

MÉDECIN DU TRAVAIL

UN MÉTIER D'ENGAGEMENT

UN MÉTIER DE COOPÉRATION

Bernadette BERNERON

C'est Dominique Huez qui m'a sollicitée en tant que « médecin du travail senior » pour rédiger ma « biographie professionnelle » dans le but de laisser des traces et donner à voir ma pratique professionnelle dans un petit service de santé au travail pendant près de quarante ans. Ce métier qui n'a pas l'aura d'autres disciplines médicales a été un métier d'engagement et de passion qui a suscité chez moi de nombreux questionnements qui m'ont conduite à transformer une pratique de médecin du travail ignorante sur les questions de la santé au travail et formatée durant les études en une pratique de clinicien de santé au travail.

En effet à mes débuts j'étais « *le médecin fréquemment tiraillé entre deux types d'exigence contradictoire, celle liée à l'individu et celle liée à la société* » comme le conclut Nicolas Dodier, sociologue qui a mené début des années quatre vingt-dix une enquête ethnographique sur la médecine du travail et que j'ai rencontré dans ce cadre-là en donnant à voir ma pratique professionnelle, mes hésitations notamment lors d'une visite de reprise d'une salariée dont l'enjeu était la prise de décision d'une inaptitude.

Aujourd'hui, je suis fière d'avoir pu pratiquer un métier qui avait du sens et d'avoir pu contribuer à la construction de règles d'un métier « de lanceur d'alerte individuelle et collective au cœur du travail » ce que je dois à la richesse de mes échanges avec les médecins de mon petit service de médecine du travail

notamment Martine et Florence, avec Catherine, le médecin inspecteur de la région, avec les médecins du travail de ma région Dominique, Fabienne, Brigitte, Chantal... et les médecins de l'a-SMT Odile, Annie..., praticiens tous engagés dans leurs missions au service de la santé au travail, pairs qui m'ont tous soutenue dans des moments difficiles.

MES PREMIERS PAS DE MÉDECIN DU TRAVAIL

Diplômée du CES de médecine du travail en 1981, j'ai été recrutée en CDI début janvier 1982 dans un petit service de santé au travail interentreprises de la région Centre dans lequel j'ai exercé pendant vingt-huit ans, service que j'ai quitté avec regret suite à sa fermeture imposée par la Direction régionale du travail.

Je peux dire que je ne connaissais rien au métier de médecin du travail à mes débuts, jeune médecin sortant de formation, ayant fait mon stage et des remplacements dans ce service puis embauchée pour étoffer l'équipe plus âgée de deux médecins du travail à temps plein et un médecin du travail à temps partiel. On ne parlait pas à cette époque de construction de coopération avec les secrétaires et de travail entre pairs. J'ai comme beaucoup de médecins du travail été confrontée aux visites cadencées à un quart d'heure, les convocations étant établies par la secrétaire la plus ancienne, 25 visites programmées par jour avec quelques absences heureusement ! Il faut dire que le directeur du

service, ex-directeur d'hôpital comptait les effectifs de salariés en nombre de lits ! Les médecins du travail réalisaient quelques visites de reprise mais essentiellement des visites d'embauche et des visites périodiques annuelles ou à six mois pour les salariés exposés à des risques, quasi-exclusivement pour les salariés travaillant en 3x8h ou/et exposés au plomb, le risque chimique étant peu pris en compte dans le service. Nous avions un bureau médical que les anciens gardaient dans la pénombre pour ne pas désaccoutumer leurs yeux à l'obscurité nécessaire pour effectuer les radioscopie pulmonaires dans la salle dédiée dont la porte ouvrait sur le cabinet. Je n'ai pas eu à pratiquer ces radioscopie pulmonaires, vestige du dépistage systématique de la tuberculose et heureusement, vu mon faible niveau de compétence dans ce domaine, en raison de l'interdiction en 1979 d'utiliser ce matériel, appliquée dans le service en 1982. Je n'ai pas oublié les deux cabines de déshabillage, non insonorisées, m'obligeant pour le respect de la confidentialité à demander aux salariés de parler moins fort (compliqué à obtenir avec des salariés ayant déjà des déficiences auditives), cabines dans lesquelles les salariés étaient envoyés dès leur arrivée avec ordre donné par les secrétaires, pour ne pas casser la cadence des visites, d'attendre en sous-vêtements que le médecin ouvre la porte. Il m'a fallu plusieurs mois et le départ d'un des médecins avec l'arrivée de jeunes collègues pour bousculer une organisation peu respectueuse des salariés. Il y avait à cette époque peu d'échanges entre consœurs sur la pratique des consultations, pas de temps de réunion de médecins ; la connaissance des risques dans les entreprises était faible, le tiers-temps, temps défini pour des actions en milieu de travail n'était pas respecté et pas toujours revendiqué excepté dans les entreprises ayant une infirmière et dans celles de plus de 50 salariés où le médecin assistait au CHS (Comité d'Hygiène et de Sécurité), peu nombreuses dans mon secteur d'activité de petites entreprises. Quand on est inexpérimentée, la pratique des réunions de CHS peut être difficile. Ma première intervention du point de vue exclusif de la santé au travail dans une réunion de CHS s'est soldée par un « sermon » de l'employeur, me taçant pour avoir pris la parole pour soutenir les membres du CHS dans leur demande d'aménagement des horaires de travail en 3x8. Il va sans dire qu'il m'a fallu des mois, voire des années pour apprendre à connaître les entreprises de mon secteur et pas toutes bien sûr, surtout les très nombreuses petites entreprises dont j'avais la charge, dans un rayon de 30 à 50 km. J'ai dû rédiger ma première fiche d'entreprise, sur le modèle à notre disposition, une feuille cartonnée recto-verso, de couleur grise plus d'un an après mon arrivée et pour une en-

