon, Raymond finissait son BTS dans les métiers du bois, Christian avait 14 ans et était à l'école. Je suis revenu. Il a fallu salarier ma mère. Raymond, né en 1954, a fini ses études et m'a rejoint. Ça n'a pas toujours été facile avec Christian, peu intéressé par les études : il a commencé un CAP d'ajusteur mais ce qu'il voulait c'était conduire. Il nous a rejoints en 1977. Il y avait déjà un chauffeur. Petit à petit Christian a pris ce poste. Avec Raymond, on a travaillé beaucoup de dimanches pour reconstruire la scierie. Christian était plus jeune, il fallait le cadrer.*

Mes deux frères n'ont jamais travaillé dans une autre entreprise, ils ne sont pas souples. On n'est pas toujours d'accord pour les investissements, Christian est plus dépensier. Mais il ne s'intéresse pas à la gestion. Il n'a jamais été capable de faire une facture. Il n'a pas d'enfants, c'est peut-être ça. Sa femme ne travaille pas ou pas beaucoup, donc il n'a pas la même situation que nous.

Et surtout il passe son temps à se plaindre auprès de notre mère (la maison de la mère est contiguë au bureau de la scierie). Il lui téléphone tous les soirs pour lui raconter tous ses problèmes de santé ou c'est elle qui l'appelle. Elle se fait du souci et moi je la trouve souvent en train de pleurer. Mais il a toujours été comme ça : quand nous ne sommes pas d'accord sur la gestion de la scierie, il ne discute pas avec nous, il va se plaindre à notre mère.

Là il est passé, j'ai l'impression qu'il ne veut plus conduire. C'est comme s'il faisait une crise d'adolescence, qu'il n'a

pas faite avant. Moi je suis fatigué, je voudrais arrêter à la fin de cette année. »

Je lui confirme que je suis d'accord avec lui pour reconnaître que le problème est d'abord familial avant d'être un problème de travail, mais que son frère a de réels problèmes de santé et qu'il faut s'occuper des conditions de sa reprise de travail à son poste de conduite, d'organiser avec lui partie prenante, la remise en état du camion (révision au garage, contrôle des Mines, puis aménagements prévus et que c'est Christian qui doit prendre en charge physiquement la conduite avant de faire revalider sa FIMO, tout cela dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique à partir de la rentrée. Il n'y a aucune raison objective pour que Christian soit privé de son permis de conduire les camions.

Je lui recommande de planifier les rendez-vous nécessaires de formation et d'entretien du véhicule et d'en informer Christian. Jean-Pierre me demande alors d'informer Christian de ces rendez-vous de travail : je refuse en lui disant qu'il s'agit de son travail de responsable de l'entreprise. Quant à moi, je dois revoir Christian fin août, pour sa reprise à temps partiel. Quand il s'en va, il s'excuse du temps pris et surtout dit regretter de ne pas avoir pris ce contact plus tôt : « *On se méfiait de vous* ». Il est convenu que notre rencontre doit rester ignorée de Christian.

Cette demande et cet entretien apportaient une confirmation à ce qui était perceptible depuis le début : une histoire familiale difficile qui continuait à se jouer sur le terrain du travail et qui m'impliquait donc comme médecin du travail.

En prévision de la visite de pré reprise prévue fin août, je fais une lettre que j'adresse (ouverte comme d'habitude) à Christian à l'intention du psychiatre :

« Vous suivez depuis quelques mois M. Christian, 53 ans, dont la situation professionnelle me préoccupe beaucoup. J'ai fait sa connaissance en juillet 2009. Il travaille et a toujours travaillé dans la scierie familiale comme chauffeur et préparateur de commandes.

Il souffre de pathologies de l'appareil locomoteur reconnues en maladies professionnelles (tendinite des membres supérieurs) pour lesquelles les mesures de maintien ont été faites : étude de poste, proposition d'aménagement de poste, aide au financement, etc. Au début de son arrêt de travail il a beaucoup contribué à la recherche de solutions techniques pour améliorer ses conditions de travail. Nous avons plus travaillé sur la partie de son poste de travail qui concerne la conduite du grumier, car il aime conduire et dans la scierie "c'est son domaine", ses frères n'ayant pas les permis nécessaires.

Il a suivi de nombreux traitements, vu de nombreux spécialistes et poursuit la kinésithérapie. Nous en sommes maintenant à bientôt deux ans d'arrêt de travail et j'ai tout lieu de penser qu'il va être prochainement consolidé par le médecin-conseil (deux ans, constituant le délai habituel maximum dans ce type de pathologie).

Je pense pouvoir négocier facilement trois mois de temps partiel thérapeutique avec le médecin-conseil, mais le

moment de la reprise se rapproche et je constate que le "conflit familial" qui a toujours été sous-jacent constitue le problème majeur et l'obstacle à la reprise de travail : au point que M. Christian semble souhaiter ne plus conduire, alors que c'est ce qu'il aimait jusque-là.

M. Christian vous en parlera plus, mais la situation n'est pas simple et tient plus sans doute à l'histoire familiale totalement intriquée à l'histoire professionnelle.

Si je reprends les dossiers, je constate :

- *décès du père qui avait créé la scierie (je pense), en 1973, à l'âge de 50 ans.*
- *embauche en 1973, la même année donc, de :*
 - ◆ *Jean-Pierre né en 1949 (24 ans alors) qui travaillait jusque-là dans une autre entreprise en comptabilité, et qui de fait reprend la direction de l'entreprise comme fils aîné.*
 - ◆ *Raymond né en 1954 (19 ans alors) qui termine ou est en cours d'obtention d'un bac technique en exploitation forestière.*
- *Christian a alors 15 ans et va préparer un CAP d'ajusteur. Il sera embauché dans l'entreprise familiale en 1977.*

À noter que la maison des parents où vit toujours la mère jouxte la scierie.

Il m'apparaît que M. Christian "craint" beaucoup ses frères, surtout Raymond et qu'il appréhende le départ en retraite prochain (date encore imprécise) de Jean-Pierre, qui a maintenant 62 ans. Par ailleurs, à la différence de ses frères, s'il est aussi marié, M. Christian, n'a pas pu avoir d'enfant.

Compte tenu de son âge, de ses problèmes de santé, il bénéficiera sans doute d'un taux d'IPP compris entre 10 et 20% taux qui interviendra pour un départ en retraite à 60 ans, mais il lui reste sept ans à travailler. Il avait envisagé de rechercher un travail en dehors de l'entreprise, en conduite camion pour livrer des chantiers, mais de mon point de vue, il n'a aucune chance d'être embauché, s'il n'a pas refait valider dans son entreprise les formations associés au permis PL.

Il faut donc bien qu'il reprenne, au moins quelque temps, dans la scierie familiale. Si les choses se passent mal, je pourrai toujours faire une inaptitude, compte tenu de son handicap physique lié aux maladies professionnelles (donc avec préservation de tous ses droits).

Il me paraît très important que le problème familial puisse être discuté avec vous, car je ne vois pas de solution satisfaisante à court et à long terme pour M. Christian, qui puisse se construire, sans un retour même temporaire dans l'entreprise familiale. »

Le 26 août 2011, visite de préreprise. Christian est venu avec son épouse. Je le rassure sur la possibilité d'une inaptitude si la situation n'est pas tenable, mais il reconnaît n'avoir aucune chance de trouver un travail de chauffeur ailleurs, s'il n'a pas refait valider ses permis et reconduit dans l'entreprise familiale. Je lui conseille de « travailler » à com-

ment monter et descendre du véhicule sans trop tirer sur les bras. Nous prévoyons qu'il n'y aura plus d'utilisation de la tronçonneuse. Le frère aîné reprenant le travail début septembre, il est convenu que j'adresserai un courriel collectif pour prévoir un rendez-vous à la scierie pour discuter des modalités de la reprise à temps partiel thérapeutique.

Le 6 septembre 2011, la rencontre avec les trois frères est plus conviviale. Christian a toujours les larmes aux yeux, mais Raymond lui propose de l'accompagner dans les bois pour charger à la grue car lui n'a pas son permis de conduire « *On ne peut pas tout savoir faire, à chacun son métier* ». Christian propose d'apprendre « le chariot de tronçonnage » et il n'y a pas de refus, des frères : Jean-Pierre dit même que lui aussi a eu du mal au début à ce poste. Je saisis cette piste pour préciser qu'il y a des aides financières à cet apprentissage si besoin, mais qu'il faut accepter que cet apprentissage prenne du temps.

J'aurai quelques jours plus tard un appel du psychiatre, assez d'accord, « sur la crise d'adolescence différée » et sur le suivi à poursuivre.

Depuis Christian, toujours à temps partiel thérapeutique, a repris la conduite de son véhicule et fait parfois de grandes journées quand il s'agit de livrer loin ou de charger en forêt : les petits aménagements par échelles d'accès inclinées l'aident. Il anticipe sur l'organisation future : le camion vieillit, un nouveau camion avec boîte de vitesse automatisée le soulagerait, mais c'est un investissement lourd. Peut-être pour faire durer le camion, faudrait-il ne faire que les transports de proximité, mais il perdrait alors les liens professionnels en dehors de l'entreprise auxquels il tient beaucoup. Il n'utilise plus la tronçonneuse. Il commence à se former au chariot de tronçonnage. Des investissements pour soulager les manutentions en sortie de sciage seraient à l'étude.

J'ai revu depuis Jean-Pierre et Raymond : les rapports semblent plus apaisés entre les frères et ils acceptent de reconnaître, que bien plus jeune qu'eux, Christian soit en moins bonne santé, et qu'il doit donc être ménagé.

À ce jour, l'histoire continue, je vais revoir prochainement Christian. Jean-Pierre a pris sa retraite mais continue à s'occuper du travail administratif.

Beaucoup de petites entreprises sont des entreprises familiales et le médecin du travail, même s'il essaie toujours de travailler exclusivement avec « le travail » des uns et des autres est toujours amené à interroger l'histoire familiale à travers l'histoire de l'entreprise, pour permettre aux différents protagonistes de trouver leur place. Intervenir dans les entreprises familiales exige beaucoup de prudence, tant dans l'intervention en entreprise, espace doublement privé dans ce cas, que lors des entretiens cliniques, où les collègues de travail et la hiérarchie évoquée sont des membres de la famille et où la présence des absents (la mère dans ce cas) continue à peser.

TROUBLES ANXIEUX

CHOIX DU MÉTIER, PRATIQUE MÉDICALE

Annie LOUBET, médecin du travail

M^{me} G..., pharmacienne, salariée d'une officine, 59 ans, est suivie par notre service depuis 1991. De 1975 à 1991, elle avait travaillé dans une autre officine. Mariée, elle a un fils unique de 34 ans. Personnellement je la suis depuis 2000 et ne garde pas le souvenir d'une consultation particulière. Tout va toujours très bien. Elle répond fort aimablement à mes questions sur le travail, me précise ses aléas de santé et traitement en cours sans même que je pose la question. Je ne pense pas avoir pu établir une relation médecin-salariée avec elle, jusque-là.

Sa dernière visite systématique remonte à début 2008 quand elle prend l'initiative d'un rendez-vous début mars 2011 après s'être inquiétée – et avoir été rassurée – sur le fait que son employeur risquait de recevoir une facture. Elle est en arrêt de travail depuis le 26 octobre 2010. Elle vient accompagnée par son mari.

Son arrêt de travail est lié à des douleurs invalidantes des coudes suite à un traumatisme minime du coude droit (choc contre le tiroir-caisse), survenu en juillet 2010 dans un contexte de surcharge de travail (congrés annuels de son employeur). Elle n'a pas fait de déclaration d'accident de travail. Les douleurs gagneront le coude gauche (?) en septembre, deviendront invalidantes, puis insomniantes, sans effet significatif des différents traitements jusqu'à la prescription de RIVOTRIL^o qui permet enfin le sommeil.

Il y aura une escalade dans les examens complémentaires et les consultations spécialisées pendant six mois sans qu'un diagnostic précis soit porté autre que tendinopathie calcifiante (radiographies, IRM du coude et du rachis cervical, IRM cérébrale, EMG, scintigraphie osseuse, consultations rhumatologiques, neurologiques en CHU régional et dans la capitale, consultation de la douleur. L'imagerie est conforme à ce qui est attendu chez une femme de la soixantaine. Un seul élément de la biologie la perturbe : une augmentation du taux de vitamine A, qu'elle attribue à la prise de compléments alimentaires, achetés sur internet !

Elle a constitué suite à la convocation par l'assistante sociale de la CARSAT un dossier MDPH et je complète la partie qui me concerne. Elle est très préoccupée pour son avenir professionnel car elle se sent incapable de travailler. Compte tenu

de son âge, sa situation financière ne serait pas dramatique (et pourtant, elle paraît très préoccupée à ce propos et je me pose la question d'une mélancolie). Je lui propose de tenter de reprendre à temps partiel pour voir si ce serait « pire que rester à la maison » où elle ne fait rien d'autre que rechercher sur internet des causes et des solutions à ses problèmes de santé. Je lui explique les modalités de la reprise à temps partiel en lui demandant d'aller en parler à son employeur, moi-même restant prête à rencontrer l'employeur si besoin, en tout cas prête à répondre à tout appel téléphonique de cette dernière.

Il ne s'agit pas pour le médecin du travail de se dérober face à l'employeur mais bien d'une attitude délibérée consistant à laisser le salarié et à l'employeur s'expliquer et discuter ensemble de l'organisation du travail

Je m'engage à lui préparer un courrier pour le rendez-vous prévu chez le médecin conseil.

Lettre au médecin-conseil du 29 mars 2011

Vous allez recevoir M^{me} G..., 59 ans, pharmacienne, salariée dans une officine de X. Elle est en activité depuis septembre 1975, n'a jamais présenté de problèmes de santé majeur, si ce n'est des interventions à visée gynécologique, en 1984 (ovariectomie gauche), 1992 (hystérectomie), 1995 (ovariectomie droite).

À la suite d'un traumatisme minime du coude droit (choc de l'épitrachlée contre un tiroir au travail) dans un contexte de surcroît de travail, une douleur tenace du coude droit s'est installée résistante aux traitements standard. À partir de septembre 2010, le coude gauche est devenu également douloureux.

Les examens complémentaires et les consultations spécialisées n'ont pas permis d'apporter un diagnostic autre que celui de tendinopathie calcifiante. Au niveau cervical, il existe un discret rétrécissement foraminaux C₅C₆ prédominant à gauche. L'EMG est normal.

Quoiqu'il en soit les douleurs sont devenues très invalidantes, résistantes au traitement, ne lui permettant pas de conduire son véhicule. Compte tenu de l'activité en officine,

qui sollicite les membres supérieurs et exige une vigilance intacte, la reprise du travail me semble actuellement inenvisageable. J'ai néanmoins encouragé M^{me} G... à prendre contact avec son employeur pour explorer les possibilités de reprise à temps partiel, quand elle ira mieux, ce qu'elle a fait.

M^{me} G... a toujours été très active, plutôt hyperactive, (comme le sont souvent les patients anxieux) et elle supporte très mal de n'avoir pas de diagnostic médical précis et de ne pas trouver dans la pharmacopée de produit efficace. M^{me} G... a constitué un dossier à la MDPH.

Visite de reprise du 19 avril 2011 : M^{me} G..., m'apparaît très anxieuse, me parle de ses douleurs, de sa culpabilité (avoir pris des compléments alimentaires vendus sur internet) de s'être « intoxiquée ». Elle a commencé le travail la semaine dernière, elle vient en train et sa mère, âgée de 80 ans, va la chercher à la gare (10 km) pour l'accompagner à son travail. Elle dit avoir commencé à travailler avec « un cafard monstre ». Elle reconnaît avoir été toujours très perfectionniste. J'évoque avec elle la possibilité d'un diagnostic éventuel de « troubles anxieux » et l'engage à revoir son médecin traitant pour une prescription d'IRS. Elle accepte et le diagnostic et l'idée d'un traitement aux IRS (comme professionnelle, elle sait que cette famille d'antidépresseurs est indiquée pour les troubles anxieux).

Visite spontanée le 12 mai 2011

Cette semaine, M^{me} G... a recommencé à conduire, mais de ce fait a eu des douleurs des bras toute la matinée. Son traitement comporte : SEROPLEX^o, RIVOTRIL^o, EFFERALGAN CODEINE^o ou DAFALGAN^o. Elle travaille deux jours par semaine, en se sentant diminuée et obligée de vérifier beaucoup plus qu'avant. Elle ne se sent pas capable de travailler à temps plein pour assurer le remplacement des congés d'été. Sa vie personnelle est perturbée, elle ne reçoit plus et n'a plus de plaisir à être invitée. Elle dort un peu moins bien mais se déclare « moins sujette à des attaques de panique ». Pour elle le problème majeur reste les douleurs. J'insiste sur les troubles anxieux qui potentialisent les phénomènes douloureux et je lui conseille de consulter un psychiatre, ce qu'elle accepte (elle le connaît pour l'avoir croisé à l'officine). Je prends le rendez-vous immédiatement et l'obtiens pour la semaine suivante, de crainte qu'elle ne change d'avis

Lettre au psychiatre

Vous allez recevoir M^{me} G..., 59 ans, pharmacienne, salariée dans une officine de X. Elle est en activité depuis septembre 1975, n'a jamais présenté de problèmes de santé majeur, si ce n'est des interventions à visée gynécologique, en 1984 (ovariectomie gauche), 1992 (hystérectomie), 1995 (ovariectomie droite).

À la suite d'un traumatisme minime du coude droit (choc de l'épitrachlée contre un tiroir au travail) dans un contexte de surcroît de travail, une douleur tenace du coude droit s'est installée résistante aux traitements standard. À partir de septembre 2010, le coude gauche est devenu également douloureux.

Les examens complémentaires et les consultations spécialisées n'ont pas permis d'apporter un diagnostic autre que celui de tendinopathie calcifiante. Au niveau cervical, il existe un discret rétrécissement foraminaux C₅C₆ prédominant à gauche. L'EMG est normal.

M^{me} G... a toujours été très active, plutôt hyperactive, (comme le sont souvent les patients anxieux) et elle supporte très mal de n'avoir pas de diagnostic médical précis et de ne pas trouver dans la pharmacopée de produit efficace. Beaucoup de traitement ont été essayés sans beaucoup d'effets.

M^{me} G... a constitué un dossier à la MDPH. Quoiqu'il en soit les douleurs sont devenues très invalidantes, résistantes au traitement, ne lui permettant pas de conduire facilement son véhicule.

Une reprise à temps partiel thérapeutique a été tentée, à la mi-avril, deux jours par semaine. Au début M^{me} G... venait en train jusqu'à X et sa mère venait la chercher en voiture pour la conduire jusqu'à l'officine.

Je l'ai revue le 19 avril une semaine après sa reprise ; j'ai pu prononcer « troubles anxieux » sans qu'elle en refuse l'existence et lui ai demandé de voir avec son médecin traitant la mise d'un traitement par IRS, ce qu'elle a fait. Quand j'ai simulé avec elle une situation de travail, les réflexes professionnels ont été excellents.

Je l'ai revue hier à sa demande ; le visage était moins tendu, elle m'a dit conduire à nouveau même si c'est difficile.

La situation professionnelle pourrait poser problème si cette situation se prolongeait puisque compte tenu de son emploi de pharmacienne salariée, elle doit être en capacité de remplacer son employeur pendant les congés de celui-ci.

Elle me dit éprouver le besoin de « vérifier » beaucoup plus qu'avant. Le travail lui coûte mais sortir du monde du travail nécessite de prendre du temps de réflexion et c'est pourquoi je sollicite votre avis, mais aussi parce que je pense que M^{me} G... a besoin de vos soins ; elle a accepté sans réticence de vous consulter.

Faut-il prévoir un arrêt à temps plein avec demande d'invalidité Cat.2 ? (Quelles chances de l'obtenir au niveau CPAM ?)

Faut-il passer par une inaptitude au poste qui permet un licenciement et des droits à chômage ?

Appel téléphonique du 6 juin 2011

M^{me} G... est toujours à temps partiel mais peine beaucoup. « Cette situation ne pourra pas durer au-delà de l'automne. Il faudra soit être capable de reprendre à temps plein soit être à nouveau en arrêt pour que l'employeur puisse recruter quelqu'un d'autre. » Elle se déclare très angoissée. Le psychiatre a ajouté du LYSANXIA^o mais elle ne peut pas conduire avec ; il ne se prononce pas sur la suite.

« Je me sens trop juste, j'ai l'impression d'être mon propre bourreau. » ; « J'ai fait deux jours de suite la semaine dernière, c'était trop. J'en ai parlé avec mon employeur : elle

me voit peiner, elle voit que ça va mieux mais ne me voit pas continuer comme ça. Se concentrer avec cette douleur toujours présente est difficile, travailler est épuisant. ». M^{me} G... me déclare avoir perdu 6 kg.

Comme médecin du travail, je suis convaincue que ce travail qui jusque-là lui a permis de canaliser et de « tenir sous contrôle » une personnalité anxieuse, est un facteur de construction de sa santé et qu'il faut maintenir cet emploi. Il m'importe d'avoir le point de vue de son employeur qui est aussi sa collègue de travail, mais pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté, je demande à M^{me} G... de dire à son employeur que je souhaite avoir son point de vue et lui demande de me téléphoner.

Appel téléphonique de l'employeur le 9 juin 2011

« Elle me demande sans arrêt si ce qu'elle fait est correct alors qu'avant elle était très sûre d'elle. Et elle quand elle ne dirige pas, elle ne va pas bien. Elle n'accepte pas d'être diminuée : elle aime tout prévoir et là ça lui échappe. Je vois qu'elle souffre et quand elle souffre elle n'est plus là. Son moral me semble un peu meilleur. Pour ce qui me concerne, je peux tenir dans cette situation jusqu'en octobre. »

Appel téléphonique de M^{me} G... le 20 juin 2011

Elle est à nouveau en arrêt de travail à temps plein. *« Je ne peux plus du tout. J'ai toujours mal. Au niveau du travail, je ne fais plus ce que je faisais avant. Je n'arrive plus à gérer, je ne suis bien nulle part. Je suis angoissée en travaillant car ma douleur ne me rend pas disponible pour les patients. Je suis trop diminuée par rapport à avant. J'ai régulièrement des poussées d'angoisse insoutenable, le plus souvent chez moi, plus qu'à la pharmacie. Les derniers temps ça débordait sur le travail avec tendances conflictuelles. Au travail j'ai l'impression d'y être pour y être, sans espoir d'évolution positive. »*

Elle doit revoir le psychiatre début juillet. *« Ça ne m'apporte pas beaucoup. »* Le centre antidouleur lui propose d'arrêter le LYRICA[°].

Pour M^{me} G..., il faut fixer impérativement une date de visite de reprise pour une inaptitude à la rentrée. J'impose d'attendre la mi-septembre (le 13 septembre) en lui donnant mes dates de congés pour que nous ayons le temps de faire le point avant.

Fin juillet, je passerai à la pharmacie, car je suis inquiète pour la santé des préparatrices et de l'employeur : la situation est difficile pour toutes. Pour l'employeur, il est impossible de passer la période hivernale sans pouvoir compter sur sa collaboratrice.

Appel téléphonique de l'employeur début septembre

« M^{me} G... est passée à la pharmacie en grande forme, peut-être un peu excitée même. Elle veut reprendre à mi-temps. Moi je ne voudrais pas être plantée en plein hiver. »

Appel téléphonique du psychiatre début septembre

« M^{me} G... est très améliorée sous EFFEXOR[°] à 3 cp/j. Fin juillet elle allait de plus en plus mal, était suicidaire. Elle est

venue avec son fils. Je l'ai menacée d'une hospitalisation d'office si elle n'acceptait pas de prendre le traitement correctement. Je l'ai revue, elle va bien. Elle ne m'a plus reparlé de ses douleurs. Une reprise à temps partiel thérapeutique est souhaitable. »

Visite de reprise du 13 septembre 2011

Va effectivement beaucoup mieux sous EFFEXOR[°] à 3 cp/j depuis fin juillet. Elle a constaté une amélioration à la fin de la première semaine, qui s'est confirmée au bout de vingt jours. Elle continue le LYRICA[°] et la neurostimulation qui est efficace en fin de journée. Elle prend 4 gouttes de RIVOTRIL[°] le soir.

Elle reconduit sans problème, dort bien et a pleinement apprécié ses sept jours de vacances. Pour l'employeur, le mi-temps stable est très acceptable. Elle pourra bénéficier de sa retraite CPAM en septembre 2013 et de sa retraite complémentaire en 2017.

Elle m'apporte les résultats d'autres consultations et l'avis de la consultation anti douleur qui met en nouveau en avant les douleurs empêchant l'activité professionnelle, comme cause à l'état dépressif réactionnel.

Un courriel de nouvelles le 14 octobre

« Comme promis je reviens vers vous afin de vous informer de la façon dont se déroule ma reprise de travail en mi-temps thérapeutique. Et bien, c'est tout à fait satisfaisant et positif pour moi sans comparaison avec mon essai du mi-temps d'ailleurs non transformé. Je travaille les mercredi et jeudi de chaque semaine en accord avec mon employeur et si mes coudes me font toujours souffrir et si l'allodynie des avant bras reste présente (je travaille avec les avant-bras découverts), je me sens tout à fait en possession de mes capacités intellectuelles ce qui permet à la titulaire de disposer de son temps les jours où je suis présente. Je suis dispensée du port de charges, mes collègues se montrent très compréhensives et m'aident énormément à ce niveau. Je suis toujours le traitement du psychiatre, soit 3 comprimés d'EFFEXOR[°] LP 75 mg par jour ainsi que 1 comprimé de LYRICA[°] 25 mg le matin et 1 comprimé à 50 mg le soir plus 5 gouttes de RIVOTRIL[°] le soir (ces deux derniers sous le contrôle de X... du centre antidouleurs de l'hôpital de R. qui m'avait conseillé de poursuivre par ailleurs les séances de neurostimulateur). Chacun étant tenu au courant des traitements en cours, mon médecin traitant également. La solution du psychiatre est des plus bénéfiques, l'instauration de l'EFFEXOR[°] m'a permis de me retrouver et même de prendre plus de recul par rapport aux événements en général, cette nouvelle vision des choses générant ainsi moins de stress aussi bien pour moi-même que pour mon entourage aussi bien familial que professionnel qui le ressentait forcément. Tout cela est donc très positif et je me réjouis de vos conseils éclairés d'avril dernier de ne pas prendre de décisions trop hâtives ce qui aurait été fort dommageable pour moi.

J'ai la chance d'avoir aussi en M^{me} P... une patronne très humaine et s'il est vrai que je me suis depuis mes débuts dans son entreprise totalement investie, elle aurait pu se

montrer, compte tenu des perturbations engendrées par mon état de santé, beaucoup moins compréhensive. Avez-vous vu si dans le cadre du mi-temps thérapeutique, une indemnisation de l'employeur était possible au titre des tâches ne pouvant être exécutées du fait de mon "handicap" et incombant par là même aux autres personnes ? Je n'ai pas encore envisagé ceci avec mon employeur ne connaissant pas les dispositions de la SAMETH dans ce cas précis. Voilà la situation actuelle et en attendant que mon état physique connaisse une vraie embellie je souhaite que nous puissions continuer ainsi, les parties en présence en paraissant fort satisfaits. »

Fin octobre 2011 : appel téléphonique, M^{me} G... a reçu une convocation du médecin conseil

Comme elle doit revoir le psychiatre début décembre, je lui recommande, concernant ce temps partiel que nous souhaitons voir se prolonger, de préciser au médecin conseil qu'elle a ce rendez-vous pour faire le point et demander une prolongation du temps partiel thérapeutique.

Printemps 2012

M^{me} G... vient de reprendre à temps plein. Elle garde un traitement d'entretien mais va bien. Son employeur lui a proposé de travailler sur quatre jours, ce qui diminue ses trajets et lui autorise de grands weekends. Toutes deux sont d'accord pour solliciter le SAMETH, puisque désormais M^{me} G...

ne fait plus de manutentions lourdes, manutentions qui sont effectuées par ses collègues. Cette sollicitation du SAMETH proposée par M^{me} G... me paraît importante parce qu'elle affirme aux yeux des collègues et de l'employeur que M^{me} G... a accepté sa vulnérabilité, alors que jusque-là sa personnalité anxieuse l'amenait à vouloir tout régenter, tout organiser sans discussion possible.

Lors de sa visite de reprise, nous discuterons longuement du choix du métier de pharmacien qui impose de beaucoup vérifier et de comment ce métier l'aidait à contenir une personnalité anxieuse, mais aussi comment ce trait de personnalité constituait une qualité indispensable dans l'exercice de ce métier.

En terme de pratiques professionnelles, dans un contexte démographique préoccupant, les médecins du travail ne verront sans doute plus que les salariés atteints de pathologies invalidantes mettant en jeu l'emploi. La recherche de reclassement, de maintien dans l'emploi, nécessite un diagnostic précis de la situation et un suivi différent de la veille pratiquée jusqu'à ces dernières années. Ceci inscrit le médecin du travail dans le « parcours de soins » des assurés sociaux, dans une authentique pratique médicale, qui n'a rien à voir avec l'animation et la coordination d'une équipe pluridisciplinaire.

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, Florence JÉGOU, Dominique HUEZ, Annie LOUBET, Jocelyne MACHEFER, Alain RANDON, Nicolas SANDRET, Jean-Louis ZYLBERBERG

Ont participé à ce numéro : Martine BESNARD, Alain CARRÉ, COLLECTIF Bourgen-Bresse, Benoît DE LABRUSSE, Annie DEVEAUX, Karine DJEMIL, Jean-Marie EBER, Alain GROSSETÊTE, Dominique HUEZ, Florence JÉGOU, Gérard LUCAS, Annie LOUBET, Jocelyne MACHEFER, Dominique MARY, Alain RANDON, Odile RIQUET, Nicolas SANDRET

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie ROTOGRAFIE — 93 100 Montreuil

TRAVAILLER EN COUPLE INTRICATION DE L'ÉCONOMIE DU TRAVAILLER ET DE L'ÉCONOMIE DU DÉsir

Dominique MARY, médecin du travail

Dans les pratiques ordinaires de médecine du travail, c'est le « travailler du sujet » qui est investigué pour en comprendre l'empêchement. Le rôle du médecin du travail n'est pas d'explorer l'économie du désir du sujet, encore moins ce qui se joue dans son couple. Mais cette posture professionnelle « pratique », de « cadre », ne doit pas occulter l'intrication entre ces deux « économies psychiques ».

Cette histoire clinique est présentée pour illustrer jusqu'où ne pas « aller trop loin ! ». Comment faire avec, sans ignorer, au contraire (!), cette réalité.

Ce courrier est rédigé comme médecin du travail sapiteur pour un confrère. Il est porté *in extenso* à la connaissance du patient et dans les faits est écrit pour ce dernier.

« J'ai vu le... pendant près de deux heures M. Félix GRANJEAN.

Comme vous le constatez, le sur-engagement professionnel de M. GRANJEAN fragilise de façon très importante sa santé et il a récemment perdu la capacité à se protéger, à faire arbitrer ses conflits de priorité et de surcharge, et se trouve dans une attitude de "compensation sans limite" des absences de sa collègue de travail qui se trouve être son épouse, avec laquelle il coopère depuis plus de vingt-cinq ans.

M. GRANJEAN est confronté à la même difficulté que moi-même à repérer d'éventuelles causes professionnelles à ses difficultés actuelles, tellement sont intriquées les économies du "travailler" et les économies familiales du "désir et du plaisir". Ce deuxième champ n'est pas de ma compétence mais est pourtant présent en creux en permanence sur la scène du travail qu'il obère, ce qui est inhabituel.

Concernant la période d'il y a plus de cinq ans, M. GRANJEAN décrit fort bien un engagement professionnel appuyé sur des valeurs morales fortes, et des dynamiques de coopérations professionnelles au niveau de son établissement de formation professionnelle auprès de travailleurs en réadaptation professionnelle, avec sa collègue-compagne de travail. Il est fier du travail accompli. Il raconte précisément la confrontation aux difficultés de son travail dans le champ "psy" pour les différents publics et la prise en charge de la question sociale du côté de son métier ? Ceci est pour lui clairement séparé de ses valeurs et convictions personnelles générales. Il fait part d'une certaine complicité et partage des compétences avec sa collègue de travail dans la découverte et construction conjointe d'une pratique professionnelle. Les échanges informels autour du café dans l'établissement, les nombreux prétextes à se rencontrer dans des activités structurées de formation ou plus sociales, sont des prétextes à arbitrer ou construire de nouveaux savoir-faire. M. Granjean qui connaît les limites et risques à déployer une pratique "psy" sans cadre professionnel, a approfondi ses compétences face à la spécificité du comportement des traumatisés crâniens auprès desquels il intervient en formation. Avec d'autres, il a même construit un projet professionnel pour ce public, projet malheureusement pour lui qui ne verra pas de suite. Avec sa compagne il décrit comment les compétences ont été mutualisées et partagées, chacun déployant un "style" spécifique et semble-t-il complémentaire. Progressivement, des difficultés organisationnelles, non spécifiques à cette structure, sont apparues, liées aux difficultés d'engagement de moyens, à un horizon obscurci quant aux débouchés professionnels des stagiaires. En somme, il ne semble pas y avoir une cristallisation profes-

sionnelle sur ces thèmes, et M. GRANJEAN présente un recul professionnel qui lui permet de faire la part entre le professionnel et l'analyse sociale générale. Il n'est pas dupe de l'ampleur en retour de cela sur son propre travail.

M. GRANJEAN fait écho à ce qui serait vécu comme un déficit de reconnaissance envers sa compagne, voire une maltraitance morale, dans la façon où, de façon répétitive, un retour de celle-ci à un travail de 80% de son temps à 100%, aurait été refusé par sa direction. Quelque chose s'est peut-être cassé alors du côté du travail dans la dynamique de coopération de sa petite équipe, suite à un possible vécu de grave injustice, croisé avec peut-être des éléments dont je n'ai pas connaissance, et qui aurait pu fragiliser la résistance professionnelle de sa compagne aux adversités professionnelles.

Il m'est très difficile de déployer sur ce terrain, mais il me semble que cette équipe professionnelle au très fort engagement antérieur, ne peut pas changer de "genre" collectif dans le rapport au travail lié à la fragilisation d'un de ses membres, sans dommage pour leur "travailler ensemble". Ainsi M. GRANJEAN qui donne acte d'un savoir-faire original de sa compagne pour se confronter à la question "psy" du côté professionnel, a dû déployer un savoir-faire complémentaire compensatoire de ce côté alors qu'elle était malade, savoir-faire lui-même rapidement fragilisé par la surcharge de travail liée à l'absence de sa compagne.

La compagne de M. GRANJEAN, sur prescription de son médecin traitant, a tenté de protéger sa santé en se retirant temporairement du travail, sans logiquement prise en considération des aléas de l'organisation du centre de formation et réadaptation. Mais M. GRANJEAN quant à lui, au contraire, ne s'est pas autorisé à être plus attentif aux risques pour sa santé qu'occasionnait une attitude sans limite de remplacement solidaire de sa compagne, puis de compensation sans limite de ses absences. La direction de l'établissement remplaçait quant à elle avec un immense retard la compagne de M. GRANJEAN, remplacement trop tardif qui de toute façon ne pouvait compenser la fluidité de pratiques de coopérations professionnelles de cette ancienne équipe très expérimentée. Compenser plus qu'il ne le ferait pour d'autres collègues les absences médicalisées de sa conjointe, ont eu comme effet involontaire, que M. GRANJEAN n'a pas été en mesure d'investiguer une éventuelle part du travail dans les difficultés de son épouse. Ce fait a été renforcé par le risque qu'il prendrait alors possiblement pour lui-même, au risque de son propre effondrement. A contrario, cette pratique défensive de ne pouvoir penser une partie de la réalité pour s'en protéger a profondément handicapé M. GRANJEAN, alors qu'il aurait dû de façon préventive, interroger les risques de sa surcharge de travail. Ce contexte explique le déploiement d'un grave risque anxiodépressif pour M. GRANJEAN. Le réseau social très ancré dans son institution professionnelle, a permis à M. GRANJEAN de ne pas sombrer.

De fait, M. GRANJEAN est conscient qu'il ne peut plus porter sans fin les déficiences de son institution face aux absences médicalisées de sa compagne. Il ne pense pas, par contre,

que son sur-engagement protecteur, puisse avoir des effets négatifs éventuels en retour pour sa compagne, La question qu'une part de l'altération de la santé de la compagne de M. GRANJEAN trouverait son origine du côté du travail – ce dont nous ne savons évidemment rien –, ne peut en retour pas non plus émerger. Mais, hypothèse qu'on ne peut rejeter tant les connaissances actuelles nous éclairent sur le rôle du travail dans la construction de la santé, un éventuel effondrement de la dynamique de reconnaissance professionnelle peut être délétère, et une telle situation peut s'enkyster si elle ne peut pas être délibérée collectivement ou pensée à plusieurs. Elle peut être à l'origine d'atteintes psychiques ou organiques. Les fibromyalgies sont théoriquement concernées par une telle analyse, au-delà de leur génie propre.

Pour ce qui concerne spécifiquement M. GRANJEAN, et en terme de santé au travail, il me paraît évident qu'il est dangereux pour lui-même de continuer à travailler dans une très petite équipe de travail dont l'un des membres ne peut accomplir ses missions, et dont la charge de travail est si mal compensée. Son désir légitime de compenser l'absence de sa collègue-compagne, non seulement précarise de façon dangereuse la santé de M. GRANJEAN, mais peut-être, empêche même son institution de prendre ses responsabilités, laissant les contradictions à "gérer en famille sa santé" à la famille justement, alors qu'il s'agit clairement d'une responsabilité d'employeur qui n'est plus exercée.

L'institution de M. GRANJEAN doit donc pouvoir l'aider à trouver une issue du côté d'un travail constructeur de santé pour lui-même, en recomposant donc les coordinations professionnelles qui sont à un trop petit niveau (deux personnes), et qui empêchent donc de gérer de façon "normale" les atteintes individuelles à la santé. Peut-être même, que la prise de responsabilité de l'institution de M. GRANJEAN au regard de la surcharge de travail de ce dernier, permettra un "apaisement" professionnel de la situation de sa compagne, et qu'elle trouvera une issue face à des difficultés que nous n'appréhendons pas. Ce cadre professionnel, ou vie privée et vie professionnelle sont si intriquées, peut bénéficier de l'appui positif d'un médecin du travail manifestement à l'écoute et qui pourrait être sollicité pour la santé de chacun.

Quand la situation échappe à l'action de décider de sa vie professionnelle, et empêche chacun de penser les rapports entre son travail et sa santé, l'aide de professionnels compétents, la sollicitation en responsabilité de l'employeur, peuvent faire émerger une issue qu'on ne s'autorise même plus à penser ».

RISQUE SUICIDAIRE ET PASSIF PROFESSIONNEL FAUTE DE RECONNAISSANCE DE CELÀ LE TRAVAILLER EST EMPÊCHÉ AU RISQUE DE MOURIR

**UN CERTIFICAT MÉDICAL, POUR DONNER ACTE,
PRÉSERVER ET RÉ-OUVRIR À L'ACTION,
QUAND LA POSSIBILITÉ DE MOURIR DU TRAVAIL
DEVIENT UN RISQUE MAJEUR ET IDENTIFIÉ CONCRÈTEMENT**

Dominique MARY, médecin du travail

« **J**e soussigné Docteur ... avoir reçu pendant près de quatre heures M^{me} DRENJEU le ... en situation de médecin du travail sapiteur pour le compte de son médecin du travail.

Si cette consultation a été inhabituellement longue, c'est au regard de la gravité de la situation personnelle et professionnelle de M^{me} DRENJEU.

Après cette consultation, je voudrais attester des éléments suivants :

De juin 2011 à aujourd'hui, M^{me} DRENJEU décrit un mode de management qui déploie deux réunions de service par semaine animées par le chef de service actuel. Chef de service qui très positivement antérieurement, a donné une issue professionnelle à M^{me} DRENJEU antérieurement "placardisée" de 2005 à 2006. Selon les éléments recueillis, alors que tous les "acheteurs participent à cette réunion" dans leur immense majorité, ce sont les activités de demandes d'achat ponctuels spécialité de M^{me} DRENJEU qui sont analysés, et une fois accomplies par M^{me} Drenjeu, jugées par le chef de service dans leur conformité professionnelle selon ce dernier. Ce qu'on comprend du récit de M^{me} DRENJEU, est que peu d'activités d'achats que celle-ci a déployé sont jugées positivement, et que généralement il y a toujours à redire.

Nous constatons à distance des faits, que M^{me} DRENJEU a enchaîné de façon de plus en plus rapprochée des décompensations psychopathologiques au cours de telles réunions

où s'y expriment des pleurs, réactions verbales fortes d'indignation, perte du contrôle de soi, subversion par des épisodes de somatisation de l'angoisse etc. M^{me} DRENJEU a tellement mal supporté une telle situation que par exemple le 19 septembre 2011, elle a demandé à sa hiérarchie d'appeler les pompiers, ce qu'aurait refusé de faire son employeur. Un ambulancier privé a été dépêché sur place. En aucune façon une déclaration d'accident du travail pour stress post-traumatique n'a été effectuée. Et pourtant M^{me} DRENJEU a été "arrêtée" médicalement par son médecin traitant immédiatement après les faits.

De tels évènements répétitifs, qui semblent peu respectueux de la personne de M^{me} DRENJEU, et qui à l'évidence atteignent à sa santé, n'ont pas entraîné de la part de l'employeur la sollicitation de l'avis du médecin du travail à notre connaissance. Ce dernier ne semble pas avoir été mis au courant par la hiérarchie du passif de reconnaissance professionnelle à l'origine de la démission en 2004 de M^{me} DRENJEU de ses activités "sociales" pour le comité d'entreprise de sa structure, qui suite au reproche hiérarchique "qu'elle en faisait trop" alors, a mis en lumière la fragilité de l'exercice d'une telle mission sans hiérarchie et collègues, où elle était confrontée aux "douleurs" personnelles et de santé de ses collègues. Elle a été selon elle et objectivement placardisée après une telle période d'engagement professionnel sans limite, et son entreprise n'a trouvé aucun

mode de reconnaissance de sa contribution “pour le bien commun”. Suite à cela, elle se serait trouvée très en écart avec les règles de promotion de son entreprise.

Il ne semble pas que l'entreprise de M^{me} DRENJEU ait pris la mesure de la nécessité d'apaiser un passif de reconnaissance professionnelle, et aujourd'hui d'acter de la difficulté, de cette nouvelle reconversion professionnelle que M^{me} DRENJEU pense réussie. Il est très étonnant que le même responsable de service qui a tant aidé M^{me} DRENJEU, ait perdu la capacité de détecter le danger qu'il lui fait subir avec des réunions présentées au médecin du travail comme indispensables, et pour lesquelles les seuls éléments perceptibles sont une dégradation progressive de la santé de M^{me} DRENJEU, et une absence totale d'issue ou d'alternative professionnelle.

Sont donc clairement décrits des actes de maltraitance managériale, peut-être involontaires, mais ne faisant l'objet d'aucune régulation, et au regard desquels aucune issue sociale, assurantielle par le droit des accidents du travail, ou médicale par un éventuel recours au médecin du travail, n'est offerte.

Aussi en l'état, j'énonce comme médecin praticien un contexte de mise en danger d'autrui par son entreprise au regard de M^{me} DRENJEU. Je fais aussi le constat de privation d'assistance à personne en danger, et la possibilité d'un mouvement délétère pouvant entraîner une issue gravissime pour la santé de M^{me} DRENJEU. Ceci pourrait être analysé comme une situation de danger grave et imminent.

Et en l'état, M^{me} DRENJEU devrait se retirer de situations dangereuses avec son droit de retrait, que représentent ces réunions de service au potentiel délétère totalement non arbitré.

Pour inverser une telle situation, il faudrait :

- donner des clés de compréhension au médecin du travail de M^{me} DRENJEU et lui permettre de la soustraire d'une organisation du travail dans ses modalités actuelles de réunions déstabilisantes, dangereuses pour sa santé
- que l'entreprise mesure ses responsabilités et les risques pour M^{me} DRENJEU et ladite entreprise, et qu'elle décide “d'apaiser” une fin de carrière d'une employée qui n'a pas démérité, qui peut être fière du travail accompli, et qui devrait pouvoir être placée dans la situation de bénéficiaire d'une retraite méritée et apaisée.

Si cela n'est pas fait :

- ou M^{me} DRENJEU risque pendant des années de subir un passif profondément délétère d'une reconnaissance symbolique qui n'a pas été assumée par son entreprise ;
- ou, et ce n'est pas contradictoire avec le premier point, un processus de victimisation ou de judiciarisation, l'empêchera de restaurer sa santé, et privera son entreprise de comprendre sa propre responsabilité dans la santé actuelle de M^{me} DRENJEU, ce que faisant, elle ne sera pas en situation de prévenir d'autres dysfonctionnements du même ordre pour d'autres salariés.

À valoir ce que de droit »

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(ES) : Alain CARRÉ – Josiane CRÉMON – Florence JEGOU – Annie DEVEAUX – Jocelyne MACHEFER – Nicolas SANDRET – Jean-Louis ZYLBERBERG

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER : Alain RANDON

CONCEPTEUR-RÉALISATEUR DU CAHIER SMT : Jean-Noël DUBOIS

ADMINISTRATEUR DU SITE WEB : Benoît DE LABRUSSE

MEMBRES : Pierre ABÉCASSIS, Martine BESNARD, Marie-Andrée CADIOT, Benoît DE LABRUSSE, Jean-Marie ÉBER, Claude GARCIA, Alain GROSSETÊTE, Michel GUILLAUMOT, Hervé LE SCAO, Claire LALLEMAND, Gérard LUCAS, Martine GONDRAN, Brigitte PANGAUD, Michèle PRÉVOST, Odile RIQUET, Gilles SEITZ, Martine TAVERNIER, Claire THOMASSIN

DIFFÉRENTS ÉCLAIRAGES

D'UNE FACETTE D'UN RPS

LE CONFLIT D'ÉTHIQUE (OU CONFLIT ÉTHIQUE), SOURCE DE SOUFFRANCE AU TRAVAIL (DE LA MANIPULATION DU DÉSIR AU COURAGE DU RENONCEMENT)

Karine DJEMIL, Martine BESNARD, médecins du travail

Un problème rencontré de plus en plus souvent dans notre métier, soulève un certain nombre de questions en terme de souffrance au travail, d'analyse du mécanisme, de prise en charge en consultation mais également de prévention individuelle et collective (action au niveau de l'entreprise).

Dans l'organisation du travail, les salariés sont fréquemment confrontés au conflit éthique. Il y prend même une place prépondérante. Il se pose de façon évidente lorsqu'il concerne des cadres mais également de façon plus insidieuse en termes d'exigences des entreprises et de complicité avec l'organisation du travail imposé de plusieurs manières au salarié.

Ces cas cliniques illustrent les différentes présentations que peut avoir le conflit éthique. Ils ont toujours au moins un point commun : celui d'être généré par l'organisation du travail. Le conflit éthique est baptisé comme tel, car il impose un choix au salarié entre deux axes qui s'excluent l'un l'autre, à différents degrés. Lorsque ces choix impliquent un système délétère auquel doit collaborer le salarié (pour pouvoir évoluer dans sa carrière), je nomme cela complicité.

Voici deux exemples :

- « Si tu veux une promotion, tu ne dois pas compter tes heures au travail » ; au fil des mois ou des années, la carrière du salarié finit par se construire très souvent au détriment de sa vie personnelle...
- Un soignant doit souvent choisir entre un traitement coûteux mais efficace, et un plus rentable...

Il existe une autre caractéristique commune à ces différents cas : ces organisations du travail ont la particularité de ne concéder que très peu de marge de liberté aux salariés à leurs postes. Puis ils se sont rapidement trouvés pris dans des conflits éthiques, n'ayant plus aucune marge de manœuvre à leur travail, « pris à la gorge ». Enfin à moment donné, ils ont été exclus du système (ou encore placé dans une impos-

sibilité). Par le biais de ces dysfonctionnements et de la souffrance engendrée, on peut alors mettre en évidence les organisations du travail sous-jacentes.

PREMIER CAS : LA « COMPLICITÉ REQUISE »

M^{lle} L... est une jeune femme de 29 ans que je rencontre pour la première fois en novembre 2009 en visite annuelle. Elle a eu un arrêt maladie d'une semaine en octobre : elle a craqué, m'explique-t-elle, parce qu'elle n'en peut plus de son travail. Embauchée dans la chaîne depuis 2008, elle a été mutée sur ce magasin mi-2009, pour poursuivre une formation en interne afin de devenir manager. Cette formation formalisée officiellement par un contrat, a consisté en quatre mois de cours théorique en alternance avec des « cours pratiques » sur le terrain comme manager sous l'égide d'un « maître de stage », la directrice du magasin. Le lieu géographique est imposé.

Ils étaient six à être formés et au final, quatre d'entre eux dont ma salariée n'ont pas eu le titre de manager au bout des trois mois de stage. Ses employeurs lui imposent une prolongation de six mois. C'est à ce moment-là que je la vois. Hier, elle a eu un rendez-vous avec ses formateurs et sa direction générale, qui lui proposent une prolongation de sa formation, mais sans préciser de date de fin de stage. Là encore une mutation est imposée, au magasin des Halles cette fois.

M^{lle} L... y a cru. Elle se lève à 4 h 30 du matin pour prendre son poste à 8 h ou bien termine à 22 h et arrive chez elle à minuit. Elle sert actuellement de « bouche-trou » et est mise de côté lors de la grande réunion des managers chaque semaine. On lui dit qu'elle doit « garder » le magasin pendant ce temps. Elle a bien eu la paye d'un manager pendant trois mois comme c'était prévu pendant sa formation. Mais elle est revenue à une paye de vendeuse, alors qu'elle conti-

nue d'assurer la fonction de manager. Elle passe sa vie dans les transports, me dit-elle (trois heures par jour minimum). Elle a privilégié sa vie professionnelle au détriment de celle personnelle, vivant encore chez ses parents dans un petit appartement et dormant dans le même lit que sa sœur de 15 ans, malgré ses horaires très tardifs...

Durant sa formation, elle a été envoyée aux quatre coins de France (Amiens, Bordeaux...), a fait l'ouverture de quatre magasins « gratuitement, en tant que vendeuse pour montrer ses compétences » ; enfin elle a atterri ici, pensant enfin intégrer un poste de manager... mais non ! Elle est corvéable à merci par les quatre autres managers et la directrice du magasin.

Une de ses collègue-élève a annoncé sa grossesse à leur directrice régionale. Cette dernière lui a déjà annoncé qu'à la fin du stage ; il valait mieux qu'elle n'eût pas fait la formation ! (Après avoir fait des ouvertures de magasin également).

Le directeur régional leur avait annoncé en début de formation que de toutes les façons, ils pouvaient être les meilleurs managers, avoir toutes les compétences, s'ils ne correspondaient pas à ce que la chaîne souhaitait ; ils ne seraient pas validés ! M^{lle} L... me décrit qu'au cours de certaines séances de cours, on leur demandait de faire des choses telles que dénigrer leur collègue. Puis ils inversaient les rôles... Certains avaient du mal à supporter les humiliations répétées pendant la formation, et des animosités commençaient à naître. M^{lle} L... qui prenait cela comme des sortes de jeux de rôles s'y est prêtée jusqu'au bout, exécutant tout ce qu'on lui demandait. Elle a tout de même trouvé que ce n'était pas normal et l'a signifié à son formateur.

Dans le magasin, M^{lle} L... s'occupe de deux rayons à la fois (alors que c'est un rayon par manager normalement) en tant que « faisant fonction » de manager, sans le titre officiel, ni la paye, ni même le badge pour sortir (on le lui a retiré à la fin de ses trois mois de formation). Elle est donc obligée d'attendre qu'un de ses collègues manager vienne lui ouvrir avec son propre badge.

M^{lle} L... a sollicité directement sa directrice à plusieurs reprises pour le poste de manager, devant l'absence de réponse du siège. Celle-ci lui a répondu qu'elle n'avait pas le temps de la former sur les heures de travail de M^{lle} L... car il y avait trop d'absence en ce moment parmi les vendeurs et les managers. Il fallait donc que M^{lle} L... fasse des heures en plus en dehors du travail pour se former. La directrice lui a dit avoir l'autorisation du directeur régional pour les heures en plus, bien sûr non rémunérées. Mais quand M^{lle} L... lui a demandé « le papier où c'était écrit » ; sa directrice a refusé, arguant qu'elle ne pouvait pas le lui donner. M^{lle} L... avait déjà fait beaucoup d'heures en plus gratuitement, mais là ; elle refusa de continuer. Il lui a même été dit qu'elle avait raté son test de fin de formation, avec une note de... 17,5/20 ! Hier soir, on lui a proposé une mutation aux magasins des Halles ou à Argenteuil, toujours dans le cadre de sa formation pour être manager, mais sans délai précis...

Lorsque je vois M^{lle} L... en visite annuelle, elle est en grande souffrance, luttant contre une dépression manifeste. Malgré ce qu'elle me raconte, elle s'accroche toujours à son travail même si elle n'y croit plus beaucoup. Nous avons repris point par point l'analyse de l'ensemble de sa carrière au sein de cette entreprise ainsi que ses motivations. Il apparaît que M^{lle} L... a placé tous ses désirs et ambitions dans son travail pour « grimper les échelons en interne », en l'absence de diplôme plus valorisant, malgré l'incertitude des promesses faites par sa direction et les qualités « plutôt perverses » requises pour être manager dans cette chaîne. (Le profil recherché n'est visiblement pas basé sur les compétences, mais sur la capacité à obéir à des ordres pouvant nuire à autrui et à ne pas être trop pris dans des contradictions internes [conflit d'éthique]). Je lui explique que dès le départ sa formation consistait à la mettre en situation de voir si elle était capable de démolir ses collègues et que probablement, en montrant qu'elle « avait des scrupules », elle a échoué aux tests. Je finis par arriver à négocier une inaptitude temporaire avec mise sous antidépresseur, et je l'envoie voir notre psychologue du travail pour un premier contact afin d'analyser plus en profondeur ce qui lui arrive à son travail.

Il apparaît que l'entreprise de M^{lle} L... fait miroiter des promesses d'avancement par l'intérieur, un diplôme n'étant pas exigé, joue voire exploite les désirs d'ambition de salariés pour mieux les convertir aux méthodologies de l'entreprise, consistant à faire travailler d'autres salariés au moindre coût par n'importe quel moyen possible. L'entreprise couvre le manager ou directeur en le mutant ou pendant un certain temps...

Concernant M^{lle} L..., trois choses sont à relever. En premier, malgré les attentes visiblement perverses de l'entreprise et malgré les menées en bateau, M^{lle} L... a persisté et participé au système. Elle a été prise à moment donné dans un conflit éthique dont elle n'avait pas réussi à s'extraire au moment de notre rencontre. Le courage dans un tel cas consiste essentiellement pour le salarié à renoncer à ses ambitions ou résister dans l'ombre. C'est une décision difficile à prendre.

M^{lle} L... vient me voir un mois après, toujours en arrêt maladie. Elle a appris qu'on ne la mettait pas en absence pour arrêt maladie sur le planning, mais « absence sans motif ». Elle n'a toujours pas reçu ses attestations de salaires. Elle vient d'apprendre que des personnes ont été recrutées de l'extérieur pour être formées comme manager... M^{lle} L... ne comprend toujours pas pourquoi elle n'a pas été nommée à ce poste... Elle souhaite rencontrer à nouveau notre psychologue du travail. Je négocie avec elle une prolongation de son arrêt et elle commence à réaliser que peut être, elle ne reviendra plus dans son entreprise.

Je la revois un mois et demi après environ. Elle est plus critique et maintenant pense qu'elle ne retournera pas dans le magasin. Elle n'y a plus de contact. Personne ne s'inquiète de sa santé. Concernant la proposition de mutation, elle n'a aucune nouvelle.

Son moral est moyen (meilleur). Elle réalise que les formations et motivations sont tout à fait artificielles et inculquées

par les formateurs, « construites de toutes pièces et faites pour les créer artificiellement » m'explique-t-elle ! M^{lle} L... a compris que pour sortir de ce piège, elle doit renoncer à ces « rêves » qu'on lui a fait miroiter.

Une inaptitude définitive sera prononcée en deux temps avec étude de poste. L'entreprise n'a pas accepté les restrictions sur la fiche d'aptitude, à savoir « pas de contact avec les dirigeants ni les salariés de la chaîne ». Elle m'a même demandé des explications. Je leur ai répondu que j'estimais, au vu de la souffrance importante de M^{lle} L... et de l'état dégradé de ses conditions de travail que, retourner dans l'entreprise entraînerait une aggravation de l'état de santé de la salariée.

De façon prévisible, ils ont contesté l'avis, notamment la restriction à travailler au contact des autres salariés. Cette partie-là est liée à une autre « particularité » classique que j'ai souvent retrouvée dans ces organisations du travail. Elles sont déclinées avec pas mal de « liberté » par le directeur du magasin dont le but est d'atteindre le chiffre d'affaire demandé : au minimum les salariés sont empêchés de se parler et d'échanger entre eux ; au maximum, on les dresse les uns contre les autres. La méthode alors la plus fréquemment employée est le favoritisme qui n'est finalement que le système organisationnel pervers de l'entreprise appliqué à échelle locale, adapté à la taille du magasin.

N'ayant pas eu de nouvelle de la contestation, j'en ai déduit que l'entreprise n'avait pas eu gain de cause.

DEUXIÈME CAS : LA « COMPLICITÉ FORCÉE »

Un accident du travail mortel d'un jeune intérimaire est survenu dans une entreprise de stockage de matériel de métallurgie du BTP. J'en fus informée un mois après par « hasard », lors de la visite médicale du travail par deux autres intérimaires qui travaillaient avec ce jeune, au même type de tâches. Estimant avoir été trompée sur l'intitulé du poste par l'entreprise utilisatrice (demandé : préparateur de commande, en réalité aide-guide pontier au sol), je fis revenir les deux salariés intérimaires et leur expliquais que je ne pouvais les laisser travailler à ce poste, spécialement dans cette entreprise tant que les choses n'étaient pas clarifiées et les risques réels évalués.

Quelques temps après, je rencontrais en visite annuelle une salariée permanente de l'agence d'intérim qui me disait souffrir de sa hiérarchie en subissant beaucoup de pressions. Elle m'apprit que dans le cadre de ses missions, elle avait visité cette entreprise utilisatrice quelques mois avant l'accident mortel, pour y vérifier les postes pressentis pour les missions d'intérim. Elle m'expliqua avoir été étonnée, trouvant peu de correspondance entre la demande de l'entreprise (préparateur de commande) et la réalité du travail, estimant que les risques étaient anormalement importants pour des missions habituelles d'intérim ! Lorsque je lui posais alors la question pourquoi elle n'avait pas signalé cette discordance, et pourquoi elle avait laissé l'intitulé du poste « préparateur de commande » qui ne nécessitait pas de formation particulière, alors que celui d'aide pontier, oui ; elle ne put me

répondre. Je compris qu'elle se trouvait prise entre les directives très pressantes de son entreprise d'un côté et sa conscience professionnelle de l'autre. Elle avait elle aussi, participé au système d'organisation du travail de l'agence d'intérim, consistant à ne pas discuter les déclarations du client, même si de façon évidente les risques de l'emploi sont minimisés voire détournés de la réalité. Quelques temps après, j'appris qu'elle avait quitté l'entreprise d'intérim.

Là encore, la salariée a été placée dans un conflit d'éthique qu'elle a dû porter et résoudre avec ses propres moyens. Si elle avait rectifié le poste et les risques décrits par l'entreprise utilisatrice, elle se serait dressée contre sa propre hiérarchie. Mais cette dernière ne tolérait pas qu'un de ses salariés prenne le risque de perdre un bon client et aurait probablement mis ainsi fin à ses « chances » de promotion possible en interne.

D'ailleurs le lendemain de mon refus de laisser travailler des salariés intérimaires, l'employeur de l'entreprise utilisatrice me prévint qu'il prenait de toutes les façons ses dispositions, en s'adressant à une agence intérim concurrente qui lui enverrait de nouveaux salariés intérimaires le jour même.

Cela me confirma le dilemme dans lequel avait été placée la salariée, dilemme qui est une autre facette du conflit d'éthique au travail débouchant sur une souffrance.

TROISIÈME CAS : LA « COMPLICITÉ COMPLAISANTE ? COLLECTIVE ? »

Je suis un magasin et ses salariés depuis plusieurs années, sans que quoique ce soit de particuliers ne me soit signalé. Je vois pour la première fois une salariée en visite d'embauche (dite hors délai) en même temps que sa visite de reprise de congé parental. La salariée en pleurs me dit ne plus arriver à supporter ce qui se passe dans l'entreprise ; que même son mari ne veut plus qu'elle y aille et qu'elle-même, n'arrive plus à retourner dans le magasin.

Très surprise, car jusqu'à présent aucun problème ne m'avait été signalé par les autres salariés (le magasin comptant six à sept personnes au moins), je lui demandais de m'expliquer le plus précisément possible ce qui n'allait pas et qu'elle ne supportait plus. Un peu calmée, elle me raconta que son employeur et propriétaire de la TPE, avait un comportement aberrant car il passait son temps à se masturber dans son bureau et à regarder des films porno dont on entendait les bruits jusque dans le magasin.

Personne ne subissait de harcèlement sexuel directement, mais depuis qu'elle était revenue de son congé parental, elle avait honte devant les clients quand les bruits se faisaient entendre, n'osant pas lever les yeux pour les servir, alors qu'une partie de son travail consiste à donner des conseils. Elle redoutait d'être obligée de monter dans le bureau pour lui demander de la monnaie, des signatures de papiers, des commandes de fournitures, etc. car il sortait alors sa main de dessous son bureau, signait les papiers ou prenait des billets et les lui tendait : ils étaient tous collants... ! Elle était dégoûtée et ne voulait même plus les prendre de la main à la

main. La famille de l'employeur était au courant et il semblait passer plus de temps au magasin que chez lui.

Je lui demandais pourquoi les autres salariés ne m'avaient pas mise au courant et qu'elle-même, qui était pourtant depuis plusieurs mois voire au moins un an dans le magasin, ne m'en avait pas parlé avant. Elle m'expliqua, avoir été mise au courant de la situation par ses collègues et la responsable adjointe quand elle avait commencé à travailler dans le magasin. On lui avait précisé également que leur employeur n'était pas embêtant, qu'il ne disait rien et laissait les salariés tranquilles, ne cherchant pas à les « harceler sexuellement » directement. « *Ailleurs c'est pire au niveau du travail* » lui dit-on, car un autre employeur les aurait euh... !

Elle avait bien essayé de s'y faire mais n'y était pas arrivé et depuis son retour de maternité, c'était encore pire. Elle ne supportait plus la situation anormale, ni d'être obligée de faire comme si de rien n'était !

Je mis la salariée en inaptitude temporaire et je fis convoquer tous les autres sous prétexte de passer leur visite annuelle. Je voulais voir ce qu'il en était. Chacune me répondit que tout allait bien dans le magasin, même lorsque je demandai avec insistance s'il y régnait une bonne ambiance et que rien de particulier ne se passait !

Lorsque vint le tour de la responsable, je décidai d'être plus précise dans mes questions pour en avoir le cœur net. Au début elle fit les mêmes réponses que les autres salariés. Puis quand je lui demandais s'il se passait des choses anormales dans le magasin, elle comprit (je pense) que j'étais au courant. Elle ne voulut pas prendre le risque de me mentir franchement et biaisa en répondant qu'il ne se passait rien qui ne lui portait préjudice à elle. À chacune de mes questions, elle me donna les réponses ambivalentes : à savoir qu'elle ne disait pas qu'il ne se passait rien, me répétant la même réponse par rapport à elle-même, etc. Excédée, je finis par la prévenir que je notais ce qu'elle me disait dans son dossier médical du travail. Je le fis devant elle. Elle ne changea pas de position. L'affaire en resta là. Je ne revis pas la première salariée toujours en inaptitude temporaire.

Quelques mois après, je reçus en visite de reprise maternité une autre salariée du magasin qui s'effondra en larmes pendant l'entretien. Elle me dit être harcelée en permanence à son travail depuis son retour par... la responsable adjointe ! Que cette dernière lui faisait des réflexions rabaisantes devant les clients, lui disant que même une « femme de ménage » avait un QI plus élevée qu'elle, etc. Elle accusait ouvertement la salariée de vouloir montrer sa poitrine. Quand celle-ci soulevait quelque chose avec les bras au-dessus de l'horizontale, la responsable fonçait sur elle pour rabaisser sa tunique sur ses hanches, lui reprochant que c'était indécent... À ma question comment elle expliquait ce revirement de comportement envers elle, la salariée en fait ne se l'expliquait pas, mais en souffrait beaucoup. J'avais cependant ma petite idée sur la question. Il était fort probable que mes questions trop précises avaient affolé la responsable qui réagissait quand même d'une façon assez étrange... ! Je demandais à la salariée si cela pouvait avoir

un rapport avec le comportement sexuel « particulier » de son employeur. C'était possible, me dit-elle, car depuis son retour, devant les clients, elle avait du mal à supporter les bruits qui « provenaient du bureau ». Elle évitait d'y aller d'ailleurs... Mais pour elle, quand même, son plus gros souci était plus le « harcèlement moral » qu'elle subissait de la part de sa responsable. D'ailleurs ses collègues étaient prêtes à lui apporter leur témoignage... toujours contre la responsable.

Je lui fis remarquer que lorsque je l'avais vu quelques mois auparavant, elle m'avait répondu que tout allait bien dans le magasin ! C'était même noté dans son dossier médical du travail. Pourtant elle ne pouvait alors ignorer que sa collègue subissait elle aussi du « harcèlement moral » lié à son refus d'accepter la situation dans le magasin ! Elle le reconnut, elle n'ignorait pas tout cela.

Pourquoi alors, n'avait-elle pas fait état de ce qui se passait dans l'entreprise ? Elle me répondit gênée qu'à ce moment-là, elle n'était pas concernée car ce n'était pas elle qui était harcelée...

Je lui demandais si elle réalisait, que sa collègue étant en arrêt depuis plusieurs mois, maintenant c'était son tour car elle ne rentrait plus « dans le moule » en quelque sorte... ? La salariée garda le silence toujours gênée. Elle finit par reconnaître que dès le départ, on l'avait prévenu ; hormis son « travers », l'employeur n'était pas « méchant » ; il laissait les salariés libres et ailleurs c'était pire... C'était un bon moyen, m'expliqua-t-elle, de garder son travail et d'avoir la paix.

Je la rassurai : j'entendais bien sa souffrance actuelle et j'étais d'accord pour une inaptitude médicale définitive. Toutefois, je lui expliquais que je notais tout ce qu'elle m'avait dit cette fois dans son dossier médical. Je lui conseillais de me revoir en pré-reprise.

Plus tard, son avocat chercha à me contacter. Il finit par me rejoindre au bout du fil et tenta de m'inciter à faire une action contre... la responsable adjointe pour les faits de harcèlement moral ! Je ne me laissais pas influencer mais je lui expliquais que j'étais d'accord pour l'inaptitude médicale définitive. Après cela, à deux reprises, la salariée fit le siège de mon assistante, arguant que son avocat l'envoyait chercher un « papier auprès du médecin du travail qui avait accepté de lui donner »... ! Je laissai la consigne à mon assistante de lui donner un rendez-vous en demande salarié, ce qui fut fait.

Mon premier sentiment fut que : dans cette entreprise, les salariées se laissaient acheter ! Je fus obligée de différer toutes décisions pendant quelques temps car je savais que je n'étais plus impartiale, ni en position soignante. J'étais plutôt dans une position de jugement dont je n'arrivais pas à me défaire, et qui tôt ou tard porterait préjudice aux salariées.

En attendant, je recherchais en naviguant sur internet et en discutant autour de moi si un tel comportement d'un employeur pouvait être considéré comme malade d'une part et d'autre part si cela entraînait bien dans le cadre de la lutte

contre... le harcèlement sexuel ? (L'onanisme est-il interdit sur le lieu de travail ?) Étonnamment, certains pays le toléraient dans l'entreprise à partir du moment où cela restait discret, même en étant connu par les autres salariés. Cela semblait être le cas pour cet employeur d'après les descriptions des salariées (pas d'exhibitionnisme).

Je pus prendre plus de distance vis-à-vis de cette situation inédite en dédramatisant. Je pris conscience que mes questions avaient probablement rompu un équilibre au sein d'un collectif soudé et fermé, basé sur un accord mutuel de silence des salariés avec l'employeur, en contrepartie de la garantie de leur emploi.

Je compris un peu mieux pourquoi la deuxième salariée accusait sa supérieure hiérarchique de harcèlement moral et était prête à en demander réparation, estimant être dans son bon droit. En effet, par maladresse et par peur je pense, la responsable n'avait plus à sa façon respecté sa « part de contrat » de paix contre silence avec les salariées.

L'employeur pouvait-il être tenu pour responsable de ce qui se passait dans l'entreprise ? Car il y avait tout de même deux salariées en souffrance liée au travail, en passe de perdre leur poste. Et probablement une troisième : la responsable prise en sandwich, qui « suait à grosse goutte », avec le spectre du chômage et l'accusation de complicité de harcèlement sexuel... ? difficile à qualifier mais très palpable : son angoisse.

Je me dis qu'il fallait regarder les choses sous un autre angle. Si les salariées avaient été placées dans une autre situation, auraient-elles réagi de la même façon en se fermant autour de ce secret ; au point de préférer se désolidariser d'avec une collègue, refusant de continuer à taire le secret plutôt que d'être solidaire avec sa souffrance ? D'ailleurs la seconde salariée, ne cherchait pas à dénoncer son employeur, mais juste sa responsable.

Du coup sous l'éclairage du collectif, je saisis mieux les motivations des collègues prêtes à apporter leur témoignage... uniquement contre leur responsable (et non contre l'employeur).

J'en déduisis donc que l'employeur portait bien la responsabilité de ce qui se passait dans l'entreprise, notamment de la souffrance des deux salariées. De plus, les salariées étaient obligées de faire un choix entre, soit le silence avec l'assurance de conserver leur travail, soit rompre ce silence en mettant en jeu leur poste. Elles étaient prises dans un conflit éthique au travail qu'elles avaient résolues en mettant en place ce cadre protecteur (le collectif de silence autour du secret) : cadre porteur tant qu'une salariée en faisait partie.

Je me résolue tout de même à écrire un courrier à l'inspection du travail, en reconnaissant mon ignorance quant à la conduite à tenir la plus judicieuse face à une telle situation dans une entreprise. Je pris aussi la résolution de prononcer une inaptitude définitive à tout salarié qui présenterait une souffrance à son poste de travail. Enfin j'envoyais un courrier à l'employeur lui demandant un rendez-vous pour établir la fiche de son entreprise. Je voulais tenter de mettre un

pied dans le magasin « par la petite porte » malgré la méfiance probable à mon égard...

Une discussion ultérieure avec une salariée d'une autre entreprise m'apporta un éclairage nouveau : celui du refus de se faire complice d'exigences néfastes. Ne plus être lâche, intervenir pour la personne en souffrance qui se dégrade avec son entourage pour public ; au risque de polariser sur soi tous les reproches de la famille, ne pas se contenter d'être spectateur... Cela m'aida à réfléchir sur ma propre position concernant la conduite à tenir.

J'hésitais à aborder l'employeur et son problème par le biais médical. Si je le faisais ainsi, essayant de le convaincre de se faire soigner, il m'a semblé que je risquais perdre de vue un point important : l'employeur détenait le pouvoir dans l'entreprise. Il avait instauré ce système d'omerta à des fins personnelles en usant de ses prérogatives d'employeur. Et je risquais moi-même en tant que médecin du travail d'y être pris et devenir à mon tour complice de ce système pervers.

QUATRIÈME CAS : LA « COMPLICITÉ INCONSCIENTE »

M^{me} S... est comptable dans un cabinet d'expert. Elles sont plusieurs à y travailler, chacune ayant en charge le suivi de vingt-cinq à trente entreprises. Tous les exercices financiers des entreprises de M^{me} S... se terminent au 31 décembre chaque année sauf un.

La période de décembre à avril-mai est une période très chargée chaque année : elle fait une à deux heures de travail en plus chaque jour et vient travailler un samedi sur deux. Je lui demande si elle est rémunérée en heures supplémentaires ou si elle récupère en période creuse : non, me dit-elle. Pourquoi reste-t-elle travailler alors ? « *Vous ne vous rendez pas compte, docteur, qui ferait mes bilans ? Ce n'est pas possible de laisser les entreprises en plan !* »

Je lui suggère que c'est peut-être l'affaire de son employeur, en trouvant une solution pour cette période : en mettant une personne en plus par exemple ? « *Impossible, il faut connaître le métier, et les entreprises.* »

Son employeur pourrait lui accorder des récupérations alors peut être ... « *Non, il ne veut pas ; l'heure, c'est l'heure.* »

Je comprends que cela fonctionne depuis des années ainsi.

Mais M^{me} S... a maintenant un souci qui l'angoisse beaucoup jusqu'à avoir des insomnies. Elle habite loin, dort chez son frère la semaine, pour ne rentrer chez elle que le week-end, voire en pleine période de bilan, à partir du samedi après-midi ; pour revenir le dimanche soir. Cela ne la gênait pas trop jusqu'à présent, car son fils faisait ses études à côté de son travail. Venant de les terminer ; il va retourner vivre dans la maison familiale. Elle veut suivre son fils et donc doit se résoudre à quitter son travail au vue de ses conditions de travail actuelles. Mais elle ne veut pas démissionner pour ne pas perdre ses droits.

Cependant elle ne pense pas que son employeur acceptera une rupture conventionnelle (je suis d'accord là-dessus). Il

lui a proposé d'aménager ses horaires... Mais elle sait que cela a peu de chance de lui convenir. Je lui suggère de proposer à son employeur de travailler à distance chez elle, mais elle ne connaît pas.

M^{me} S... a accepté de participer volontairement pendant des années à un système pernicieux qui a rogné ses droits ainsi que ceux de ces collègues probablement. Elle ne voulait pas prendre le risque d'affronter son employeur. Pourtant, lui dis-je, elle est comptable et n'ignore pas les lois du Code du travail. Elle sourit gênée. Aujourd'hui le système ne correspond plus à ses attentes. Elle réalise que son employeur fera toujours passer ses intérêts et ceux de son entreprise avant les siens à elle, sans reconnaissance des sacrifices consentis. Elle se retrouve coincée car obligée finalement de risquer de mettre en péril sa situation personnelle et familiale financièrement. Elle présente d'ailleurs un début d'atteinte à sa santé.

Je lui explique que lorsqu'elle dit : « avoir » le devoir de faire le bilan de toutes les entreprises en temps et en heures ; ce n'est pas forcément elle, qui doit porter cette responsabilité, mais bien son employeur. Car c'est bien lui le décideur de l'organisation du travail et si elle est obligée de faire des heures supplémentaires régulièrement pour arriver à bout de ses tâches, cela peut signifier qu'il lui confie trop de dossiers..., que probablement il ne prend pas le risque de négocier avec ses clients l'étalement des fins d'exercices sur plusieurs mois, facilitant ainsi le travail de chaque salarié... (d'autres cabinets l'ont fait).

Je ne peux lui faire une inaptitude médicale, lui dis-je. Préfère-t-elle « quitter son poste » ? Elle est bien consciente qu'elle va devoir s'armer de courage pour trouver une solution.

CINQUIÈME CAS : LA « COMPLICITÉ REFUSÉE »

M^{me} T... a environ cinquante ans. Je la vois une fois par an en visite annuelle. L'interroger sur son travail revient à lui demander où elle en est, car elle participe à un grand projet de refonte informatique. Nous discutons beaucoup à chaque visite car le projet est intéressant et M^{me} T... le connaît sur le bout des doigts !

Elle m'explique qu'en ce moment, elle est obligée de travailler sans avoir tous les éléments ni les autorisations légales normalement requises. Elle s'en est aperçue par hasard en les cherchant dans le dossier. Ne les trouvant pas, elle a appelé les organismes concernés pour savoir si les dossiers de demande d'autorisation avaient bien été déposés. C'est ainsi qu'elle a découvert qu'on les « faisait travailler un peu dans l'illégalité » ! Mais, me dit-elle, si nous ne le faisons pas, une autre entreprise acceptera de toutes les façons ! Alors...

Je lui demande si elle souffre de cette situation dans son travail. Pas du tout, m'explique-t-elle car elle s'y sent bien ! Elle avait déjà eu un poste à responsabilité auparavant dans une autre entreprise comme chef d'une équipe d'une dizaine

de personne. On leur faisait faire des formations de manager en groupe où on leur apprenait à démolir leurs collègues, à manipuler les personnes sous leurs ordres, pour les amener à leur faire faire ce qu'on voulait !

Elle fut la seule de son groupe à dénoncer la méchanceté et même perversité que sous entendait les exigences de leurs formateurs ! Les autres avaient complètement adhéré aux demandes de leurs supérieurs. Loin de devenir le vilain petit canard, ses supérieurs la félicitèrent. Mais elle refusa de rester dans l'entreprise plus longtemps, alors qu'elle y avait un poste important et était promise à un plus grand avenir.

À mes questions des raisons de sa démission, sa réponse m'éclaira beaucoup. Elle estimait que les gens manquaient bien souvent de courage. Elle estimait que le plus courageux était de dire stop, même au prix d'un renoncement ; mais depuis qu'elle était partie, elle se sentait bien mieux dans ses baskets et dans sa tête. Elle m'expliqua que tout était une question de courage dans la vie comme dans le travail. Il ne se logeait pas forcément dans la réussite professionnelle en se pliant exactement à ce que l'entreprise attendait que l'on soit, au détriment bien souvent des autres.

Pour elle, le courage, c'était plutôt de stopper cela en arrêtant d'être passive ; en disant non, je ne rentre pas dans ce système de manipulation consistant à asservir mes collègues.

C'était comme pour l'alcoolisme, me dit-elle. Un de ses amis était alcoolique et tout son entourage le savait. Personne n'était jamais allé vers lui, car chacun s'était dit que ça ne le regardait pas, cela allait passer; ensuite on se disait : c'était de l'ordre de l'intime, etc. Jusqu'au jour où cet ami était mort de son alcoolisme. Elle avait alors réalisé qu'elle avait toujours cherché des prétextes pour ne pas avoir à intervenir, évitant d'aller elle-même vers la personne pour l'aider ! Les excuses qu'elle s'était trouvées n'étaient que des prétextes pour rester passive et ne pas avoir à déranger ses propres habitudes ! me dit-elle, que c'était un manque de courage par facilité et commodité !

La question du courage et de la lâcheté est une question de plus en plus prééminente dans le travail. Beaucoup de salariés se font les complices passifs et parfois, mais plus rarement actifs d'exactions, survenant dans leurs entreprises à l'encontre d'un ou plusieurs collègues, souffrant sous leurs yeux. Simples témoins le plus souvent, ils tentent parfois d'aider le collègue en minimisant ce qui lui arrive, en prodiguant un vague « ça ira mieux plus tard, attend un peu » ! D'autres vont encore plus loin refusant de parler avec le collègue en difficulté, apportant même leur témoignage à l'employeur (ou supérieur hiérarchique) contre le salarié.

Beaucoup pensent qu'ainsi leur propre emploi sera maintenu et qu'ils seront épargnés par les vagues de licenciement espérant ainsi poursuivre leur rêve de promotion. D'autres enfin, sont prêts à suivre intégralement les étapes initiatiques imposées par l'entreprise, pour montrer qu'ils sont dignes du poste qu'ils convoitent. Ces étapes consistent bien souvent à être capable de manipuler, de ne pas faire preuve de senti-

ment, voire de « démolir » eux même un de leur collègue désigné ou devenu *persona non grata* dans l'entreprise.

Ces salariés sont généralement désignées d'une façon ou d'une autre par la direction comme étant gênants (ex : une salariée divorcée moins disponible car avec des enfants à charge, un homme devenu trop âgé coûtant cher à l'entreprise, un autre salarié qui détonne en refusant de rester tard le soir ou n'acceptant plus de travailler « bénévolement »...).

Souvent ce type de direction promet d'autoriser le salarié désireux d'évoluer dans la hiérarchie à déposer une demande de formation de manager s'il montre qu'il est capable de s'investir dans le travail... en faisant beaucoup d'heures en plus, non rémunérées entre autres ! (Le terme de bénévolat a même déjà été employé par des salariés en consultation). Étonnamment ces salariés s'approprient ces exigences et les présentent comme émanant de leur propre volonté ! Je me souviens avoir demandé si la promesse était écrite (bien que généralement je connaissais la réponse). La plupart me répondaient par la négative, tout restant oral...

Souvent j'explique alors que : ce que font ces salariés auprès de leurs collègues en « apprenant à manager sur le terrain bénévolement », le supérieur hiérarchique l'applique à l'apprenti-manager en le faisant travailler beaucoup, en heures non rémunérées. De plus, sans qu'ils le sachent, plusieurs salariés peuvent être mis en concurrence : c'est tout bénéfique pour l'entreprise et pour le responsable du magasin dans l'atteinte de ses propres objectifs mensuels !

Mais bien souvent le salarié sous différents prétexte est maintenu dans son statut de simple vendeur tout en cumulant les deux fonctions. C'est une situation qui peut perdurer plusieurs années quand le salarié ne prend pas la décision de partir ou quand un nouveau manager par exemple, est embauché directement sans besoin d'être formé au poste convoité.

La plupart du temps, l'organisation du travail instaure un système réellement très rentable, consistant à payer les salariés en illusions (ou rêves) ambitieux. Dans ce système, le courage de s'opposer consiste à faire le deuil de ses ambitions dans l'entreprise.

C'est à ce niveau-là que le courage se situe actuellement ! Mais le refus de continuer à reproduire en cascade ces manipulations perverses coûte beaucoup au salarié en terme de travail sur lui-même !

Isolé dans sa bulle de promesses d'une vie meilleure, d'être épargné quand il règne autour de lui des signes pourtant évidents de tempêtes, violences, pressions et menaces ; certains salariés montrent qu'ils sont prêts à tout pour se distinguer du lot auprès de leur hiérarchie !

Parodie de courage, mais bien présenté comme tel, souvent il est assez étonnant de découvrir qu'en réalité le salarié ne se fait guère d'illusion.

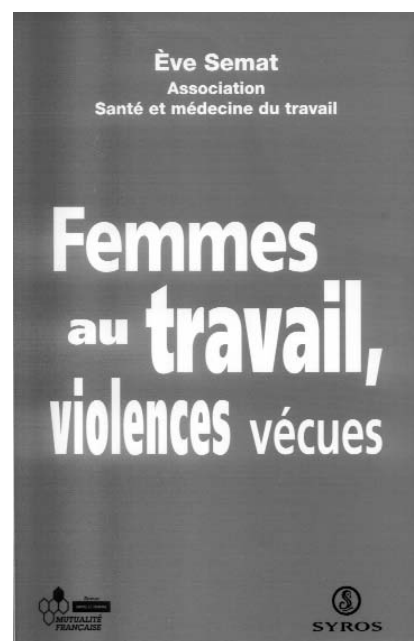
Il persistera cependant à croire aux mêmes illusions tant qu'une personne extérieure ne lui aura pas verbalisé que les promesses de son entreprise ne sont que du vent, qu'il n'y a rien derrière car elles sont creuses et sans consistance réelle. Il faut donc analyser l'organisation du travail avec le salarié à son poste mais aussi ce qu'il en a intégré et ce qu'il en a compris.

Il faut la « verbaliser » avec lui pour la mettre en évidence et comprendre ensemble sa position dans la micro-organisation dans laquelle il baigne.