treprise de plus de 50 salariés. Les dossiers médicaux des salariés ne contenaient souvent pour toute notion d'exposition que l'intitulé du poste de travail et les horaires de travail, parfois l'exposition au bruit mais rarement l'exposition aux risques chimiques, l'examen médical standard et le compte rendu de la radioscopie pulmonaire.

Au départ de ma collègue la plus ancienne, un an après mon arrivée j'ai « hérité » de trois entreprises de plus de 200 salariés ayant une infirmière d'entreprise. J'ai alors découvert une autre pratique et ce fut une chance pour moi de pouvoir travailler rapidement en confiance avec deux des infirmières du travail.

TRAVAILLER EN COOPÉRATION ENTRE MÉDECINS DU TRAVAIL DU SSTIE (SERVICE SANTÉ TRAVAIL INTERENTREPRISES)

Coopérer : « Construire des liens entre des agents en vue de réaliser volontairement une œuvre commune ».

L'arrivée de Martine puis Florence, deux collègues fraîchement diplômées, a dynamisé ma pratique professionnelle. La résistance de trois médecins du travail puis de six médecins quelques années plus tard face aux pratiques anciennes des consœurs et face au « pouvoir » de la secrétaire la plus ancienne qui avait participé à la création du service, a généré quelques tensions mais a permis de faire évoluer le fonctionnement du service en laissant plus d'autonomie aux médecins du travail, même si ce qui comptait pour la direction c'était le nombre de visites réalisées qui justifiait pour les employeurs le paiement de leurs cotisations. L'équipe de médecins a dû batailler pour obtenir une réduction du nombre des visites par jour, avoir du temps de tiers temps, un temps de réunion, pour pouvoir participer aux formations régionales et nationales. Les réunions de médecins permettaient de discuter du fonctionnement du service ce qui pouvait donner lieu à la rédaction d'un courrier signé par le collectif de médecins (il fallait parfois deux heures pour le rédiger), d'avoir de vraies disputes professionnelles sur le suivi des salariés et d'échanger sur des cas cliniques qui posaient problème aux médecins. Ce furent les balbutiements du travail entre pairs. Il fallait bien sûr accepter lors de la présentation des rapports annuels des médecins au conseil d'administration du service, le classement des médecins en fonction de leur performance en nombre de visites réalisées dans l'année ce qui mettait en fin de peloton les médecins ayant une partie de leur activité dans des entreprises de plus de 200 salariés où le tiers temps était mieux respecté au détriment du temps consacré aux visites. Pendant des années, il y a

eu un vrai collectif de médecins unis dans l'adversité ce dont je peux témoigner dans au moins deux situations :

♦ **La demande d'un employeur de changer de médecin du travail :** *En 1998 le patron d'une entreprise de 50 salariés dans laquelle j'avais rédigé quatre certificats de maladie professionnelle et fait une alerte sur la maltraitance dont étaient victimes les salariées avec copie au médecin inspecteur et à l'inspecteur du travail notifie par courrier au président du service son refus de travailler avec moi. Mon refus d'obtempérer, argumenté devant le conseil d'administration du service et le courrier signé par mes cinq collègues attestant qu'aucun ne prendrait en charge l'entreprise ont fini par convaincre le conseil d'administration de ne pas me retirer l'entreprise. Il faut dire que peu de temps après, j'ai été convoquée à la gendarmerie à la demande de trois salariées de cette entreprise ayant porté plainte pour maltraitance et propos injurieux de l'employeur et que l'accès aux locaux de l'entreprise m'a été interdit à deux reprises par l'employeur !*

♦ **Une plainte pour anti-confraternité :** *Un confrère retraité, recruté pour faire les visites médicales en retard porte plainte contre moi au Conseil de l'Ordre pour anti-confraternité car j'ai osé dire au directeur que je trouvais humiliant pour les médecins du travail de rémunérer un confrère en indemnités de déplacement, argument fallacieux utilisé par l'employeur pour justifier son refus de lui signer un CDI alors qu'il y avait de vraies raisons professionnelles. Mes collègues se sont associés à ma plainte et ont exigé que le directeur paie les frais d'avocat et tous sont venus m'assister à l'audience de la chambre disciplinaire.*

Suite à la fermeture en 2009 du service de santé au travail dont j'ai été le médecin coordinateur pendant plus de vingt ans, j'ai intégré le SST du département voisin où j'ai volontairement choisi de travailler dans un centre annexe où nous étions quatre médecins du travail puis trois puis deux en 2017 pour un effectif de plus de 10 000 salariés. Je n'y ai pas retrouvé de réel collectif de travail malgré nos tentatives de construction d'un groupe de pairs à quatre médecins. Lorsque j'ai été « invitée » sur ma demande à la commission de contrôle du service pour m'expliquer sur la demande écrite de changer de médecin, portée par la voix du représentant des employeurs du transport PL du département, j'ai dû faire face seule malgré la présence de collègues sans doute repliés dans des processus défensifs aux propos agressifs de cet employeur me traitant de « médecin rouge », et m'accusant de volontairement mettre en difficulté les entreprises de transport en rédigeant des cer-

tificats de maladie professionnelle et en émettant des avis de restriction d'aptitude. J'ai sans doute été convaincante puisque le président du SST a tranché pour que je conserve le suivi de ces entreprises.