Il faut évaluer le coût physiologique en terme de santé pour le salarié à court, moyen et long terme, en analysant le risque réel lié au décalage entre la réalité de l'organisation du travail et l'image qui y est véhiculée en interne : par exemple par l'analyse des consignes verticales, des objectifs imposés, des méthodes managériales suggérées voire ouvertement préconisées, l'évaluation du degré de facilité d'avancement en terme de faisabilité et enfin en bout de chaîne, par l'évaluation de la réalité du travail concret du salarié en terme de faisabilité et de durabilité.

On aura alors, une idée du coût psychique et physique que le salarié doit fournir pour rester à son poste de travail et le maintenir. Et ainsi, du degré de dangerosité pour la santé du salarié, en terme de risque de décompensation encouru. Le médecin du travail a à ce niveau là, un rôle préventif très important à jouer en consultation.

Cet ouvrage collectif de l'ass. Santé et Médecine du Travail, paraît sous le pseudonyme de Eve SEMAT
Vente en librairie – Prix : 28,20 € –
Éditions Syros, 9 bis rue Abel Hovelacque 75013 Paris



MOURIR AU TRAVAIL

Nicolas SANDRET, médecin inspecteur du travail
Attaché de Consultation Hôpital Intercommunal de Créteil

Dans les médias l'on évoque de plus en plus souvent les suicides au travail. La question qui est posée et qui fait échos à ce que nous entendons au fil de nos consultations et dans les consultations de souffrance au travail, est celle de la place du travail dans ces décompensations psychique très profondes qui vont parfois jusqu'au suicide ou tentative de suicide. Ce que nous renvoient les patients est l'étonnement, l'incompréhension de l'entourage qui leur pose la question « pourquoi tu en es arrivé là alors que c'est que pour le travail ».

Nous ne pouvons comprendre la violence de cette dégradation que si nous comprenons l'importance du travail dans la construction de l'identité psychique de chacun d'entre nous.

Le travail c'est d'abord ce qui nous oblige à faire quelque chose qui nous sorte de nous-mêmes, pour aller vers un but qui ne nous est pas directement adressé, faire une pièce de bois, construire une maison, travailler sur une chaîne de montage de voitures, faire un diagnostic médical sont des actes qui ne s'adressent pas à nous mais que nous faisons pour l'autre, les autres, le monde.

Les ergonomes de langue française disent qu'il y a, pour tout travail, ce qui est prescrit, par exemple pour les médecins la description d'une pathologie avec les signes cliniques et les examens complémentaires à faire mais nous le savons bien, dans la pratique, nous ne retrouvons que très rarement la totalité des éléments qui permettent de poser le diagnostic car il n'y a pas deux patients qui sont identiques. Les symptômes n'ont pas la même représentation pour chacun d'eux, la description de ceux-ci est toujours très différente et il faut, par l'interrogation, mesurer, reconnaître à travers la description qui en est faite le symptôme que l'on recherche. Dans une deuxième étape, il faut rassembler les signes et essayer de comprendre l'association de ceux-ci pour aboutir au diagnostic mais l'on sait qu'il n'y a jamais tous les signes réunis comme cela est décrit dans les livres. Un diagnostic n'est jamais l'aboutissement d'un algorithme, il y a toujours la part du clinicien qui va interpréter et conclure. Cette part de l'activité c'est le réel du travail. L'écart entre le « travail »

prescrit comme dans les livres et le réel du travail est irréductible, c'est cet espace là qui constitue le travail. Le travail ne se fait que parce que le médecin dans ce cas en fait plus que ce qu'on lui demande, que lui demanderait théoriquement le *guide line* pour établir un diagnostic, il faut qu'il ruse, qu'il interprète, qu'il use de tout son savoir, sa sensibilité, son intelligence pour arriver à réunir les signes permettant d'établir un diagnostic. S'il n'y met pas du zèle et n'applique que ce qui est décrit dans les livres, il ne fait pas de diagnostic. Ce qui est vrai pour le médecin est vrai pour tous les travailleurs quelque soit leur travail, s'ils n'en font pas plus que ce qui leur est demandé le travail ne se fait pas car le réel est toujours variable, il n'y a pas deux séries de pièces identiques, il n'y a pas deux pas de vis identiques. Cet apport de l'homme au travail dans l'espace entre le prescrit et le réel est-ce qui fait que le travail est vivant et profondément humain. Quand les salariés n'apportent plus cette part d'eux même dans le travail, quand ils ne font que ce qu'il leur est demandé, cela s'appelle la grève du zèle car dès lors le travail ne se fait pas. Une expérience a été faite sur une chaîne de montage de voitures, la direction a demandé aux ouvriers de ne faire expérimentalement, que ce qu'on leur demandait de faire. La chaîne s'est arrêtée au bout d'une heure car si la chaîne marche c'est parce qu'à chaque instant l'homme corrige, intervient pour que le travail se fasse malgré la variabilité du réel.

La vérité est que les salariés en font toujours plus que ce qu'il leur est demandé dans leur fiche de poste et c'est la condition sine qua non pour que le travail se fasse. La question est de savoir puisque finalement ils ne sont pas plus rémunérés, ni reconnus pour ce plus dans le travail, quelle est la part d'eux-mêmes qui les amènent à se dépasser ?

Nous sommes tous sortis de l'enfance et de l'adolescence avec des failles, des trous psychiques, et sans doute heureusement car c'est peut être cela qui est la source de notre humanité, la fragilité et la force de l'Homme. Chaque jour pour s'assurer de notre identité psychique malgré ces failles, ces trous psychiques, nous nous assurons de ce que nous

sommes dans le regard de l'autre qui reconnaît (ou pas) ma valeur. Cette reconnaissance au quotidien va pouvoir progressivement combler le doute que j'ai en moi, sur moi.

Cette reconnaissance passe par le jugement d'utilité et le jugement de beauté. Jugement d'utilité, ton travail est utile au monde et donc tu es utile au monde. Ta présence au monde à travers le travail modifie celui-ci. *A contrario*, la mise au placard qui correspond au fait de ne plus donner de travail à faire à un salarié tout en le payant et même en lui laissant son bureau, internet et le téléphone est extrêmement délétère et entraîne des dépressions graves liées au sentiment d'être inutile. C'est ce que l'on retrouve chez les chômeurs, les jeunes sans travail, les retraités qui n'ont pas préparé leur retraite. À quoi je sers, est leur leitmotiv, leur interrogation. Ce jugement d'utilité délivré par la hiérarchie, par les clients, les malades qui me disent que je ne suis pas là pour rien est un des éléments fondamentaux dans la construction de l'identité psychique.

Le jugement de beauté lui est donné par les pairs : « *Tu as fait du beau travail* », « *Tu t'es bien débrouillé pour faire ce diagnostic qui était difficile, bravo !* » « *Tu as su à la fois appliquer les règles du métier et les dépasser* » permet de se reconnaître dans une communauté de travail.

Le travail est donc un déterminant de la santé psychique grâce à la reconnaissance de l'utilité au monde et de la beauté du geste du métier. Cette reconnaissance va permettre au fil du temps de se consolider dans l'assurance de soi même.

Mais le travail, c'est aussi une promesse de développement de soi, de sa sensibilité, de son intelligence, de ses savoirs faire par la résistance du réel qui parfois bouscule le travail habituel. La pièce que je fais de façon quasi automatique habituellement tout d'un coup cela résiste, cela ne marche pas, tout d'un coup le patient qui est en face de moi résiste. Je n'arrive pas à organiser les signes, les symptômes, les examens complémentaires dans un diagnostic. Le réel me résiste et cette résistance crée une souffrance (Chr. DEJOURS dit que le réel se fait connaître par une souffrance), une interrogation, un doute sur mes capacités de faire, une angoisse du pourquoi je n'y arrive pas, une interrogation sur mes savoirs faire. Pour surmonter cette résistance, je vais mobiliser mon intelligence, mes savoirs faire, ma sensibilité pour dépasser cette résistance. Cette mobilisation de mon être pour comprendre peut durer une heure ou parfois plus. Parfois, je me réveille la nuit et tout à coup j'ai l'impression d'avoir trouvé la solution et, effectivement, le lendemain matin, je l'applique et cela marche : alors quel bonheur et quelle satisfaction. Donc le réel du travail se fait d'abord connaître par une souffrance qui peut aboutir sur du plaisir. Mais cette recherche, cette mobilisation de mon intelligence, ma sensibilité, mes savoir-faire a agrandi chacune de ces entités et je sors plus intelligent, avec plus de sensibilité et plus de savoir-faire dans chacune de ces épreuves. Un menuisier expérimenté pourra en touchant un bois dire quelle utilisation peut être faite au mieux de celui-ci, ce qu'il ne savait pas faire quand il était jeune apprenti. C'est parce qu'il s'est battu avec tous les bois sur lesquels il a antérieu-

rement travaillé qu'il peut dire quoi faire avec celui-ci. Il est habité par tous les bois qui lui ont résisté. Cette connaissance des bois est incorporée en lui, ce n'est pas une connaissance théorique mais bien par corps.

De même, un médecin ayant une certaine expérience « sent » le patient avant même parfois que celui-ci ait parlé, il va plus directement à l'essentiel car il est habité par tous les patients qu'il a rencontrés. Il a développé une sensibilité par corps, fruit de tous les diagnostics qui lui ont résisté et qui l'ont construit alors que le jeune praticien frais émoulu de la fac doit égrener ses connaissances théoriques pour arriver à faire le diagnostic.

Le travail grâce à la résistance du réel est donc une promesse d'agrandissement de soi et, si tout ce passe bien, cet agrandissement de son intelligence, de sa sensibilité, de son savoir faire va nous donner une assise psychique plus importante, une satisfaction, un plaisir d'être au monde.

Tous ces savoir-faire incorporés, sédimentés dans le corps font partis de l'identité psychique de chaque travailleur. Changer brutalement les modalités d'exécution ou même la finalité du travail peut être très déstructurant car c'est une négation de tous les savoirs accumulés au travers de sa vie professionnelle et plus profondément de l'identité psychique du travailleur.

Mais travailler ce n'est jamais travailler seul, c'est toujours travailler pour et avec les autres. Travailler ensemble c'est la possibilité de dire à son collègue la difficulté que j'ai sur ce dossier, sur cette pièce, sur ce diagnostic, partager la difficulté pour que l'autre, le collègue qui a peut être traversé la même résistance me dise comment il s'en est débrouillé, qu'il me donne ses « ficelles de métiers » ou, s'il n'a jamais rencontré cette difficulté, que nous cherchions ensemble une solution commune. Ce partage de difficultés, de ficelle de métier, fini par créer ce que l'on appelle les règles du métier c'est-à-dire la définition de la meilleure façon de procéder pour pouvoir faire un travail de qualité. Souvent ce sont des règles non écrites et pourtant très présentes et très efficaces. Mais pour partager ses difficultés il faut avoir confiance, être sûr que l'autre ne va pas profiter de mon état de faiblesse momentanée pour me déconsidérer et en profiter. C'est donc une histoire de confiance et c'est sur cette confiance partagée dans la difficulté que vont se construire les collectifs de travail c'est-à-dire le travailler ensemble, la solidarité.

Le travail (Chr. DEJOURS parle de centralité du travail), est un déterminant essentiel de la santé psychique, physique et sociale mais c'est bien parce que c'est un déterminant essentiel que celui-ci peut entraîner des décompensations psychiques extrêmement importantes qui peut aboutir à des violences comportementales contre soi-même ou contre les autres.

Le film de J.-M. MOUTOUT, *De si bon matin*, montre très bien comment la modification de la finalité du travail que l'on impose à un banquier, en l'occurrence le passage de vendre des produits financiers à des clients qui en ont besoin, à vendre n'importe quel produit financier à n'importe qui pour atteindre un objectif quantitatif, entraîne une rupture éthique du sens du travail source de la décompensa-

tion psychique de celui-ci. C'est ce qui ressort dans les consultations de souffrance au travail. Quand nous demandons au salarié en souffrance de décrire très précisément son travail quand il allait bien puis que nous faisons avec lui le chemin de la dégradation du travail, il apparaît que celui-ci fait souvent suite à un changement de chef de service, d'atelier, suite au rachat d'une entreprise par une autre, suite à un changement de processus de travail. Mais les implications de ces changements dans le travail n'ont jamais été mises en débat. Souvent ce qui ressort de cette interrogation minutieuse est que le salarié en souffrance est celui qui a défendu les valeurs que portaient les anciennes façons de travailler. Celui qui n'a pas voulu effacer d'un trait de gomme tout le savoir faire, la sensibilité et l'intelligence qu'il avait acquis antérieurement, auquel souvent se mêle une souffrance éthique car par exemple le client n'est plus celui à qui l'on essaye de fournir le produit qui correspond le plus à ses besoins, mais celui à qui il faut de force vendre les produits que l'entreprise veut placer en fixant aux salariés des objectifs assortis de prime si ceux-ci sont remplis.

Le travail n'a jamais été un long fleuve tranquille, il y a toujours eu du travail dur, pénible, des conflits mais il y avait toujours une potentialité de mise en œuvre de la promesse de travail et de la création de collectif qui permettait malgré tout de tenir, d'être fier de son travail, d'être ancré au monde.

Aujourd'hui, la souffrance au travail touche beaucoup de monde, les temps d'attente dans les consultations spécialisées, les remontées des cabinets des médecins généralistes

ou l'augmentation du nombre de suicides au travail en font foi. Ce n'est pas un effet de mode, mais c'est dû aux profondes modifications organisationnelles qu'a subi le monde du travail ces trente dernières années. Celles-ci n'ont pas pour but mais souvent pour effet de perturber tous les systèmes de régulation qui permettaient aux travailleurs de se construire à travers la reconnaissance, le développement de soi, le partage, la confiance, la solidarité et les collectifs de travail. Nous assistons à une « individualisation » très importante du rapport au travail qui fragilise l'identité psychique de chacun d'entre nous d'autant plus que cela va souvent de pair avec un déni du travail réel, c'est-à-dire de tout ce que les salariés développent pour que le travail se fasse.

Ces différents facteurs entraînent une augmentation des décompensations psychiques. C'est pourquoi, il est essentiel et thérapeutique que les salariés en souffrance puissent dans les cabinets médicaux dire spontanément ou suite à un questionnement ce qui s'est passé dans le travail qui les a mis dans cet état. La reconnaissance par le praticien de l'importance des enjeux psychiques qui se joue au travail, et donc dans la décompensation actuelle, est un élément fondamental pour que le salarié puisse guérir.

Les médecins du travail parce qu'ils sont les mieux placés pour comprendre ce que les salariés engagent dans leur travail, a là un rôle essentiel à jouer. Mettre en visibilité le réel du travail est de notre responsabilité et est essentiel pour permettre aux salariés d'avoir une meilleure compréhension de ce qu'ils ont vécu car cette compréhension est thérapeutique.



Vente en librairie – 30 € –
 Éditions Syros, 9 bis rue Abel Hovelacque 75 013 Paris
 Tél. : 01 44 08 83 80 Télécopie 01 44 08 83 99

L'ÉQUIPE MÉDICALE RELEVANT DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LES SST

32^e Congrès de l'association SMT des 10 et 11 décembre 2011

Odile RIQUET, Alain GROSSETÊTE, rapporteurs

La composition de l'équipe médicale est formée des professionnels relevant du Code de la santé publique : médecins du travail, infirmières, et secrétaires médicales en tant qu'assistantes du médecin.

LES PSYCHOLOGUES

Ils ne relèvent pas de l'équipe médicale car ils sont dans un rapport d'indépendance choisi vis-à-vis du médecin et se situent eux-mêmes dans le champ des sciences humaines dans une orientation choisie comme telle par leur profession. Leur exigence de secret ne relève pas du secret médical mais du secret professionnel.

D'où des questions délicates autour du secret médical pouvant se poser de la part d'un médecin du travail orientant un salarié vers le psychologue clinicien : compte tenu du secret médical dont il est dépositaire, que peut-il lui indiquer comme médecin ? Qu'est-ce que le psychologue peut lui répondre, compte tenu du respect du secret professionnel qu'il doit observer, dans l'intérêt du salarié ? La question n'est qu'entre-ouverte.

Aucun espace de soin n'est autorisé dans l'espace d'un employeur (en dehors de l'intervention d'une infirmière ou du médecin dans le cadre de soins d'urgence après un AT). Ce qui vaut pour le médecin vaut aussi pour le psychologue : donc aucune prise en charge d'un psychologue n'est possible dans le champ du soin dans le cadre d'un service de santé au travail.

Dans cette optique, un médecin du travail ne peut envoyer pour soins un salarié auprès du psychologue clinicien salarié du service, sans engager sa responsabilité. La question est tout autre vis-à-vis d'un entretien individuel destiné à repérer une question d'organisation de travail, une investigation dans une approche compréhensive du côté du travail est tout à fait envisageable : ne pas franchir la ligne jaune est donc un exercice qui reste difficile. Il est nécessaire d'établir dès l'embauche un protocole précis des missions du psychologue. Il sera embauché pour faire quoi ? A-t-il dans son contrat de travail une pratique de psychologue de soin ?

L'INFIRMIÈRE EN SANTÉ AU TRAVAIL

Elle exerce en rôle propre et en rôle subordonné. Est-elle cependant en autonomie totale ? Par exemple, peut-elle déployer de sa propre autorité une intervention de prévention des TMS ?

« Le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions, dans le cadre des missions définies à l'article R.4623-1. Elles sont exclusives de toute autre fonction dans les établissements dont il a la charge et dans le service interentreprises dont il est salarié. Toutefois, le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ou, lorsqu'elle est mise en place, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire. Pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent

du code de la santé publique, ces activités sont exercées dans la limite des compétences respectives des professionnels de santé déterminées par les dispositions de ce code ». Art. R.4623-14 Code du travail.

L'article R.4623-30 du Code du travail indique que « l'infirmière exerce ses missions propres ainsi que celles définies par le médecin du travail, sur la base du protocole mentionné à l'article R.4623-14 du présent code ».

Cette formulation est contraire à la définition même du rôle propre infirmier dans le Code de santé publique. Même en rôle propre, faudrait-il des protocoles ?

Les protocoles doivent relever de la rédaction du médecin, en aucun cas de celle d'un collectif, par exemple issu du staff. La question du protocole est dans la possibilité d'un déploiement, ou non, du métier d'infirmière. Ce protocole empêche-t-il, ou non, de penser ? (penser le travail, le métier). Qu'est-ce qui est protocolisable ? Des segments découpés dans l'activité sont protocolisables : par exemple: protocole portant sur le *curriculum laboris*, protocole du relais par l'écrit ; toute inscription dans le dossier médical doit pouvoir être datée, identifiée en relais du médecin lui-même identifié, protocole des modes de remplacement entre infirmiers, etc.

C'est le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 qui précise le rôle propre de l'infirmière : « Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R.4311-5 et R.4311-6.

Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. » Article R.4331-3 Code de la santé publique.

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : (...) dont : entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire. » Article R.4311-5 du Code de la santé publique.

« L'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. » Article R.4312-14 Code de la santé publique.

Le rôle propre de l'infirmière n'engage pas la responsabilité du médecin du travail

« Un entretien infirmier peut être mis en place pour réaliser les activités confiées à l'infirmier par le protocole prévu à l'article R.4623-14. Cet entretien donne lieu à la délivrance d'une attestation de suivi infirmier qui ne comporte aucune mention relative à l'aptitude ou l'inaptitude médicale du salarié. L'infirmier peut également, selon les mêmes modalités, effectuer des examens complémentaires, et participer à des actions d'informations collectives conçues en collaboration avec le médecin du travail et validées par lui dans le respect des règles liées à l'exercice de la profession d'infirmier déterminées en application de l'article L.4311-1 du code de la santé publique. » Article R.4623-31 du Code du travail.

De quel suivi de santé s'agit-il ? Rien n'est précisé : le sens de la démarche ? Le niveau de prise de décision ? Quelle collaboration avec les infirmières lors de la mise en place de ces entretiens ? L'activité infirmière en délégation du médecin du travail engage la responsabilité du médecin.

Le recrutement de l'infirmier ne se fait plus avec l'accord du médecin comme cela était prévu dans l'ancien article R.4623-53. Dans la nouvelle réglementation, le médecin du travail n'intervient pas dans le recrutement de l'infirmier en entreprise, et seul son avis (R.4623-35), et non son accord, est demandé pour le recrutement de l'infirmier dans un SST. C'est une possibilité de contrôle ou de pression de l'employeur sur l'infirmier et le médecin, voire de mettre ce dernier en difficulté en choisissant des collaborateurs directs.

Une formation diplômante à la charge de l'employeur et l'accès à la formation continue sont prévus à l'article R.4623-37, sans précision sur la manière dont ces mesures seront appliquées.

RECOMMANDATIONS CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DU 17 JUIN 2011 :

« La mission des infirmières en santé au travail ne doit pas se limiter à l'entretien infirmier. Elles doivent pouvoir agir sur le milieu de travail.

Le contenu du travail de l'infirmière en santé au travail dépend exclusivement du médecin du travail, d'où la nécessité d'un binôme.

Le staff hebdomadaire est obligatoire, pris sur le temps de travail du médecin et de l'infirmière, il doit être programmé et institutionnalisé. L'infirmière doit toujours pouvoir réorienter le salarié vers le médecin du travail.

Il appartient au médecin du travail de mettre en place et d'organiser son binôme en toute indépendance professionnelle, sans interférence de l'employeur ou de la direction du service de santé au travail.

L'infirmière en santé au travail ne peut communiquer des données médicales. »

Il y a deux façons d'aborder la question de la coopération médecins infirmières, soit considérer l'activité des infirmières comme une fraction déléguée de l'activité du médecin, dans une organisation pensée comme une mécanique, soit prendre le point de vue de la clinique médicale du travail,

c'est-à-dire porter attention aux différences qualitatives, aux tensions, conflits, ruptures. Il faudra prendre en compte cette tension entre les deux conceptions : délégation de tâches ou association de compétences

LES IPRP

Ils peuvent être sollicités doublement. S'ils agissent sur notre demande, leur intervention est d'appui à l'équipe médicale; mais s'ils sont sollicités sur la base selon laquelle « l'employeur peut faire appel » à leurs services, ils sont sous la dépendance de l'employeur.

LES SECRÉTAIRES MÉDICALES

Elles ont accès au dossier médical, elles ne transgressent pas le secret médical. L'article R.4623-40 du Code du travail remplace le secrétaire médical par un assistant de service en

santé au travail dont le recrutement ne se fait plus avec l'accord du médecin du travail. Cette disposition fragilise la cohésion et l'indépendance de l'équipe médicale, l'assistant pouvant être retiré de l'équipe ou imposé au médecin sans que ce dernier puisse intervenir.

Une ASST ne peut cumuler deux fonctions : celle de secrétaire médicale, assistante du médecin, ayant accès au dossier médical, et celle d'assistante du service de santé, employée sur des prestations dont le périmètre est défini par l'employeur (ou le directeur du service).

Le débat sur cette question de l'équipe médicale au sein du SST se poursuivra à la Journée de Printemps du 24 mars 2012(1).

.....

1- B. DE LABRUSSE G. LUCAS, D. HUEZ, *L'équipe médicale relevant du Code de la santé publique dans les Services de santé au travail. Liens du pôle médical avec le pôle pluridisciplinaire, Cahiers SMT N°26, p.31*

SECRÉTAIRE MÉDICALE ET ASST

COMMENT CRÉER LA CONFUSION

Benoit DE LABRUSSE, médecin du travail

Le décret du 30 janvier 2012 a introduit une grande confusion en utilisant dans son art R.4623-40 le terme « **Assistant de service de santé au travail** » et en lui attribuant des fonctions précédemment dévolues à des **secrétaires médicales** et de nouvelles fonctions :

Art. R.4623-40. – « *Dans les services de santé au travail interentreprises, l'assistant de service de santé au travail apporte une assistance administrative au médecin du travail et aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans leurs activités*

Il contribue également à repérer les dangers et à identifier les besoins en santé au travail, notamment dans les entreprises de moins de vingt salariés. Il participe à l'organisation, à l'administration des projets de prévention et à la promotion de la santé au travail et des actions du service dans ces mêmes entreprises. »

Cet article semble rattacher l'ASST à l'équipe pluridisciplinaire, mais ne différencie pas les fonctions de secrétariat

médical, soumises au secret médical, des fonctions d'intervention en entreprise dont le destinataire n'est pas identifié comme étant le médecin du travail.

Il existe une possibilité de coopération fructueuse avec des ASST telle que leur fonction est définie dans le décret du 30 janvier 2012 : un ASST peut aider le médecin du travail dans ses tâches de « repérage » des risques dans des entreprises où il n'a pas matériellement le temps d'aller.

Mais pour qu'un médecin du travail puisse coopérer avec un ASST, cela suppose plusieurs conditions :

- Du temps disponible pour ces ASST.
- Une confiance construite dans la collaboration.
- Un rattachement fonctionnel à un groupe de médecins du travail.
- Une délégation du médecin du travail passant éventuellement par un protocole.
- Une formation théorique et pratique.

LA QUESTION DU TEMPS DISPONIBLE ET LES TACHES DE SECRÉTARIAT MÉDICAL

Les fonctions traditionnelles de secrétaire médicale recouvrent un large éventail de tâches :

- L'accueil des salariés.
- La pré-visite ou renseignements administratifs du dossier médical.
- Les examens complémentaires.
- La gestion des convocations.
- La saisie des courriers et documents demandés par le médecin du travail.
- La gestion des dossiers médicaux et des listes nominatives de salariés.

La multiplicité des tâches est telle que la charge de travail laisse peu de marge à d'autres activités supplémentaires.

Et pourtant il existe un projet au sein de certain SSTIE (Services de Santé au Travail Inter-Entreprises) qui consiste à :

- Rompre ce binôme « collaborationnel ». C'est la vision gestionnaire de certaines directions de service parfois mise en application. « Il faut rompre le binôme médecin-secrétaire, source de rigidité ». Ils pourraient ajouter « et de complicité » qui échappe à leurs directives. Puisque les fonctions sont perçues comme de nature purement administratives, elles seraient donc interchangeables et pourraient être effectuées par différentes secrétaires affectées auprès d'un médecin.
- Créer des pools de convocatrices qui libéreraient les secrétaires médicales de leur tâche de convocation des salariés, et donnerait ainsi du temps. Ce temps permettrait soit d'affecter une secrétaire à plusieurs médecins, soit de l'affecter à des interventions auprès des employeurs

UNE CONFIANCE CONSTRUITE DANS LA COLLABORATION

Tous les médecins du travail savent que cette palette de tâches demandées aux secrétaires médicales, nécessite de grandes qualités relationnelles et des compétences qui vont bien au-delà de la pure technicité administrative. En effet elles sont le premier contact tant avec les salariés qu'avec les entreprises et ont souvent une perception des relations interpersonnelles au sein des entreprises.

Quand mon cabinet médical communiquait avec le bureau de ma secrétaire, j'entendais ses échanges verbaux, les confidences des salariés, qui ne m'étaient pas toujours réitérées.

Quand la secrétaire médicale, noue des relations téléphoniques avec sa collègue chargée des convocations dans l'entreprise, elle recueille des informations sur la marche de cette entreprise. C'est à elle que les salariés font la demande d'une visite médicale de pré-reprise et commencent à lui exposer leurs problèmes de santé au travail. Cette relation va disparaître avec les « pools de convocatrices ».

Ces collaboratrices ont aussi acquis des compétences cachées dans le domaine :

- de la législation sociale,
- des conditions de travail,
- des risques professionnels.

Cette collaboration ne peut être fructueuse que si le médecin reconnaît à la secrétaire ses qualités et compétences propres et sait les intégrer dans sa pratique.

Il paraît dans la logique que ce partage des tâches médecin/secrétaire s'étende aussi aux interventions en entreprise. C'est la demande de la plupart des secrétaires médicales. Elles souhaitent connaître le milieu de travail réel qu'elles ne perçoivent que par les paroles des salariés

Il est fréquent que la secrétaire médicale accompagne le médecin du travail dans ses visites d'entreprise. Mais peut-on aller plus loin, peut-on demander plus à la secrétaire ? Peut-on lui confier des tâches propres, en autonomie, hors la présence du médecin ?

Plusieurs questions se posent alors :

- La secrétaire a-t-elle du temps disponible à consacrer à ces interventions ?
- Comment différencier ces interventions de celles des IPRP (Intervenants en Prévention des Risques Professionnels) ?

La délégation de tâche devrait passer par un accompagnement sous forme de protocole.

UN RATTACHEMENT FONCTIONNEL À UN GROUPE DE MÉDECINS

Depuis la réforme de 2004, les SSTIE ont créé des postes d'IPRP dont les fonctions sont de type métrologie, ergonomie, toxicologie, etc. Il s'agit en général de personnel qualifié qui fournit aux médecins une expertise technique fort intéressante. Ces salariés n'ont pas accès aux renseignements médicaux individuels, ne sont donc pas soumis au secret médical, et leur statut de salarié, ne leur garantit pas l'indépendance professionnelle comme pour les médecins. Ils peuvent intervenir directement à la demande des directions ou des entreprises.

Depuis quelques années, dans certains SSTIE, les secrétaires médicales, libérées de leur fonction par la démographie déclinante des médecins du travail, ont été affectées à ce pôle IPRP, pour des actions en entreprise dont le contenu et le volume est défini par la direction du service. Elles ne sont plus affectées au secrétariat médical donc ne sont plus soumises au secret médical. Ce sont selon la terminologie habituelle des ASST avec le sens « Assistante de Santé et Sécurité au Travail ». Leur fonction s'apparente à celle de sous-IPRP. Il leur est prescrit des interventions en entreprise telle que :

- Visites systématiques des nouveaux adhérents et de petites entreprises, dans une optique de promotion du SSTIE afin de justifier des cotisations qui ont du mal à

rentrer depuis que les visites médicales s'espacent avec la raréfaction de la « ressource médecin du travail ».

- Participation à la réalisation du Document Unique (d'évaluation des risques professionnels) sous le vocable « aide à la rédaction ».
- Réalisation de « pseudo fiches d'entreprise », parfois signée par le médecin du travail.

Au mieux, ces salariées ont bénéficié de quelques journées de formation choisie au sein d'une palette variée de l'AFOMETRA, organisme de formation du CISME.

Ces actions demandées se retrouvent dans le contenu des tâches des Assistant de service de santé au travail tel que définies dans l'article R.4623-40 du décret du 30 janvier 2012, mais sont cumulées avec les tâches administratives.

Pouvons nous envisager que nos secrétaires aient suffisamment de temps disponible pour cumuler de telles fonctions ?

Ces interventions dans les entreprises dont nous avons la charge, sont-elles compatibles sur prescription de nos directions de service ?

Une autre possibilité est de rattacher ces assistantes à un groupe de médecins du travail : ce qui signifie qu'elles auront à répondre aux demandes non plus de la direction, mais à celles de l'équipe médicale (médecins et aussi infirmières en santé au travail). Ainsi la nature de leurs interventions changera fondamentalement de sens : elles pourront aider le médecin du travail à compléter ses informations sur le milieu de travail.

Pour une meilleure clarté, nous pouvons changer le vocabulaire employé pour ces assistantes : au terme ASST = Assistantes des Services de Santé au Travail, nous pouvons substituer le vocabulaire : AST = Assistantes en Santé au Travail.

UNE DÉLÉGATION PASSANT ÉVENTUELLEMENT PAR UN PROTOCOLE

Ce qui est demandé à ces AST relève de la délégation de tâche par le médecin, c'est pourquoi il est indispensable d'utiliser des protocoles écrits pour les missionner et définir le champ de leur action. En effet ces AST n'ont pas, comme les médecins, un « droit d'accès » illimité dans les entreprises. Il peut arriver qu'un employeur récalcitrant mette des entraves à leur action.

Un protocole permet aussi de formaliser les missions et de garantir leur autonomie dans leur réalisation.

UNE FORMATION THÉORIQUE ET PRATIQUE

À ce jour, il existe principalement deux modules de formations :

- L'un par l'AFOMETRA (organisme du CISME) donne une formation courte d'environ 120 heures, axée sur la métrologie.
- L'autre par le CNAM, dans différentes régions, en environ 450 heures, à raison d'une semaine par mois pendant 14 mois. Avec pour objectifs de savoir repérer les dangers et identifier les risques en entreprise; savoir identifier les besoins de prévention et connaître les différentes démarches de prévention, savoir identifier les acteurs institutionnels de la santé au travail. Avec une mission avec travail de terrain au sein du SSTIE et réalisation d'un mémoire.

QUELLE AIDE AU MÉDECIN DU TRAVAIL DE LA PART D'UNE AST (ASSISTANTE EN SANTÉ AU TRAVAIL) ?

De multiples aides sont possibles telles que :

- Collecter différents documents : Document Unique d'évaluation des risques, fiche Individuelle d'exposition, éléments nécessaires à l'établissement des Fiches d'Entreprises.
- Recenser les produits chimiques, se procurer les fiches de données de sécurité, etc.
- Formation/information des opérateurs à la lecture des étiquettes CE-SGH.
- Repérage des risques professionnels.
- Être l'oreille du médecin du travail dans des réunions où il ne pouvait assister.

Les possibilités sont fonctions des compétences acquises, de la volonté de délégation du médecin, de la confiance accordée.

L'ÉQUIPE MÉDICALE RELEVANT DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL LIENS DU PÔLE MÉDICAL AVEC LE PÔLE PLURIDISCIPLINAIRE

Journée de Printemps du 24 mars 2012

Benoît DE LABRUSSE, Gérard LUCAS, Dominique HUEZ, rapporteurs

Le débat s'inscrit dans la continuité du débat du Congrès de l'association SMT de décembre 2011. La réflexion était articulée dans un premier temps sur les coopérations internes à l'équipe médicale du travail. Elle s'est poursuivie avec les relations de l'équipe médicale avec l'équipe pluridisciplinaire.

Une première difficulté rencontrée est liée à l'absence de définition réglementaire des membres de l'équipe médicale relevant du Code de la santé publique. Sur ce point le Code du travail ne nous est pas d'utilité car au contraire du service social situé possiblement en tant que tel dans un SST, une équipe médicale ou un service médical du travail n'est pas défini réglementairement en tant que tel dans le Code du travail. Il nous faut donc nous appuyer sur le cadre plus général du Code de la santé publique, cadre fondamental pour l'exercice de la « médecine du travail ».

L'INFIRMIER DU TRAVAIL

Lil relève comme tout infirmier du Code de la santé publique, il a un rôle propre assumé en toute autonomie professionnelle(1). Cette activité est définie de façon générale par le Code de la santé, actuellement en précision.

.....

1- Voir : Annie DEVEAUX, Josiane CRÉMON, *Médecins du travail et infirmier(e)s du travail, une équipe à construire*, CAHIER S.M.T. N°23 - juin 2009
http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier_23/20_Medecins_et_infirmieres_du_travail_cahier23.pdf

On constate que le rôle propre de l'infirmier du travail interfère beaucoup avec la mission du médecin du travail. Mais chacun relève de deux métiers clairement différents : par leur formation initiale, le cadre réglementaire de responsabilité, et les compétences qui se sont construites. Le médecin du travail comme tout médecin praticien élabore un diagnostic médical, individuel et collectif, pratique différente du « diagnostic infirmier ». Ce dernier permet la prise en charge de symptômes pour élaborer des soins infirmiers. En ce qui concerne spécifiquement le travail, un infirmier du travail peut faciliter « le prendre soin de soi au travail » de sujets auprès desquels il intervient au sein du pôle médical. L'infirmier du travail prend en compte l'état de santé réel du sujet pour son activité d'accompagnement infirmier ou des sujets pour la prévention collective.

Infirmier du travail et médecin du travail s'adosent à la clinique médicale du travail pour instruire en ce qui les concerne le lien santé-travail. Lors de son investigation singulière, l'infirmier du travail collecte des éléments qui peuvent être utiles au diagnostic du médecin du travail et autour desquels ils peuvent échanger au niveau de l'équipe médicale du travail. Si l'action de l'infirmier du travail n'est pas de se substituer à l'action du médecin du travail, elle peut être très utile au médecin du travail pour enrichir son travail avec un autre point de vue au sein de l'équipe médicale que le sien.

La clinique médicale du travail offre un support aux coopérations professionnelles médecin du travail – infirmier du travail. Elle permet une autre manière de travailler ensemble. L'amélioration des compétences en clinique médicale du travail pour le médecin du travail et l'infirmier du travail ne relève pas alors de protocole. Le travail de ces deux métiers complémentaires a le même objet : l'analyse du lien santé travail à partir de la prise en considération de l'engagement du sujet dans l'activité, de « son travailler ». L'infirmier formalisera sa compréhension de ce qui dans « le travailler » du sujet fait obstacle ou non à la construction de sa santé. Le médecin du travail procédera de même pour argumenter un diagnostic médical dont le processus délétère de ce travail pourrait être la cause déterminante. Cet accompagnement compréhensif du côté de la santé au travail est une pratique de soin particulière, pratique thérapeutique inusitée, ne déployant pas la traditionnelle pharmacologie, nécessitant rarement la soustraction du rapport au travail. Il s'agit d'un soin tourné généralement vers la prévention primaire, c'est-à-dire le travail. Cette pratique se déploie dans la zone de la normalité, entre la pathologie et la bonne santé. Elle peut permettre une issue à la souffrance professionnelle pour la subvertir du côté du « prendre soin de soi ». L'accès à la compréhension de ce qui génère une souffrance délétère permet au sujet de recouvrer sa santé en prenant soin de son travail.

La compétence d'un infirmier en santé au travail s'améliore par un travail coopératif en confiance avec le médecin du travail avec lequel il « fait équipe ». Les échanges professionnels au sein de l'équipe médicale y sont essentiels. Des réunions cliniques formalisées y sont une aide précieuse. L'infirmier du travail formé en santé au travail peut recevoir délégation du médecin du travail responsable d'un effectif de salarié, pour annoter ou compléter le dossier médical du travail. L'infirmier du travail (IST) fait partie de la même équipe médicale, travaille sur le même objet que le médecin du travail. Mais seul le médecin du travail a une mission réglementaire en responsabilité personnelle selon le code du travail ; si des interventions sont effectuées en dehors du rôle propre de l'IST elles doivent être déléguées ou faire l'objet de protocole par le médecin du travail en responsabilité.

Le processus de délégation du médecin du travail vers l'infirmier du travail quand ce dernier agit dans le champ de sa responsabilité réglementaire, revêt alors une importance essentielle.

Actuellement cette question est souvent biaisée, car les infirmiers du travail ne sont pas recrutés pour élargir l'offre de soin de l'équipe médicale du travail, mais pour combler des déficits de ressources en médecins du travail. Et on leur demande parfois de « mimer » l'action médicale avec des certificats de suivi médical ou dits « d'aptitude » sans aucun support juridique. Cette pratique dévoyée est alors assimilable à un exercice illégal de la médecine du travail et met à mal la pratique de l'infirmier du travail. Elle en annihile l'action professionnelle. Plus souvent, après « l'entretien infirmier », l'IST délivre une « attestation d'entretien infirmier » ; et certains médecins après ce dernier de signer une

« fiche d'aptitude » après avoir serré la main du salarié ou sans même l'avoir vu ! L'attestation d'entretien infirmier n'a aucun support réglementaire. Quant aux attestations de suivi médical par le médecin du travail sans consultation clinique, ils sont vides de sens au minimum !

Les coopérations médecin du travail – infirmier du travail doivent pouvoir s'appuyer sur des protocoles de délégation hors du rôle propre, quand l'action de l'infirmier interfère avec la mission réglementaire du médecin du travail. Faute de cela, l'infirmier du travail se retrouve dans un vide juridique en termes d'intervention et de responsabilité, ce qui représente un véritable risque pour lui. Certains employeurs ont bien compris l'intérêt de dévoiement de responsabilités du médecin du travail en « exposant une infirmier du travail » sans engager le droit médical réglementaire de la médecine du travail, sans se soucier alors des risques pour l'infirmier du travail ainsi instrumentalisé.

En effet, pour le médecin du travail, les conclusions de son exercice l'engagent personnellement du fait de sa mission réglementaire par son accompagnement médical individuel et collectif, ses diagnostics médicaux, sa veille, ses alertes médicales, ses certificats et ses « prescriptions » de prévention individuelle ou collective qui engagent, du fait de ce métier spécifique, sa responsabilité déontologique, le droit assurantiel (AT, MP), le droit civil et le droit pénal.

L'activité professionnelle de l'infirmier du travail qui n'est pas exercée en rôle propre relève donc de protocole de délégation rédigé et engageant le médecin du travail avec lequel il « fait équipe ». Le médecin du travail a alors un devoir de rédaction de protocole de délégation, mais ne doit pas en rédiger pour les domaines où il y a un rôle propre. Cette délimitation est souvent difficile faute de clarification du « rôle propre » en santé au travail, ce qui est une source de conflit potentiel.

Il faut donc clairement maîtriser le processus de rédaction de protocole de délégation. On doit privilégier des délégations qui sont aussi des repères pour travailler ensemble. Mais il faut se méfier de protocoles qui ne sont que des tâches prescrites qui rigidifient et rendent invisible le réel du travail. Cette critique vaut aussi pour les protocoles rédigés par certains médecins du travail dans une fonction de pure subordination de l'action de l'IST, réduit au rôle de collecteur d'informations paramédicales. De tels documents sont surtout une couverture juridique pour le SST, parfois un processus de subordination de l'action du médecin du travail par des protocoles qu'il ne partagerait pas mais se verrait imposer illégalement.

Dans l'hôpital en général, de nombreux protocoles sont rédigés par des spécialistes sans prise en compte du travail réel de leur équipe, et cela peut provoquer un afflux de travail prescrit parfois très loin du travail réel. C'est une démarche gestionnaire concernant la responsabilité des médecins et l'engagement de la responsabilité de l'hôpital. Cela ne prend pas en compte le processus de construction de règles professionnelles de coopération. Quant aux services de médecine

du travail hospitaliers, rien ne semble pour l'instant être mis en œuvre.