Dans ce service cela a été une autre expérience avec la construction d'un travail en coopération avec Sandrine, l'infirmière en santé au travail et Anna, la secrétaire même s'il a fallu batailler pour « imposer » les missions de l'infirmière et sa place en grande proximité avec le médecin ce qui n'enlève rien à la place de la secrétaire : difficile équilibre parfois !

TRAVAILLER EN COOPÉRATION AVEC LES INFIRMIÈRES

La coopération infirmière en santé et travail et médecin du travail nécessite une confiance réciproque entre infirmière et médecin, du médecin envers le travail de l'infirmière et de l'infirmière dans la capacité de responsabilité du médecin, confiance qui ne se décrète pas mais se construit. Cette coopération nécessite aussi un espace de discussion (temps de parole et d'écoute) ce qui facilite la compréhension des relations santé travail.

J'ai travaillé pendant plus de trente-cinq ans en coopération avec les infirmières de sept entreprises de plus de 200 salariés, infirmières avec lesquelles nous avons construit des règles de travail et j'ai travaillé dix ans avec une infirmière dans le service de santé au travail.

COOPÉRATION AVEC LES IST (INFIRMIÈRES EN SANTÉ ET TRAVAIL) DANS LE SSTIE

Alors que les deux premières infirmières ont été recrutées en 2008 dans le service de santé au travail avec des missions limitées à la pré-visite, à la réalisation des examens complémentaires, aux conseils en matière d'hygiène et de santé individuelle puis à l'adressage systématique du salarié au médecin du travail qui rédige la rituelle fiche d'aptitude, c'est en 2010 que j'ai participé avec des médecins de mon service et les deux infirmières à la mise en place de l'extension de leurs missions dans le SSTIE. Cela a fait l'objet de nombreux débats et a demandé beaucoup d'énergie au cours de réunions parfois tendues avec la direction pour obtenir qu'elles puissent bénéficier rapidement d'une formation théorique diplômante et d'un compagnonnage pour exercer ce nouveau métier, pour convenir du temps nécessaire à la réalisation d'un ESTI (entretien santé travail infirmier) et du temps nécessaire pour les actions en milieu de travail (AMT) puis pour rédiger les protocoles. J'ai toujours été convaincue que l'IST avait sa place dans les missions du médecin du travail.

L'infirmière pour assumer ses nouvelles missions doit avoir un temps d'apprentissage en compagnonnage et ainsi assister aux consultations du médecin du travail, aux consultations d'une IST déjà formée pour pouvoir rédiger une synthèse de ces visites et réaliser des ESTI en présence de ses formateurs. Il s'agit d'un travail de compréhension et d'analyse du travail du point de vue de ce qui compte pour le salarié et de ce qui fait difficulté et retentit sur santé dans le but de faire un lien santé/travail et aboutir à l'élaboration d'un diagnostic infirmier. L'infirmière contribue ainsi par le suivi périodique santé/travail d'une population de salariés attribués par le médecin du travail au recueil de données cliniques et épidémiologiques, assure un traçage des risques professionnels et participe par ce travail à l'alerte et à la veille sanitaire permettant au médecin du travail de déployer des actions collectives. L'IDEST doit tracer dans le dossier médical le contenu de l'ESTI qui a fait l'objet d'un protocole qui est visible pour le médecin comme l'est l'écrit du médecin du travail.

Il n'en reste pas moins que les infirmières ne peuvent pas être un palliatif à la baisse du nombre de médecins du travail. Elles n'ont pas pour mission de le remplacer. La complémentarité des compétences de l'IST et du médecin du travail facilite un travail en coopération mais nécessite de travailler en confiance. J'ai eu la chance de pouvoir travailler en confiance avec Sandrine qui m'a donné à voir sa pratique tout comme je lui ai donné à voir ma pratique et elle est donc devenue une aide et un soutien précieux pour exercer au mieux nos missions. Notre équipe médicale a assuré le suivi d'un effectif de 5 000 salariés et pendant plusieurs mois le suivi d'un effectif de 10 000 salariés. Ces quelques mois furent difficiles mais il m'en reste le souvenir d'une belle expérience d'entraide et de solidarité entre secrétaires, infirmière, IPRP (intervenant prévention risque professionnel) ergonomiste et chimiste dédié au secteur) et médecin du travail pour répondre au mieux aux demandes des salariés et des employeurs.

Au fil des années les demandes de consultation se sont modifiées, les visites de pré reprise, de reprise et les problèmes d'aptitude mobilisant de plus en plus le médecin du travail. De plus la durée déjà longue d'un entretien clinique investiguant le travail et la santé a été polluée - par toutes les procédures à respecter dans le cadre des préconisations de restriction, d'aménagement du poste, d'inaptitude au poste (courriers, courriels, appels téléphoniques, tous les échanges devant être tracés) - par une saisie informatique dans le Dossier Médical Santé Travail chronophage et inexploitable et par la sollicitation de nombreux intervenants pour mener à bien le maintien dans l'emploi.