Un protocole engage la responsabilité du médecin signataire du protocole et engage la responsabilité des membres de son équipe médicale placés sous sa responsabilité technique. Des protocoles peuvent être signés par plusieurs médecins. C'est le cas communément pour les urgences et c'est alors souhaitable lorsqu'il s'agit de tâches prise en charge à plusieurs médecins au titre de l'intérêt des patients. Mais pour ce qui concerne une pratique réglementaire spécifique de médecin du travail, en responsabilité personnelle, il peut y avoir rédaction de protocole seul, faute de construction d'un accord professionnel avec des pairs médecins du travail. Un tel protocole engage alors le médecin du travail qui l'a élaboré ; il donne « un cadre » à l'infirmier avec lequel il coopère pour un secteur médical spécifique. L'élaboration d'un tel protocole devrait passer par une discussion professionnelle avec les infirmiers concernés par son contenu. En aucune façon un protocole ne peut être rédigé par une CMT et s'imposer à des médecins du travail qui ne le partagent pas.

Il est donc important de respecter l'indépendance professionnelle des infirmiers et de ne pas empiéter sur leur rôle propre. Il faut aussi leur laisser des marges de manœuvre, une latitude décisionnelle. Le médecin du travail a des devoirs déontologiques envers les infirmiers. Le médecin du travail doit aussi veiller au niveau de compétence de ses collaborateurs suivant ce qu'il leur demande.

Mais malheureusement la référence au rôle propre de l'infirmier du travail, peu développé spécifiquement en médecine du travail, ne résout pas toutes les difficultés. L'entretien infirmier doit-il être « protocolisé » où s'agit-il de compétences à construire dans le cadre d'un métier spécifique qui ne peut être substitutif au métier de médecin du travail. Il semble difficile de concevoir la réflexion avec les tenants, médecins du travail ou infirmiers, d'un processus de substitution du métier de médecin par celui d'infirmier du travail ! De plus, ce processus faisant totalement l'impasse sur le cadre réglementaire d'exercice, droits et devoirs. C'est historiquement la confrontation à ce cadre réglementaire né en 1946 qui a fait percevoir au médecin du travail son action de prévention médicale collective vers une collectivité de travail, action adossée à son exercice médical individuel. C'est ce cadre qui a permis au médecin du travail d'intégrer une activité de conseil médical, au-delà du salarié individuel auprès de l'employeur et des représentants du personnel. C'est ce cadre qui a développé le « contrôle social » de l'exercice de la médecine du travail, comme contre-pouvoir aux employeurs.

Pour que le débat entre infirmiers du travail et médecins du travail puisse être plus approfondi, il devra passer par la confrontation de règles professionnelles élaborées par ces deux métiers. Cette discussion intégrera nécessairement le cadre réglementaire de la médecine du travail. Une position de substitution d'un médecin du travail par un infirmier du travail, Cheval de Troie du démantèlement de la médecine

du travail empêche un vrai débat de coopération infirmier du travail – médecin du travail.

Un avocat spécialisé en santé au travail comme M^e LEDOUX situe la responsabilité des « sachants » en santé au travail comme les experts HSE (Hygiène Sécurité Environnement, appellation européenne pour agents désignés par l'employeur pour la gestion de la santé) et Médecin du travail. La réforme actuelle de la médecine du travail met le médecin devant la responsabilité de la traçabilité de son action avec un manque de moyens, ce qui le met en position de fusible. La démedicalisation par la substitution liée à l'irruption des infirmiers du travail a un rôle d'occultation de cette démedicalisation, à travers un « impossible » transfert de responsabilité. Dans une telle perspective, l'action de l'infirmier du travail devient vide de sens au regard de la mission de la médecine du travail de *prévenir et dépister les altérations de la santé du fait du travail*. C'est le cas quand l'action de l'IST est de participer aux actions en milieu de travail qui ont été réduites à des interventions de sensibilisation et d'information sans rapport avec les risques du travail.

Par contre, l'intervention de l'IST en lien avec le médecin du travail pour la prévention collective des risques par l'observation du travail réel du salarié au poste de travail ou lors des rapports avec le CHSCT, est tout à fait légitime. Les IST sont des infirmiers « EN » santé au travail et non des infirmiers « de » santé au travail. Le médecin du travail peut donc enrichir son offre de service médical pour la prévention collective avec un IST pour investiguer les conditions de travail à l'initiative et la responsabilité du médecin du travail dans l'entreprise. Encore faut-il que le médecin du travail sache ce qu'il veut confier à l'IST dans le cadre de ses compétences. La non reconnaissance des IST comme spécialisés, (seulement comme IDE) est paradoxal en apparence avec la tendance à les substituer aux médecins du travail pour des actions de première ligne.

LA SECRÉTAIRE MÉDICALE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Le médecin du travail a besoin de travailler dans un cadre de droit préservé avec une secrétaire médicale. **Une secrétaire médicale fait clairement partie de l'équipe médicale de médecine du travail du Sst.** C'est sa possibilité d'accès à des données médicales individuelles sous la responsabilité du médecin du travail qui rend nécessaire son appartenance au « pôle médical » du Sst. D'ailleurs des médecins du travail font participer leur secrétaire médicale à des staffs cliniques où elle peut apporter son expérience des échanges verbaux avec les salariés vus lors de la phase préparatoire aux examens médicaux par exemple. Mais son exercice médical dans une équipe médicale d'un Sst doit être alors exclusif de toute autre activité dans ce Sst.

C'est pour le préserver que les médecins du travail condamnent la constitution de pool de secrétariat administratif exclusivement chargé des convocations médicales. En effet une telle secrétaire administrative n'a pas de lien de responsabilité professionnelle avec le médecin du travail et reçoit

ses ordres d'un directeur de SST. Le médecin du travail a la responsabilité de ses moyens de travail, particulièrement de son emploi du temps et doit donc pouvoir travailler en confiance avec une secrétaire médicale pour cela, placée directement sous sa responsabilité technique.

L'activité de convocation médicale et de disponibilité d'accueil représente une telle tâche de travail qu'un certain nombre de médecins du travail doutent du fait qu'une secrétaire médicale puisse assurer en sus une activité d'ASST (assistante en santé au travail) auprès d'un médecin du travail.

L'ASSISTANT MÉDICAL EN MÉDECINE DU TRAVAIL

LA QUESTION SPÉCIFIQUE DES ASST

Le décret du 30 janvier 2012 a introduit une grande confusion en utilisant dans son art R.4623-40 le terme « **Assistant de service de santé au travail** » et en lui attribuant des fonctions précédemment attribuées à des secrétaires médicales et de nouvelles fonctions :

➤ **Art. R.4623-40** : « *Dans les services de santé au travail interentreprises, l'assistant de service de santé au travail apporte une assistance administrative au médecin du travail et aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans leurs activités. Il contribue également à repérer les dangers et à identifier les besoins en santé au travail, notamment dans les entreprises de moins de vingt salariés. Il participe à l'organisation, à l'administration des projets de prévention et à la promotion de la santé au travail et des actions du service dans ces mêmes entreprises.* »

L'ASST ne peut pas être chèvre et chou. Un tel assistant médical en santé au travail (ASST) qui a accès aux données médicales de par son activité de secrétariat médical relève du Code de la santé publique dans le cadre de délégations spécifiques d'accès aux données médicales. **Et dans ce cadre, c'est la responsabilité personnelle du médecin du travail qui est engagée.** Un ASST relève seulement du secret professionnel, son métier n'étant pas défini dans le Code de la santé publique.

Si un ASST est en situation aussi de secrétaire médical, il ne peut avoir aucune activité qui ne relève pas de la responsabilité du médecin du travail et de son autorité, y compris pour toute action dans les entreprises. Sinon le médecin doit retirer ses délégations d'accès aux dossiers médicaux à cet ASST.

À l'exception de l'ambiguïté de « *identifier les besoins en santé au travail* » qui ne peut se concevoir que comme participation à l'identification des risques du fait du travail, sous la responsabilité technique du médecin du travail, un ASST peut aider le médecin du travail dans ses tâches de « repérage » des risques dans des entreprises où il n'a pas matériellement le temps d'aller.

Le médecin du travail de par sa mission, ne peut prendre en charge la « gestion des risques de l'employeur ».

L'ASST est donc lié aussi à cette prescription déontologique du médecin du travail.

En l'état, des médecins du travail pensent que le développement actuel des ASST rentre dans le projet de démedicalisation de la santé au travail. La stratégie du CISMÉ est de subordonner l'activité des médecins à un pool de secrétariat administratif, puis d'enfermer le médecin du travail dans son cabinet, quitte à garder l'affichage de l'animation des ASST par un médecin du travail « délégué » qui agirait au nom de ses collègues. La mise en œuvre des ASST renforcerait dans cette perspective l'ambiguïté d'une séparation de la clinique médicale du travail qui ne procéderait plus que de l'individuel sans regard collectif. Dans de très nombreux services il y a aggravation de la pénurie des médecins et donc augmentation des plafonds attendus. Et de fait cela entraîne la disparition de la clinique médicale par manque d'acteurs. Ceci « justifie » la disparition des secrétaires médicales des SST inter-entreprises. Dans une telle configuration la secrétaire médicale est progressivement formée à l'intervention en entreprises, avec le CNAM par exemple, et devient ASST. Si il décroche de tout accès au dossier médical et donc de toute activité de secrétariat médical, comment situer l'action de l'ASST ?

Le choix est pour l'instant fait dans certains services de leur intégration dans l'équipe médicale contrairement à l'IPRP. Il est convenu qu'ils ne peuvent pas intervenir en prévention primaire sans l'intervention et l'accord du médecin du travail.

Dans d'autres situations, les ASST sont sous la direction du service. La position est alors de laisser les ASST des SIST qui n'ont pas de fonction d'assistance médicale devenir sous-IPRP.

La plupart des participants médecins du travail pensent qu'il ne devrait pas y avoir d'intervention d'un « pluridisciplinaire » de leur SST dans leur secteur de médecin du travail, sans leur accord.

Comme les médecins du travail deviennent plus rares et que la fonction de convocations est dévolue à un pool téléphonique, il faut aussi pérenniser l'emploi des secrétaires médicales. Pour le CISMÉ la solution : les transformer en ASST. La politique du CISMÉ, déclinée dans les décrets du 30 janvier 2012 est donc claire : les médecins du travail devenant plus rares, les services se trouvent confrontés à des contestations de plus en plus vives sur la nécessité de payer des cotisations, encore liées dans l'esprit de nombreux employeurs à une pseudo sécurisation juridique résultant d'un examen médical avec fiche d'aptitude. Il en va donc de la survie de ces SST inter-entreprises. Il faut donc « offrir des services » en remplacement : ce sont entre autre les « visites » des ASST avec parfois quota mensuel de fiches d'entreprises !

LES RELATIONS DE L'ÉQUIPE MÉDICALE AVEC L'IPRP

Si un IPRP d'un SST intervient dans le secteur médical d'un médecin du travail en « identification des risques », il

le fait alors en appui de ce médecin du travail. D'où l'importance de la définition du secteur d'intervention d'un médecin du travail. Tant que les effectifs attribués au médecin du travail sont définis, on peut et il faut tenir la position réglementaire de la responsabilité des interventions du médecin du travail sur ces effectifs. Le médecin du travail coordonne alors son action avec l'IPRP, dans le cadre de leur indépendance professionnelle respective. Ceci passe par l'élaboration d'un protocole pour une éventuelle étude englobant la méthode et le rendu de résultats.

Mais un IPRP selon la nouvelle réglementation, pourrait voir confier à la demande d'un employeur, l'évaluation des risques de ce dernier.

Pour se prémunir du conflit d'intérêt, le médecin du travail ne peut coordonner ou diriger une telle intervention.

Dans le cadre d'une action clarifiée, le médecin du travail peut confronter ses propres données d'identification des risques à celles mises en évidence par l'IPRP, chacun intervenant en toute indépendance. Le modèle opératoire serait la confrontation des données professionnelles du médecin du travail avec un ingénieur de sécurité d'une entreprise. En toute indépendance réciproque et avec des finalités différentes. Quant aux propositions de gestion des risques de l'IPRP pour l'employeur, le médecin du travail pourra alors émettre un point de vue à partir de sa prise en compte exclusive de la prévention de la santé des travailleurs.

LE PSYCHOLOGUE ŒUVRANT EN SST

Ce psychologue ne fait pas partie d'une équipe médicale :

- Ceci est clair pour les psychologues de l'activité de travail, dont le projet n'est nullement une intervention sur la santé individuelle des personnes.
- Mais aussi pour les psychologues « cliniciens » qui travailleraient en SST.

Pour comprendre ceci, il faut prendre en considération les éléments suivants :

Les psychologues en tant que groupe professionnel se sont toujours battus pour ne pas être rattachés au Code de la santé publique, même pour les modes d'exercice clinique, pour que leurs actes ne dépendent pas d'une prescription médicale. Ce que faisant, les obligations du Code de la santé publique ne les concernent pas du point de vue réglementaire. Les médecins en général ne peuvent donc pas partager de données médicales avec ceux-ci, même dans l'intérêt des patients

Pour ce qui concerne spécifiquement les psychologues cliniciens qui inscrivent leur activité vers le soin, ils ne peuvent pas pratiquer en SST une activité de soin, tout comme les médecins du travail. La réglementation ne le permet pas. Il ne saurait y avoir de soin sous subordination d'un employeur, sans libre choix ou consentement éclairé.

Un médecin du travail qui adresserait à un tel psychologue clinicien exerçant en SST un patient engagerait sa responsabilité professionnelle concernant le non-respect du secret médical, un cadre d'exercice inapproprié, et donc une information du patient qui ne serait pas loyale ni éclairée.

Il peut y avoir des situations comme dans certains hôpitaux, où les médecins du travail ne savent pas si le psychologue du travail fait partie du SST ou non. La filière hiérarchique supérieure, comme le rattachement à la DRH, ne permet pas de répondre à cette question. Pour des problèmes de clarification des métiers, des rôles, et pour permettre des coopérations éventuelles, les membres des SST doivent donc être définis clairement et portés à la connaissance des partenaires sociaux.

Si les psychologues ne relèvent pas du Code de la santé publique (art 57...), ils peuvent être inscrits sur ADELI avec leurs diplômes. Les psychologues sont ainsi cités dans les articles du Code de la santé publique.

UNE PUBLICATION ESSENTIELLE UNE LECTURE QUI SUSCITE L'ENTHOUSIASME

**« LA SANTÉ AU TRAVAIL ENTRE SAVOIRS ET POUVOIRS
(19^{ème} – 20^{ème} SIÈCLES) »**

NOTES DE LECTURE

Alain CARRÉ, médecin du travail

« Qui ignore son passé est condamné à le revivre »

On ne peut exercer la médecine du travail, longtemps, en faisant l'économie d'une interprétation de l'état de la société, à l'aune de la santé au travail. Seuls la cécité volontaire ou le refoulement peuvent expliquer qu'il en soit autrement. D'autant plus qu'on échange avec ses collègues et que, sauf à développer des stratégies défensives collectives, de l'échange vrai sur les pratiques, naît la perception de la réalité qui fonde l'exercice.

Notre association a eu le bonheur (et le malheur) de « faire école ». Elle a notamment tenu sur les fonts baptismaux une nouvelle clinique médicale : « la clinique médicale du travail » qui prend en compte des éléments pré-symptomatiques (les altérations de la santé), en assure le diagnostic étiologique professionnel (le lien santé-travail) en prenant en compte le travail réel et le vécu du travailleur, et dans l'intérêt unique de sa santé, pour agir sur le travail individuellement et collectivement dans un objectif de prévention, si possible primaire, en rendant visibles les effets du travail sur la santé (le signalement et l'alerte) dans une perspective, exclusive, d'adaptation du travail à l'homme.

On remarquera que la traçabilité, dorénavant (et depuis peu) exigée des médecins du travail, dérive un peu de certaines de nos propositions et les prend « au mot », mais qu'elle les pervertit en leur donnant pour fonction d'aider l'employeur à gérer les risques professionnels, par conséquent, dans une perspective économique, c'est-à-dire, en dernière analyse, d'adapter les hommes à leur travail et ceci dans une pénurie de moyens. Pire encore, la (soit disant) réforme siphonne ce qui permettait la construction de cette clinique en rétrécissant l'exercice de la clinique médicale et celle du travail à des actions de management de la santé au travail.

Cette contre-réforme ne fait pas que des malheureux. Ainsi, les médecins proches des employeurs sont confortés dans leur refoulement de la réalité et brandissent fièrement leur

badge de manager. Ils éloignent ainsi, très provisoirement, le risque de retour, toutefois inéluctable, du « refoulé ».

Il faut déconseiller à ces thuriféraires de la vulgate libérale (dans une perspective compassionnelle) la lecture de l'ouvrage dont il est question ici. *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19^{ème}-20^{ème} siècles)*(1) peut effectivement être un ouvrage dangereux pour leur santé, mais, par contre, sa lecture s'avèrera très bénéfique pour celle des réels médecins du travail, dont, bien évidemment, fait partie le lecteur de cette revue. On ne peut que recommander cet ouvrage à ceux-ci et sans modération, comme il se doit.

C'est que, cet ouvrage rend visible, par une mise en perspective historique qui multiplie les points de vue, ce que nous pensions et que nous n'osions exprimer de peur d'être taxés de délire paranoïaque interprétatif : la santé des travailleurs est une variable d'ajustement de l'exploitation de leur force de travail et ceci, non seulement à l'époque moderne et libérale, mais depuis le début du commencement de la production industrielle.

Cette confirmation naît, dans cet ouvrage, de la mise en lumière des stratégies des employeurs face aux risques professionnels, aussi vieilles que l'accaparement des bénéfices du travail, à travers leur effet sur les comportements de différents corps sociaux : « le déni, l'endiguement de l'intervention publique et la minimisation des coûts ».

Le déni est caractérisé par « la contestation, sous diverses modalités de l'origine professionnelle du risque ». L'endiguement de l'intervention publique consiste à « prévenir l'intervention de l'état ou l'entrée de ses représentants

.....

1- *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19^{ème} - 20^{ème} siècles)*, ouvrage collectif sous la direction de Anne-Sophie BRUNO, Éric GEERKENS, Nicolas HATZFELD, Catherine OMNÈS, Collection pour une Histoire du travail, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 2011

dans les entreprises ». Minimiser les coûts implique « d'intervenir en amont autant qu'en aval de sa survenance ».

L'ouvrage démontre d'une part les régularités des stratégies d'acteurs et d'autre part la grande variété des attitudes des travailleurs dans le temps. Dans ce cadre la préface précise parfaitement la perspective.

Les trois parties : « savoirs, représentations, occultations », « politiques de santé au travail en entreprises », « acteurs du risque entre arbitrages et contestation » structurent l'analyse historique.

La première partie décrit comment apparaît « l'ambiguïté hygiéniste »(2) que font naître des scientifiques et des médecins parfois en conflit d'intérêt caricatural (certains sont en même temps propriétaires des fabriques délétères !) mais aussi, comment, très tôt, des médecins s'intéressent au geste professionnel réel.

De l'hygiénisme naît une logique implacable : si le respect de l'hygiène, de la bonne manière d'agir, mettent à l'abri du risque, seuls les moins aptes par constitution ou nature (les femmes, les étrangers par exemple) seront des victimes. D'où la nécessité de repérer ceux qui seraient inaptes et de les mettre à l'écart soit disant pour leur bien(3) (d'où l'éviction des femmes de certains emplois, d'où le contrôle médical des travailleurs étrangers aux frontières).

La minimisation des coûts (dont participe le compromis de 1898 sur les AT) implique des tactiques très variées auxquelles a pu participer la médecine du travail qui « parmi d'autres fonctions (...) a servi à détecter la fraude à l'assurance et (...) a participé à l'évaluation du dommage. Par l'organisation des premiers soins et d'un meilleur suivi des blessés, elle a encore contribué à minimiser le temps de convalescence indemnisable et l'importance de l'invalidité reconnue ». On rapprochera cette description de la volonté obsessionnelle actuelle du législateur d'obtenir que la médecine du travail assure dorénavant un rôle essentiel de « **maintien dans l'emploi** » du travailleur.

La deuxième partie est un florilège des politiques de santé au travail en entreprise, caractéristiques du projet d'éviction de l'espace public social hors des murs de la fabrique et de minimisation des coûts.

L'ambivalence des stratégies est décrite :

- d'un côté mettre en place la visibilité d'une prévention théorique suffisante pour décourager la puissance publique d'intervenir,
- de l'autre faire porter la responsabilité de l'échec de

.....

2- Thomas LE ROUX dans *Risques et maladies du travail : le Conseil de salubrité de Paris aux sources de l'ambiguïté hygiéniste au 19^{ème} siècle*, retrace notamment l'action du D^r DARCEY dans l'affaire du mercure et de la céruse dans laquelle on retrouve la volonté de « défendre à tout prix l'industrie, perçue comme un progrès et donc tenter d'atténuer ses méfaits pour qu'elle ne soit pas complètement remise en cause ». À noter un ouvrage passionnant de cet auteur : *Le laboratoire des pollutions industrielles. Paris, 1770-1830*, Paris, Albin Michel, collection l'Évolution de l'Humanité, 2011.

3- Cédric NEUMANN : *Rendement et santé au travail des mécanographes (1945-1975)* qui montre une médecine de sélection médicale de la main d'œuvre sous couvert de médecine du travail.

cette prévention sur les victimes, sélectionner à l'embauche et mettre hors de l'entreprise les inemployables.

C'est ainsi que les services de médecine du travail sont mis en demeure de faire naître d'une part une culture de santé et d'autre part de participer jusqu'en 1960 (et parfois au-delà) à « une médecine de sélection, qui protège (les employeurs) des charges de la réparation des accidents du travail puis des maladies professionnelles et qui est à ce titre bien plus centrée sur les travailleurs que sur les lieux et les conditions de travail ».

La troisième partie est peu rassurante pour celles et ceux qui penseraient que la proposition de « ne pas perdre sa vie à la gagner », est approuvée unanimement par les travailleurs. C'est que, comme le titre de cette partie l'indique, le mouvement syndical est partagé selon les lieux et les époques entre arbitrage (c'est-à-dire compromis dans l'hypothèse d'une négociation de la force de travail) et contestations (c'est-à-dire revendication des moyens d'une meilleure santé au travail).

Cette ambivalence connaît trois points de bascule :

- L'affaire de la céruse (1904-1905) qui marque le premier exemple coordonné d'action syndicale pour améliorer les conditions de travail et qui aboutira au premier « décret spécial » instituant une surveillance médicale en 1908 ;
- Le mouvement social de 1936 aboutissement de « la rupture que constituent les années 1930 dans la longue histoire du droit et de la santé au travail » C'est ainsi qu'à l'initiative de la CGT « réunifiée » se mettra en place en 1937(4) « un institut (syndical) d'étude et de prévention des maladies professionnelles, placé sous la direction du D^r Guy HAUSER(5) (...), doté dès l'origine d'une revue : Les archives des maladies professionnelles et de toxicologie industrielle ».
- Le tournant du mouvement de mai 1968 et la naissance à partir de 1970 de « programmes (syndicaux) qui incluent sécurité et amélioration des conditions de travail ». C'est ainsi que vont se mettre en place sous la pression de la CGT et de la CFTC puis CFDT, les CHS puis les CHSCT dans lesquels l'ergonomie jouera un rôle déterminant.

Il y a toutefois des rechutes. Ainsi lors de la période sombre de « l'usage contrôlé de l'amiante »(6).

On peut même se demander si la relative modération vis-à-vis de la réforme de la médecine du travail, qu'observent actuellement certaines organisations syndicales n'apparaîtra pas aux historiens du futur comme relevant du même espoir (vain ?) qu'il y aurait un point d'équilibre entre les intérêts

4- Cette initiative avait été précédée dès 1934 « sous l'impulsion des unitaires et de Marcel PAUL, (de la mise en place) d'un réseau d'œuvres sociales avec un cabinet médical, un dispensaire, un service juridique, une coopérative d'achat, une colonie de vacances pour enfants ».

5- Mort en déportation pour faits de résistance

6- Jean-Claude DEVINCK, *Les racines historiques de l'usage contrôlé de l'amiante (1947-1977)*

de la santé des travailleurs et les politiques de prévention des employeurs.

Un acteur essentiel est présent en filigrane : l'État. Sensé défendre l'intérêt collectif face aux intérêts particuliers, il accompagne volontiers les logiques des employeurs. Cette présence discrète, voire négative, s'estompe légèrement après 1936 pour une attitude plus décisionnelle et moins déséquilibrée. Cet ouvrage ne traite pas spécifiquement de l'Histoire d'aujourd'hui, toutefois, il nous est précieux pour comprendre l'époque actuelle : l'embellie de la République Sociale se couvrant des nuages libéraux, le naturel chassé revient au galop ! Et l'État de mettre sur les rails le vieux projet patronal de sélection médicale de la main d'œuvre sous couvert de maintien dans l'emploi, de prévention des addictions et de réduction de la pénibilité au travail.

Cet ouvrage est précieux car il nous « donne à penser ».

Il nous permet notamment, comme médecin du travail, de nous y retrouver dans ce paysage habité par le conflit social par rapport aux vieilles logiques actuelles des différents acteurs en matière de prévention des risques pour la santé des travailleurs au travail :

- celle des employeurs liée à leurs obligations de sécurité de résultat et de prévention mais qui par nature s'ins-

crit dans une contrainte économique qui bien que toujours présente a revêtu dans le cadre du libéralisme économique une importance telle qu'elle prend souvent le pas sur d'autres considérations ;

➤ celle des salariés et de leurs représentants qui, contrainte par le système d'exploitation de la force de travail qui prévaut socialement, oscille entre deux pôles, celui de maintenir ou de construire leur santé physique et mentale au travail et celui de négocier au mieux leur force de travail notamment pour assurer leur bien-être social.

L'Histoire nous l'apprend : comme médecin, un médecin du travail ne peut fonder son exercice sur des déterminants relevant des logiques économiques ou gestionnaires sans manquer à ces devoirs vis-à-vis de chaque sujet (ici de chaque travailleur) car « *il n'y a qu'une seule situation médicale, la situation clinique (et) qu'en la circonstance le médecin n'est médecin que s'il traite la situation sous la règle du possible maximal soigner cette personne qui le lui demande (...) jusqu'au bout, avec tout ce qu'il sait, tous les moyens dont il sait qu'ils existent et sans rien considérer d'autre(7)* ».

.....
7- Alain BADIOU, *L'éthique, essai sur la conscience du mal*, Éd.Nous, mars 2003

FAUT-IL METTRE TOUS LES TRAVAILLEURS AU BIBERON POUR ASSURER LEUR PRÉVENTION ?

Dominique HUEZ, médecin du travail

Les alertes viennent toujours de populations faiblement ou rarement exposées. L'émotion de la population pousse les pouvoirs publics à déployer le principe de précaution.

Le bisphénolA, perturbateur endocrinien, est relargué par les biberons, l'oxyde d'éthylène, cancérigène, imprègne les tétines. Le principe de précaution va s'appliquer heureusement aux enfants. Les vaches de Grez-en-Bouère en Mayenne sont contaminées au PCB ; elles sont maintenant impropres à la consommation humaine. L'usine APROCHIM à proximité retraite des transformateurs électriques au pyralène. Une probable contamination aux dioxines sera probablement mise en évidence.

Mais qui se soucie de faire appliquer une obligation de prévention pour les travailleurs en première ligne dans les usines ou établissements les exposant. Ils sont pourtant des sentinelles exposées souvent de façon beaucoup plus importante.

Nous ne savons pas grand-chose de leur exposition aux résines époxydiques contenant du bisphénolA par ce que les médecins du travail ne sont pas correctement informés par la réglementation de la présence de « monomère libres » dans les FDS. Et ces derniers ne disposent pas d'indicateur biologique d'exposition (IBE) utile ici pour les évaluer.



Pour un autre constituant de résine époxydique, le durcisseur nommé MDA, il a été démontré que le risque de son emploi peut être nul avec une prévention *ad-hoc* mais onéreuse, grâce au suivi par IBE. Mais il n'y a pas de valeur réglementaire contraignante pour les IBE. Les viticulteurs continueront à être contaminés au MDA lors de la réfection de l'étanchéité de leur cuve de vin.

Faut-il attendre de trouver du MDA dans les vins AOC pour les protéger, d'en trouver dans l'eau potable des châteaux d'eau étanchés de la même façon pour protéger les ouvriers du BTP sérieusement exposés. Les ouvriers d'APROCHIM sont très probablement exposés aux PCB et possiblement aux dioxines produits de leur dégradation thermique.

Si les employeurs doivent évaluer et prévenir les risques, la réglementation de la médecine du travail crée-t-elle les conditions aujourd'hui pour que les médecins du travail les investiguent par des IBE.

L'hydrazine est un très important cancérigène présent dans l'eau des centrales nucléaires pour la traiter. Il n'y a plus aucun laboratoire en France pour en mesurer l'exposition urinaire par IBE !

À quand une politique de santé publique en santé au travail ?

MÉDECIN DU TRAVAIL ET PÉNIBILITÉ

Annie DEVEAUX, médecin du travail

Le législateur, par un cavalier législatif, avait voulu faire passer dans un même projet de loi : la réforme des retraites, et la réforme de l'organisation des services de santé au travail. Les deux lois ont finalement été votées séparément. À l'usage il s'avère que la nouvelle loi qui transfère les missions du médecin du travail au service de santé au travail précise bien, entre autres, que les services doivent conseiller les employeurs pour prévenir ou réduire la pénibilité au travail, assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques et de la pénibilité, participer et contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire. La pénibilité, la traçabilité des expositions constituent un lien entre ces deux textes de loi, lien qui devrait amener les salariés à plus d'exigence quant à leur suivi médical et les médecins du travail à beaucoup de rigueur dans la traçabilité tout au long du parcours professionnel des salariés suivis.

La loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites et modalités de prise en compte de la pénibilité va sans doute modifier les stratégies de gestion de fin de carrière pour les salariés « usés ». Par le passé, dans certains secteurs d'activité, l'usure prématurée de l'organisme, réduisant des deux tiers la capacité de travail ou de revenu, permettait la mise en invalidité 2^{ème} catégorie autorisant alors la cessation d'activité, vers l'âge de 55 ans, avec maintien d'un niveau de ressources stable, jusqu'à l'ouverture des droits à retraite. Pour en bénéficier, il convenait de n'avoir pas fait valoir des atteintes à la santé qui auraient pu être déclarées, reconnues et indemnisées en séquences d'accident de travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP).

Dans le nouveau cadre législatif, le droit à retraite à taux plein est ouvert dès 60 ans pour les personnes souffrant d'une incapacité permanente partielle (IPP) au titre d'une maladie professionnelle (MP) au moins égale à 20%. Un salarié présentant le même taux d'IPP du fait d'un accident du travail (AT) peut également accéder au dispositif, dès lors que son accident a entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. Ces lésions sont définies dans une liste. Le taux d'IPP de 20% peut être atteint par l'addition de plusieurs taux, sous réserve qu'un taux au moins égal à 10 % ait été reconnu au titre d'une même MP ou d'un même AT : cette situation est fréquente pour des salariés atteints de plusieurs troubles mus-

culosquelettiques des membres supérieurs ou ayant des séquences d'un AT.

Quand le taux sera compris entre 10% et 20%, le bénéfice de la retraite à 60 ans sera subordonné au fait que l'assuré puisse apporter la preuve qu'il a été exposé pendant une durée déterminée (17 ans) à des facteurs de risques professionnels et à l'avis d'une commission pluridisciplinaire (Le CRRMP) qui appréciera le lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels. Cette commission donnera un avis qui s'imposera à l'organisme débiteur de prestation.

Ces facteurs de pénibilité mentionnés à l'art L.4121-3-1 sont les suivants :

- **Au titre des contraintes physiques marquées :** Les manutentions manuelles de charges lourdes définies à l'article R.4541-2, les postures pénibles définies comme position forcée des articulations, les vibrations mécaniques définies à l'article R.4441-1.
- **Au titre de l'environnement physique agressif :** les agents chimiques dangereux mentionnés aux articles R.4412-3 et 12-60, y compris les poussières et fumées, les rayonnements ionisants, les activités exercées en milieu hyperbare, les températures extrêmes, le bruit mentionné à l'article R.4431-1.
- **Au titre des contraintes liées aux rythmes de travail :** le travail de nuit, le travail en équipes successives alternantes, le travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence contrainte, imposée ou non par le déplacement automatique d'une pièce ou la rémunération à la pièce, avec un temps de cycle défini.

Dans les entreprises de plus de 50 salariés où plus de 50% de l'effectif est exposé à des facteurs de pénibilité, des négociations doivent avoir lieu avant la fin de l'année 2011 pour réduire les facteurs de pénibilité.

La loi du 9 novembre impliquant le CHSCT dans l'analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité, les élus au CHSCT devront se mobiliser pour obtenir l'établissement des fiches d'exposition à des facteurs de risque dont les facteurs de pénibilité et les agents CMR et on peut penser que la mobilisation des salariés sera importante. Une copie de ces fiches doit être intégrée au dossier médical en santé au travail.

Chaque salarié a intérêt à faire constater par le médecin du travail les atteintes à la santé qui émaillent sa vie professionnelle, et nous sommes déjà interrogés très fréquemment par les salariés à ce sujet. Les médecins du travail doivent donc consigner les expositions, les facteurs de pénibilité et les informations relatives à l'état de santé du salarié dans le dossier médical en santé au travail. En toute logique, les médecins du travail établissent les certificats médicaux initiaux constatant ces atteintes quand elles relèvent d'un tableau de MP, les remettent au salarié et en conservent un exemplaire dans le dossier médical ; les salariés trouvent beaucoup plus d'intérêt à déclarer une MP et beaucoup d'artisans de TPE comprennent parfaitement que ces déclarations ne sont pas des manifestations hostiles mais ce que la loi exige pour faire reconnaître la pénibilité de leur métier.

En application de l'article 50 du Code de déontologie médicale (« le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit [...] »), chaque médecin du travail devra informer le salarié sur les facteurs de pénibilité qui pourront lui permettre un départ en retraite à 60 ans, en particulier dans les entreprises (PME et TPE) où il n'y aura pas d'obligation de négociation.

En pratique, il paraît nécessaire de relire attentivement chaque dossier médical pour repérer les facteurs de pénibilité et la durée d'exposition à ces mêmes facteurs ainsi que les événements pathologiques que le salarié aurait pu faire reconnaître en maladie professionnelle (méniscose, hernie discale, etc.) pour établir des attestations pour les salariés arrivant en fin de parcours professionnel, s'il s'avère qu'ils souffrent de pathologies (gonarthrose, lombarthrose) liées à ces facteurs de pénibilité. En effet, une jurisprudence récente reconnaît qu'une pathologie peut-être reconnue comme professionnelle *a posteriori*, au-delà du délai de deux ans, si le salarié n'a été informé que tardivement de ses droits.

Compte tenu des difficultés non négligeables pour un salarié d'accéder à ses différents dossiers de médecine du travail, et d'y retrouver les facteurs de pénibilité passés lui permettant de faire valoir des droits, ne faut-il pas imaginer dès maintenant la mise en place de fiches de suivi médical professionnel mentionnant les facteurs de pénibilité liés aux postes de travail passés, qui sera remise au salarié puisque la fiche d'exposition rendue obligatoire par le législateur ne va concerner que les expositions à partir du 1^{er} janvier 2012 ? Ces attestations établies par le médecin du travail pourraient-elles jouer un rôle, en particulier lors du passage devant le CRRMP, quand le taux d'IPP est compris entre 10% et 20% ?

Par ailleurs les textes réglementaires récents sur la réforme de la santé au travail font explicitement référence aux entreprises de plus de 50 salariés, en ce qui concerne la négociation sur les facteurs de pénibilité. Pour tous les salariés, y compris ceux des TPE et PME, pas d'obligation de négocier sur la pénibilité, mais obligation de mettre en place la fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels (art L.4121-3-1 du Code du travail), essentiellement composés des facteurs de pénibilité. Un exemplaire de cette fiche doit

être remis au service de santé au travail. Dans les PME et TPE, le médecin du travail est souvent le seul préventeur repéré et rien ne lui interdit de donner son point de vue sur les facteurs de pénibilité tant la diversité des postes ne permet pas souvent de se référer aux textes déjà existants, quand ils existent, sur les manutentions, vibrations, postures, etc.

ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL EN PRÉVENTION PRIMAIRE, POUR LES MÉDECINS EXERÇANT EN SERVICE INTERENTREPRISE, EN PARTICULIER DANS LES ENTREPRISES DE MOINS DE 50 SALARIÉS

La charge de travail des médecins du travail, aggravée par la récente loi sur la médecine du travail et les décrets du 30 janvier 2012, va imposer aux médecins du travail de définir des priorités dans leur mode d'intervention.

J'ai donc choisi de faire évoluer les fiches de visite remises au salarié (et à l'employeur) de manière à ce que le maximum d'informations y figurent de manière à assurer l'information tant des salariés que des employeurs, avec pour l'employeur un courrier joint à l'envoi des fiches de visite pour rappeler les obligations réglementaires

La fiche de visite 2012 sur laquelle apparaissent en gras ce qui concerne le salarié et son poste de travail, du point de vue du médecin du travail :

ATTESTATION DE SUIVI MÉDICAL PROFESSIONNEL

Ceci constitue la fiche d'aptitude du salarié ; un exemplaire doit être conservé par l'employeur pour être éventuellement présenté au médecin inspecteur du travail et de la main-d'œuvre et à l'inspecteur du travail, un exemplaire est remis au salarié comme attestation de suivi médical professionnel.

Attestation délivrée à l'occasion :

- D'un examen d'embauche ou de réintégration
- D'un examen de reprise du travail après
- D'un examen systématique annuel ou biennal
- D'un examen à la demande de.....

NOM DU SALARIÉ XXXXX PRÉNOM XXXXX

ENTREPRISE : EHPAD XXXXXX

POSTE DE TRAVAIL : Aide soignante nuit

SURVEILLANCE MÉDICALE RENFORCÉE :

~~non~~ / oui : **travail de nuit**

RISQUES PROFESSIONNELS POTENTIELS repérés par le médecin (en référence aux tableaux de maladies professionnelles <http://www.inrs-mp.fr/mp/cgi-bin/mpppage.pl>) : **appareil locomoteur (MP57, MP98), risque psychosocial, risque biologique, risque infectieux (MP 45, MP 76), travail de nuit (le travail de nuit est reconnu comme cancérigène par le CIRC).**

FACTEURS DE PÉNIBILITÉ : mentionnés à l'article L.4121-3-1

- au titre des contraintes physiques marquées
 - ◆ les manutentions manuelles de charges définies à l'article R.4541-2
 - ◆ les postures pénibles définies comme position forcée des articulations
 - ◆ les vibrations mécaniques définies à l'article R.4441-1
- au titre de l'environnement physique agressif
 - ◆ les agents chimiques dangereux mentionnés aux articles R.4412-3 et R.4412-60, y compris les poussières et fumées
 - ◆ les rayonnements ionisants définis aux articles R.4451-1 et suivants
 - ◆ les activités exercées en milieu hyperbare définies à l'article R.4461-1
 - ◆ les températures extrêmes
 - ◆ le bruit mentionné à l'article R.4431-1
- au titre des contraintes liées aux rythmes de travail
 - ◆ le travail de nuit dans les conditions fixées aux articles L.3122-29 à L.3132-31
 - ◆ le travail en équipes successives alternantes
 - ◆ le travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence contrainte, imposée ou non par le déplacement automatique d'une pièce ou la rémunération à la pièce, avec un temps de cycle défini

SUIVI POST-EXPOSITIONNEL POUR RISQUES PROFESSIONNELS ANCIENS (dans l'entreprise) _____

PRESCRIPTION D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

Mettre en place la fiche d'exposition aux facteurs de risque professionnel : http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Fiches_reperes_sur_les_facteurs_de_risque.pdf

CONCLUSIONS MÉDICALES : Pas d'observation particulière. Aménagement temporaire de poste nécessaire.

AMÉNAGEMENT DE POSTE DEMANDÉ : reprise à 80% à partir du ___ par nuit complète sans dépasser 3 nuits consécutives

À, le, le médecin du travail

Possibilité pour le salarié ou l'employeur de recours devant l'inspecteur du travail en cas de contestation de l'avis du médecin du travail (art. L.241-10-1 du Code du travail).

LE COURRIER JOINT

À L'ENVOI DES FICHES DE VISITE À L'EMPLOYEUR

Veillez trouver ci-joint les attestations de suivi médical professionnel (ou communément fiche d'aptitude). Ce document dont le double a été remis au salarié doit être conservé par l'employeur pour être présenté à tout moment sur demande :

- à l'inspecteur du travail,
- au médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre.

Nous avons souhaité faire apparaître sur ce document :

- les risques professionnels potentiels du poste de travail concerné, repérés lors de l'examen médical, afin de vous aider à identifier les risques du poste avant évaluation

(Document Unique d'Évaluation des Risques), en référence aux tableaux de maladie professionnelle, quand un tableau existe (par exemple : tableau MP42 fait référence au risque bruit, tableau MP57 fait référence aux gestes répétés).

Nous mentionnons également certains risques professionnels qui ne sont pas reconnus par des tableaux de maladies professionnelles :

- ◆ le risque routier ;
- ◆ le risque « psycho-social » potentiel ou « stress », (tout en sachant bien que ce risque est inhérent à la vie et donc à toute situation de travail) mais qu'il est plus important dans certaines situations ou organisations (relation de service, service aux personnes, etc.) ;
- ◆ le suivi post-expositionnel dans l'entreprise correspond au suivi que nécessitent les effets différés de certaines expositions (par exemple : l'exposition aux poussières de bois ou à l'amiante peut occasionner des effets apparaissant 20 à 30 ans après l'arrêt de l'exposition) : les postes de travail évoluent, la carrière du salarié également.