Avec le nouveau logiciel, la secrétaire n'a plus réalisé de pré-visite des salariés installés devant une tablette, répondant à un questionnaire sur leur santé et leur travail et faisant eux-mêmes leurs examens complémentaires (test auditif et visuel, pesée) et le médecin du travail a perdu des informations essentielles que lui transmettait la secrétaire qui avait eu un temps d'échange, voire de confidences du salarié ce qui pouvait éclairer l'entretien médical.

Pour faire face au nombre croissant de demandes de visites complexes et à la pénurie de médecins (en fin de carrière plus de 50 % des visites réalisées par le médecin étaient des visites de pré reprise et reprise complexes, chronophages de salariés souvent précarisés dans des entreprises aux conditions de travail délétères), il a fallu anticiper ce que le législateur a mis en place ultérieurement. L'IST réalisait les visites d'embauche « des salariés non à risque », les visites périodiques pour tous ce qui permettait de repérer les facteurs de risques organisationnels (à l'origine des TMS, des risques psychosociaux) et des risques environnementaux, une vraie veille médicale afin d'obtenir une vision globale de la santé des collectifs de travail, mise à mal par l'espacement des visites à cinq ans des salariés « sans risque ». Sandrine a alors commencé à recevoir à ma demande les salariés nécessitant un suivi dans le cadre d'un aménagement de poste ou d'un suivi pour une santé malmenée par le travail ainsi que les salariés en arrêt de travail pour une visite de pré-pré reprise pour des dossiers complexes. S'y sont ajoutées d'autres missions telles que la préparation des dossiers de suivi post-professionnel, des dossiers de renouvellement de RQTH, activité chronophage en augmentation constante chaque année, la participation aux enquêtes et études auxquelles j'ai participées (QMCP, SUMER, EVREST). Elle a mené des actions de sensibilisation des salariés en contrat-vacances et a réalisé les Fiches d'Entreprise essentiellement pour les entreprises de moins de 100 salariés, des études de postes et surtout elle m'a accompagnée dans les entreprises dans lesquelles je risquais de me faire déstabiliser, ayant parfois du mal à garder la maîtrise de mes propos.

Ces temps d'échange que sont les **staffs infirmière médecin** programmés une demi-journée par semaine n'ont pas fréquemment été utilisés en temps de staff pour faire le point sur les ESTI. Notre binôme travaillant en confiance, les échanges se sont faits le plus souvent à chaud (par courriel, par téléphone ou de vive voix, sur le trajet de retour du travail), les dossiers staffés ne représentant que 5 % des entretiens infirmiers, le médecin staffant aussi des dossiers à l'IST pour lui deman-

der d'assurer le suivi à brève échéance de certains salariés qu'elle n'avait pas le temps de revoir mais qu'il était nécessaire de revoir, ces entretiens étant programmés lors de ma présence au centre en même temps que l'infirmière. Les staffs ont souvent été utilisés en temps staff-AMT pour des visites d'entreprises, des rédactions en commun, des études de poste.

Il a donc fallu de la persévérance pour résister pendant les dernières années à la pression du chiffre et pouvoir faire ce qui est central dans ce métier et qui est dénié par certains employeurs : attester du lien santé/travail.

COOPÉRATION DU MÉDECIN DU TRAVAIL DE SSTIE AVEC LES INFIRMIÈRES D'ENTREPRISE

Être médecin du travail interentreprises à temps plein, seule face à environ 3 500 salariés et plus de 150 entreprises n'est pas simple mais avoir la surveillance d'entreprises de plus de 200 salariés ayant une infirmière d'entreprise fait passer le médecin du travail dans une autre dimension de son activité. Le médecin passe plus de temps dans l'entreprise, l'infirmière est un relai important pour le médecin qui peut accéder plus rapidement à la compréhension du fonctionnement de l'entreprise. L'entreprise a des partenaires sociaux, membres du CHSCT notamment souvent plus informés et plus engagés dans la défense des conditions du travail qui peuvent être les alliés du médecin du travail. On y rencontre plus souvent les préventeurs, le préventeur de la CARSAT, l'inspecteur du travail avec qui j'ai créé des liens professionnels forts notamment au cours des dix dernières années d'activité.

Dès 1983, en charge de deux entreprises de plus de 200 salariés, j'ai découvert le travail en équipe et rapidement en confiance avec deux infirmières du travail. Ginette était infirmière dans une entreprise d'équipementier automobile depuis douze ans, infirmière expérimentée qui avait une bonne connaissance de l'entreprise dans laquelle elle circulait librement et les salariés qui lui confiaient souvent leurs soucis personnels de santé et familiaux, salariés dont elle connaissait les postes de travail. Elle était en charge des soins d'urgence, des petits bobos, de la gestion administrative des accidents du travail. Elle tenait le registre d'infirmierie, formait les secouristes, orientait les salariés vers leur médecin si nécessaire, négociait des aménagements temporaires de poste avec les « petits chefs ». *Il m'a fallu les connaissances de l'infirmière pour intégrer la notion de « boni individuel », les salariés en poste individuel percevant une prime proportionnelle au nombre de pièces fabriquées au-dessus du quota exigé par l'entreprise, « boni » qui ne générait pas ou peu de troubles musculo-squelettiques, les salariés gardant pen-*

dant quelques années encore des marges de manœuvre avec leur stock de pièces produites remises en circulation lors d'un épisode de fatigue... Il n'était plus question de se « laisser promener » par un responsable ou un employeur dans une entreprise que le médecin du travail ne connaissait pas mais d'aller voir un atelier, un poste de travail pour en faire l'étude, observer les gestes du salarié, lui poser des questions ce qui m'a donné de l'assurance pour réaliser la visite d'autres entreprises.