➤ **Les facteurs dits de pénibilité** tels que définis par la réforme des retraites : le décret n°2012-136 du 31 janvier 2012 demande à l'employeur d'établir une fiche de prévention des facteurs de risques professionnels art L.4121-3-1 :

Nous précisons si besoin la nécessité de mettre en place une fiche d'exposition, qu'il s'agisse d'un salarié exposé à des facteurs de pénibilité ou à des CMR (article R.4412-41 du Code du travail) http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Fiches_reperes_sur_les_facteurs_de_risque.pdf.

Pour mémoire, nous vous rappelons différents points de réglementation à ce jour :

Les visites médicales réglementaires sont :

- la visite d'embauchage (à faire avant la fin de la période d'essai) ;
- les visites de reprise du travail :
 - ◆ après une absence pour cause de Maladie Professionnelle ;
 - ◆ après une absence d'au moins 8 jours pour cause d'accident de travail, 30 jours à partir du 1^{er} juillet 2012 ;
 - ◆ après une absence d'au moins 3 semaines pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, 30 jours à partir du 1^{er} juillet 2012 ;
 - ◆ après un congé maternité.
- en cas d'absences répétées pour raisons de santé ;
- les visites à la demande de l'employeur ou du salarié ;
- les visites périodiques annuelles ou biennales selon que le salarié relève ou non d'une surveillance médicale renforcée, biennales à partir du 1^{er} juillet 2012.

Pour les visites de reprise du travail, c'est donc l'employeur qui prend contact avec notre service.

La D.U.E. (Déclaration Unique d'Embauche) qui nous est transmise par l'URSSAF tient lieu de demande de visite d'embauche et de demande d'adhésion au Service de Santé au Travail.

Le médecin du travail doit être informé de tout arrêt de travail pour cause d'accident de travail (photocopie de la déclaration).

Le médecin du travail est à votre disposition, dans le cadre de votre cotisation annuelle pour vous rencontrer, sur simple demande, sur votre lieu de travail, par exemple pour l'élaboration du document unique d'évaluation des risques (article R.4121-1 du Code du travail du 5 novembre 2001).

Nous restons à votre disposition pour de plus amples renseignements.

Le médecin du travail

ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL EN PRÉVENTION TERTIAIRE, À PROPOS DE PLUSIEURS CAS RÉCENTS

PREMIER CAS : Rémi est né en avril 1953. Titulaire du certificat d'études primaires, il a toujours travaillé dans le bois : bûcheron, débardeur, chauffeur grumier, comme travailleur indépendant de 1969 à 2003. Depuis 2003, il est salarié dans une scierie comme ouvrier scieur et chauffeur.

Lors de sa visite d'embauche en 2004, le médecin du travail qui le suivait alors, lui a normalement conseillé une consultation ORL en vue d'une déclaration au tableau 42. En 2007, il signale que la CPAM a refusé la prise en charge au titre de la MP. On peut supposer qu'il s'est agi d'un refus d'ordre administratif.

Je fais sa connaissance en juin 2009, l'examen audiométrique pratiqué confirme qu'il relève indiscutablement du tableau 42 et je l'informe à nouveau de l'intérêt qu'il a à refaire cette déclaration même s'il a essuyé un premier refus.

Je le revois fin juillet 2010, à sa demande, pour une visite de reprise du travail : dans l'année il a subi une résection colique sur cancer colique gauche et six mois de chimiothérapie. Il va reprendre le travail : je lui conseille à nouveau de voir un spécialiste ORL pour refaire sa déclaration au tableau 42 en m'engageant à être disponible pour l'aider dans les démarches administratives si besoin.

Il consultera l'ORL fin août 2010 pour que soient bien respectés les critères d'exclusion du bruit exigés par le tableau, mais n'enverra sa déclaration qu'en mars 2011 (la réforme des retraites est passée par là !).

Il prendra rendez-vous dès réception de l'avis favorable de la CPAM en juillet 2011, pour se faire confirmer que l'IPP de 40% obtenue va bien lui permettre de partir en retraite à 60 ans. La rente trimestrielle n'est pas négligeable (1 200 €) et il pense se faire appareiller.

« Je voudrais bien profiter un peu de ma retraite : mon frère est parti en retraite à 60 ans, il a pris du diabète un an après, on vient de l'amputer partiellement d'un pied ». « Si

vous n'aviez pas insisté, je n'aurais pas refait tous ces papiers. Si je pars à 60 ans, c'est grâce à vous, merci »

Quelques mois plus tard, lors de la visite médicale périodique, il signale souffrir des deux épaules. Il a eu par le passé des accidents de travail concernant chacune des deux épaules ; j'ai fait alors un courrier à son médecin traitant pour lui expliquer la nécessité de bien faire des déclarations de rechute AT pour les bilans et soins prévus pour ces deux épaules. Si besoin, je compléterai ce courrier par l'envoi du tableau 57 tel qu'il a été récemment modifié.

DEUXIÈME CAS : Bertrand né en novembre 1957 a commencé à travailler en mai 1976. Titulaire d'un CAP d'aide comptable et d'un BEP d'agent administratif, il a travaillé pendant sept ans comme agent administratif puis à partir de 1987 comme magasinier. Pendant quatre ans ce sera des manutentions de cartons de fils (30 kg) et de rouleaux de tissu (jusqu'à 70 kg) à prendre au niveau du sol, puis de 1992 à 2010, magasinier chargé d'approvisionnement d'un bobinage donc à nouveau des manutentions de cartons de fils (d'environ 50 kg) à mettre en palettes.

Comme il mesure 1,92 m, pour préserver son rachis, il travaille le plus souvent en fléchissant bien les genoux (les conseils de bonne pratique pour les manutentions manuelles, épargnent peut-être les disques intervertébraux, mais c'est au détriment des ménisques) : Bertrand a été opéré du ménisque interne droit en janvier 2002 et du ménisque interne gauche en 2005.

Fin 2011, je constate une hydarthrose bilatérale des genoux et des douleurs de l'épaule droite. Je demande à son médecin de préciser par IRM l'état de l'épaule, ainsi que l'état des genoux, à Bertrand de retrouver ses comptes rendus opératoires ou IRM préopératoire pour rédiger trois certificats initiaux de maladie professionnelle (lésions dégénératives des ménisques compliquées d'arthrose et rupture partielle de la coiffe des rotateurs).

TROISIÈME CAS : Christophe est né en mai 1952 ; plâtrier peintre depuis l'âge de vingt ans dans une entreprise du BTP puis chez un bailleur social chez qui je le suis depuis 1992. Ce métier sollicite fortement les membres supérieurs et en 2002 et 2004 des tendinopathies des épaules seront déclarées et reconnues en maladie professionnelle avec des taux d'IPP de 4% et 5%. Le 6 mai 2010, lors de l'approvisionnement d'un chantier au quatrième étage (sans ascenseur) d'un immeuble, il présentera un infarctus du myocarde (aucun autre facteur de risque que l'effort sous contrainte temporelle) déclaré et reconnu en accident de travail. Pendant toute sa convalescence et l'arrêt de travail, il sera suivi régulièrement, pour rechercher avec lui, un reclassement acceptable et intéressant avant d'opter pour une inaptitude. La consolidation en décembre 2011, lui accordera une IPP de 25% dont 5% pour le préjudice social, (soit une rente mensuelle de 250 €). Il vient de constituer son dossier retraite anticipée pour pénibilité.

QUATRIÈME CAS : Myriam, bobineuse, née en Turquie en 1952, est mère de six enfants. Elle a travaillé comme ouvrière à domicile de 1982 à 1994, puis en atelier à mi-

temps depuis 1994, d'abord comme mécanicienne en confection puis comme bobineuse à partir de 2002. À partir de 2000, des douleurs de l'épaule droite sont signalées chaque année. Il existe également des gonalgies. Fin avril 2009, elle acceptera de faire une déclaration au tableau 57. La MP sera reconnue avec inaptitude définitive lors de la consolidation du 31 mars 2011. Le taux d'IPP accordé sera de 15% augmentée d'un taux de 7% pour préjudice social. Le dossier retraite anticipée pour pénibilité sera constitué grâce à l'aide de l'assistante sociale de la CARSAT. À noter que pour cette femme, dont la retraite mensuelle s'élève à 600 €, la rente mensuelle pour MP sera de 200 € (soit les mêmes ressources que lorsqu'elle était en activité).

CINQUIÈME CAS : Nadia, née en Tunisie en janvier 1954, agent de service, contractuelle en EHPAD, suivie à partir de 2007, est porteuse d'un diabète non insulino-dépendant, signale des douleurs du rachis dorsolombaire, des gonalgies, des douleurs des deux épaules et des paresthésies des deux mains. Revue en visite de reprise après accident de travail (lombalgie aiguë en mars 2009), elle ne reprendra pas le travail mais sera néanmoins suivie pour l'aider à constituer les différents dossiers de pathologie professionnelle existant : Syndrome du Canal Carpien bilatéral, tendinopathies des deux épaules. Le bilan sera complété : un canal lombaire étroit associé à la gonarthrose bilatérale (en lien partiel mais indiscutable avec les manutentions passées) et au diabète permettront l'attribution d'une invalidité 2^{ème} catégorie au 1^{er} mars 2011, qui succèdera à un arrêt prolongé pour maladies professionnelles jusqu'au 28 février 2011. Il n'y aura pas de reclassement possible et elle sera licenciée pour inaptitude au poste en avril 2011. Au moment d'archiver son dossier en 2012, un courrier lui sera adressé pour l'informer de son droit à faire valoir sa retraite à 60 ans pour pénibilité ; en effet, pour les épaules des taux d'IPP de 10 % et 13% ont été attribués, auxquels s'ajoutaient 5% pour le SCC droit et 5% pour l'AT. Rien n'interdit de cumuler une invalidité Cat.2 et des taux d'IPP pour maladies professionnelles ; seule exigence, rester en lien avec le salarié, informer les médecins généralistes et discuter avec les médecins conseil. Rédiger les certificats médicaux qui ouvrent des droits s'impose aux médecins du travail, prévention tertiaire, sans doute bien tardive, mais qui peut préserver de la pauvreté à l'heure de la retraite.

SIXIÈME CAS : José né en 1952 au Portugal est maçon. Il a commencé à travailler à 10 ans, au Portugal, mais son activité ne sera déclarée qu'en France à partir de l'âge de vingt ans. Il continue à travailler malgré des gonalgies invalidantes. Il demandera à rencontrer le médecin du travail avec un courrier de son médecin traitant qui s'interroge sur son droit à retraite pour pénibilité compte tenu de son métier, de ses problèmes de diabète et de bronchite. L'interrogatoire et l'examen clinique confirmeront une ménisquose bilatérale et une tendinopathie bilatérale des épaules. Un courrier explicatif sur les conditions de retraite pour pénibilité et la nécessité de documenter les pathologies par des IRM avec les tableaux de MP correspondants joints sera adressé au médecin traitant.

À ce jour, beaucoup d'autres dossiers sont en cours de constitution : pour le médecin du travail il s'agit de relire les dossiers en repérant les expositions passées, les atteintes à la santé qui, à l'époque n'ont pas fait l'objet de déclaration. Il faut retrouver les documents médicaux et aider les salariés, en lien avec leur médecin traitant, à faire reconnaître *a posteriori* des pathologies professionnelles. Beaucoup d'atteintes chroniques des ménisques, de hernies discales et leurs complications, peuvent être retrouvées et leur reconnaissance ne devraient pas rencontrer d'obstacle insurmontable (sinon le passage devant le CRRMP pour délais dépassés). Il sera sans doute plus difficile de faire reconnaître des pathologies cardiovasculaires, HTA, et complications cardiaques malgré de longues années de travail en équipe alternantes ou de travail de nuit.

Beaucoup de salariés arrivant en fin de carrière sollicitent le médecin du travail, sur les modalités de départ anticipé pour pénibilité. Certains acceptent de déclarer des pathologies professionnelles, alors qu'ils s'y étaient refusés jusque-là. Les exigences règlementaires de tenue du dossier médical en santé au travail, de traçabilité d'exposition avec leurs conséquences sur la santé devraient favoriser une meilleure visibilité des inégalités sociales de santé liées au travail, à condition que les médecins du travail restent disponibles pour des salariés parfois en arrêt de travail prolongé, pour qui il s'agit d'aider à l'ouverture de droits.

Les médecins du travail sont aussi sollicités par les médecins traitants ; compte tenu de l'espacement des examens obligatoires en santé au travail, informer les médecins traitants sur la retraite anticipée pour pénibilité, sur les évolutions des tableaux de maladie professionnelle, sur l'existence des visites de préreprise, sur la possibilité de visite à la demande du salarié, constitue une exigence déontologique pour le médecin du travail, qui s'inscrit ainsi dans le « parcours de soins » du salarié.

EN CONCLUSION

Le rôle du médecin du travail dans la prévention des atteintes à la santé reste le même qu'il s'agisse de facteurs de pénibilité ou d'autres facteurs d'exposition :

- en prévention primaire, l'information tant en direction des salariés que des employeurs, en particulier dans les TPE où le médecin du travail est le seul interlocuteur existant, au moins à ce jour, en utilisant le seul support qui relève de sa responsabilité entière (la fiche de visite) et qui est remis au salarié, à l'employeur et dont une copie reste dans le dossier médical ;
- en prévention tertiaire bien sûr pour ouvrir des droits à la réparation ;
- la prévention secondaire restant de la responsabilité de l'entreprise et du respect des obligations règlementaires.

LES SALARIÉS DE L'ENTREPRISE

DE PROPRETÉ EN PÉRIL ?

Jean-Marie EBER, médecin du travail

Madame A..., 56 ans se plaint de paresthésies des trois doigts médians de la main droite, la réveillant la nuit et s'intensifiant au fil des mois. Le diagnostic de syndrome du canal carpien est évoqué, confirmé par un électromyogramme et posé en 1990. La patiente est opérée dans la foulée, le traitement médical s'avérant inopérant.

Le syndrome de la main guéri, les douleurs se sont portées au niveau du coude droit (épicondylite). Une nouvelle intervention chirurgicale est effectuée améliorant les symptômes quelques semaines. Plus tard la douleur s'est portée sur l'épaule (tendinopathie de la coiffe). Une nouvelle intervention est pratiquée.

Malgré les arrêts de travail, une amélioration, facilitation du poste de travail, la pathologie s'est portée au niveau de l'avant bras gauche, syndrome du canal carpien, puis épicondylite.

Cette patiente, actuellement retraitée avec le bénéfice d'une IPP travaillait pour une entreprise de propreté dont les clients principaux sont la SNCF et les transports urbains pour nettoyage du matériel roulant (TER, TGV, tramways, autobus, mais aussi des bureaux).

Cette entreprise emploie actuellement 162 salariés dont le plus grand nombre est occupé dans le nettoyage de matériel roulant.

La pathologie de cette dame n'est pas restée isolée. Alors qu'avant les années 1990, aucune maladie professionnelle n'est déclarée, au fil des ans de nombreux salariés ont débuté des affections qui peuvent avoir le travail pour origine.

Actuellement sur les 162 personnes salariées de l'entreprise, 70 personnes (donc plus du tiers) souffrent de complications du travail à savoir :

- Lumbago ou lombosciatiques : 34 personnes.
- Troubles musculo-squelettiques : 21 personnes.
- Hypertension artérielle : 8 personnes.
- Signes liés au stress et maladies psychosomatiques (pelade, psoriasis) : 4 personnes.
- Syndromes respiratoires (à type d'asthme) et cutanée (à type d'eczéma) sans détection d'allergènes : 3 personnes.
- Ainsi que des symptômes de décompensation psychiques nécessitant un suivi spécialisé.

Les personnes entretenant les bureaux ne sont guère mieux loties. Les surfaces à traiter par heure ne cessent d'augmenter.

Ainsi Madame T... 55 ans, voit son horaire de travail diminuer d'une heure, passant de quatre heures à trois heures par jour pour nettoyer 40 bureaux, comprenant 107 poubelles, 2 couloirs, 2 escaliers, 2 sanitaires, ainsi qu'une salle de réunion si elle a été utilisée dans la journée. Comment expliquer à cette salariée qu'elle devra effectuer son travail différemment, avec un résultat identique qu'auparavant, malgré les recommandations de ne nettoyer à fond qu'une dizaine de bureaux, vider toutes les poubelles, donner un coup de chiffon si d'autres bureaux sont trop sales. Cela est d'autant plus difficile à expliquer que ses collègues à l'étage inférieur bénéficient de 4 heures, toujours pour nettoyer 20 bureaux (bureaux de direction !).

Comment les entreprises en sont elles arrivées à ces situations de travail extrême ?

Les difficultés ont démarré dans les années quatre-vingt dix, avec une augmentation des arrêts maladie et des déclarations de maladies professionnelles. Cela correspond à la période où beaucoup de médecins du travail ont relevé des dégradations des conditions de travail dans les entreprises. C'est en 1994 dans le même ordre d'idées que de nombreux médecins de l'association Santé et Médecine du Travail ont alerté l'opinion par l'ouvrage *Souffrances et précarités au travail* dont les auteurs s'étaient dénommés *Paroles de médecins du travail*. Mais ce n'est que récemment que les dirigeants d'entreprise et le ministère du travail en ont pris conscience. Les risques psycho-sociaux (on devrait plutôt parler de maladies psycho-sociales) tant le stade de risque est dépassé, deviennent le sujet prépondérant de beaucoup de CHSCT.

POURQUOI LES ENTREPRISES DE PROPRETÉ SONT-ELLE EN PREMIÈRE LIGNE CONFRONTÉES À CES DIFFICULTÉS ?

D'années en années, le rythme de travail augmente proportionnellement à l'augmentation des surfaces à traiter par heure. Les clients de l'entreprise de propreté, à savoir, la SNCF, les transports urbains, font un appel d'offre en moyenne tous les trois ans, auxquels répondent de nombreuses entreprises qui bradent les prix. Pour le personnel devant

être repris par l'entreprise qui a décroché le marché, les conditions de travail s'aggravent :

- par l'augmentation des bus à nettoyer par individu, soit 25 bus simples par personne, ou 20 bus articulés ;
- horaires nocturnes de 19 heures à 2 heures du matin,
- des contrôles réguliers par le client du sérieux du travail effectué et mise à l'amende de l'entreprise si le travail laisse à désirer, ce qui augmente encore le stress des salariés... et du contremaître ;
- des horaires décalés en plusieurs phases journalières, matinée et soirée ;
- des risques de maladies professionnelles accentués par le non port des protections pour effacer les tags avec des solvants, remplir les réservoirs de sable à très fine granulométrie pour les freins des tramways, exposant au risque de silicose ;
- personnes vieillissantes : 20 salariés ont plus de 55 ans dont 10 plus de 60 ans.

L'entreprise de nettoyage regroupe des personnes d'origine étrangère ayant débuté tardivement leur travail en France, et se trouvant dans l'obligation de continuer leur activité, malgré l'usure de l'organisme, la CPAM refusant souvent l'invalidité à 60 ans.

Des actions pour les salariés vieillissants n'ont pas encore touché les entreprises de propreté si ce n'est des entretiens mais sans diminution de la pénibilité du travail.

La préconisation des mouvements épargnant l'épaule (mouvements dans l'axe du corps) pour nettoyer parois et vitres, n'entraîne que peu de résultat du fait de la rapidité d'exécution du travail et du port de gants qui entraînent une augmentation de la force d'application.

Le travail n'est plus structurant et ne pourra pas l'être pour l'individu privé de la possibilité de faire un travail selon sa conscience professionnelle.

Le salarié se sent prisonnier de son entreprise en raison du peu de possibilités de réorientation pour lui car il ne maîtrise pas la langue, surtout s'il a un certain âge.

DISCUSSION

Le travail de nettoyage est encore considéré comme un coût à réduire et à maîtriser (mesuré par des indicateurs de coût) par des sociétés clientes des entreprises de propreté. L'entreprise de propreté a essayé de compenser la diminution de ses revenus pour un même chantier par plusieurs mécanismes :

- En échelonnant le travail sur la semaine, donc en diminuant la prestation journalière (nettoyer 1 bureau sur 3 chaque jour, l'escalier une fois par semaine, etc.).
- En encadrant strictement le travail, on en revient à la tâche prescrite : le circuit le plus court, la diminution des gestes inutiles (*the one best way*).
- En améliorant le matériel : lavage des sols avec balai à plat et suppression du balai à franges, chariots plus ergonomiques...

- En diminuant nécessairement les heures de travail pour la même surface à traiter, ce qui revient à diminuer la charge salariale.

En ce faisant, elle crée :

- Une insatisfaction des salariés, dessais de toute initiative de marge de manœuvre.
- Une incapacité de rendre un travail bien fait (sans heures supplémentaires non rémunérées, ce que certains font pour plaire au client).
- Une frustration par la diminution de leurs heures de travail.
- Une incompréhension des ordres donnés par le contremaître, leur demandant de moins bien faire leur travail avec un résultat qui devrait être équivalent.
- Un rappel à l'ordre si ce n'est un avertissement écrit pour travail mal fait ou non fait, si le client émet des réserves sur la qualité du travail effectué.

Sur le plan physique, nous observons une augmentation exponentielle des maladies professionnelles avec des arrêts maladie itératifs, et sur le plan psychique une augmentation du stress et des syndromes dépressifs.

À ce propos la nouvelle rédaction du tableau 57 des maladies professionnelles, déterminant une durée d'exposition minimale (abduction de l'épaule pour une durée de trois heures trente par jour minimum) entraînera sans nul doute de nombreux refus de reconnaissance pour les salariés des entreprises de propreté. Ceci entre en contradiction avec les observations faites sur le terrain : plus on réduit le temps donné pour assurer l'entretien des surfaces, plus l'intensification du travail s'accroît et plus les risques de tendinopathies augmentent.

Les dirigeants des entreprises de propreté ont pour beaucoup pris conscience de ces difficultés. Certains refusent de diminuer les prix aux appels d'offre, avec le risque avéré de perdre un client, d'autres entreprises proposant des prix « bradés » et prenant le marché. À chaque changement de prestataire, les salariés repris sont soumis à un tour de vis supplémentaire.

Cette spirale ne peut durer, car le point de rupture est proche, sinon souvent dépassé. Déjà de nombreux contrats sont prématurément rompus, par une impossibilité de satisfaire le client, et l'ancienne entreprise reprend le marché.

Par sa constante présence aux CHSCT, ses alertes orales et écrites expliquant les conséquences sur les salariés de ces conditions de travail trop dures par le rythme demandé, le médecin du travail, chiffres à l'appui démontre l'impossibilité de poursuivre cette politique du moins disant.

Mais la prise de conscience, malheureusement, est encore trop rare et timide là où elle existe pour porter ses fruits au niveau de la profession.

UN ÉTAT MAGICIEN

COMMENT RENDRE INVISIBLES

LES RISQUES CHIMIQUES AU TRAVAIL ?

Alain CARRÉ, médecin du travail

Avez-vous assisté à la démolition brutale d'un immeuble par une grue munie d'une énorme boule de fonte ? C'est exactement le sort que l'État et sa haute administration ont fait subir à la visibilité des risques chimiques au travail, par la force destructrice de deux décrets et d'un arrêté, le 30 janvier 2012. En abrogeant plusieurs articles du code du travail qui assuraient une visibilité de l'exposition des travailleurs aux risques des agents chimiques dangereux (ACD) et des cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR), ou en les remplaçant par des simulacres, ces nouvelles dispositions sapent la possibilité de tracer, dans l'entreprise et pour chaque travailleur, l'exposition et les effets de ces risques.

Revenons dans le détail :

La traçabilité des agents chimiques dangereux était issue d'un décret de 2003, pris sous le double aiguillon d'une directive européenne et surtout celui d'une décision du Conseil d'État dans laquelle l'État était épinglé pour son rôle négatif dans la catastrophe sanitaire de l'amiante (panique à bord !). Un rapport d'un conseiller d'État avait pointé, en 2007, les réticences des employeurs à appliquer ce décret.

Ce texte mettait en place une visibilité de ces risques à partir de quatre documents exigés de l'employeur. *Une notice de poste* décrivait, pour chaque agent chimique, les risques et les moyens de s'en protéger. Elle était remise à chaque travailleur et au comité d'hygiène de sécurité ou des conditions de travail (CHSCT), institution représentative du personnel, ou aux délégués du personnel (DP), qui s'y substituent quand le CHSCT n'existe pas. *La liste des travailleurs exposés à chaque ACD ou CMR par poste* était remise au CHSCT ou aux DP. Le croisement de ces deux éléments suffisait à prouver l'exposition personnelle de chaque travailleur et lui permettait, en cas d'effets sur sa santé, d'accéder à son droit à réparation. De plus, l'employeur devait remettre régulièrement, à chaque travailleur exposé à un agent chimique, une *fiche d'exposition* nominale propre à cet agent chimique et lors de son départ de l'entreprise une *attestation récapitulative des expositions aux ACD et CMR*.

Que reste-t-il de tout cela ? Seule survit (pour combien de temps ?) la notice de poste. La liste des travailleurs exposés par poste a été supprimée. La fiche d'exposition aux ACD et

CMR a été « remplacée » par une fiche dérisoire dite « de prévention des expositions » (ex. fiche des conditions de pénibilité) qui ne considère que la globalité du risque et ne le détaille plus et le noie parmi d'autres risques de « pénibilité ». Bien que l'article du Code du travail qui l'instituait ait été abrogé, l'attestation d'exposition doit encore être délivrée pour les expositions antérieures au 30 janvier 2012 et pour les cancérogènes, uniquement du fait d'une disposition du Code de la sécurité sociale. Personne n'en parle. C'est gagné ! Comme le fait un bonneteau, tout l'art consiste en l'escamotage : la main est plus rapide que l'œil. Circulez ! Il n'y a plus rien à voir.

Ce sabotage est révélateur de deux stratégies des employeurs aussi vieilles que l'industrie, c'est-à-dire âgées de plus de deux siècles : rendre le risque invisible et circonvenir l'État, sa haute administration et l'expertise scientifique. Le résultat attendu est à la fois juridique et économique. Rendre le risque visible c'est être obligé de le prévenir en application des principes réglementaires de prévention. Reconnaître qu'on expose un travailleur à un risque c'est, en cas d'effet de ce risque sur sa santé, lui ouvrir des droits à réparation du préjudice et reconnaître l'échec de l'obligation de sécurité de résultat. Pour un employeur, prévenir et réparer constituent une charge économique. Dès que le risque est visible dans l'entreprise et pour les personnes, ne pas prévenir et atteindre à la santé des travailleurs engage la responsabilité civile et pénale de l'employeur.

L'enjeu est colossal et on comprend qu'un des objectifs de la présente mandature, dévouée aux intérêts particuliers des employeurs et sans souci de l'intérêt général et des Lois de la République, ait été de détruire, d'une part les éléments de la prévention des risques pour la santé (dont la médecine du travail) et d'autre part, d'affaiblir l'assurance sociale et ses mécanismes de compensation des préjudices à la santé des travailleurs.

Quand appliquera-t-on enfin le 11^{ème} alinéa à la Constitution qui assure à tous une protection de la santé, y compris de la santé au travail ? Quand les travailleurs auront-ils le droit de ne pas perdre leur vie à la gagner ?

LES IMPASSES

DE LA TRAÇABILITÉ DES EXPOSITIONS

PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Florence Jégou, médecin du travail

Dans le métier de médecin du travail, la question des traces des risques professionnels et de leurs conséquences possibles sur la santé est un point important : non seulement du côté de la veille sur l'émergence de nouvelles pathologies professionnelles mais aussi du côté de la réparation, du côté du droit. Il faudrait donc que les médecins du travail soient capables de noter et de pouvoir retrouver les risques professionnels des salariés dans les dossiers médicaux de manière à pouvoir répondre à ces questions. À ce jour, les dossiers médicaux ne sont pas suffisamment documentés(1) et il est souvent difficile de tracer les expositions des salariés. Dans l'activité des médecins du travail, il est encore difficile de dénombrer et noter tous les risques de chaque salarié. Même avec des connaissances de santé au travail, même avec une veille bien menée, même avec des connaissances de toxicologie médicale, même avec des dossiers où le travail est décrit, la question reste posée de savoir si les médecins du travail pourront éviter à l'avenir de constater leur impuissance à ce recensement : quelles sont les impasses de leur propre travail à la traçabilité des expositions ?

IMPASSES DE LA CONNAISSANCE

Mes connaissances en toxicologie médicale et mon expérience au centre antipoison m'ont appris à évaluer les risques d'intoxication, et à rechercher dans la bibliographie médicale ce qui peut permettre de documenter et d'argumenter au sujet d'une intoxication. Il s'agissait d'identifier le ou les toxiques en cause, le mode d'exposition, les quantités utilisées, les circonstances de la survenue de l'exposition et,

.....

1- http://www.sante-et-travail.fr/la-grande-pagaille-des-dossiers-medicaux_fr_art_1105_55529.html

éventuellement les symptômes éventuels. Avec l'aide de la connaissance scientifique d'actualité, il était possible de mettre en lien une exposition avec les symptômes, et de conseiller des traitements. Grâce à la démarche scientifique de cette activité, j'ai espéré pouvoir utiliser la même méthodologie en médecine du travail, qu'il y ait ou non des symptômes des expositions à des risques professionnels. Cela a été loin d'être facile par déficit de connaissances : connaissances scientifiques des risques et de leurs conséquences possibles sur la santé, d'une part, et connaissances du travail d'autre part.

IMPASSE DE LA CONNAISSANCE DES RISQUES

Ce qu'on ne sait pas (encore ?)

Les progrès scientifiques avancent du côté médical avec l'avancée des procédés de production, par exemple dans l'utilisation des nanoparticules. Tout n'est pas encore connu du côté des risques pour la santé. De même, les produits cosmétiques dont la composition change souvent peuvent comporter des risques qui ne sont pas soumis aux mêmes contraintes que l'industrie chimique. Or, de nombreux salariés en utilisent dans leur activité, comment alors faire progresser la connaissance des risques quand on ne connaît pas la composition ?

Par ailleurs, il y a des produits actuellement utilisés, ou d'autres risques potentiels pour lesquels la toxicité aigüe est encore difficile à mettre en évidence – ou fait encore débat : l'effet des rayonnements électromagnétiques des antennes de téléphonie mobile, les téléphones mobiles eux-mêmes et leur utilisation dans des véhicules. Quant à la toxicité chronique, dans des usages répétés, ou occasionnels, les répon-

ses sont encore floues sur ces questions mais aussi sur certains produits chimiques comme certains phytosanitaires encore autorisés. Donc, sur un certain nombre de risques, les connaissances scientifiques balbutient et il est difficile d'être formel dans des débats qui dépassent parfois même la communauté scientifique ou médicale. Alors, il est paraît impossible de tracer des risques pour lesquels, la notion même de risque est incertaine.

Ce qu'on a du mal à savoir

Dans certaines activités, le médecin du travail peut se poser la question de la connaissance plus précise de risques qu'il a pu suspecter dans son activité : par exemple pour l'exposition à des poussières végétales des céréaliers (avant la mise en silo, les céréales peuvent être stockées à même le sol dans des hangars) : la littérature médicale n'est pas formelle sur le risque de survenue de broncho-pneumopathie chronique.

Dans d'autres activités, il est difficile d'identifier le risque auquel sont exposés les salariés : dans une usine de plasturgie, l'atmosphère est opalescente, elle est odorante, mais les prélèvements d'atmosphère du styrène et des matières de dégradation thermique des matières plastiques sont toujours en dessous des seuils « tolérés », voire quasi nuls, il est difficile de penser que les salariés ne sont exposés à aucun risque mais alors, comment déterminer ce risque, pour le nommer d'abord et le surveiller ensuite ?

Enfin, pour des raisons diverses, les connaissances scientifiques concernant les produits cancérogènes ne sont pas toujours claires ou biaisées par exemple pour la silice. Non seulement ces connaissances évoluent tout le temps, mais il pourrait y avoir parfois des conflits d'intérêts qui empêcheraient le développement ou la diffusion des connaissances. Comment le médecin du travail devrait-il travailler en pensant cela ?

Ce qui est difficile à évaluer

Dans les activités de plein air, l'évaluation de l'exposition à des produits dépend de leur forme chimique (liquide, fumée,...) mais également des conditions météorologiques générales mais aussi des conditions locales du travail (notion de turbulences). L'exposition à des fumées (soudage, enrobés,...) n'est pas simple à déterminer. Mais la question peut se poser sur la ventilation des bureaux, sur la pose de cuivre de couverture ou de bardage (les oxydes du cuivre sont-ils un danger ?), les préparations pharmaceutiques magistrales, les différentes activités de maintenance et de ménage des chantiers et des ateliers, par exemple.

La question des poussières de bois n'est pas encore si facile à traiter : on sait que l'exposition à des poussières de bois pendant une activité professionnelle d'au moins vingt ans peut provoquer des cancers éthmoïdaux. Mais comment quantifier le risque pour ceux qui travaillent en charpente ? Comment quantifier ce risque pour ceux qui ont travaillé le bois moins de vingt ans ? Aujourd'hui, toutes les essences de bois sont sur le même plan mais faut-il tracer les essences pour faire face ensuite à des progrès de la connaissance ? Et qu'en est-il des produits de traitement des bois ?

CONNAISSANCE DU TRAVAIL

Ce qui est imprévisible

Il s'agit là des risques pour lesquels la connaissance du travail nécessite des ajustements qui se font souvent après l'accident, après l'incident, et parfois au hasard d'un tiers temps. J'ai été questionnée par une équipe de cordistes qui construisaient un toit à une station d'épuration à l'autre bout de la France, suspendus à des cordages. Ils m'ont signalés la nuisance des odeurs (!) et deux salariés avaient eu des symptômes digestifs de type vomissements, sans trouble neurologique, sans céphalée. Ils m'ont questionné sur le risque biologique (gouttelettes potentielles ? aérienne ?). Non seulement, la question du tiers-temps posait des questions d'organisation (traités ensuite) mais cela posait également le problème de l'évaluation. Les cordistes effectuent tous types de travaux en hauteur, il peut être réellement difficile d'évaluer les risques des chantiers auxquels ils sont exposés de manière très variée.

Ce qu'on ne sait pas du tout

Il y a des expositions pour lesquelles on ignore le risque sur la santé ; par exemple dans les expositions accidentelles : quand une sage femme a reçu du liquide amniotique sur les pieds, quand une aide à domicile est en contact avec des urines ou des selles, quand un salarié de maintenance entre dans une zone de traçage au laser avec des sécurités qui coupent « normalement » le fonctionnement des lasers.

Les Fiches de Données de Sécurité (FDS)

Les FDS pourraient nous aider à tracer les risques professionnels. Mais elles ne sont pas toujours disponibles, ni transmises au médecin du travail. Même quand elles le sont, elles sont souvent incomplètes, vétustes. D'autres fois, les produits utilisés n'ont même pas de FDS (cosmétiques, produits ménagers).

Les procédés d'utilisation

Les procédés de production évoluent souvent. Il est difficile de connaître toutes les quantités utilisées, les équipements de protection collective ou individuelle portés – ou non, les produits chimiques en mésusage, les pratiques inventées par les salariés, ou pire encore celles demandées par les employeurs, plus ou moins secrètement pour des travaux réalisées en dehors de la réglementation normale du travail (retrait d'amiante hors normes par exemple).

IMPASSES DE MÉTIER

IMPASSES DES CONSULTATIONS

Les consultations ne permettent pas d'être exhaustif en matière de risques professionnels, ni même d'expositions. Le motif des consultations en détermine en premier l'objet. Selon si cette consultation a lieu lors de l'embauche ou lors d'une reprise, ou encore une pré-reprise, son déroulement sera tout à fait différent. Dans ces consultations, l'activité du médecin du travail peut être centrée sur des questions de maintien dans l'emploi, de souffrance au travail, et dans cette activité, la traçabilité des expositions n'est pas le sujet

abordé (soit il ne l'est pas du tout, soit il l'est de manière plus partielle encore). Le temps des consultations est limité, même si le médecin du travail tente d'élucider la question du travail, de l'activité, des conditions de travail, il est difficile d'être exhaustif sur l'ensemble des expositions, leur durée, leur gravité, leur fréquence. Cette difficulté est encore aggravée par la fréquence des consultations périodiques parfois ramenée à deux voire trois ans à cause des contraintes juridiques des consultations de reprise, ou d'embauche qui deviennent prioritaires, et dont l'objet est en soi le motif de la consultation.

La difficulté est encore plus grande encore quand le dossier est insuffisamment documenté, quand le curriculum laboris n'est pas du tout renseigné, quand les salariés vus en embauche viennent d'un autre service (autre département, MSA,...), quand le nomadisme de l'emploi rend compliqué l'énumération de l'ensemble de l'expérience professionnelle (un mois en horticulture, il y a dix ans : comment connaître les produits utilisés ?).

Quand bien même, le médecin du travail voudrait surmonter ces obstacles, il reste encore des incertitudes à cause de l'écart entre ce que les salariés racontent de leur activité antérieure ou actuelle et ce qu'ils font réellement, tout comme il y en a un entre ce qu'ils disent faire, ce qu'ils devraient faire, ce qu'ils pensent qu'il ne faut surtout pas répéter de ce qu'ils font. Et encore ensuite, il reste des incertitudes sur les produits utilisés parce que l'étiquetage des produits est parfois compliqué à déchiffrer (langue anglaise, allemande, noms des produits impossibles à retenir, ou à prononcer...) ou bien ils l'ignorent en dehors de la fonction du produit (« du solvant »), et enfin parce que ce qu'ils utilisent sont parfois, ils les savent interdits d'utilisation (trichloréthylène par exemple).

La description du travail par les salariés a un grand intérêt pour le médecin du travail, mais cela nécessite qu'ils le pensent mais aussi qu'ils puissent le dire en mots. La diversité des situations de travail est compliquée à expliquer, alors si les salariés doivent en plus nous donner les informations pour un an ou deux d'activité de travail, cela devient très fastidieux et... long, notamment pour les salariés du bâtiment, par exemple. C'est l'une des raisons pour lesquelles, les salariés peuvent avoir en consultation des réactions de résistance aux questions du médecin du travail qui s'appliqueraient à tracer les expositions.

Cela peut devenir enfin très compliqué quand le médecin du travail doit poser les « bonnes questions » pour aider le salarié à penser le travail réel, ce qui peut-être assez difficile, même aidé par l'activité de tiers-temps. Et tout cela en comptant sur le fait de partager le même langage : si ces consultations peuvent être compliquées en français, il arrive dans certains cas que des salariés parlent plutôt le turc, l'arabe ou le portugais, les obstacles sont alors encore plus importants !

IMPASSES DU TIERS TEMPS

Le tiers temps ne permet pas d'être exhaustif sur le travail réel : le nombre d'entreprises à connaître, la dispersion géo-

graphique des postes de travail, l'évolution des postes, la diversité des situations de travail sont autant d'obstacles à connaître les expositions réelles des salariés.

Il y a de plus des situations de travail qui ne sont jamais explorées par le tiers temps, les études de postes, les visites d'entreprises, ce sont par exemple :

- Les expositions accidentelles : un sachet de graines traitées s'éventre sur le sol de la Poste. Qui ramasse avec quoi ? Ont-ils les masques recommandés pour les préparateurs de ces sachets ? Le « technico-commercial » en produit phytosanitaires va dans les champs traités ; alors qu'on penserait risque routier/public/téléphone, comment tracer son exposition aux produits phytosanitaire ?
- Les expositions méconnues : par exemple en lien avec la co-activité sur les chantiers.
- Les expositions exceptionnelles : remplacement occasionnel de collègues pour de courtes durées.
- Les expositions inavouables : désamiantage en cachette et/ou dans de mauvaises conditions ou dans des conditions approximativement correctes.
- Les expositions « invisibles » : violences (public ou hiérarchie), risque biologique.

IMPASSES LIÉES AUX CONDITIONS D'EXERCICE

Les conditions de travail du médecin du travail et le système légal dans lequel il exerce contraignent son activité réelle. Cela gêne la traçabilité des expositions professionnelles, il s'agit des éléments suivants :

- Les dossiers médicaux sont dispersés et restent généralement dans les services dans lesquels ils ont été émis. De plus, dans ce cas, les salariés connaissent rarement le nom du service et encore moins souvent le nom du médecin du travail. Les fiches de transmissions ne renseignent généralement pas sur les expositions passées.
- La traçabilité des expositions de manière microscopique demanderait un temps beaucoup plus important que celui déjà consacré aux consultations et au tiers temps : la question reste posée des moyens donnés pour une traçabilité réelle.
- Les salariés surveillés par un médecin du travail peuvent avoir des activités partout en France. Cela pose évidemment des problèmes du côté de l'organisation des observations du travail réel quand il a lieu à des centaines de kilomètres du lieu d'exercice du médecin.
- Quand un salarié a un cancer, le médecin du travail n'est pas souvent au courant, ni même d'ailleurs que le salarié est en arrêt de travail. Comment alors faire pour la veille sanitaire quand le médecin du travail a essayé de tracer les expositions, et qu'il n'est même pas au courant d'un aléa de santé ? Quels moyens sont donnés au médecin du travail pour la recherche bibliographique pour le lien santé-travail et pour l'épidémiologie en milieu de travail ?
- En imaginant que le médecin du travail réussisse à tracer les expositions de manière minutieuse, comment seront traitées ces informations ? Comment seront-elles stockées ?

IMPASSES ÉTHIQUES ?

Non contente d'avouer mon questionnement sur la possibilité de tracer les expositions, j'ai également l'impertinence de poser la question de savoir s'il faut participer à la traçabilité – ou non. L'idée de remettre en question ce qui est demandé, dans le champ de l'éthique, consiste à éviter de participer à un travail qui ne serait pas celui d'un médecin du travail : est-ce que dans sa mission d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait du travail », le médecin du travail ne serait pas seulement dévié de cette mission en cherchant à noter tout ce à quoi sont exposés les salariés qu'il surveille ? Pendant qu'il note scrupuleusement tous les risques, qu'il explore les expositions, le médecin du travail, trop occupé à cette recherche vaste et minutieuse ne pourrait-il pas en laisser de côté la prévention primaire, l'amélioration des conditions de travail ? Est-ce que cela ne pourrait pas servir à certains employeurs mal intentionnés à occuper le médecin du travail à des tâches complexes pour en neutraliser l'activité de prévention ?