L'infirmière d'entreprise est le premier témoin des effets pervers des nouvelles organisations du travail, c'est elle qui alerte le médecin sur le mal être collectif, c'est elle qui organise les consultations du médecin en priorisant les visites à la demande du salarié et les visites de reprise, c'est elle qui temporise sur les urgences à orienter au médecin et c'est elle qui réalise les pré-visites. Elle ne fait pas de diagnostic médical mais quand elle reçoit un salarié qui a des douleurs articulaires, elle sait très bien faire le lien entre la pathologie et le travail surtout lorsque plusieurs salariés présentent les mêmes symptômes pour des postes similaires. Les consultations spontanées à l'infirmierie pour une surveillance de tension, un mal au ventre, une migraine peuvent être les symptômes d'un mal être au travail ou personnel. Les salariés savent qu'à l'infirmierie ils peuvent trouver un espace et un temps de parole et s'y expriment différemment qu'avec le médecin. Ces consultations se complètent avec celle du médecin.

Par contre le médecin du travail doit avoir un certain discernement dans les missions qu'il confie à l'IST et ne pas la mettre en danger dans les entreprises où le management de la direction entrave le travail de l'IST et peut même la déstabiliser. Il ne faut pas oublier que l'infirmière d'entreprise a une double subordination qui est technique avec le médecin et contractuelle avec l'employeur et qu'elle est soumise au secret professionnel (art R.226-13 du Code pénal). Le médecin du travail doit savoir lui venir en soutien dans une confiance réciproque quand l'employeur « oublie » cette obligation de confidentialité de l'infirmière.

Courrier à l'employeur et copie Madame K...

Monsieur le directeur,

J'ai été informée par Madame K..., infirmière de l'entreprise que vous l'aviez mandatée pour effectuer les alcootests notamment chez Monsieur J...

Je vous rappelle qu'une infirmière en santé au travail est soumise au secret médical et ne peut donc à la demande de l'employeur effectuer un alcootest dont elle ne pourra pas communiquer le résultat ni tirer de conclusions susceptibles d'entraîner des sanctions à l'encontre du salarié concerné par la démarche.

Je vous précise que je suis en total désaccord avec cette demande. En aucune façon le médecin du travail et l'infirmière du travail ne peuvent réaliser un alcool-test à la demande de l'employeur ou de son représentant.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire et vous prie d'agréer, monsieur le directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

D' Berneron

Si j'ai pu participer à un certain nombre d'études dans les entreprises ayant une IDEST c'est grâce à leur investissement et à une confiance partagée ou chacune connaît sa place dans l'équipe.

Exemple d'action conjointe médecin du travail-infirmière en santé et travail en entreprise

Il s'agit d'une entreprise de 700 salariés sous-traitante de l'industrie de pointe productrice de pièces en matériaux composites dont j'étais médecin du travail depuis moins de deux ans à raison d'un jour et demi par semaine. En 2010 l'équipe médicale, l'infirmière en premier, est sollicitée par la direction qui a peur d'un débrayage des salariées d'un atelier de fabrication manuelle de pièces en matériau composite, salariées fortement inquiètes suite à la survenue d'un cinquième cancer du sein dans cet atelier chez une collègue ayant comme les quatre autres salariées travaillé plus de quatorze ans dans cet atelier (ce sont des informations collectées par l'IDEST). Il a fallu dans un premier rassurer (missions de l'IDEST et du médecin), organiser des réunions avec les salariées (et répondre à leur demande de visite médicale, faire le point sur les fiches de données de sécurité(FDS), l'évaluation des risques ayant été faite mais pas à jour), contacter l'InVS (Institut de veille sanitaire) qui a décidé avec mon accord de mener une évaluation d'un excès éventuel de cas de cancers complétée ensuite par une évaluation de l'exposition des salariés à des substances chimiques. Une partie de la documentation des cancers depuis onze ans a été réalisée par l'infirmière en se renseignant auprès des collègues et des anciens et par moi (contact médecin traitant). Le travail d'observation des postes, présence de protections individuelles, collectives, description des tâches, de la variété des tissus utilisés, des pièces fabriquées, le travail à mains nues, le chauffage des tissus au sèche-cheveux pour rendre les tissus plus malléables, les postures de travail, visage près de la pièce, toutes ces observations ont été en partie réalisées et rédigées par l'infirmière avec ma relecture et mon questionnement. Deux ans plus tard, la présentation au CHSCT du rapport final par l'INVS a conclu à la présence de perturbateurs endocriniens avec exposition cutanée et respiratoire potentielle et a conduit à plusieurs re-

commandations, dont le dosage de biomarqueurs, la diminution du contact cutané avec les tissus (film, gants) et une meilleure information des salariées. L'infirmière a participé et suivi toutes ces actions, en sus de son travail quotidien.

Ce travail en coopération avec les infirmières d'entreprise m'a conduit à proposer en 2016 à une infirmière dûment formée de réaliser les ESTI pour pallier le retard important dans les visites périodiques sachant que l'infirmière ne réalisait pas des tâches relevant des ressources humaines (fonction de chargée de sécurité, fonction d'assistante RH).

Cela a nécessité une information de la CMT (commission médico technique du SST) puis la rédaction d'un protocole tripartite signé par le responsable des Ressources Humaines de l'entreprise, l'infirmière et le médecin du travail et des moyens dédiés en temps spécifique et en locaux adaptés respectant la confidentialité pour réaliser les ESTI avec une information des partenaires sociaux de l'entreprise sur la mise en place d'ESTI et des modalités encadrés par des protocoles écrits par le médecin et non le RH. L'IST réalise la traçabilité des expositions, certaines études de poste, participe à la mise à jour de la fiche d'entreprise ce qui demande une relecture et des corrections si nécessaire.

AUTRES COOPÉRATIONS AU SEIN DU SSTIE

L'équipe pluridisciplinaire (infirmière, secrétaire, IPRP, psychologue clinicienne, assistante sociale et médecin du travail) aux compétences complémentaires est indispensable dans le fonctionnement actuel des SSTIE pour une meilleure connaissance du monde du travail mais ce n'est pas parce que le législateur a entouré le médecin du travail de nombreuses compétences que celui-ci a vu diminuer sa charge de travail. J'ai veillé pendant ces dernières années à ce que chaque métier y trouve sa place en y apportant ses compétences propres, compétences visant à prévenir, alerter, témoigner et débattre dans « l'espace public de l'entreprise » des effets délétères des conditions de travail sur la santé et ainsi permettre aux employeurs de mieux répondre à leur obligation de sécurité de résultat. Utopie ?

La relecture, validation, correction de tous les documents rédigés par l'équipe pluridisciplinaire concernant mon secteur d'activité (notamment IDEST et IPRP) ont été des actions chronophages mais indispensables avant leur adressage aux employeurs car elles engagent la responsabilité du médecin du travail.

LE TRAVAIL EN RÉSEAU

LES GROUPES DE PAIRS

Fin des années 80, confrontée au fil des consultations à la présence de lombalgies et de troubles musculo squelettiques (TMS) chez des salariés soumis aux contraintes organisationnelles et à la précarisation du travail (fonderies, équipementiers automobiles, entreprises de confection...), impuissante à faire prendre en compte mon point de vue de la santé et du vieillissement des salariés je m'oriente vers une réponse ergonomique, pensant aménagement des postes de travail et améliorations des conditions de travail en faisant un DESUP d'ergonomie. Je n'y ai trouvé qu'une réponse partielle à mon inquiétude de médecin en rapport avec les pathologies d'usure physique et psychique que je rencontrais face à ces nouvelles organisations du travail qui riment avec intensification, densification, flexibilité, individualisation du travail et engagement du salarié.

SMTVL

C'est en partie grâce à la SMTVL, Société de Médecine du Travail du Val de Loire, association de formation des médecins du travail constituée de médecins du travail présidée pendant plusieurs années par Dominique Huez et dont j'étais membre depuis la fin des années quatre-vingt que j'ai découvert la psychopathologie du travail, réfléchi sur la prévention des RPS (les Risques Psycho-Sociaux des organisations du travail et des relations sociales qui s'y nouent) et participé à la construction de compétences professionnelles de médecin engagé du seul point de vue de la santé au travail. En effet cette association avait pour objectif de « favoriser la production des connaissances scientifiques en médecine du travail et en santé au travail, de contribuer à la formation et à la diffusion de travaux dans ce domaine (publication annuelle du compte rendu de la journée de formation de la SMTVL) et de promouvoir la réflexion et l'échange sur le métier de médecin du travail et sur la santé au travail en général ». C'est ainsi que la SMTVL face à la souffrance au travail engendrée par ces nouvelles organisations du travail a invité à la Journée annuelle de formation de 1987 Christophe Dejours pour traiter des apports de la psychodynamique du travail puis en 1992 Philippe Davezies. Il en est résulté une proposition de « formation-action » à partir d'une réflexion sur notre métier dont j'ai fait partie avec une trentaine de médecins du travail volontaires. Pendant un an un groupe de « Paroles et Pratiques » de différents services s'est réuni à Tours tous les mois par demi journée, réunions animées par Philippe Davezies et Danièle Le Boul ; cela a donné lieu à un rapport d'enquête sur les difficultés du métier et un débat au sein de la SMTVL.

GAPEP DE TOURS

Issu de cette formation est né en 1993 à Tours le GAPEP, « Groupes d'Accompagnement des Pratiques Professionnelles » composé d'une douzaine de médecins du travail de différents services, autonomes et interentreprises du département qui ont appris à se connaître et qui partageaient les mêmes valeurs professionnelles et se retrouvaient pour travailler collectivement et analyser leurs pratiques en groupe de pairs, avec l'appui de la psychodynamique du travail autour de la question de la souffrance au travail en se réunissant tous les deux mois hors heures de travail pendant quinze ans. Suite à l'obligation d'Évaluation des Pratiques Professionnelles en 2007 il est devenu GAPEP 07002 au sein de l'association *E-pairs*. Après une période d'apports théoriques en psychodynamique du travail, le groupe a travaillé et discuté autour de cas cliniques, de monographies présentées par les médecins qui le souhaitaient et ont fait l'objet d'un compte rendu rédigé par les volontaires. On y a investigué le lien santé/travail, dans ses dimensions individuelles et collectives, prenant le travail des personnes comme grille de lecture. Le but était du point de vue individuel d'aider le salarié à construire sa santé, du point de vue collectif de faire remonter les problèmes rencontrés et d'en tirer des règles de métier en tant que médecin du travail. Le travail coopératif de ce groupe a pris fin en 2014 mais il m'a permis d'enrichir ma pratique professionnelle, tout en renforçant le soutien social et la reconnaissance au sein de la profession.