L'idée même de noter toutes les expositions de tous les salariés en les mettant à jour régulièrement ne serait-elle pas seulement un idéal perfectionniste, facilement rangé du côté du fantasme de la maîtrise totale de la connaissance ? Ce fantasme du monde du travail est également renforcé par celui de la communauté scientifique qui compte parfois sur les médecins du travail pour être les « experts de terrain ». Dans le monde du travail – et notamment l'industrie – actuellement, cette idée d'une traçabilité totale (tout comme la « qualité totale ») serait vraiment « professionnelle », pourrait rendre palpable ou concrète (voire « utile » !) l'activité du médecin du travail – évaluable, même peut-être. Est-ce que cela ne serait pas seulement s'approprier ce que d'autres acteurs pensent de ce que devrait être le métier de médecin du travail ? Le glissement vers une évaluation des risques par le médecin du travail d'une part, et vers l'évaluation individuelle des médecins du travail d'autre part, pointe son nez. C'est la raison de mon questionnement éthique.

Enfin, en imaginant qu'un médecin du travail parvienne à faire la traçabilité des expositions pour les salariés qu'il surveille, ne risque-t-il pas d'avoir laissé de côté d'autres questions qui préoccupaient les salariés ?

Et si remettre en question la traçabilité par les médecins du travail n'était qu'une stratégie défensive devant les impasses à la mettre en œuvre ?

FAIRE UNE CERTAINE TRAÇABILITÉ QUAND MÊME

Malgré ces arguments, il paraît difficile d'imaginer que les médecins du travail ne fassent aucune traçabilité des expositions. Non seulement les médecins du travail ont aujourd'hui une vue imprenable sur la situation des salariés grâce à la clinique et les observations de terrain, mais ils sont aujourd'hui les témoins scientifiques de la santé des salariés et ils ont une connaissance de leur travail. S'ils ne font pas cette traçabilité, qui le ferait ? Comment fera-t-on dans

vingt-cinq ans pour la caractérisation – et la reconnaissance – en maladie professionnelle de cancers ?

Même imparfaite, une certaine traçabilité paraît importante, posée non comme un idéal, mais dans la perspective de réparation due aux salariés. Comment faire alors ? De quels moyens dispose-t-on aujourd'hui pour ne pas laisser les dossiers médicaux sans information ?

Le curriculum laboris : compléter et tenir à jour dans le dossier la liste des emplois occupés, le nom de l'entreprise et le temps pendant lequel le salarié a été dans chaque emploi. Si la première liste est compliquée à établir, la mettre à jour reste un travail raisonnable.

Le métier, le poste, les activités : questionner un salarié sur son activité est le quotidien d'un médecin du travail. Il s'agit de détailler les activités de ce métier dans cette entreprise-là. Cela permet souvent d'approcher les risques de manière de plus en plus précise et de les consigner dans les dossiers médicaux. Même si cette approche n'est pas possible dans certains types de consultation, garder cet objectif n'est pas seulement un outil clinique mais également un outil de traçabilité des expositions.

Les matrices emploi-exposition comme celle de SUMEX (disponible en ligne) permettent de trouver les risques associés à des emplois en fonction de leur codification. Cela aide à préciser les risques quand les consultations ne sont pas suffisamment précises ou que le tiers temps n'a pas pu être suffisamment informatif. Cela complète les informations données par les salariés et les confirme par des connaissances scientifiques.

La biométrie et les mesures d'atmosphère peuvent être consignées dans les dossiers médicaux quand elles sont disponibles, tout comme les fiches d'entreprises faisant mention des risques peuvent parfois être insérées dans les dossiers médicaux.

EN CONCLUSION

La traçabilité des expositions par le médecin du travail est une tâche complexe qui rencontre toutes sortes d'obstacles. Les dossiers médicaux aujourd'hui sont insuffisamment documentés, cette réflexion sur cette activité n'est pas un encouragement à ne rien faire mais plutôt, une fois fait le constat des impasses à ce travail, le début d'un débat entre médecins pour contourner ensemble ces obstacles. En mettant des outils en commun, nous espérons demain trouver des dossiers médicaux utiles aux salariés.

LA CONTRIBUTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL À L'IDENTIFICATION DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES QUELLE TRAÇABILITÉ LIÉE À LA RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN DU TRAVAIL ?

32^e Congrès de l'association SMT des 10 et 11 décembre 2011

Benoît DELABRUSSE, Florence JÉGOU, Dominique HUEZ, Alain CARRÉ rapporteurs

Le débat a été volontairement circonscrit à la traçabilité des risques environnementaux. La traçabilité des risques psychosociaux ne sera pas abordée car les méthodes de traçage sont plus difficiles à réaliser que pour les risques environnementaux.

Il fait référence à deux textes préparatoires :

- *Les impasses de la traçabilité des expositions par le médecin du travail* par Florence JÉGOU, déc. 2011, voir ci-dessus
- *Prévention et maîtrise du risque produit chimiques en situation de travail* par Alain CARRÉ, 2007, en fin d'article

Différencier la traçabilité collective des risques professionnels de la traçabilité des expositions individuelles à ces risques. La traçabilité des expositions est un vieux concept. La CFDT Chimie a déjà édité un « carnet d'exposition » en 1970.

LA TRAÇABILITÉ, POURQUOI ?

La traçabilité sert-elle à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (art. L.4622-2 du Code du travail) ou est-elle un outil au service des droits des salariés à réparation ?

OUTIL DE PRÉVENTION PRIMAIRE ?

Dans le dispositif réglementaire actuel la traçabilité des expositions, pourrait être un outil de prévention dans la mesure où elle oblige l'employeur à mettre noir sur blanc les expositions des salariés. D'une part l'objectivation s'oppose à la négation, d'autre part elle oblige à communiquer sur ces facteurs et d'exposer les éventuels risques. De plus il y a toujours un volet prévention aux attestations énoncées.

Donc la traçabilité, dans la législation actuelle, si elle est correctement réalisée, pourrait être un outil intéressant d'appréhension, par les acteurs de l'entreprise, des risques, et de

leur connaissance et de leur maîtrise, et donc des expositions des salariés. On pourrait donc considérer que l'application de cette législation constitue un outil de prévention primaire.

C'EST UN OUTIL UTILE À LA PRÉVENTION TERTIAIRE

En l'absence de signes cliniques d'appel pour des expositions à effets différés à long terme, la traçabilité des expositions devrait permettre une surveillance médicale en vue du dépistage précoce de maladies professionnelles indemnifiables ou non. C'est le rôle programmé des « attestations d'exposition » aux cancérrogènes qui doivent être réalisées par l'employeur et le médecin du travail et devraient permettre aux salariés de bénéficier d'une surveillance post exposition ou post professionnelle prise en charge par un fond spécial de la sécurité sociale. Or cette démarche est très peu opérationnelle.

OUTIL DE RÉPARATION ?

C'est un outil qui peut être utile à la réparation des pathologies professionnelle en apportant quelques preuves à l'exposition passée, (ex. cancers professionnels), bien qu'il existe d'autres outils tels que les matrices emploi/exposition. La traçabilité outil de réparation ? Depuis le 1^{er} janvier 2012, la traçabilité peut être utilisée dans le dispositif de deux ans de « préretraite » pour exposition à des facteurs de pénibilité.

LA TRAÇABILITÉ PAR QUI ?

PAR L'EMPLOYEUR

La législation confie à l'employeur la traçabilité des expositions qu'il génère. Il a l'obligation depuis le début des années 2000 de créer, des listes de salariés exposés, des fiches individuelles d'exposition, des attestations d'exposition aux agents chimiques dangereux et aux CMR. La nouvelle réglementation (30 janvier 2012) étend l'obligation

aux facteurs de pénibilité Le mode de pensée de l'employeur privilégiera l'objectivation, les chiffres. D'où l'intérêt des mesures mais avec le danger du résultat faussement négatif.

Le DU.EvRP (document unique d'évaluation des risques professionnels) est un outil de traçabilité des facteurs de risques collectifs, mais pas des expositions individuelles. Il est la première phase nécessaire de l'identification des risques qui devra ensuite donner naissance à une évaluation des conditions réelles d'exposition de chacun des salariés à ces risques pour les prévenir.

Mais il y a défaillance du dispositif officiel puisque par exemple seulement 12% des entreprises en PACA (en 2010) auraient réalisé leurs fiches individuelles d'exposition. Aussi est-il heureux que la traçabilité des expositions ne soit pas confiée uniquement aux employeurs.

C'EST UN OUTIL UTILE POUR LES SALARIÉS ?

Les salariés et leurs représentants (DP, CHS-CT) ont un « droit de regard et de rectification » sur les documents de traçabilité. La motivation des salariés n'était pas toujours importante à réclamer l'attestation d'exposition dans la mesure où le risque de pathologie était hypothétique et éloigné dans le temps. La nouvelle législation sur les facteurs de pénibilité aura peut-être plus d'incidence dans la mesure où le bénéfice de cette traçabilité sera plus concret : deux ans de « préretraite ».

LA TRAÇABILITÉ PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

La traçabilité des expositions par l'employeur n'est pas de même nature que celle faite par le médecin du travail : L'employeur a une responsabilité de faire. Le médecin du travail a un droit à être informé par l'employeur sur les risques et un devoir d'informer le salarié sur sa propre identification des risques et sur l'ensemble des effets potentiels. La traçabilité, faite, par le médecin du travail, apporte un autre point de vue ; celui recueilli lors du colloque singulier, et observé *in situ* lors du tiers temps. Le médecin du travail apporte un regard indépendant, celui du travail réel. Lors de ce colloque singulier, le salarié peut évoquer ou rendre compte, avec sa subjectivité, de ses expositions actuelles ou passées. Le « savoir » et l'expérience professionnelle du médecin du travail, permettront souvent d'identifier ces expositions.

Le médecin du travail est le seul responsable de la traçabilité inscrite dans le dossier médical. Il y conserve les FIE. Il exerce sa responsabilité, comme l'employeur, chacun dans leur rôle réglementaire, dans la rédaction des Attestations d'exposition ; en cas de désaccord, chacun peut attester de son côté.

Mais ne doit-il pas privilégier, la traçabilité dans une optique collective ? Alors, notamment son rapport médical annuel et sa la Fiche d'entreprise, sont des vecteurs réglementaires importants ?

Ce dernier document gardera t'il sa pertinence dans le cadre du nouveau décret puisque désormais la fiche d'entreprise pourra être réalisées non plus par le seul médecin du travail jouissant d'une indépendance professionnelle, mais par

l'« équipe pluridisciplinaire » dont les membres sont dans une position de subordination hiérarchique à leur direction employeur.

UN COMPLÉMENT UTILE PAR DES ORGANISMES PUBLICS TELS LES CPAM OU LES CARSAT ?

Mais cela supposerait que soit rendue effective l'obligation de déclaration des produits dangereux par les entreprises auprès de la sécurité sociale. Mais actuellement ceci n'est pas réalisé généralement par les entreprises, et n'est pas exploité par la Sécurité Sociale. Il n'y a pas non plus d'utilisation de ces données pour instruire les dossiers de maladies professionnelles.

LA TRAÇABILITÉ, COMMENT ?

Rappelons le **dispositif légal**, après les décrets et l'arrêté du 30 janvier 2012 sur le risque chimique et la loi et les décrets de réforme de la médecine du travail :

POUR L'EMPLOYEUR

- Traçabilité collective :
 - ◆ Le document unique d'évaluation des risques professionnels (tous les risques par poste).
 - ◆ Notice de poste (R.4412-39) pour les risques chimiques.
- Traçabilité individuelle :
 - ◆ Les fiches individuelles d'exposition (FIE) aux Agents Chimiques Dangereux (ACD) et aux CMR, désormais sont fondues, sauf pour l'amiante (R.4412-110), dans les « *Fiches de prévention des expositions* » qui nomment tous les risques dits « de pénibilité » sans les détailler (les rayonnements ionisants en sont exclus).
 - ◆ Les attestations d'exposition (A.Exp), dont il n'est plus responsable pour les ACD, les mutagènes et reprotoxiques, selon les décrets du 30 janvier 2012 (abrogation de l'art. R.4412-58), mais qu'il doit toujours délivrer, pour les agents ou procédés cancérogènes de catégorie 1 et 2, dans le cadre de l'art. D.461-25 du Code de la sécurité sociale.
 - ◆ Les Fiches individuelles de « *prévention des facteurs de pénibilité* » en œuvre depuis le décret du 30 janvier 2012.

POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

- Traçabilité collective :
 - ◆ Fiche d'entreprise et rapport annuel.
 - ◆ Autrefois : devoir de traçabilité, par alerte motivée et circonstanciée (L.4624-3).
- Traçabilité individuelle :
 - ◆ Traçabilité des expositions auxquelles le salarié a été soumis, identifiées et conservées inscrites dans le dossier médical (qui est en outre le réceptacle de la « *Fiche de prévention des expositions* »).
 - ◆ Lors de l'embauche (R.4624-11) information du « *salarié sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire* » et lors des visites périodiques (R.4624-16) information du salarié « *sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire* ».

- ♦ Volet médical de l'attestation d'exposition (ou certificat médical en cas de désaccord avec l'employeur) pour les agents ou procédés cancérigènes de catégorie 1 et 2, dans le cadre de l'art. D.461-25 du Code de la sécurité sociale.

TRAÇABILITÉ COLLECTIVE OU TRAÇABILITÉ INDIVIDUELLE ?

Quelle traçabilité privilégier ? La traçabilité des risques de type collective, par poste de travail telle qu'elle apparaît dans le DU.EvRP ou la traçabilité individuelle des FIE et des attestations d'expositions et même des nouvelles « fiche de prévention de la pénibilité ».

La traçabilité individuelle résulte-t-elle obligatoirement de la traçabilité collective ? Est-elle possible en l'absence de réalisation de l'évaluation des risques par l'employeur ? (carence ou mauvaise qualité du DU.EvRP).

Si les FIE peuvent être conservées *ad vitam aeternam* par les salariés, qu'en est-il du DU.EvRP ? Aucune durée de conservation n'est prévue. Quand il est mis à jour suite à la disparition d'un risque, la mémoire de risque disparaît.

Le médecin du travail ne risque-t-il pas de s'épuiser à vouloir réaliser la traçabilité individuelle de tous les salariés qu'il a en charge ? Ne risque-t-il pas le *burn out* ? N'est-il pas plus pertinent de se concentrer sur une traçabilité collective et de n'envisager la traçabilité individuelle que pour les risques à effet différé ? Mais pour ce dernier point, ne faut-il pas inventer des façons de faire qui passent par une évaluation collective, ou qui s'adosent mieux aux connaissances scientifiques déjà acquises ?

La nouvelle mission de traçabilité des expositions dans le dossier médical, qui est confiée au médecin du travail par la loi du 20 juillet 2010, ne risque-t-elle pas de se faire au détriment de la clinique médicale ?

Les médecins du travail auront-ils les moyens en temps et en sources d'informations pour répondre à cette nouvelle obligation ? Ne risquent-ils pas de se contenter, faute de temps suffisant, des informations formatées fournies par les employeurs ? Le traçage individuel ne risque-t-il pas d'empêcher le traçage collectif ?

EXEMPLE

Dans le laboratoire d'un CHU, sont utilisés plus de 400 produits chimiques. Le médecin du travail est dans l'impossibilité d'analyser les 400 FDS et évaluer le risque d'exposition de chacun des salariés. Par contre il peut utiliser une Matrice Emploi Exposition réalisée au CHU de Bordeaux.

QUELS MOYENS POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL ?

- La nature de l'exposition est plus importante que sa quantification.
 - ♦ Ex. la VLEP des fibres d'amiantes n'a cessé de diminuer depuis 30 ans.
 - ♦ Attention aux mesures atmosphériques de type VME, par exemple, dans les pressings, les mesures de perchloréthylène sont souvent en dessous de la

norme VME, mais des analyses plus fines par phase de travail montrent des pics d'exposition.

- Instruire la réalité des expositions : Intérêt des IBE Indices Biologiques d'Exposition seulement si les valeurs retrouvées sont au-dessus du seuil d'analyse du laboratoire, et s'ils sont couplés à la clinique médicale du travail.

DE LA DIFFICULTÉ POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS SUR LES EXPOSITIONS DES SALARIÉS

- Certains médecins refusent de délivrer une attestation de « visite médicale » en l'absence de la fiche individuelle d'exposition.
- Certains médecins du travail tracent depuis des années les expositions sur la fiche des « suivi médical » dite fiche d'aptitude

COMMENT ORGANISER LA COLLECTE ET LA CONSERVATION DES INFORMATIONS D'EXPOSITION ?

Au-delà des documents sur support papier, réalisés par une personne en responsabilité réglementaire (employeur, médecin du travail, etc.) et à destination d'un salarié exposé (fiche individuelle ou attestation d'exposition) se pose l'intérêt d'une collecte des informations dans une optique collective.

- Comment normaliser les expositions ? Rôle d'organisme tel la Haute Autorité de Santé (HAS) ?
- Comment trier, organiser, ces informations en vue de leur exploitation, diffusion ? Là interviennent les systèmes experts tel les bases de données comme :
 - ♦ SUMEX
 - ♦ Les Matrices emploi exposition spécifiques

QUEL SUPPORT DE MÉMOIRE DE CES EXPOSITIONS ?

L'informatisation des données est-elle un outil fiable de conservation des données ? L'outil informatique nécessite de « normaliser » les données, d'avoir un langage commun partagé. Mais l'informatique est-elle un outil pérenne ? Quels supports, quels logiciels informatiques, seront-ils encore utilisables, lisibles, dans vingt ans ? Le support papier reste encore à ce jour le plus fiable.

LE DOSSIER MÉDICAL INFORMATISÉ EN MÉDECINE DU TRAVAIL EST-CE UN OUTIL PERTINENT ?

La plupart des médecins du travail disposent aujourd'hui de l'outil « dossier médical informatisé ». Est-ce un outil pertinent ? Les logiciels de médecine du travail ont été conçus à la base comme outil de gestion des convocations et de réalisation du rapport médical annuel dans sa partie chiffrage des actes. Ils laissent peu de place à l'exploitation des données sur le poste de travail. Quand cela est, les descripteurs des expositions utilisent principalement la liste des

SMR largement obsolète et incomplète.

La conception et l'adaptation de ces logiciels échappe en bonne partie aux médecins du travail utilisateurs. Il existe des projets de normalisation (utilisation de thésaurus pour les expositions, les métiers/postes de travail) qui risquent de s'imposer aux médecins. Dans certains services, la « démarche de progrès » tente un formatage de la saisie des données, sans prise en compte des responsabilités et obligations des médecins du travail..

Il y a là une contradiction entre la nécessaire normalisation pour l'exploitation collective des données et la toute aussi nécessaire marge de manœuvre des médecins du travail qui traitent de l'individu.

INSTRUIRE LES EXPOSITIONS D'HIER

Est-ce possible pour le médecin du travail ?

*EST-IL LÉGITIME DE FAIRE UNE ATTESTATION
D'EXPOSITION SANS AVOIR TOUTES LES DONNÉES D'EXPOSITION ?*

Comment faire la traçabilité (ex. attestation d'exposition à l'amiante) à partir d'un dossier médical ancien, sans indications du poste de travail, ou des expositions passées ? Soit que les médecins en charge, par le passé, de cette entreprise, ne notaient pas ces informations, soit ils en ignoraient l'existence.

Si le médecin a depuis acquis ces informations (présence d'amiante) n'est-il pas justifié de supposer que ces salariés ayant travaillé dans cette entreprise, ont bien été exposés. Même si le médecin actuel n'a pas connu ces salariés, n'a pas constaté personnellement leurs conditions de travail, mais son « diagnostic d'exposition » repose sur un faisceau d'arguments suffisant à établir sa conviction professionnelle. Son « dire d'expert » couplé avec son instruction clinique de l'activité passée est alors essentiel.

*DE LA DIFFICULTÉ À CONNAÎTRE
LES EXPOSITIONS RÉELLES POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL*

Nous ne disposons parfois, lors du colloque singulier, que des dires des salariés. Ils n'ont que rarement une connaissance des règles d'étiquetages des produits chimiques.

- Un médecin relate son expérience auprès d'apprentis qui utilisent leur téléphone portable pour photographier les étiquettes des produits utilisés et en font part au médecin.
- Un médecin note sur la fiche de suivi médical (fiche d'aptitude) les expositions et risques de MP, sans que cela provoque de réaction de la part des employeurs. Un double est conservé dans le dossier médical.
- D'autres envoient à l'employeur une liste des produits utilisés, recueillie au cours des colloques singuliers, avec demande de validation.

DE LA DIFFICULTÉ À RÉALISER UN CURRICULUM LABORIS

Ce document est-il réalisable seul par une infirmière au sein d'un service de santé au travail ? Quel « plus » ou quelle spécificité apporte le médecin du travail ?

Quelques techniques utilisées :

- Demander au salarié de venir avec son CV ou son relevé de la caisse de retraite.
- Utiliser la mémoire du salarié sur ses conditions de travail et la confronter à celle du médecin du travail qui est parfois capable d'identifier tel ou produit chimique ou tel processus du fait de sa connaissance globale de l'entreprise.
- **Visite de « fin d'emploi »** : quand on a connaissance d'une prochaine retraite et d'un départ de l'entreprise.
- **Visite systématique des plus de 55 ans présumés exposés.** Expérience d'un médecin du travail : Il est possible de sélectionner ces salariés, supposés proche de quitter l'entreprise. À partir des connaissances que l'on a de l'entreprise, des postes de travail, des expositions, le médecin du travail peut leur proposer lors d'une convocation programmée, de leur fournir un certificat médical attestant des expositions. C'est le point de vue du médecin du travail, qui diffère parfois de celui de l'employeur, mais qui pèsera d'un certain poids en cas de surveillance post-exposition ou de déclaration de MP ou devant les commissions d'attribution des « préretraites » pour pénibilité.

DU GRAND ÂGE DE BEAUCOUP DE MÉDECINS DU TRAVAIL

Et de leur motivation à laisser une trace de leur action et de leur mémoire des expositions des salariés dont ils avaient la charge.

La traçabilité des expositions se construit dans un temps qui n'est pas celui du salarié mais celui du médecin du travail qui va se nourrir de son expérience professionnelle.

Nombreux sont les médecins du travail qui entrevoient la fin prochaine de leur carrière. Ils constatent que beaucoup d'informations professionnelles ne sont pas présentes dans leurs dossiers papier ou informatique. Souvent ces mêmes dossiers sont inexploitable. Cette mémoire est parfois riche d'un historique de plus de trente ans pour certaines entreprises suivies par le même médecin. Cette mémoire est même parfois la seule persistante quand les salariés sont partis en retraite. Cette accumulation d'expérience professionnelle chez les médecins du travail sénior, permet parfois de construire de véritable « matrice emploi-exposition ».

TÉMOIGNAGE

Dans le cas d'une entreprise ayant utilisé l'amiante, il y a plus de trente ans, j'ai gardé, non seulement les mesures d'exposition et autres documents, mais j'ai aussi gardé en mémoire les ateliers où étaient utilisés ce matériaux, dans quelle conditions il était transformé, etc. L'entreprise a disparu, il n'existe pas d'archives.

Dans le cadre d'une action juridique de reconnaissance des expositions, plusieurs salariés, parfois retraités depuis plus de vingt ans viennent solliciter une attestation d'exposition. Je peux leur transmettre par écrit ma mémoire de leur exposition. Parallèlement ils me transmettent leur mémoire de l'entreprise, des lieux et procédés de travail et par recoupe-

ment de plusieurs témoignages, j'enrichis ma connaissance des conditions de travail passées que je n'ai pas personnellement constaté.

LA TRAÇABILITÉ, OUTIL D'ALERTE COLLECTIVE ?

La clinique médicale du travail permet de faire la traçabilité de ce qui fait difficulté dans leur travail pour les salariés dans l'entreprise. Elle permet donc l'alerte de l'employeur soit par les salariés informés par le médecin du travail, soit directement par le médecin du travail lui-même.

Bibliographie

- Voir le texte d'Annie Chalons au colloque d'E-Pairs/SNPST sur le *curriculum laboris* : <http://www.e-pairs.org/colloque2011/2011-12-09-equipes-cooperatives/2011-12-09-equipes-cooperatives.html#achalons>
- Et aussi, la-grande pagaille des dossiers médicaux : http://www.sante-et-travail.fr/la-grande-pagaille-des-dossiers-medicaux_fr_art_1105_55529.html

PRÉVENTION ET MAÎTRISE DU RISQUE PRODUITS CHIMIQUES EN SITUATION DE TRAVAIL

Alain CARRÉ, médecin du travail, 2007

Un très grave coup porté à la traçabilité du risque chimique. Le 30 janvier 2012 un grave coup a été porté à la traçabilité du risque chimique :

- Seule demeure l'obligation de délivrer une notice de poste (R.4412-39 du Code du travail).
- La liste des travailleurs exposés par poste, tenue à disposition du CHSCT a disparu (abrogation de l'article R.4412-40 CDT).
- La fiche des expositions délivrée régulièrement à chaque travailleur exposé pour chaque agent chimique dangereux a disparu (abrogation de l'article R.4412-42 CDT) sauf pour l'amiante (R.4412-110 CDT) et on lui substitue une « fiche de prévention des expositions » issue de la loi sur la « pénibilité » qui noie le poisson du risque chimique parmi d'autres risques et le décrit en tout ou rien (oui ou non le travailleur a-t'il été soumis au risque ? !).

Enfin l'attestation d'exposition, de droit pour tout salarié quittant l'entreprise, récapitulant toutes les expositions pour tous les agents chimiques dangereux et CMR y compris les CMR de catégorie 3 (suspects) a disparu (abrogation de l'article R.4412-58 du CDT). Subsiste toujours, dans le cadre du code de la Sécurité sociale l'obligation de l'employeur et du médecin du travail de rédiger une attestation d'exposition uniquement aux cancérogènes et uniquement de catégorie 1 et 2 (avérés ou fortement suspects).

En convergence avec la SMR : la surveillance médicale renforcée des travailleurs exposés à certains risques est vidée de sa substance (R.4624-18). Ainsi il n'est plus possible d'ajouter des risques à surveiller, par accord d'entreprise, ainsi ne sont plus surveillés, parmi d'autres, les salariés soumis au risque chimique à moins que les agents chimiques concernés relève des catégories 1 et 2 des CMR. De plus (R.4624-19 CDT) la périodicité des visites liées à une surveillance médicale renforcée passe de 12 mois à une périodicité n'excédant pas 24 mois.

Un exemple concret de courrier à l'employeur (datant de 2007, mais qui retrouve un intérêt en application de l'art. L.4624-3 du Code du travail) :

Monsieur le Directeur,

J'ai pris connaissance avec intérêt du document « Prévention et maîtrise du risque produits chimiques en situation de travail » du 10 juin 2006 qui m'a été remis lors du CHSCT. Ce document, constitue la doctrine en vigueur pour la prévention de ce risque que vous entendez appliquer dans l'établissement dans lequel la prévention de ce risque n'était pas jusqu'alors formalisée. Malgré sa rédaction très soignée et documentée, qui me paraît de ce point de vue de bonne qualité, il m'inspire des remarques et des conseils que je vous transmets conformément aux dispositions de l'article R.241-41 du Code du travail.

Je remarque tout d'abord que le terme « Risque produits chimiques » du titre introduit une ambiguïté. La réglementation évoque le risque chimique mais le terme « produit » y est inconnu. En effet à la lecture du document il semble que seuls les risques liés à des substances ou préparations identifiées comme telles c'est-à-dire ayant donné lieu à rédaction d'une fiche de données de sécurité (FDS) sont l'objet de cette prévention

La politique que vous mettez en place paraît ne pas concerner la prévention des risques chimiques générée par les agents chimiques cancérogènes mutagènes ou reprotoxiques (articles R.4412-54 à D.4152-10) ou les agents chimiques irritants ou dangereux (articles R.4412-1 à R.4411-1 du Code du travail) dès lors que ces substances ne sont pas repérées par une FDS.

Or, ces agents chimiques sont présents dans l'atmosphère de travail. Le document unique les mentionne et j'en dresse une liste dans la fiche d'entreprise (par exemple pour les agents CMR : fumées de combustion lors d'incendie, gaz d'échappement, huiles diélectriques usagées...). Dans les situations de travail j'observe également la présence d'agents irritants ou dangereux, par exemple les produits volatils résultant de la polymérisation des résines (isocyanates...) ainsi que les agents chimiques présents sous forme de traces dans d'autres préparations (par exemple les PCB résiduels dans les huiles diélectriques des matériels).

Si cela était avéré, d'autres instructions de votre part pour la prévention de ces risques seraient nécessaires. Pour l'exposition au brai à froid des instructions nationales ont été présentées lors de la même séance du CHSCT.

Dans l'attente d'éclaircissements quant à cette ambiguïté, je résume ci-dessous mes remarques sur les différents chapitres.

Dans l'encadré « IMPORTANT » (chapitre A – Contexte page 3) il est noté concernant les mesures arrêtées, que « ces dispositions ne sont pas applicables lorsque les résultats de l'évaluation du risque montrent que les quantités pour lesquelles un agent chimique dangereux est présent sur les lieux de travail ne présentent qu'un risque faible pour la santé et que les mesures de préventions prises sont suffisantes pour réduire le risque ».

Je remarque que la citation entre guillemets provient de l'article R.4412-12 du Code du travail qui indique en fait : « Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables lorsque ces résultats montrent que les quantités dans lesquelles un agent chimique dangereux est présent sur le lieu de travail ne présentent qu'un risque faible pour la santé et la sécurité des travailleurs et que les mesures de prévention prises conformément aux dispositions prévues aux articles L.4121-1 et R.4412-1 sont suffisantes pour réduire ce risque »

La référence aux dispositions de l'article L.4121-1 implique que la responsabilité du chef d'établissement est entière en matière d'évaluation et de gestion du risque. En particulier, dès lors que le risque CMR est présent, il n'existe pas de seuil de sécurité au-dessous duquel il n'aurait aucune action sur la santé.

Pour mémoire : comme noté plus haut la liste des « principes à respecter » n'est pas pertinente dès lors que les substances chimiques sont générées par les procédés ou les circonstances du travail. C'est ainsi qu'en complément des FLU (fiche locale d'utilisation) il est nécessaire d'indiquer les modes opératoires (MO) pour chaque intervention dangereuse de ce point de vue, dès lors qu'elle expose à des agents chimiques (article R.4412-39 du Code du travail).

J'observe que pour la quasi-totalité des substances et préparations, je n'ai pas été informé de l'existence, de la nature et du résultat des évaluations. Pour l'exposition aux hydrocarbures polycycliques aromatiques (HPA), j'envisage d'effectuer des dosages urinaires dans un laboratoire agréé pour mesurer l'effet biologique de cette exposition.

Je note que l'instruction selon laquelle « l'ensemble du personnel de X doit se conformer à utiliser uniquement les produits chimiques autorisés d'emploi » n'est pas appuyée sur des mesures de communication concrètes suffisantes et que cette règle est en pratique imparfaitement appliquée. Les textes réglementaires imposent « des formes appropriées » à la communication des mesures de prévention et il appartient au chef d'établissement « lorsqu'il confie des tâches à un travailleur, (de) prendre en considération les capacités de l'intéressé à mettre en œuvre les précautions nécessaires pour la sécurité et la santé » (article L.4121-1 du Code du travail).

L'accès intranet ne saurait par conséquent constituer une mesure suffisante si ce dernier n'était pas directement accessible à chaque opérateur, celui-ci disposant du temps, des moyens et de la connaissance permettant l'accès. Or en l'occurrence les agents exposés sont des agents techniques qui ne sont pas personnellement dotés d'accès informatique et dont le travail implique majoritairement des activités hors du lieu de leur prise de travail.

L'instruction selon laquelle « l'utilisateur final demande la FLU du produit servi (auprès de son manager de ressource ou dans le classeur mis à disposition des agents) » inverse les principes réglementaires de prévention : les agents concernés par le risque ne devraient pas avoir à rechercher les FLU qui constituent, pour certaines substances ou préparations vos instructions d'utilisation, car conformément

aux obligations d'employeur cette information fait partie de l'organisation du travail. Je vous conseille donc d'effectuer cette remise dans le cadre de la préparation du travail.

Il serait également pertinent que chaque substance ou préparation délivrée par les magasins soit accompagnée de sa FLU. Ce qui après vérification n'est pas le cas actuellement. Une information doit être périodiquement délivrée aux opérateurs sur la prévention du risque ainsi qu'une formation à la prévention.

Dès lors qu'il s'agit d'un agent chimique qui n'est pas une préparation, doit s'y substituer un mode opératoire protégeant l'opérateur. Dans la réalité à X..., actuellement aucun opérateur n'a pu me confirmer qu'il avait reçu une FLU ou un mode opératoire pour les travaux concernés.

Après vérification sur le système de produits toxiques de votre entreprise, seuls une trentaine de produits sont munis d'une FLU, plus d'une centaine de produits sont en attente de rédaction de FLU. Je n'ai pas connaissance actuellement d'une liste des postes ou fonctions ainsi que la liste des agents exposés au risque chimique dans l'établissement.

Pour ce qui concerne la « traçabilité des expositions potentielles » les conditions que vous mettez à la délivrance d'une fiche d'exposition, en particulier à l'existence d'un risque important pour la santé et à des mesures de prévention prises, insuffisantes pour réduire le risque, s'écartent notablement de la réglementation existante.

Il faut rappeler que conformément à l'article R.4412-12 du Code du travail le risque est réputé existant dès lors que l'agent chimique est cancérigène, mutagène et reprotoxique et que pour les autres agents chimiques la qualification de risque faible, sous la responsabilité du chef d'établissement, peut être affectée uniquement au vu des résultats de l'évaluation.

Par ailleurs, la notion que la fiche d'exposition serait délivrée « si les mesures de prévention prises sont insuffisantes pour réduire le risque » mettent en cause la responsabilité du chef d'établissement investi par la jurisprudence d'une obligation de résultat en matière de santé au travail et en lien avec les obligations évoquées à l'article L.4121-1 du Code du travail. Cela et particulièrement avéré pour les risques CMR pour lesquels, il n'existe pas de seuil en dessous duquel le risque serait négligeable. Les limites fixées par le législateur ne sont pas des limites de risque mais des limites contraventionnelles. La conservation de cette fiche dans le dossier médical est d'au moins cinquante ans.

L'attestation d'exposition n'est pas comme indiquée dans le document limitée aux éléments issus des fiches d'exposition mais au contraire comporte des éléments, définis par arrêtés, distincts de ceux de la fiche d'exposition. L'attestation d'exposition n'est pas seulement délivrée « au moment du départ définitif de l'agent » mais lorsque l'agent quitte l'établissement « quel qu'en soit le motif ». Je remarque que malgré mes conseils, qui vous sont systématiquement adressés, sur les historiques des expositions pour les agents quittant l'établissement, ces attestations ne sont actuellement délivrées ni pour l'amiante, ni pour les CMR, ni pour les agents chimiques dangereux à X.

Du point de vue de la santé au travail, je vous conseille donc de mettre en œuvre les dispositions correctives suivantes :

➤ Mettre en place une évaluation formalisée du risque chimique qui concerne non seulement les substances et préparations mais aussi les agents chimiques en recueillant au minimum les éléments suivants :

- ◆ Identification de tous les agents chimiques présents et leurs dangers.
- ◆ Liste des postes exposés.
- ◆ Nature, degré et durée des expositions.
- ◆ Conditions dans lesquelles se déroulent les activités.
- ◆ Valeurs limites d'exposition professionnelle et les valeurs limites biologiques.
- ◆ Existence des risques combinés.

Cette évaluation sera formalisée dans le document unique.

➤ Rédiger des FLU pour toutes les substances et préparations chimiques présentant un risque de danger ou CMR mais aussi rédiger des fiches de mode opératoire (FMO) pour toutes les situations exposant à des agents chimiques dangereux ou CMR et les tenir à jour.

➤ Dresser la liste des agents soumis au risque chimique et la tenir à jour. La transmettre au médecin du travail ainsi que les mises à jour.

➤ Mettre en place une information pratique collective détaillée sur les risques chimiques existant réellement sur l'unité pour les agents concernés et leur encadrement.

➤ Qualifier les EPC et EPI appropriées et les mettre à disposition des agents concernés.

➤ Mettre en place une formation à l'utilisation des EPC et EPI.

➤ Remettre FLU et FMO à chaque opérateur avec le produit concerné ou lors de la remise du bon de travail pour les agents chimiques concernés.

➤ Rédiger une fiche d'exposition qui récapitule régulièrement les expositions pour chaque agent concerné (rien n'empêche d'y faire figurer les mesures de protection mises en place).

➤ Délivrer une attestation d'exposition dès lors que l'agent quitte l'établissement quel qu'en soit le motif ce qui inclut la nouvelle répartition de l'organisation de la distribution dans de nouveaux établissements par « portefeuille ».

Je demeure à votre disposition pour tout complément qui vous paraîtrait utile.

Je vous confirme à cette occasion mes conseils, transmis au directeur adjoint de l'établissement, d'adapter les dispositions de prévention du risque amiante afin de tenir compte du décret n° 2006-767 du 30 juin 2006 et en particulier de procéder au recensement des immeubles tiers présentant de ce point de vue un risque.

Je vous prie de bien vouloir noter que ce courrier constitue une mise à jour de la fiche d'établissement dans ce domaine.

Le médecin du travail

Copies : présidents et secrétaires des CHSCT

LA SANTÉ AU TRAVAIL

« MATIÈRE NOIRE » DE L'UNIVERS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Alain GARRÉ, médecin du travail



Soixante pour cent de la masse de l'univers est constitué d'une matière invisible, dont la nature est inconnue : « la matière noire ». Il en est de même pour l'effet du travail sur la santé des travailleurs : la santé au travail constitue la matière noire de l'univers de la santé publique. Sauf que son invisibilité ne doit rien au hasard, car elle est soigneusement entretenue par ceux dont l'intérêt est de dissimuler qu'elle est la composante essentielle de la santé publique. L'une des stratégies historiques des employeurs est le déni des effets négatifs de l'exploitation de la force travail sur la santé : « ce qui ne se voit pas n'existe pas ».

Précisément, voyons donc :

À l'instant où vous lisez cette chronique, en France, un ouvrier de 35 ans a sept années d'espérance de vie de moins qu'un cadre supérieur. Il a dix années de vie sans incapacité

en moins, par rapport à un cadre supérieur. Chaque année 300 000 nouveaux cancers surviennent en France. 30 000 sont liés à une ou plusieurs expositions professionnelles. Seuls 1 000 sont déclarés comme maladies professionnelles. 31% des ouvriers qualifiés sont exposés à des substances cancérigènes contre 3,5% de cadres. Statistiquement un ouvrier a trois fois plus de risques de mourir d'un cancer qu'un cadre supérieur, trois fois plus de risque également de mourir de mort violente (y compris de suicide). Si la part du travail dans la survenue des maladies cardiovasculaires est respectivement de 4% chez les ouvriers et de 5% chez les cadres supérieurs, un ouvrier a statistiquement près de trois fois plus de risque de mourir d'une maladie cardiovasculaire. Ces inégalités se perpétuent de génération en génération : 29% des individus dont le père est dirigeant ou de profession intellectuelle déclarent avoir un mauvais état de

santé, alors que cette proportion atteint 44% chez les descendants d'ouvriers et employés non qualifiés.

Dénier ces faits consiste en premier lieu à écarter les causes institutionnelles et attribuer ces différences à des comportements sociaux à risque. C'est ainsi que les membres actuels du Comité d'éthique ont produit, en 2011, un avis surprenant sur « l'usage de l'alcool, des drogues et les toxicomanies en milieu de travail ». Cet avis montre l'envahissement d'une institution, sans doute honorable par les thèses libérales : au lieu de raisonner, à l'endroit, sur ce qui dans le travail pourrait induire des « conduites addictives » chez les travailleurs, elle pose la question, à l'envers, de l'effet d'un éventuel « comportement addictif » dans le résultat du travail. À l'exception d'une seule organisation représentative des travailleurs, toutes les institutions concourant au conseil ministériel d'orientation des conditions de travail ont approuvées cet avis !

Or, il y a plus de vingt-cinq ans, Damien CRU, préventeur de l'OPPBTP et ergonomiste de renom, démontrait que, dans le bâtiment, l'alcoolisation très fréquente avait pour finalité de cimenter le collectif et de protéger les individus contre la peur au travail générée par des situations et des conditions de travail très dangereuses. Seules de meilleures conditions de travail ont fait reculer cette consommation.

Une part non négligeable des addictions des travailleurs (y compris celles aux psychotropes) sont en lien avec des conditions de travail « inhumaines », avec l'humiliation et le doute sur soi-même qu'elles engendrent, avec la souffrance éthique qu'elles génèrent. Quand on entrave la construction de la santé des travailleurs en empêchant le travail de qualité, en brisant les collectifs de travail, en leur faisant perdre le sens de leur travail, alors l'addiction n'est pas seulement une maladie mais le symptôme d'une autre maladie plus profonde : celle de l'aliénation sociale qui préside au destin des entreprises françaises. Une des stratégies des employeurs, dans un but de responsabilisation de chaque travailleur et d'évitement de leur responsabilité, consiste à promouvoir l'opinion que tout dysfonctionnement social est explicable par des comportements individuels inadaptés. Leurs alliés politiques exploitent ce filon pour formater l'opinion publique.

L'objet de ce billet est précisément de sortir du régime des opinions pour examiner les vérités qu'elles cherchent à dissimuler. Il s'agit ici d'exposer les stratégies qui construisent les inégalités de santé au travail et les font perdurer et plus particulièrement les mécanismes institutionnels de l'invisibilité construite sur la santé au travail.

SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

APOCALYPSE NOW

RAPPORT 2011 DE SANTÉ AU TRAVAIL, CONCLUSION COMMUNE DU COLLECTIF DES MÉDECINS DU TRAVAIL DE BOURG-EN-BRESSE

18^{ème} rapport annuel commun d'activité d'un groupe de pairs(1)

Dans le mot apocalypse, il y a la notion de destruction (tellement présente à l'heure actuelle), mais il y a aussi, au cœur même de l'effondrement et « grâce » à lui, la notion de dévoilement, c'est-à-dire l'éclatement criant de la vérité sur les impasses où peuvent mener les conduites néfastes des uns, facilitées par l'indifférence, l'irénisme péjoratif ou la compromission des autres.

Pour la RECONSTRUCTION imminente, après le chaos et son paroxysme, au cœur des urgences, et à ne pas oublier pour ceux qui doivent rebâtir l'État démocratique (acte premier) :

- Repositionner l'État régalien dans son rôle de régulateur imparable et impartial du monde et de la santé au travail.

.....

1- Docteurs CELLIER, CHAPUIS, CHAUVIN, DELPUECH, DEVANTAY, GHANTY, LAFARGE

1, rue A. Bertholet 01000 Bourg-en-Bresse / Tél : 04 74 23 66 30

- Endiguer le travail dégradé et promouvoir impérieusement le travail décent pour tous.
- Abroger la loi sur la santé et la médecine du travail de juillet 2011 (et ses décrets d'application), qui institutionnalise la mainmise totale du patronat sur les acteurs de santé au travail.
- Créer les conditions pour une indépendance réelle et non faussée des acteurs de santé au travail, dimension cardinale à l'efficacité.

- Désenclaver la médecine du travail de ses liens incestueux avec le patronat pour permettre (enfin) le déploiement de la pertinence et l'efficacité de sa haute contribution possible dans les actions de transformations favorables à la santé au travail, en synergie avec les acteurs de coercition (Inspection du travail, CARSAT) ; eux-mêmes pleinement légitimés dans leurs fonctions de protection de la santé des salariés et dans le cadre d'une authentique pluridisciplinarité protégée de tout conflit d'intérêts.
- Déployer un sas totalement étanche entre la gestion des risques dans l'intérêt des employeurs et la prévention en santé au travail dans l'intérêt exclusif des salariés.
- Créer les conditions pour une démocratie sociale optimale en sachant que l'État ne doit pas se défausser sur le paritarisme s'agissant des grands enjeux de santé au travail et de la question cruciale de l'indépendance des acteurs de prévention.

PRÉAMBULE

Analyses et propositions de 2010, toujours éminemment d'actualité – extrait de la conclusion commune 2010.

La réforme de juillet 2011 ne touche à aucun des déterminants de progrès bien identifiés par les professionnels de terrain impliqués. Bien au contraire elle démasque l'incroyable parti pris des décideurs. Alors qu'il était urgent de libérer les acteurs de santé pour qu'ils œuvrent en toute indépendance, la mission de santé au travail est confiée aux gestionnaires employeurs en leur donnant, ce qui est incroyable, le pouvoir de décision des orientations de prévention alors qu'ils sont porteurs d'un grave conflit d'intérêt qui a été à l'œuvre déjà dans les dysfonctionnements des services de santé au travail et dans des instances comme le Comité permanent amiante, aboutissant aux drames que l'on connaît. Ceci nous amène à une configuration scandaleuse où ceux qui créent les risques sont juges et parties. Dans un contexte où les scandales liés aux conflits d'intérêt se multiplient avec, à chaque fois des morts à la clef, il est hallucinant que les décideurs publics persistent et signent dans leur aveuglement idéologique. Comment peuvent-ils croire qu'ils vont continuer à échapper à leur responsabilité ?

La confusion organisée dans ces jeux d'intérêt doit être cassée : que la question de la gestion des risques qui doit être assurée par les employeurs ne soit pas amalgamée avec l'exercice de la santé au travail comme le prévoit le projet actuel ; que, au contraire, les professionnels de santé au travail soient clairement séparés, dans leur mission et dans leur activité, de ceux qui génèrent les risques, avec de véritables garanties d'indépendance.

Le paritarisme de la gestion des services n'est certainement pas une garantie dans le contexte de défaillance de la démocratie sociale (dans les PME en particulier). Un premier gage sérieux pour prouver que l'on sort de la tartufferie consisterait à rendre les employeurs minoritaires dans cette gestion. Mais la situation est devenue tellement grave et l'historique des services tellement englué dans la confusion délétère qu'un traitement de fond avec un éloignement com-

plet des préventeurs de la puissance patronale s'avère indispensable.

La mission de santé au travail doit être confiée à une équipe de professionnels coordonnée par les médecins, lesquels devraient pouvoir, en toute indépendance, mener les actions de prévention exclusivement à partir de leurs diagnostics portés sur la base de leurs constats : il ne peut pas y avoir de santé au travail si on ne fait pas de lien santé/travail. Rappelons le, il ne s'agit plus de, encore et toujours, évaluer et informer mais d'imposer les transformations des situations de travail : c'est cette transformation hautement nécessaire du point de vue des professionnels qui est refusée par le patronat et niée dans le projet de réforme qui émane de lui pour l'essentiel.

Un tel assemblage confusionnel et porteur de dégénérescence est terriblement dangereux pour la santé des salariés mais assurément aussi très pathogène pour ceux qui pratiquent la prévention en santé au travail.

DERNIER CRI D'ALARME APRES DIX-NEUF ANS D'ALERTE

La dernière réforme met le coup de grâce à la prévention en santé au travail pendant que le chaos et la maltraitance au travail sont à leur acmé.

La réforme actuelle met à mort la médecine du travail (euthanasie déjà bien préparée dans les précédentes réformes) et supprime toute réelle possibilité de prévention en santé au travail. Aucun des déterminants essentiels des atteintes graves et nombreuses à la santé au travail n'a été pris en compte ; bien au contraire nous assistons à une sur-enchère des processus de déshumanisation au travail sans que rien ne soit fait par les pouvoirs publics pour y remédier.

Il fallait donner une réelle indépendance aux médecins du travail ; or, par cette réforme, ceux-ci sont mis carrément sous tutelle du patronat dans le cœur même de leur activité, puisque les décrets vont jusqu'à confier celle-ci au patronat. Des mesures de faux-semblants sont orchestrées dans les services car il n'est plus question de parler des vrais problèmes et encore moins des vraies solutions ; à la place, se déploient les mesures tragico-comiques de « communication et information » pour apprendre aux salariés à ne pas souffrir malgré leurs conditions de travail totalement délétères. Réunions, diagrammes et diaporamas se multiplient totalement désinsérés de la réalité des problèmes et inopérants du point de vue de la prévention. On fait comme si la frange active de la profession n'avait pas développé un métier extrêmement pertinent, construit des analyses de situations et proposé des transformations parfaitement réalisables. On ose appeler cela « la modernisation » de la prévention alors que le conflit d'intérêt est poussé à son paroxysme et que les professionnels sont muselés. Tout est organisé pour occulter la réalité des besoins : en annexes différents textes qui montrent bien cette volonté de nous faire taire dans une collusion entre les instances ministérielles et les instances patronales responsables de nos services : interdiction de participer à des réunions universitaires en tant

qu'intervenants en tant qu'enseignants dans une école de sage-femme ; redécoupage de nos secteurs allant à l'encontre de la loi avec demande de dérogation (accordée !) pour diminuer la représentativité des médecins dans les différentes instances de consultation ; encadrement et « brouillage » des réunions pour, là aussi, étouffer nos propositions et au final, ne déboucher sur rien qui puisse un tant soit peu changer la situation dramatique dans laquelle se trouvent les salariés.

Alors que nous n'avons pas cessé de répéter que la coercition est un point incontournable pour sortir des situations de « non-droit » et d'asservissement, voilà que les instances nous adressent un guide émanant du ministère affirmant que les médecins du travail sont soumis au secret vis-à-vis de l'Inspection du travail ; l'*omerta* est bien organisée et rien n'est laissé au hasard. Les « réformateurs » ont bien compris la puissance diagnostique de l'écoute clinique de la totalité des salariés de façon régulière et dans la sécurité du cabinet médical : ils nous ont progressivement supprimé cette possibilité par la pénurie médicale organisée et le morcellement des activités, dispersées sur différents intervenants pour masquer la vision globale et l'intelligibilité des situations. Ils ont bien compris aussi la puissance de la vraie pluridisciplinarité. Le diagnostic collectif des médecins pouvait aider les inspecteurs du travail et les techniciens de la CARSAT à cibler les actions urgentes et prioritaires. Inspection du travail et CARSAT ont été, comme les médecins, dépouillés de leurs moyens d'agir de manière efficace, et si nous avons dit que nous nous sentons en danger, nous voyons bien que c'est aussi le cas des autres professionnels investis et mobilisés.

Nous déplorons ce nouveau suicide d'un inspecteur du travail mais cela ne nous étonne pas, au vu de la situation de fausseté et d'empêchement qui règne pour tous les professionnels du droit et de la santé au travail. On l'a vu dans les nombreux scandales en santé au travail, la première étape de la prévention est l'alerte sociale, la mise en visibilité ; or, tout est à nouveau mis en place pour que rien n'émerge. La dé-professionnalisation est un fléau actuel, particulièrement quand il touche les questions de santé : non, une infirmière n'est pas en capacité de faire le même travail qu'un médecin. Non, un administratif n'a pas la compétence pour avoir le pouvoir décisionnel des orientations de la prévention. Les conflits d'intérêts criants, avec la mise sous tutelle de la santé au travail et des professionnels de prévention sous la coupe de ceux qui n'ont aucun intérêt à la mise en visibilité des problèmes et aux transformations en profondeur qu'elle impose, nous font pousser une dernière fois un cri d'alarme. Non, le patronat n'est pas la personne morale qui peut, dans une démocratie être garante de la santé au travail. Non, ce n'est pas un progrès de mettre les acteurs de santé sous la totale dépendance du patronat. Non, la dérégulation ne favorise pas la liberté mais elle organise l'asservissement des plus faibles. Nous en voyons les conséquences dans le chaos et la violence relationnelle inédits dans le monde du travail.

De plus dans des renversements époustouflants, ce sont les victimes qui se retrouvent coupables comme dans la cabale contre les malades et comme le mensonge sur les abus des

arrêts maladies, qui en rajoutent une couche à la souffrance et à la maladie, de la même manière que dans les entreprises avec la traque et le camouflage des accidents du travail.

Quant aux témoins qui osent dire la vérité et qui essaient contre vents et marées de faire leur travail de prise en charge et d'aide pour maintenir la santé, ils sont eux-aussi menacés et attaqués. Notre quotidien est épuisé de ces « guerroissements » incessants pour répondre « aux conseillers juridiques » qui nous harcèlent sur des points de détails réglementaires dans un piétinement de l'Esprit de la Loi et du Code du travail alors qu'ils sont conçus pour protéger la santé et la dignité des personnes ; le Code de déontologie est lui aussi détourné vers les intérêts de l'entreprise : le secret qui est là pour la dignité de la personne est utilisé au profit de l'entreprise et pour cultiver le tabou sur les conséquences désastreuses des logiques gestionnaires mortifères. Le Conseil de l'ordre est maintenant instrumentalisé par les employeurs pour essayer d'empêcher la mise en visibilité des atteintes à la santé dues au travail.

Renversement des valeurs, un Bien est appelé un Mal et inversement ; ce sont les honnêtes professionnels qui se retrouvent devant la justice. Nous avons dû, cette année, aller témoigner pour défendre un inspecteur du travail dont la professionnalité et le dévouement ne sont pas à démontrer. Il a dû se défendre pendant sept ans dans une affaire rocambolesque où c'est l'entreprise qui l'attaquait qui aurait dû rendre des comptes devant la justice. De la même manière, une de nos collègues qui a osé alerter et défendre par des certificats des salariés en danger dans leur santé du fait du travail, se retrouve elle-même devant la commission disciplinaire du Conseil de l'ordre pour avoir osé attester d'un lien santé-travail pendant que les délinquants du droit du travail sont dans l'impunité. Ces perversions se multiplient puisque l'esprit de la loi n'est plus respecté et que l'État ne joue plus son rôle de garant de celui-ci et donc de tiers pacificateur : c'est la jungle de la loi du plus fort.

Les manifestations paroxystiques de la puissance du déni perdurent de façon caricaturale et oppressante alors que le monde du travail s'écroule. Déni de l'humain, de ses besoins vitaux, de ses investissements, de ses motivations et éléments de structuration : après tous les déploiements des sciences humaines, les magnifiques explicitations de la psycho-dynamique du travail montrant l'hyper-investissement de l'homme au travail et la gravité de ce qu'il joue d'essentiel dans la construction de son identité et de sa santé au travail, les logiques mortifères de « chosification du sujet » font comme si l'homme au travail n'était qu'un robot exécutant, toujours suspect de fainéantise quand il tombe malade ou quand il n'arrive pas à exécuter les consignes, alors qu'il y a aussi et de façon massive, le déni de la réalité du travail et de ses besoins. Au final, les décideurs construisent (ou plutôt détruisent) la société sur la base du déni du réel.

Alors que depuis près de vingt ans, chaque année, nous prenons la peine d'explicitier la réalité des constats et d'argumenter sur la réalité des besoins, le ministère a pris strictement le contre-pied de toutes les propositions des professionnels expérimentés et avertis. L'assassinat de la médecine

du travail est un élément fort (parmi d'autres) démontrant l'effondrement démocratique, la partialité d'un État qui met les professionnels dans l'empêchement total (oui, cette fois, total !) d'exercer leur mission de prévention pour confier celle-ci à ceux qui génèrent les risques, signant là encore, plus que son déni, sa volonté partisane dans un conflit d'intérêt qui a et qui aura des conséquences aussi graves que celles de l'affaire de l'amiante.

Cela aura été l'expérience de toute notre carrière : la force du déni pour laisser libre cours aux logiques partisanes au service des rapacités financières. C'est comme cela que dans toutes les branches professionnelles, les compressions irresponsables d'effectifs (bien plus drastiques que dans les autres pays d'Europe) aboutissent actuellement à ce que les professionnels n'arrivent plus à faire leur métier et décrivent combien c'est douloureux et délétère pour eux et grave de conséquences ; cela est prégnant et oppressant dans le secteur médical et social.

EN CONCLUSION

Nous voulons dire une dernière fois combien nous sommes atterrés de cette persistance paroxystique du déni et des inversions ; persistance irresponsable vis-à-vis de la santé de la population, qui finit par organiser un chaos parallèle aux autres chaos social et politique. Nous voulons aussi exprimer notre étonnement scandalisé devant toutes les attitudes banalisantes, silencieuses et politiquement correctes, restant dans la contemplation, sans réaction devant tout ce démantèlement de la prévention en santé au travail face à ce grand désastre dans le monde du travail qui devrait au contraire, initier une mobilisation générale et massive.

L'asservissement de l'homme, non pas au travail, mais à des logiques de soumission, totalement coupées de la réalité du travail est à l'œuvre d'une manière inédite, donnant raison à Geneviève Antonioz DE GAULLE qui avait bien annoncé « le totalitarisme de l'argent ». Comme tout totalitarisme, il a eu besoin d'écraser tout ce qui s'opposait à lui. Il peut paraître

étonnant qu'il s'en soit pris à la médecine du travail tant celle-ci n'a jamais eu les moyens de son action de prévention, mais le métier construit par une frange active et émancipée de la profession, en prouvant qu'il était possible de faire émerger les dégâts humains de ce système et en analysant leurs causes, est devenue une des cibles incontournables.

Depuis près de vingt ans, nous aurons rempli notre mission d'alerte jusqu'au bout !

Dernier message avant que le bateau ne coule ! Nous voulons dire toute notre oppression vis-à-vis de cette régression sociale, cette violence et ce mensonge organisé : la perte des vraies professionnalités, le chaos social, les maladies et une immense souffrance en sont les fruits. Nous sommes les témoins impuissants et maltraités et bons boucs émissaires d'un vrai gâchis humain.

Honte à ceux qui ont organisé dans le pays des Droits de l'Homme une telle maltraitance de l'être humain. Honte à ceux qui ont laissé faire.

Les décrets ont signé la volonté affichée de l'État de satisfaire le patronat en asservissant la médecine du travail à son diktat et à ses intérêts et en annihilant toute prévention indépendante et donc efficace. La déontologie médicale ainsi bafouée, il ne reste plus au Conseil de l'ordre des médecins qu'à utiliser les voies de recours juridiques comme il l'a annoncé. Tous les défenseurs de la démocratie se doivent eux aussi de rechercher tous les moyens de recours, en espérant que bientôt l'État retrouvera son rôle de protection de la santé et de la dignité des citoyens.

Tout ce descriptif étaye un récit de destruction avancée qui a dévoilé ses mécanismes mortifères nourris du déni du réel, et d'aveuglement piétinant toutes les avancées de la démocratie et des sciences humaines. Il est impossible de penser que nous n'en sommes pas maintenant arrivés à l'étape de la reconstruction.

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 1 500 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 76).

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

DES STRATÉGIES FACE AU PROJET DE RÉFORME DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

32^e Congrès de l'association SMT des 10 et 11 décembre 2011

Jocelyne MACHEFER et Annie DEVEAUX, rapporteurs

PRÉSENTATION SUCCINCTE DES PROJETS DE DÉCRETS AU 10 DÉCEMBRE 2011

Curieusement le texte de loi ne s'adresse qu'aux services interentreprises alors que les projets de décrets concernent les deux types d'exercice.

- **EFFECTIFS** : suppression d'effectifs-plafond avec préservation de la notion de secteur attribué.
- **SURVEILLANCES MÉDICALES RENFORCÉES** : transformation réductrice de la liste des surveillances médicales renforcées.
- **NOTION D'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE** semblant s'appliquer uniquement aux SST interentreprises et non aux services autonomes, incluant l'équipe médicale.
- **PRISE DE POUVOIR DES EMPLOYEURS SUR LA GOUVERNANCE DES SST** : montée en puissance des Conseils d'administration avec voix prépondérante du président, la trésorerie étant confiée à un représentant du personnel dont on peut se poser la question de la disponibilité nécessaire (une bien curieuse conception du paritarisme).
- **COMMISSION DE CONTRÔLE** : si elle n'a pas bougé en terme de proportionnalité des représentants (un tiers d'employeurs pour deux tiers de salariés), par contre on distingue moins nettement son rôle face aux projets de service soumis au CA, DIRECCTE, CARSAT et Agences Régionales de Santé, surtout quand on connaît les difficultés de fonctionnement de cette instance, avec le plus souvent peu d'engagement et de présence des représentants salariés.
- **LA MISSION DU MÉDECIN DU TRAVAIL** « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » persiste. Mais les missions du service s'imposent au médecin via la subordination au projet de service.
- **LE MÉDECIN DU TRAVAIL CONDUIT DES ACTIONS AVEC LES ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES** ; actions qu'il anime et coordonne mais qui peuvent s'imposer à lui *via* le projet de service avec donc le risque d'une dérive vers une gestion de la santé et de la sécurité par le SST pour les

employeurs. par le biais du projet de service, le métier de médecin du travail est positionné sur des objectifs relevant de la gestion des risques.

- **LE SERVICE SOCIAL DU TRAVAIL** est créé dans les SST interentreprises alors que paradoxalement, le terme de service médical n'apparaît jamais en tant que tel.
- **LA COMMISSION MÉDICOTECHNIQUE (CMT)**, réaffirmée en SST interentreprises, n'est pas citée en service autonome.
- **LA NOTION DE SECTEUR** n'a pas bougé mais il n'y a plus de commission consultative de secteur.
- **L'EMPLOYEUR OU LE PRÉSIDENT DE SERVICE ÉTABLIT ET PRÉSENTE LE RAPPORT ANNUEL** relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion financière du service de santé au travail soit au Comité d'entreprise, soit au comité interentreprises ou à la Commission de contrôle et au Conseil d'administration.
- **SUPPRESSION DE L'ARTICLE** : « le médecin du travail participe à des enquêtes... » mais celles-ci sont mentionnées au chapitre de la commission medicotechnique.
- **LA COMMISSION MÉDICOTECHNIQUE** est consultée sur :
 - ♦ L'organisation des actions en milieu de travail, des examens médicaux et entretiens infirmiers.
 - ♦ L'organisation d'enquêtes et de campagnes.
 - ♦ Les modalités de participation à la veille sanitaire mais sans préciser « en santé au travail ».
 - ♦ Elle est informée des orientations du CA.
 - ♦ Elle est composée à la diligence de l'employeur, du président ou son représentant, des médecins du travail ou de leurs délégués, IPRP (dont psychologues) ou de leurs délégués élus, infirmiers ou de leurs délégués élus, ASST ou leurs délégués élus, professionnels (?) recrutés après avis du médecin du travail ou leurs délégués élus. Les médecins du travail seront minoritaires face aux ASST infirmiers et IPRP.
- **L'INFIRMIER** : article D.4323-39. L'infirmier exerce ses missions propres et celles définies par le médecin du travail sous réserve d'un protocole écrit. L'entretien infirmier peut être mis en place dans le cadre d'un protocole. Il permet la délivrance d'une attestation de suivi

infirmier sans mention d'aptitude/inaptitude. L'infirmier peut réaliser l'entretien d'accueil individuel et l'information collective organisée par le médecin du travail.

➤ *L'ASSISTANT EN SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL (ASST)* exerce dans les entreprises de moins de vingt salariés. Sa mission est de repérer les dangers et identifier les moyens à mettre en œuvre. La notion de prestation de service est à rapprocher des évaluations dans les TPE. Il peut assurer des formations au secourisme d'entreprise. Par délégation du médecin du travail, l'ASST pourrait effectuer des actions de prévention collective antérieurement exercées par le médecin du travail.

➤ *LE MÉDECIN DU TRAVAIL PEUT AUTORISER* « l'équipe pluridisciplinaire » à assister au CHSCT. Ceci concerne l'infirmière, l'ASST qui agissent par délégation. La nécessité d'un accord d'entreprise n'est pas mentionnée.

➤ *L'IPRP* : L'employeur semble pouvoir solliciter directement l'IPRP qui, par ailleurs, ne pourrait être licencié qu'après consultation de la Commission de contrôle.

➤ *LE RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉ* est remis par le médecin du travail (Article D.4424-48.) :

- ◆ pour les services autonomes : au CE ;
- ◆ pour les services interentreprises : au CA et soit au Comité interentreprises, soit à la commission de contrôle.

➤ *LE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS* :

- ◆ il détermine des priorités d'action en vue de faire émerger des bonnes pratiques ;
- ◆ vise à améliorer la qualité individuelle et collective de la prévention des risques professionnels et des conditions de travail ;
- ◆ met en œuvre les objectifs des Plans Régionaux de Santé au Travail ;
- ◆ mutualise les moyens ;
- ◆ approche par branche professionnelle, par public particulier, par risque spécifique ;
- ◆ maintien dans l'emploi ;
- ◆ notion d'objectifs chiffrés et d'évaluation de résultats.

➤ *LES SURVEILLANCES MÉDICALES RENFORCÉES* : des manques !

- ◆ Elles concernent les jeunes de moins de 18 ans, femmes enceintes, travailleurs handicapés. Elles regroupent l'exposition à l'amiante, Rayons X, Plomb, travaux hyperbare, températures extrêmes, bruit, vibrations, port manuel de charges. Elles concernent aussi CMR, agents biologiques, travail dans les égouts.
- ◆ Mais les agents chimiques dangereux ont disparu de la liste ! Alors que la loi impose toujours une surveillance médicale annuelle lors de l'exposition aux agents chimiques dangereux.
- ◆ De même le travail de nuit et le travail posté ont disparu de la liste quand persiste la loi sur le travail de nuit.

DE L'ANALYSE AUX STRATÉGIES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES

Les médecins du travail ont la responsabilité personnelle de leurs actes

QUELLE MÉTHODOLOGIE

POUR MESURER LA SURCHARGE DE TRAVAIL ?

Le programme d'activité du médecin du travail en sort particulièrement chargé avec des répercussions sur la charge de travail des salariés des SST en général. L'absence d'effectif-plafond permet d'aboutir à tous ces objectifs sans réflexion sur la charge mentale. Jusqu'où peut-on demander, en tant qu'employeur, de réaliser ces tâches sans en mesurer les possibilités de réalisation ? Aucun outil méthodologique face à la seule évaluation individuelle, avec menace de perte d'emploi. Cette absence de limite à la charge de travail concerne le monde du travail en général et se trouve également dénoncée dans la profession des avocats.

LA MISE EN MINORITÉ DU MÉDECIN DU TRAVAIL EN CMT : le médecin du travail devient chef de projet, avec ou sans formation. Certains y voient un intérêt lié au semblant de pouvoir que cette nouvelle position lui confèrera. Pourtant, sa subordination potentielle au contrat pluriannuel d'objectifs risque de freiner son action de terrain ciblée sur des risques objectivés sur son secteur attribué. La mise en débat en CMT peut conduire à des désaccords où les médecins du travail se trouveront mis en minorité. Pourtant, le médecin doit pouvoir garder la possibilité de dire, en responsabilité, le risque. Quitte à venir en contradiction avec la position de l'IPRP ! Ce contexte met en lumière l'évolution vers un isolement du médecin du travail.

L'ARTICLE L.4624-3 ET SES LIMITES

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. De même, le médecin du travail saisi par l'employeur, fait connaître ses préconisations.

Les jurisprudences, au pénal, montrent que la responsabilité du dirigeant d'entreprise est couverte par celle du sachant. Il faut donc signaler le risque à l'employeur pour qu'il reste le vrai responsable. Faut-il mettre en lumière les risques sans dire ce qu'il faut faire ? Comment ne pas aller trop loin ? La gestion des risques reste de la responsabilité de l'employeur.

Les modalités et dynamique d'écriture doivent respecter des règles en tenant compte de savoir-faire. Ne faut-il pas envisager l'élaboration d'un guide par l'HAS ?

Une pratique consiste à signaler par écrit à l'employeur « un risque important et grave » et à conseiller « de tout mettre en œuvre pour éviter le risque » avec « quelques exemples non limitatifs de prévention collective et individuelle ».

Un autre médecin du travail préconise de ne pas rentrer dans le technique : « *Je vous demande de supprimer le risque* » tout en rappelant, par exemple, les grands principes ce rattachant aux décrets CMR ou Risque chimique.

Faut-il lâcher la question lorsque se pose un problème technique ? Non ! Mais le passage par l'IPRP nécessite, en retour, de contrôler sa réponse.

LE MÉDECIN DU TRAVAIL ENGAGE T'IL SA RESPONSABILITÉ EN ANIMANT, EN COORDONNANT L'ACTION DE L'IPRP ?

➤ Lorsque l'action n'est pas déclenchée par le médecin du travail, sa responsabilité n'est pas engagée.

➤ Lorsque l'action de l'IPRP est déclenchée par le médecin du travail, ce dernier engage sa responsabilité. Exemple de l'exposition de la femme enceinte : il peut être nécessaire de se donner un temps de réflexion et donc de différer la réponse, sans pour autant passer par l'avis de l'IPRP. En l'absence de VLE connue et en raison de la nécessité d'éviter toute altération de la santé, il est judicieux de ne pas prendre en compte les résultats de VME (si elle a été mesurée) puisqu'elle ne tient pas compte de la pénétration percutanée quand ce risque percutané est avéré. Dans ce cas, un avis rassurant de l'IPRP basé sur une VME faussement rassurante serait contré et une éviction de la femme enceinte de ce poste préconisée. Il faut savoir se désengager par écrit de l'équipe pluridisciplinaire.

LE DROIT ET SES LIMITES : en cas de litige du médecin du travail avec l'employeur, il convient de faire appel à l'inspecteur du travail dont le rôle est de dire le droit. C'est lui qui saisit le médecin inspecteur permettant l'ouverture d'un canal juridique. Le médecin du travail qui contacte le médecin inspecteur a accès au rôle de conseil uniquement, sans ouverture au droit. Il arrive que l'inspection du travail n'intervienne pas : ce fut le cas d'un médecin de fonction hospitalière auquel l'employeur reprochait d'avoir accompagné un salarié atteint de MPI face au médecin expert. L'employeur accusait le médecin de « conflit de loyauté vis-à-vis de l'employeur ». Le médecin doit également être loyal vis-à-vis du salarié !

Dans sa situation de manager et de chef de projet, le médecin du travail fera de moins en moins de tiers temps (rôle dévolu aux IPRP) et de moins en moins de visites systématiques remplacées par les entretiens infirmiers. Comment arriver à collecter suffisamment d'informations avec ses interlocuteurs pour, par exemple, déclencher un droit d'alerte collective en santé /travail ?

LES RÈGLES DE MÉTIER

Les infirmiers assurant les entretiens infirmiers pour les salariés qui vont bien, les médecins du travail se recentrent sur les salariés en difficulté, assurant une consultation de pathologie professionnelle tout en perdant leur rôle de veille. Il devient urgent de discuter entre médecins du travail des règles de métier à construire qu'il s'agisse de médecins faisant plus de visites ou au contraire plus de tiers temps et de trouver des règles collectivement acceptées. Jusqu'où veut-on intégrer les infirmières ? Jusqu'où peut aller la délégation ?

Jusqu'où accepter la surcharge et le manque de temps ? La fiche d'entreprise demandée avec un délai précis peut con-

duire à répondre par écrit : « *Je ne dispose pas du temps disponible pour réaliser la fiche d'entreprise par écrit* ». Il peut s'agir des visites médicales. Le directeur du SSTI, le MIRTMO et l'inspecteur du travail seront destinataires du courrier actant de nos difficultés : « *Je n'ai plus les moyens de faire (les visites médicales, la fiche d'entreprise, de participer à toutes les réunions, d'assurer la traçabilité des expositions professionnelles...)* ». Acter permet de prendre du recul. Acter collectivement protège notre santé tout en obligeant le directeur à prendre ses responsabilités. Porter collectivement ces décisions, c'est les porter entre pairs. Il est important de faire valider ces décisions par le RH, le CHSCT. Le CHSCT doit être informé avec fermeté de ce que j'ai décidé de faire, de ne pas faire, sans débat.

Quelques pistes pour agir :

- LISTER ce qui, dans les nouveaux décrets va aggraver les difficultés des médecins du travail
- Instruire le DÉBAT sur ce qu'il convient de préserver comme socle du métier
- Comment rester maître de ses propres responsabilités sans se laisser instrumentaliser ?
- Décliner les règles de métier

L'OBLIGATION DE SÉCURITÉ DE RÉSULTATS : le fonctionnement des SST se calque sur le fonctionnement général des entreprises. On veut nous enfermer dans un rôle de manager en nous accusant de ne pas savoir déléguer. En nous empêchant de pratiquer la clinique médicale du travail, c'est-à-dire le suivi des salariés en bonne santé, (exercice construit pendant trente années), on nous met dans l'incapacité d'exercer dans de bonnes conditions notre rôle de veille. Supprimer la veille médicale de l'ensemble de la collectivité de travail revient, grâce aux projets de décrets, à protéger les employeurs vis-à-vis de leur obligation de sécurité de résultats. Car malgré tout, notre responsabilité personnelle et pénale persistera vis-à-vis de collectivités et de personnes.

UN CADRE POUR LES PROTOCOLES INFIRMIERS DE DÉLÉGATION

Une véritable organisation se met déjà en place par rapport à l'effectif affecté au médecin du travail dont le protocole infirmier de délégation. Or, les infirmières arrivent massivement dans les services sans formation spécifique pour certaines. Les protocoles de délégation, bâtis par l'Has ou pas, doivent référer au Code de déontologie, au Code de santé publique et suivre comme fil conducteur la notion de santé au travail. Soit le médecin du travail confie certaines activités sous sa responsabilité aux infirmières, dans le cadre de protocoles écrits, soit l'infirmière est cantonnée à son rôle propre et au risque sanitaire.

Les difficultés peuvent naître aussi du fait qu'une infirmière travaille avec plusieurs médecins

La responsabilité civile et pénale des infirmières et paramédicaux en général va évoluer, ces métiers passant par un élargissement de leurs activités, les infirmières de plus en plus diplômées voyant leurs tâches se complexifier. Le rôle

propre de l'infirmière va tenir compte de ces évolutions et s'élargir sans juxtaposition avec ce qui est confié, en rôle propre, au médecin du travail, par rapport à la santé publique. Un débat législatif serait en cours, visant à clarifier le partage de compétences entre infirmière et médecin du travail.

L'infirmière, et l'IPRP sont subordonnés au directeur de SSTS sans indépendance ni protection. Mais la demande d'intervention technique du directeur peut aider l'IPRP à « échapper à la tutelle » du médecin du travail. Des conflits émergent entre certains médecins du travail et IPRP et/ou infirmières qui ont commencé les entretiens infirmiers.

Le Code de santé publique et le Code de déontologie infirmier traitant des rapports médecin/infirmier préconisent de veiller à leur indépendance, leur compétence et au respect du secret médical.

En SST interentreprises, le directeur est chef de service de l'infirmière. En service autonome, il existe une subordination de l'infirmière au médecin chef de service qui assure une direction hiérarchique des soins. Dans ce schéma, une RRH ayant tenté d'accuser une infirmière (...), le médecin est intervenu par écrit près de la RRH en dénonçant une atteinte à sa propre indépendance.

Exemple de coopération en service médical hospitalier : les examens complémentaires sont déjà effectués et dans le dossier pour la visite médicale du médecin du travail. Il s'agit, dans cet exemple, des Ac. AntiHbS. L'infirmière prépare et optimise la visite médicale. L'infirmière écrit dans le dossier, note les appels et leur contenu.

Des situations extrêmes : en cas de souffrance extrême de salariés, le médecin du travail doit être là et doit avoir rencontré tous les sujets concernés. Doit-on, dans les autres cas, partager les secteurs, avec attribution de secteurs entiers à l'infirmière avec un débat médecin/infirmière et partage d'expérience, transfert de savoir-faire ?

Certains médecins ne rencontrent déjà plus que les sujets en situation à risque, sans vision globale, et cherchent des pistes de réflexion. Comment « garder la main » ? Il faudrait conserver la possibilité de rencontrer tout le personnel de l'entreprise concernée par des problèmes de souffrance au travail, l'infirmière alertant le médecin aussi tôt que possible. Quoi qu'il en soit, le médecin ne délègue pas les tâches de diagnostic médical. Quoi qu'il en soit, l'infirmier n'engage pas le droit (par rapport à la protection, à la sauvegarde) alors que le médecin s'engage au niveau médico-légal.

VERS UN RETOUR À L'HYGIÉNISME INDUSTRIEL ?

Allons-nous tout droit vers un retour pur et simple à l'hygiénisme industriel ? L'hygiénisme surplombe les risques et les gère pour la société, déléguant à des médecins sans orientation humaniste les conseils de bonnes pratiques modelées en fonction de variables économiques. L'histoire révèle que les médecins du travail y apportèrent leur con-

cours jusqu'en 1960 avec un tournant de quelques médecins citoyens. Le retour au passé est accessible(1).

Tout notre système de santé, hormis la psychiatrie et la médecine du travail ayant développé la clinique médicale du travail, est basé sur :

- La santé est l'absence de maladie en respectant des normes.
- Il y a de bonnes façons de se comporter individuellement et de gérer les risques.

Les projets de décrets transforment les médecins du travail en « Sachants ». Il faut se conformer au savoir du Sachant. Les médecins devront définir des règles de fonctionnement global et individuel sans discussion, basées sur l'hygiénisme et consolidées par l'« ingénierisme ».

QUELS DANGERS POUR LA SANTÉ AU TRAVAIL ?

L'hygiène n'est pas la santé ! L'approche par la clinique médicale du travail est fondamentale. Née de la pensée, elle permet, par la subjectivité, une approche incarnée des questions santé/travail chez tous les sujets et ne s'intéresse donc pas exclusivement aux cas cliniques.

L'indépendance professionnelle du médecin est menacée par manque de moyens : la surcharge de travail (sureffectifs, formation des infirmières, réunions de coordination avec infirmière et IPRP, management de l'équipe pluridisciplinaire, inscription dans les enquêtes épidémiologiques en cours, lecture de compte rendu CMT et participation éventuelle au plan pluriannuel de service...) sont autant de soustractions du temps de clinique médicale qui mettent le futur médecin manager en danger, notamment dans une conception hygiéniste. Quel fonctionnement de l'équipe médicale face à la surcharge ?

Le projet de service en SSTI s'inscrit à la fois dans l'obligation de moyens du SSTI et dans l'obligation de sécurité de résultats de l'employeur adhérent au SSTI. L'enjeu pour les employeurs est de peser sur les missions du SSTI, la CMT devant déterminer des priorités avec des risques de dérapages, les SSTI entraînés dans des problématiques de gestion économique des risques. Le médecin n'ayant pas pratiqué la clinique médicale du travail peut entrer de plain-pied dans le management hygiéniste de l'équipe pluridisciplinaire. Comment concilier l'indépendance médicale dans le cadre d'un projet de service ? Dans ce contexte, quelles seraient les limites de la responsabilité du médecin par rapport à la responsabilité de l'équipe pluridisciplinaire ? Le médecin du travail peut-il invoquer un droit de retrait ?

LES MÉDECINS DU TRAVAIL PEUVENT-ILS FAIRE FACE ?

Le terme de service médical n'apparaît pas dans les décrets en préparation quand on voit poindre les services sociaux. Si l'équipe médicale, composée du médecin du travail et de l'infirmière, relève du Code de la santé, il n'en va pas de même pour l'équipe pluridisciplinaire. Nous devrions donc refuser cette appartenance à l'équipe pluridisciplinaire afin de préserver le pôle médical et son exercice.

1- A.-S. BRUNO : *La santé au travail entre savoirs et pouvoirs (19^{ème} et 20^{ème} siècles)*, Presse universitaire de Rennes, 2011

Nous devrions défendre, notamment dans les débats en SSTI, la séparation entre « l'équipe médicale » et « l'équipe pluridisciplinaire ». Nous devrions dire, répéter et écrire « équipe médicale médecin et infirmière en santé au travail ».

L'équipe médicale de santé au travail, rattachée au Code de santé publique, doit envisager le travail en coopération avec des cadres hygiénistes préventeurs en prévention collective en santé/travail tout en évitant les dérives du médecin manager.

Les choix de projets d'études à mener seront déterminés avec ces repères et avec l'assurance de la liberté d'en publier les résultats.

L'arrivée d'un pôle clinique renforcé, avec l'infirmière de santé au travail, en excluant les psychologues non rattachés au code de santé, permettrait-il de redéplacer les questions fondamentales de l'approche individuelle du côté de la clinique médicale du travail et d'assurer les missions de prévention primaire ?

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



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

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

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

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

Le 33^e Congrès annuel se tiendra à Paris, les 1^{er} et 2 décembre 2012 (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 74 et 76

UN ÉTAT DES LIEUX

UNE RÉFORME DESTINÉE À EN FINIR

AVEC LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Alain CARRÉ, médecin du travail

UN CONTEXTE HISTORIQUE L'ABOUTISSEMENT DE STRATÉGIES PATRONALES PLUS QUE CENTENAIRES

RIEN DE NOUVEAU SOUS LE SOLEIL

La réforme de la médecine du travail que met en place la Loi du 21 juillet 2011 et les deux décrets du 30 janvier 2012 est l'instrument complaisamment mis à disposition des employeurs par une mandature et son administration qu'ils ont circonvenues.

Cette nouvelle organisation, dès lors qu'on la regarde d'un œil critique, et qu'on la compare aux autres dispositions réglementaires de la même farine promulguées depuis au moins cinq ans révèle, en filigrane, la triple stratégie historique que la partie patronale s'efforce d'appliquer avec constance depuis le début du 19^{ème} siècle en matière des risques professionnels: rendre le risque invisible notamment par le déni, influencer les politiques publiques et les experts, minimiser les coûts de la prévention et de la réparation.

LA MÉDECINE DU TRAVAIL

UN RISQUE... POUR LES EMPLOYEURS

Positionnée exclusivement du côté de la protection de la santé au travail, droit constitutionnel individuel de chaque travailleur, la médecine du travail s'oppose frontalement au projet patronal d'exploitation de la force de travail.

Un médecin du travail a, en effet, pour devoir, dans le cadre d'une obligation de moyen, de rendre le risque visible et dès lors qu'il établit le lien entre l'altération de la santé et le travail, de proposer des mesures individuelles et collectives de prévention primaire susceptibles de prévenir les effets du risque et, éventuellement, d'assurer au travailleur les éléments médicaux et de traçabilité susceptibles d'assurer son droit à une réparation.

Si le médecin ne se donne pas les moyens d'aboutir et si notamment il ne trace pas le risque et le lien entre la santé et le travail, mais aussi s'il s'abstient de rendre visible ses constats collectifs il peut avoir à en répondre personnellement et pénalement.

Il est par conséquent vital pour les employeurs de museler le médecin du travail car celui-ci :

- Signale le risque et le rend visible.
- D'un point de vue d'expert qui dérange les alliances politiques et administratives et qui s'impose en droit(1).
- Ce qui oblige l'employeur à mettre en œuvre la prévention du risque et à en réparer les effets sur la santé des travailleurs.

Depuis 2002 les nouvelles définitions jurisprudentielles de l'obligation de sécurité de résultat et de la faute inexcusable ont rendus encore plus pénalisante pour les employeurs l'action du médecin du travail en générant des coûts supplémentaires.

UN OBJECTIF DES EMPLOYEURS

CONSERVER LA GOUVERNANCE

DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Devant ce qu'ils considèrent comme un risque de mise en responsabilité et de surcoût, les employeurs ne sont pas restés passifs. Dès l'origine en faisant accepter au législateur d'avoir la prééminence dans la gouvernance des services de médecine du travail notamment à travers la responsabilité de mise en place de ces services (L.4622-1), les employeurs avaient introduit le ver dans le fruit. Comment imaginer, en effet, que celui qui génère les risques et retire un bénéfice économique des atteintes à la santé puisse être responsable de l'institution chargée de les prévenir du point de vue exclusif de la santé des travailleurs !

Cette « main mise », dès l'origine, sur les structures a permis pendant longtemps de maintenir les médecins dans un état de dépendance professionnelle et de faire de ce métier pourtant essentiel à la santé publique un exercice dévalorisé.