J'ai intégré en 2015 le groupe de pratiques professionnelles de médecins du travail du SIE et d'entreprises autonomes du Loiret, supervisé par Pascale Molinier. Cela a été une autre aventure aussi enrichissante.

Ass. SMT

J'ai aussi été membre pendant plus de vingt ans de l'association Santé et Médecine du Travail (*a-SMT*) association de réflexion sur les pratiques professionnelles où chaque praticien peut exposer ses pratiques professionnelles et les mettre en discussion avec ses pairs. C'est un lieu de construction d'échanges sur les difficultés du métier face aux évolutions rapides du monde du travail, face aux nouvelles organisations, à l'installation de la précarité dans le travail et à la persistance dans de nombreuses entreprises, pas seulement les toutes petites entreprises de risques chimiques et physiques peu pris en compte. C'est ainsi qu'a émergé la clinique médicale du travail et c'est au travers de la rédaction de monographies médicales individuelles en clinique médicale du travail qui permettent d'investiguer les atteintes à la santé psychique au travail qui questionnent le rapport subjectif au travail. On donne à voir ce qu'on

écrit et on discute des pratiques entre médecins du travail de l'association partageant les mêmes règles éthiques et professionnelles.

PARTICIPATION À LA VEILLE SANITAIRE

ESTEVE

Enquête santé travail et vieillissement

La première grande enquête nationale longitudinale à laquelle j'ai participé. Cette tâche chronophage certes mais passionnante nous ouvre une autre approche des salariés tirés au sort et volontaires. Cette enquête renouvelée au bout de cinq ans a permis un travail collectif entre médecins et chercheurs sur des thèmes choisis. Elle a mis en évidence les conséquences du travail sur le vieillissement ainsi que les effets du vieillissement sur le vécu du travail.

SUMER

Enquête nationale qui dresse une cartographie des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France afin de définir des actions prioritaires de prévention et l'évolution des expositions des salariés du secteur privé aux risques professionnels sur les vingt dernières années (dernière enquête en 2017).

OBSERVATOIRE SAMOTRA-CE

« Santé Mentale Observatoire Travail Rhône-Alpes et Centre » mis en place dans les années 2000, observatoire épidémiologique des problèmes de santé mentale en lien avec l'organisation du travail. Son originalité vient du fait qu'il est couplé avec un recueil de monographies cliniques de situations de souffrances mentales ou de décompensations psychopathologiques pour travailler l'aspect qualitatif et servir de base à la construction d'une clinique médicale du travail spécifique.

PREST

Précarité santé travail

Enquête réalisée dans la Région Centre qui fait suite au constat de précarisation sociale dans les années quatre-vingt-dix, aussi bien précarisation de l'emploi, précarisation du contrat de travail, précarisation des conditions de travail et les conséquences pour la santé.

EVREST

Dispositif de veille en santé au travail, qui permet d'analyser et suivre différents aspects du travail et de la santé de salariés, au fil du temps. Il ne s'agit pas d'une enquête ponctuelle, mais d'un observatoire permanent, mis en place depuis 2008 au niveau national.

QMCP

« Quinzaine des maladies à caractère professionnel » dispositif auquel j'ai participé depuis 2009 basé sur la déclaration pendant deux quinzaines par an de toutes les maladies à caractère professionnel (MCP) qui sont définies comme toute maladie susceptible d'être d'origine professionnelle et non reconnue en maladie professionnelle par la Sécurité Sociale. Les objectifs sont de surveiller l'évolution épidémiologique des maladies à caractère professionnel, permettre d'adapter les mesures préventives, fournir des éléments pour faire évoluer les tableaux de maladie professionnelle et estimer la sous-déclaration en maladie professionnelle. J'ai eu à cœur pendant dix ans de remplir fidèlement ces déclarations avec l'aide sans faille d'Anna ma secrétaire qui remplissait le Code NAF de l'entreprise des salariés vus pendant les deux semaines d'enquête et celle de Sandrine, mon infirmière pour les salariés de mon secteur qu'elle voyait en entretien infirmier.

Ces enquêtes qui montrent une prévalence d'atteinte à la santé mentale en lien avec les nouvelles contraintes organisationnelles du travail permettent au MdT d'associer les chiffres d'atteinte psychique qu'il énonce dans les entreprises notamment au cours de la présentation de son rapport annuel d'activité et de rendre visible socialement cette souffrance au travail qui émerge dans les consultations d'une clinique de la santé du travail.