L'APTITUDE

LA FONCTION ASSURANTIELLE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Le premier élément qui structure l'exercice de la médecine du travail et le pervertit est la notion d'aptitude au poste. Il

.....
1- Voir en particulier : Cour d'appel 18^{ème} chambre civile, arrêt N° : S 07 /07645 du 4 décembre 2008

faut rappeler que les profils d'aptitude, c'est-à-dire des profils de sélection des travailleurs sur des critères médicaux perdurait encore au milieu des années 1970. Le *Précis de Médecine du Travail*(2), publié en 1975, bible de l'étudiant en CES de médecine du travail, précise ainsi : « (pour) reconnaître les aptitudes nécessaires pour travailler à un poste donné (...) on doit utiliser : 1°, une fiche d'étude de poste comportant l'évaluation des qualités physiques minima que doit posséder tout ouvrier à ce poste, 2°, une fiche de travail donnant l'évaluation des qualités physiques des candidats au poste, c'est-à-dire son profil d'aptitude. De la comparaison de ces deux fiches naîtra la décision du médecin. » Le même ouvrage traite, en les valorisant, des tests psychotechniques et de personnalité comme outils de cette nature.

Un article d'un historien sur les inaptitudes médicale des mécanographes travaillant dans les banques(3), très instructif sur l'exercice des médecins du travail de ces établissements, évoque l'utilisation jusqu'en 1971 de la psychotechnique pour sélectionner les candidates à l'embauche et justifier les inaptitudes de celles qui ne peuvent plus suivre la productivité exigée. Ainsi, « En 1953, dans une banque, les délégués du personnel se plaignent que "le service médical menace de licenciement les mécanographes qui demandent pour raison de santé, un changement d'affectation" ».

Or, la sélection physique et mentale des travailleurs à l'embauche, ne repose sur aucune fiabilité réelle puisque la médecine ne permet, dans ce domaine que des prédictions pour des populations, et non des certitudes pour les personnes, du fait des variabilités inter et surtout intra individuelles. La logique qui préside à la sélection des travailleurs, a priori, est donc purement assurantielle c'est-à-dire qu'elle permet de diminuer les coûts en jouant uniquement sur les probabilités. Par contre, elle est essentielle pour la mise à l'écart de ceux qui sont devenus « inemployables ».

La défense de l'aptitude ira jusqu'à inclure dans les textes réglementaires condamnant la discrimination que l'inaptitude médicale en soit la seule exception.

C'est ainsi que, confrontés autrefois à de tels exercices de sélection médicale de la main d'œuvre, les travailleurs vont développer une défiance envers ces médecins dont l'activité se résumait à leur prescrire une radiographie régulière (voire à leur faire une radioscopie), à leur prendre la tension et leur palper l'abdomen puis à conclure par un certificat couperet d'aptitude ou d'inaptitude. À partir de 1970 vont se développer des travaux collectifs de médecins du travail afin d'élever leurs pratiques à la hauteur des missions.

L'EMPRISE SUR LES EXPERTS : UNE VIEILLE HISTOIRE

À de notables exceptions historiques, si peu nombreuses que leurs acteurs médecins sont identifiés par leur nom, ces pratiques sont en harmonie avec celles d'un corps médical très

2- *Précis de médecine du travail*, DESOILLE H., SCHERRER J., TRUHAUT R., Paris, MASSON, 1975

3- NEUMANN Cedric, *Rendement et santé au travail des mécanographes (1945-1975)*, in : *La santé au travail entre savoirs et pouvoirs (19^{ème}-20^{ème} siècles)*, BRUNO Anne-Sophie et al, 2011, Presses universitaires de Rennes

largement influencé par la dialectique des employeurs. Dans ce domaine « l'affaire de la céruse » au 19^{ème} siècle(4) et, plus proche de nous, le rapport de l'Académie de Médecine sur « *Amiante et protection de la population exposée à l'inhalation de fibres d'amiante dans les bâtiments publics et privés* »(5) publié en 1996 sont exemplaires de cette influence.

Il est essentiel pour les employeurs de maintenir leur emprise sur les médecins du travail. C'est ainsi que la médecine du travail va demeurer la seule spécialité médicale dont l'enseignement ne soit pas confié exclusivement à des praticiens exerçant la spécialité.

FACE À LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL DÉMÉDICALISER LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Au milieu des années 1960, des médecins et des médecins du travail se démarquent petit à petit de cette collusion. Même si leur nombre reste limité (et le restera), ils vont développer progressivement, notamment par le travail collectif sur leurs pratiques, un nouveau courant de praticiens qui se réfère à une clinique médicale du travail et qui assume pleinement leur métier et leur positionnement dans le champ de la santé au travail.

C'est sous leur influence que le médecin du travail sort du cabinet médical et mène des actions en milieu de travail notamment éclairée par la pratique de l'ergonomie. Ce sont eux qui critiquent l'aptitude, publient et mettent en débat leur métier. Ils subvertissent notamment la notion d'inaptitude en lui appliquant le principe réglementaire d'adaptation du travail à l'Homme.

Leur influence commence à se faire sentir, dans les faits, au début des années 1980. Les organisations représentatives des employeurs craignant que leur emprise ne soit progressivement affaiblie décident alors de mettre en place une stratégie de démedicalisation de la médecine du travail(6).

Comme par enchantement, les services de médecine du travail deviennent des services de santé au travail (SST) et l'accès à la profession est tari par un *numerus clausus*, est instauré un internat de spécialité qui devient parfois l'exutoire des autres internats ou une opportunité de secours en cas de difficulté familiale(7). Démedicaliser devient un objectif patronal atteignable.

En 2002, la loi introduit la pluridisciplinarité, Janus aux deux visages, l'un très positif de la coopération entre méde-

.....

4- LE ROUX Thomas, *Risques et maladies du travail : le Conseil de salubrité de Paris aux sources de l'ambiguïté hygiéniste au XIX^{ème} siècle*, in : *La santé au travail entre savoirs et pouvoirs (19^{ème}-20^{ème} siècles)*, BRUNO Sophie et al, 2011, Presses universitaires de Rennes

5- Rapport de l'académie de médecine, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine Tome 180 n°4 - 16, 23, 30 avril 1996*, ISSN 0001-4079

6- MARICHALAR Pascal, 2010, *La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010)*, *Politix*, n°91, p. 27-52

7- MARICHALAR Pascal, *Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010)*.Thèse de Doctorat de l'EHESS, Décembre 2011

cins du travail et spécialistes de champs de connaissance complémentaires, l'autre négatif du contrôle par des experts, sans statut d'indépendance réglementaire, de l'activité en milieu de travail du médecin du travail, laissant la possibilité d'une influence prépondérante des employeurs sur leurs missions.

C'est l'aspect négatif qui l'emportera dans les décrets d'application de 2004, après un changement de mandature, la nouvelle n'ayant rien à refuser aux employeurs. Parallèlement, une première réforme vient en 2003 donner le coup d'envoi de l'espacement des visites, c'est-à-dire du début de l'empêchement clinique.

UNE RÉFORME DESTINÉE À EN FINIR AVEC LA MÉDECINE DU TRAVAIL UNE CATASTROPHE POUR LA SANTÉ AU TRAVAIL

*UN RETOURNEMENT DES RÔLES RESPECTIFS DU SST
ET DU MÉDECIN DU TRAVAIL
LE SST EN APPUI DE L'EMPLOYEUR
À LA GESTION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ*

Jusqu'alors les SST avaient pour tâche d'assurer la logistique de l'action du médecin du travail. Seul celui-ci avait un rôle défini. La nouvelle Loi introduit dans l'article L.4622-2 des missions pour le SST et conserve au médecin son rôle (L.4622-3). Si le SST reprend comme mission le rôle du médecin du travail, les actions d'appui qu'il met en œuvre s'adressent non plus aux médecins du travail mais à l'employeur pour l'aider, en reprenant le titre du nouveau chapitre IV du titre IV du livre VI de la quatrième partie du Code du travail, « pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail ». (8)

Ainsi :

➤ Le 1° a pour projet de « préserver la santé physique et mentale des travailleurs... ». On notera au passage que la santé sociale spécifique à la définition de la santé de l'OMS, dont la préservation fait partie du rôle de tout médecin, a ici disparue. Il est aisé de comparer ce projet à l'obligation de sécurité de résultat telle que définie à l'article L4121-1 qui impose à l'employeur d'« assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs ».

➤ Alors que la mission du SST est « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs... », le 2° précise que les SST « conseillent (...) sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels » qu'il est aisé de comparer à l'article L.4121-2 au 6° des principes généraux de prévention imposés aux employeurs « remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou qui est moins dangereux ».

.....

8- Au passage la contradiction de cet article avec la Directive européenne de 1989 sur la prévention des risques pour la santé des travailleurs au travail est évident. Le terme « gestion » introduit en effet la question économique au cœur de la prévention ce que se garde de faire la Directive. Cette prise de position de l'état et de sa haute administration par ailleurs approuvée par la représentation nationale constitue une preuve de l'influence du patronat et devrait être combattue plus vigoureusement par une éventuelle nouvelle mandature.

UNE INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE EN PÉRIE POUR LES MÉDECINS DU TRAVAIL DES SSTIE

SST médecins du travail des SST autonomes (L.4622-4) et l'équipe pluridisciplinaire des SST interentreprises (L.4622-8). Seuls les médecins du travail des services autonomes exercent ce rôle « en toute indépendance ». Les médecins du travail des services interentreprises sont inclus dans l'équipe pluridisciplinaire du SST qu'ils « animent et coordonnent ».

L'article L.4623-8 qui évoque « les conditions d'indépendance professionnelles définies et garanties par la loi » renvoie en fait aux médecins de services autonomes dont l'indépendance professionnelle du médecin est un des devoirs (art. 95 du Code de déontologie médicale) et non un droit. Les médecins des SST interentreprises n'ont par conséquent aucune garantie d'indépendance, ce qui introduit une inégalité de traitement entre des travailleurs bénéficiant d'une surveillance médicale dans un service autonome et ceux dont les entreprises sont affiliées à un SST interentreprises.

L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE SES RAPPORTS AU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET SON POSITIONNEMENT DANS LE CHAMP DE LA PRÉVENTION(9)

Le médecin du travail anime et coordonne une équipe pluridisciplinaire (L.4622-8) qui comporte :

- des professionnels qui relèvent d'une part du code de la santé publique : infirmiers, assistantes médicales ;
- et des professionnels qui n'en relèvent pas : assistants des services de santé au travail (ASST) dont la mission est définie à l'article R.4623-40 qui ne prévoit pas les modalités d'acquisition de leurs compétences(10) et intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) qui peuvent également être chargés de « l'aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail ».

Cette distinction, entre équipe médicale et équipe pluridisciplinaire, n'est jamais nommée alors que les règles auxquelles se réfère l'équipe médicale sont tracées par le Code de la santé publique.

.....

9- Pour éviter toute ambiguïté sur une interprétation corporatiste de ce texte, nous précisons que la pluridisciplinarité est un atout essentiel d'efficacité de la médecine du travail. Du fait de la complexité des questions de santé au travail le médecin doit construire des coopérations et non des collaborations (au sens managérial) avec d'autres spécialistes du champ de la santé au travail. Les conditions de ces coopérations reposent notamment sur le positionnement clairement explicite dans le champ de la santé au travail de ces spécialistes, un protocole, dès lors que leur positionnement dans ce champ n'est pas exclusif, un statut d'indépendance garantissant réellement celle-ci et le respect mutuel de leur indépendance ainsi que celui des dispositions réglementaires notamment celles concernant l'accès aux données personnelles concernant la vie privée et la santé.

10- Commentaires des décrets par le CNOM, 14 mars 2012 : c'est une bonne chose de consacrer ce métier dans le Code du travail mais il faut aller plus loin et préciser les pré-requis de formation et la fiche de poste. Il faut également prévoir qu'ils sont recrutés avec l'accord du médecin du travail. Assez curieusement, la secrétaire médicale du médecin du travail disparaît du Code du travail sans que l'on sache précisément si l'assistant du service de santé au travail la remplace.

Cette absence de référence au Code de la santé publique va engendrer des difficultés de positionnement des différents acteurs, notamment au regard des règles du secret médical et de l'accès à des données relevant de la vie privée et des données personnelles à caractère médical (art. L.1110-4 du Code de la santé publique).

Ainsi, il est exclu que des assistances médicales, astreintes, sous la responsabilité d'un médecin, aux règles de secret et d'accès aux données puissent devenir assistantes des services de santé au travail autrement que sous l'autorité exclusive du médecin du travail sur son secteur professionnel personnel.

Une deuxième ambiguïté concerne le double rôle de l'IPRP, tout à la fois lié à l'objectif de prévention primaire médicale du point de vue exclusif de l'intérêt de la santé du travailleur qu'incarne le médecin du travail et celui d'aide à la gestion de la santé et de la sécurité qui consiste en l'arbitrage entre les obligations de sécurité de résultat et les impératifs économiques de gestion de l'entreprise. Seul un protocole, au cas par cas, des coopérations pourra permettre de dépasser cette contradiction. Elle n'est nulle part établie par la loi et les décrets.

Sans cette disposition, le médecin mettrait en péril son positionnement exclusif dans le champ de la prévention médicale.

L'article R.4644-2 prévoit bien une convention dès lors que l'IPRP intervient en aide à la gestion de la sécurité pour l'employeur et l'article R.4644-4 précise que cette convention « ne peut comporter de clauses autorisant l'IPRP à réaliser des actes relevant de la compétence du médecin du travail ». Mais aucune disposition ne définit ces actes et le conventionnement n'est pas prévu dès lors que l'IPRP intervient en appui de la prévention médicale primaire(11).

*L'INFIRMIER DU TRAVAIL
AU PÉRIL DE L'INDÉPENDANCE
ET DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE*

Alors que rien n'est mis en place pour valoriser ses compétences, l'infirmier du travail doit avoir suivi néanmoins une formation spécifique (R.4623-29).

La loi du 31 mai 1978 confère au métier d'infirmier une fonction triple : une fonction indépendante par laquelle il apporte une contribution particulière au développement de la santé – c'est le « rôle propre » – ; une fonction dépendante lorsque l'infirmier applique les prescriptions médicales ; une fonction interdépendante, lorsque l'infirmier travaille avec d'autres professionnels. Cette distinction est reprise par le Code de la santé publique en ses articles R.4311-1 à R.4411-15. Notamment le rôle propre de l'infirmier, c'est-à-dire non subordonné, est défini aux articles R.4311-1 à R.4311-5 du Code de la santé publique.

.....

11- Commentaires des décrets par le CNOM, 14 mars 2012 : si le Conseil national de l'ordre des médecins a obtenu, dans le cadre de l'élaboration du décret, que l'intervenant soit tenu de communiquer les résultats de ses études au médecin du travail, cette formulation reste timide et l'intervenant ne peut intervenir qu'à la demande du médecin du travail.

Pourtant, l'article nouveau R.4623-30 du Code du travail énonce que « ...l'infirmier exerce ses missions propres ainsi que celles définies par le médecin du travail, sur la base du protocole mentionné à l'article R.4623-14 du présent code » et l'article R.4623-14 que « (...) le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ou, lorsqu'elle est mise en place, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire. Pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent du code de la santé publique, ces activités sont exercées dans la limite des compétences respectives des professionnels de santé déterminées par les dispositions de ce code ».

La protocolisation exigée du médecin en matière de rôle propre de l'infirmier du travail s'oppose donc à l'indépendance de l'infirmier dans ce domaine, dans la mesure où il entraîne une subordination technique abusive.

En déferant à cette obligation, le médecin du travail enfreint l'article R.4127-68 du Code de la santé publique qui dispose que « Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient ».

Il faut également noter que l'ancien article R.4623-53 précisait : « L'employeur recrute, avec l'accord du médecin du travail, un infirmier possédant le diplôme d'État ou ayant l'autorisation d'exercer sans limitation dans les conditions prévues par le code de la santé publique ». Dans les nouvelles dispositions, le recrutement de l'infirmier n'est plus soumis à l'accord du médecin du travail mais l'infirmier est recruté après simple avis de celui-ci (R.4623-35).

Cette mesure a pour effet de diminuer l'autorité technique du médecin, alors que l'article R.4127-72 du Code de la santé publique lui enjoint de « (...) veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment... » et l'article R.4127-71 du même code stipule « ...(qu') Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent (son) concours »(12).

On remarquera également que le devoir d'indépendance des infirmiers (R.4312-9 du Code de la santé publique) n'est ici conforté par aucune disposition la garantissant réglementairement.

.....

12- Commentaires des décrets par le CNOM, 14 mars 2012 : on regrettera cependant qu'il ne soit plus prévu expressément comme c'était le cas auparavant que l'infirmier a notamment pour mission d'assister le médecin du travail dans l'ensemble de ses activités et est mis à sa disposition.

La mention de la réglementation antérieure suivant laquelle son recrutement est subordonné à l'accord du médecin du travail n'est pas reprise dans les décrets publiés qui évoquent simplement un avis du médecin du travail (article R.4623-35 du Code du travail). Ces dispositions ne vont pas dans le sens du binôme médecin du travail / infirmier en santé au travail que le Conseil national de l'ordre des médecins a estimé être la pierre angulaire des coopérations en santé au travail et le relâchement du lien entre médecin du travail et infirmier en santé au travail ne peut à cet égard qu'être contre-productif.

Enfin, la mise en œuvre prévue à l'article R.4623-31 nouveau d'un entretien infirmier pour réaliser les activités confiées par protocole se conclut par une attestation de suivi infirmier dont la nature et l'effet ne font l'objet d'aucune disposition réglementaire.

*DES COLLABORATEURS MÉDECINS
DONT LE STATUT EST PARTICULIÈREMENT AMBIGU(13)*

L'article R.4623-25 précise que peuvent être recrutés par le SST ou l'employeur des « collaborateurs médecins » qui s'engagent à suivre une formation qualifiante. Ces médecins non médecins du travail « sont encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail qu'ils assistent dans ses missions ».

D'une part cette disposition ne précise pas le délai d'engagement de la formation et celui d'obtention de la qualification de ces médecins ce qui peut permettre de faire perdurer ce statut hors de tout cadre de compétence.

Il s'agit d'un exercice « encadré » ce qui est contraire au caractère de responsabilité personnelle de l'exercice médical (art. R.4127-69 du Code de la santé publique : « L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes »).

Enfin, le médecin du travail n'a pas eu à exprimer, selon ce nouvel article, son accord et n'a choisi ni d'encadrer son confrère (ce pourquoi il ne pourrait que se récuser sauf à trahir plusieurs dispositions du Code de la santé publique) ni surtout d'accepter qu'il « l'assiste ».

Le texte tente de créer une confusion avec le statut de médecin collaborateur libéral qui relève des dispositions de l'article 18 de la loi N°2005-882 du 2 août 2005 qui précise qu'il ne saurait dans le cadre qu'elle définit y avoir partage de responsabilité ou subordination d'indépendance, ce que rappelle par ailleurs le Conseil national de l'ordre des médecins. Cette disposition devrait être retoquée.

.....

13- Commentaires des décrets par le CNOM, 14 mars 2012 : Tout d'abord, on peut voir une contradiction dans la possibilité pour un médecin collaborateur de remplacer pour une courte durée un médecin du travail et la nécessité de s'engager à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'Ordre des médecins.

En suite, la réglementation n'apporte aucune précision sur la formation en cause.

Par ailleurs, les médecins collaborateurs assistent les médecins dans leurs missions mais la réglementation n'apporte aucune précision, sur les limites de cette assistance. On peut simplement concevoir que ces médecins collaborateurs ne puissent pas prendre de décisions, par exemple en matière d'aptitude ou d'inaptitude à l'égard de salariés. Par définition ils n'ont pas au moment de leur recrutement les compétences de médecin du travail.

On peut enfin s'inquiéter de la fragilité de la situation de ces médecins collaborateurs dès lors qu'il n'est pas prévu une limite de durée de recrutement. Rien n'interdirait à un médecin collaborateur de rester dans cette situation pendant toute son activité professionnelle alors que les collaborateurs médecins ne bénéficient pas de la protection accordée par le Code du travail aux médecins du travail et qui est une garantie de leur indépendance professionnelle.

*LE MÉDECIN DU TRAVAIL DES SSTIE
UN MANAGER DONT LES CONDITIONS D'INDÉPENDANCE
SONT INFÉRIEURES À CELLES DU MÉDECIN DU TRAVAIL
DES SSTA*

Animer et coordonner une équipe définit la mission générale du manager libéral. Il est uniquement jugé à l'aune du résultat obtenu. Ici c'est le projet de service (L.4622-14) qui constitue l'objectif fixé au médecin et le médecin n'a pas de marges d'indépendance dans ce domaine. C'est le directeur (L.4622-16) qui « met en œuvre, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et, sous l'autorité du président, les actions approuvées par le Conseil d'administration dans le cadre du projet de service pluriannuel » mais en fait c'est le Conseil d'administration du SST qui décide en dernière analyse du projet de service. Or ce Conseil d'administration « paritaire » (L.4622-11) est en fait contrôlé par les employeurs du fait de la voie prépondérante du président employeur.

L'élaboration du projet de service (L.4622-14) s'effectue dans la commission médico-technique (CMT). Cette commission prévue à l'article L.4622-13 dont la composition et le fonctionnement sont l'objet des articles D.4622-28 à D.4622-30 ne donne pas de garanties suffisantes au médecin du travail en matière d'indépendance :

- Elle n'est qu'informée de la mise en œuvre laquelle relève de l'approbation du conseil d'administration.
- Sa composition (D.4622-29) qui comportait auparavant, outre le président, les médecins du travail et les IPRP comporte dorénavant des infirmiers, des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail (collaborateurs médecins ?).

Ainsi le médecin du travail n'a plus de possibilité de moduler la mise en œuvre du projet de service en agissant au sein de la CMT. Les médecins du travail sont dorénavant en minorité par rapport aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

En matière d'action en milieu de travail les marges d'initiative du médecin du travail sont singulièrement réduites. Ainsi, l'article R.4624-2 précise que les actions en milieu de travail sont menées directement par le médecin du travail du SSTA et dans les SSTIE par l'équipe pluridisciplinaire « sous la conduite du médecin du travail et dans le cadre des objectifs fixés par le projet pluriannuel ».

En matière d'information sur les risques chimiques (R.4624-4) c'est l'équipe pluridisciplinaire qui est informée et non le médecin des SSTIE.

La question de l'indépendance du médecin se pose également en matière de rédaction de la fiche d'entreprise. Alors que le médecin du travail d'un SSTA est en responsabilité directe dans leur rédaction, dans un SSTIE c'est l'équipe pluridisciplinaire qui établit et met à jour la fiche d'entreprise (R.4624-37).

LES MÉDECINS DU TRAVAIL ENTRE UNE OBLIGATION
DE RÉSULTAT ET UNE PÉNURIE DE MOYEN
TRAÇABILITÉ IMPOSSIBLE ET EMPÊCHEMENT CLINIQUE

Le rapport LEJEUNE a noté en 2007 les résistances des employeurs à voter des verges pour se faire battre en traçant les expositions professionnelles à des risques. La traçabilité des risques par les employeurs les mettant directement en responsabilité personnelle de prévenir et de réparer, ils s'abstiennent soigneusement de tracer.

La situation s'est notablement aggravée depuis. Il suffit si l'on en doute d'examiner la qualité calamiteuse de la plupart des documents uniques d'évaluation des risques (quand ils existent) et l'absence quasi constante des éléments de traçabilité collective et individuelle du risque chimique.

Plutôt que de sévir contre les contrevenants, la puissance publique a préféré capituler en rase campagne. C'est ainsi que le 30 janvier 2012 le même jour que les décrets sur la médecine du travail, la réglementation concernant les obligations des employeurs en matière de traçabilité des agents chimiques a été considérablement allégée par deux décrets et un arrêté.

- Seule demeure l'obligation de délivrer une notice de poste (R.4412-39 du Code du travail).
- La liste des travailleurs exposés par poste tenue à disposition du CHSCT a disparu (abrogation de l'article R.4412-40 du Code du travail).
- La fiche des expositions délivrée régulièrement à chaque travailleur exposé pour chaque agent chimique dangereux a disparu (abrogation de l'article R.4412-41 du Code du travail) sauf pour l'amiante (R.4412-110) et on lui substitue une « *fiche de prévention des expositions* » issue de la loi sur la « pénibilité » qui noie le poisson du risque chimique parmi d'autres risques et le décrit en tout ou rien (oui ou non le travailleur a-t-il été soumis au risque ? !).
- Enfin l'attestation d'exposition, de droit pour tout salarié quittant l'entreprise, récapitulant toutes les expositions pour tous les agents chimiques dangereux et CMR y compris les CMR de catégorie 3 (suspects) a disparu (abrogation de l'article R.4412-58 du Code du travail). Subsiste toujours, dans le cadre du code de la sécurité sociale l'obligation de l'employeur et du médecin du travail de rédiger une attestation d'exposition uniquement aux cancérrogènes et uniquement de catégorie 1 et 2 (avérés ou fortement suspects).

Parallèlement, le médecin du travail doit dorénavant en plus de la fiche d'entreprise (D.4624-37 à D.4624-41) et du rapport annuel (D.4624-42 à D.4624-45) intervenir dans la traçabilité collective en signalant spécifiquement à l'employeur et au CHSCT, un risque qu'il constaterait (L.4624-3).

Le médecin du travail devient également le responsable principal de la traçabilité individuelle. Il doit dorénavant :

- Faire figurer dans le dossier médical les expositions de toute nature auxquelles « *le travailleur a été soumis* », c'est-à-dire non seulement celles auxquelles il est soumis

mais, en reconstituant le *curriculum laboris*, celles auxquelles le travailleur a auparavant été soumis (L.4624-2).

- Lors de la visite d'embauchage « *informer le salarié sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire* » (R.4624-11) et lors de la visite périodique « *informer (le salarié) sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire* » (R.4624-16)(14).

Sa responsabilité est donc engagée dans cette traçabilité individuelle et collective. Cela est parfaitement en harmonie avec les obligations de signalement individuel de risque au patient qu'impose le Code de la santé publique (L.1111-2). De même, conseiller de la communauté de travail, il est approprié qu'il signale les risques collectifs.

Toutefois cela soulève trois questions de fond : de quel risque s'agit-il ? De quel point de vue le médecin du travail signale-t-il le risque ? A-t-il les moyens de ce signalement ?

- Les risques considérés par un médecin du travail ne sauraient se limiter aux risques d'atteinte à la santé puisque le médecin du travail est chargé d'éviter toute altération de la santé. De même ce sont les risques qu'encourent les salariés du fait de leur travail ce qui désigne le travail réel qu'ils effectuent et non le travail tel qu'il leur est prescrit que le médecin doit considérer.
- Le seul point de vue qui soit légitime pour le médecin du travail est l'intérêt de la santé et de la sécurité du travailleur. Ces trois considérations sont fondatrices d'une nouvelle clinique médicale : la clinique médicale du travail qui diffère notablement de la clinique médicale du soin.

Les moyens de cette mission et du déploiement de cette clinique sont-ils assurés par cette nouvelle réglementation ? Le paradoxe est que parallèlement à ces nouvelles exigences les moyens des missions sont en perte de vue.

Par exemple :

- La surveillance médicale renforcée des travailleurs exposés à certains risques est vidée de sa substance (R.4624-18). Ainsi il n'est plus possible d'ajouter des risques à surveiller, par accord d'entreprise, ainsi ne sont

.....

14- Commentaires des décrets par le CNOM, 14 mars 2012 : l'article R.4624-16 expose que le médecin du travail au cours de la visite périodique **informe le salarié sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et le suivi nécessaire**. Le Conseil national de l'ordre des médecins avait demandé que soit rappelée l'obligation pour l'employeur d'informer également et préalablement le salarié de ces expositions. Cette demande n'a pas été retenue.

Cette suppression ne résout en rien le problème du manque de médecin du travail et introduit des disparités dans la prise en charge des salariés entre services et entre régions, puisque les effectifs pris en charge par le médecin du travail pourront varier du simple au double voire au triple.

À la différence de tous les autres médecins salariés, le médecin du travail seront les seuls à qui leur employeur pourra imposer des effectifs à prendre en charge. La réglementation prévoit (article D.4622-48) que l'agrément du service fixe l'effectif maximal de salariés suivis par le médecin du travail ou dans les services de santé interentreprises par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

On a beaucoup de mal à voir, compte-tenu des précédents en matière d'agrément des services, une garantie dans cette dernière notion bien floue.

plus surveillés, parmi d'autres, les salariés soumis au risque chimique à moins que les agents chimiques concernés relèvent des catégories 1 et 2 des CMR. De plus (R.4624-19) la périodicité des visites liées à une surveillance médicale renforcée passe de 12 mois à 24 mois.

➤ Les visites périodiques... n'ont plus de périodicité, la limite de 24 mois étant repoussée *ad libitum* sur la déclaration du SST lors de l'agrément du service si sont mis en place des « *entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles, et, lorsqu'elles existent, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes* » (R.4624-16)(15).

La visite de préreprise est dénaturée et sert à raccourcir les délais entre la constatation d'une inaptitude d'un salarié malade et son licenciement(16).

Ainsi le médecin est dépossédé à double titre de son activité clinique : par espacement de la périodicité des visites et par la substitution d'une part de son activité par d'autres professionnels dans un cadre artificiel de collaboration (entretien infirmier pour les visites, IPRP et ASST pour l'action en milieu de travail).

Cet espacement volontaire de l'activité clinique se confirme en matière de visites de reprise de travail. Avant la visite de reprise était obligatoire à partir de huit jours en cas d'accident du travail et de vingt et un jours en cas de maladie. À partir de juillet 2012, les visites de reprise quelle qu'en soit la cause auront lieu au-delà de 30 jours d'arrêt.

Cet espacement mettra le médecin du travail en difficulté pour construire une évaluation personnalisée et collective du risque dont la source est principalement liée aux rencontres cliniques qui permettent au médecin de construire une image opératoire en croisant individuel et collectif ainsi qu'à l'action en milieu de travail.

Le lien santé-travail ne pourra plus être identifié dans de bonnes conditions. Ne pas laisser la maîtrise de l'approche clinique et de l'action en milieu de travail au médecin aura un effet semblable à la sous-traitance, facteur d'appauvrissement de la maîtrise du processus de travail, pour les salariés d'une entreprise utilisatrice.

La difficulté deviendra impossibilité en matière de facteurs de risque psychosociaux pour lesquels l'activité clinique doit être suivie pour permettre le déploiement d'une clinique compréhensive.

Soit cette réglementation ignore de quoi est fait l'exercice de la médecine du travail et ce qui conditionne sa réussite en

.....

15- Commentaires des décrets par le CNOM, 114 mars 2012 : les médecins du travail pourront être soumis à toutes sortes de pression, en particulier de rentabilité, pour examiner des patients dans des conditions contraires à leur déontologie et notamment aux impératifs de qualité et de sécurité imposés par l'article 71 du code de déontologie médicale. Il conviendra d'être très vigilant sur les contrats proposés aux médecins et en particulier sur les clauses de rendement antidéontologique qui pourront comporter et exiger que la liste des entreprises avec les effectifs citée à l'article R 4623-10 soit annexée au contrat de travail.

16- On se rapprochera du communiqué très explicite de SLMT sur cette disposition pour en peser toute la perversité.

matière de prévention médicale primaire et cela est grave, soit elle apporte son soutien à la partie des employeurs qui veut démedicaliser la prévention et fuir ses responsabilités en matière d'obligation de sécurité de résultat et c'est encore plus grave. Il serait sain que les rédacteurs du texte soient comptables de son échec annoncé.

Le médecin du travail, du fait de sa position de « sachant » et de sa responsabilité personnelle en matière d'exercice, devient ainsi un parfait fusible pour l'employeur. Celui-ci aura toute latitude de se décharger de sa responsabilité sur le médecin du travail, « ce pelé ce galeux dont vient tout le mal ».

UNE ADMINISTRATION COMPLICE

« C'EST À SES ŒUVRES QU'ONT RECONNAIT L'ARTISAN »

L'intervention de l'État dans le Contrat pluriannuel d'objectif et de moyens organisé autour de la sécurité sociale et des agences régionales de santé donne le ton (L.4622-10).

La médecine du travail est sommée de se plier à des impératifs de santé qui nient la spécificité de la santé au travail et son importance en matière de santé publique(17).

La description du contenu du Contrat d'objectif (D.4622-45), dans le plus pur style managérial libéral, constitue un catalogue des injonctions faites au médecin du travail au mépris de son indépendance professionnelle. Quelle marge de manœuvre conservera en effet le praticien confronté à ces injonctions de résultat ?

C'est la logique économique qui s'appliquera dorénavant à une prévention qui assure un droit fondamental.

La subordination à la sécurité sociale est ainsi une fausse bonne idée : bonne si on considère le poids respectif des représentants des employeurs et des travailleurs, négative dans la mesure où ce lien introduirait une logique assurantielle qui détruirait irrémédiablement la nature préventive de la médecine du travail et risquerait de déboucher sur une sélection médicale de la main d'œuvre.

C'est sans doute cet écueil qu'avait voulu éviter les fondateurs de l'une et de l'autre en 1946 et qui a été ignoré.

Le contrat du SSTIE participe de l'agrément du contrôle administratif. Alors que, dans la réglementation en vigueur,

.....

17- En France, un ouvrier de 35 ans a 7 années d'espérance de vie de moins qu'un cadre supérieur. Il a 10 années de vie sans incapacité en moins, par rapport à un cadre supérieur. Chaque année 300 000 nouveaux cancers surviennent en France. 30 000 sont liés à une ou plusieurs expositions professionnelles. Seuls 1 000 sont déclarés comme maladies professionnelles. 31% des ouvriers qualifiés sont exposés à des substances cancérigènes contre 3,5% de cadres. Statistiquement un ouvrier a 3 fois plus de risques de mourir d'un cancer qu'un cadre supérieur, 3 fois plus de risque également de mourir de mort violente (y compris de suicide). Si la part du travail dans la survenue des maladies cardiovasculaires est respectivement de 4% chez les ouvriers et de 5% chez les cadres supérieurs, un ouvrier a statistiquement près de 3 fois plus de risque de mourir d'une maladie cardiovasculaire. Ces inégalités se perpétuent de génération en génération : 29 % des individus dont le père est dirigeant ou de profession intellectuelle déclarent avoir un mauvais état de santé, alors que cette proportion atteint 44 % chez les descendants d'ouvriers et employés non qualifiés.

l'agrément était réputé refusé dès lors que quatre mois s'étaient écoulés sans que la DIRECCTE ne réponde, à partir de juillet 2012 (R.4622-52), c'est l'inverse qui s'applique : abstention de réponse vaut avis favorable ! Autant dire que considérant les moyens dont dispose l'inspection médicale du travail qui instruit le dossier, il suffira à un service de déposer un agrément pour l'obtenir.

Dans ces conditions, un simple déclaratif suffira pour espacer les visites périodiques (voir plus haut).

La nouvelle réglementation consacre la rupture, voulue par certains employeurs, du positionnement exclusif du médecin du travail du côté de la prévention de toute altération (prévention primaire) de la santé du travailleur.

Les missions des SST d'aide à la gestion de la santé et de la sécurité des employeurs (voir plus haut) s'étendra, de fait, aux médecins du travail, directement ou par l'ambiguïté de positionnement des IPRP. Ainsi l'article R.4624-11 prescrit que lors de la visite d'embauche, « *l'examen médical a pour finalité (...) de sensibiliser le salarié sur les moyens de prévention mis en œuvre* ». Ainsi dans son rôle d'alerte sur les risques (L.4624-3), le médecin « propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à préserver (la santé) ».

On pourrait interpréter ces injonctions comme le désir par le législateur de faire bénéficier l'entreprise de conseils de prévention médicale primaire délivrés par un spécialiste indépendant, hélas, un élément réglementaire signe le mobile : **la disparition de l'ancien article R.4623-15.**

En effet, cet article disposait : « *le médecin du travail agit dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des salariés dont il assure la surveillance médicale. Son indépendance est garantie dans l'ensemble de (ses) missions* »

Le législateur a donc fait disparaître le seul article qui, à la fois, positionnait le médecin exclusivement du côté de la santé et de la sécurité des travailleurs et garantissait son indépendance.

RÉSUMONS

- La médecine du travail souffre d'une pénurie organisée de praticiens.
- Le contrôle administratif est devenu moins rigoureux et on y a adjoint des objectifs de nature économique et assurantielle et un contrôle des moyens prescrits sans vérification des moyens réels.
- Les SST ont des missions à la fois de prévention primaire et de gestion des risques que les médecins assurent, soit directement, soit comme manager d'une équipe pluridisciplinaire dans le cadre d'une obligation de résultat et d'une pénurie de moyens appropriés.
- La distinction entre équipe médicale et équipe pluridisciplinaire n'est pas tracée.
- Les règles du Code de la santé publique sont rendues incompatibles avec celles qu'impose la nouvelle législation du travail.
- La clinique médicale du travail et le lien santé travail sont devenus impossibles à élaborer du fait de l'espace des visites cliniques et de la substitution d'autres professionnels dans ce cadre et pour l'activité en milieu de travail.
- Le positionnement exclusif de la médecine du travail et ses garanties d'indépendance ont disparu.
- Le projet social de 1946 de protéger la santé des salariés au travail par une prévention médicale primaire a été annihilé. Cela complète la destruction en cours de la sécurité sociale et du régime des retraites par les ultras libéraux.

Si ces dispositions n'étaient pas amendées il ne faudrait pas beaucoup de temps pour que se mette en place une médecine d'entreprise de sélection médicale de la main d'œuvre à l'embauche et d'élimination des moins « employables ». Le maintien de la notion d'aptitude et l'utilisation de l'inaptitude dans une acception sécuritaire telle qu'elle se profile pour les « addictions » deviendrait légale.

Ainsi serait atteint l'objectif centenaire du patronat : rendre le risque invisible, en s'appuyant sur des médecins circonvenus afin d'échapper à ses responsabilités tout en minimisant les coûts de la prévention.

Ce Cahier n°26 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°27 (à paraître courant 2013)
- 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

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)
- N°25 Prise en charge du salarié en souffrance professionnelle (juin 2011)

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>

ASSOCIATION SMT - LE BILAN 2011 -

RÉUNIONS TENUES

- Journée de Printemps le 20 mars 2011
 - ♦ *L'indépendance du médecin du travail: Comment la faire respecter ? Champs d'intervention, stratégies, limites.*
 - ♦ *Prise en charge du salarié isolé en souffrance professionnelle : Intervenir sans le mettre en danger, et en respectant le secret médical. Quelles règles de métiers.*
- 32^e Congrès annuel les 10 et 11 décembre 2011 (Paris)
 - ♦ *La Réforme des Services de Santé au travail et stratégie pour l'avenir face à la nouvelle loi*
 - ♦ *Le fonctionnement de l'équipe médicale de médecine du travail relevant du Code de la santé (médecin du travail, infirmière du travail et assistant du médecin du travail)*
 - ♦ *La contribution du médecin du travail à l'identification des expositions professionnelles ; quelle traçabilité liée à la responsabilité du médecin du 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
- Nous avons participé le 10 février 2011 au meeting unitaire « *Pour sauver la médecine du travail* » à l'appel du : PS, PCF, VERTS, PG, NPA, LO, FASE, GU, SMTIEG-CGT, SOLIDAIRES, FSU, UFAL, SNPST, ASS.SMT, ATTAC, COPERNIC...
- Considérant le caractère destructeur pour la clinique médicale du travail des décrets sur la médecine du travail de janvier 2012, nous avons engagé un recours en annulation au Conseil d'État de ces décrets avec les organisations suivantes : SOLIDAIRES, SNPST, SMTIEG-CGT et le soutien du Collectif des médecins du travail CGT.

PUBLICATIONS

- Le *Cahier S.M.T. N°25* a été tiré à 1 300 exemplaires, en juin 2011
- Communication : le site web a-smt.org, régulièrement consulté.

DÉCISIONS D'ORGANISATION

Il a été procédé le 11 décembre 2011 à l'élection du Bureau et du Conseil d'administration.

- Président* : Dominique HUEZ (37)
Vice-président(e)s : Alain CARRÉ (75) – Josiane CRÉMON (38) – Florence JÉGOU (49) – Annie DEVEAUX (42) – Jocelyne MACHEFER (49) – Nicolas SANDRET (75) – Jean-Louis ZYLBERBERG (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) ; Martine BESNARD (38) ; Marie-Andrée CADIOT (69) ; Benoît DE LABRUSSE (84) ; Jean-Marie EBER (67) ; Claude GARCIA (94) ; Alain GROSSETÊTE (69) ; Michel GUILLAUMOT (52) ; Hervé LE SCAO (92) ; Claire LALLEMAND (37) ; Gérard LUCAS (44) ; Martine GONDRAAN (92) ; Brigitte PANGAUD (75) ; Michèle PRÉVOST (79) ; Odile RIQUET (69) ; Gilles SEITZ (75) ; Martine TAVERNIER (06) ; Claire THOMASSIN (94)

ORIENTATIONS 2012

- Journée de Printemps 24 mars 2012
- Publication du *Cahier S.M.T. N°26*, en juin 2012, une diffusion est prévue au Congrès national de santé au travail de Clermont -Ferrand

33^e CONGRÈS ANNUEL LES 1^{er} ET 2 DÉCEMBRE 2012 À PARIS

(Enclos Rey, 57 rue Violet 75015 Paris)

- ♦ *Le médecin du travail et l'équipe médicale du travail dans la commission médico-technique*
- ♦ *Le médecin du travail dans le parcours de soin*
- ♦ *L'alerte médicale collective du médecin du travail.*

(Voir page 66 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 2012
- Je suis adhérent à l'association et je règle ma cotisation 2012

Ci-joint un chèque bancaire ou postal de 95 €, à l'ordre de Association Santé et Médecine du Travail

Nom : Adresse :

Prénom :

Courriel :