LA CPP SOUFFRANCE ET TRAVAIL

Sollicitée en 2011 par Dominique j'ai consulté à la consultation spécialisée « *Souffrance et travail* » située au sein de la CPP (Consultation de pathologie professionnelle) du CHU Bretonneau à Tours jusqu'en 2018 à raison d'un jour par mois et d'une consultation par demi journée, ces consultations complexes pouvant durer trois heures pendant lesquelles le praticien écoute, interroge, prend des notes et reformule en fin d'entretien au patient pour le valider, ce qu'il aura compris avec lui, des mécanismes pathogènes qui expliqueraient la dégradation de son état de santé au travail. Cela donne systématiquement lieu à la rédaction d'un courrier (plusieurs pages ayant demandé six à huit heures de travail de rédaction) à destination du praticien adressant (médecin du travail ou de soins) pour l'éclairer et à destination du patient dont l'objet principal est de laisser une trace du travail de compréhension de ce qui peut faire difficulté dans le travail du patient au point de l'en rendre malade afin qu'il puisse s'y référer en continuant à restaurer votre santé.

Cette consultation a été conçue aussi comme un lieu de formation par compagnonnage pour plusieurs mé-

decins du travail volontaires ayant des prérequis en psychopathologie du travail. Ainsi, deux praticiens, le consultant et le médecin en compagnonnage, investissent cliniquement ensemble, l'un y engageant sa responsabilité médicale. Tous se retrouvent pour deux journées de *staffs* semestriels permettant de discuter de cas cliniques ayant posé question aux praticiens autour de leurs monographies de clinique médicale du travail.

Depuis 2019 j'ai rejoint le réseau de prévention *Souffrance et Travail STRAP* et je consulte en région Centre.

LAISSER DES TRACES, LA PRODUCTION D'ÉCRITS

LA MONOGRAPHIE CLINIQUE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Il s'agit d'une histoire clinique écrite par le médecin du travail du point de vue de la santé au travail. Elle permet d'instruire le rôle du travail dans les décompensations mentales ou physiques et tente de repérer voire d'identifier le lien entre les deux. Elle trouve sa place dans le dossier médical papier du salarié ou dans le dossier informatisé.

♦ **Cette monographie courte montre comment l'écoute compréhensive ouvre la porte sur l'action**

Aider à raconter, c'est aider le salarié à penser ou repenser sa situation. C'est l'aider à se réapproprier la situation et l'aider à la prise de décision.

Monsieur B... conducteur de four de métal dans une fonderie est victime d'un accident du travail assez fréquent en fonderie : brûlure de la jambe par projection de métal en fusion à 1 450° C survenue lors du déversement du métal dans la poche, opération commandée par lui-même, situé en surplomb par rapport au couleur qui tient la poche de coulée avec un collègue au moyen de deux bras (forme de brancard) qui nécessite d'être proche du four lorsqu'il le bascule afin d'éviter un débordement de la poche dont le contenant est plusieurs fois inférieur à celui du four.

Il est revu en visite de reprise du travail quelques mois après son accident du travail avec une demande d'incapacité à son poste « *Docteur, je ne peux plus conduire le four, ça me brûle trop !* » L'examen révèle une cicatrice encore rouge sur le tiers inférieur de la jambe et le bord externe du pied qui reste encore sensible à la chaleur malgré le port de vêtements de protection.

Une discussion s'ensuit pour savoir ce qu'il pense pouvoir occuper comme poste dans le même secteur fusion. Il précise qu'il ne souhaite pas changer de secteur mais qu'il peut travailler au poste de couleur. Le médecin du travail a essayé de comprendre pourquoi il voulait travailler à ce poste, beaucoup moins qualifié et valorisant, et où la température est la même et le

risque de brûlure aussi élevé. Et c'est en accompagnant le salarié dans son récit que les éléments fondamentaux sont apparus :

« *Depuis l'accident je fais le bouche-trou : un jour on me donne un four et le lendemain un autre, que je ne connais pas bien... En fait c'est qu'on m'a puni à cause de l'accident ! Alors que je n'y étais pour rien, c'est le crochet du godet qu'a lâché !* »

En parlant au médecin qui écoute de façon attentive et compréhensive, le salarié peut mettre en mots ce qu'il ressent. Et en mettant en mots il comprend lui-même que ce n'est pas la brûlure qui lui fait mal, mais l'injustice de cette sanction, dont le médecin lui donne acte. C'est ce qui va lui permettre de reprendre la main : « *Finalemment Docteur, ne me mettez pas inapte, je vais demander à reconduire mon four !* »

C'est ainsi que ce salarié a pu reprendre son poste de travail sans que j'aie à le revoir.

♦ **Monographie courte sur le plaisir au travail là où le médecin n'y voit que pénibilité**

Madame B... a 52 ans et travaille dans la fonderie depuis seize ans. C'est une femme toujours souriante, pimpante, malgré la grisaille de l'atelier et les machines-outils dégoulinant leur lubrifiant.

Elle vient à la visite médicale annuelle, s'installe confortablement. « *J'ai le temps de parler, je fais ma production et aujourd'hui ça marche bien, je n'ai pas de retard.* » À ma question sur le travail elle répond : « *Mon travail, comment ça va ? Comme d'habitude, bien.... Ce n'est pas comme il y a quelques années quand on avait le chef complètement obsédé. Monsieur X... lui, il nous oublie* », et en riant, « *C'est normal vu où on est cachées derrière les vieilles machines au fond de l'atelier. Mais le responsable nous fait confiance.* »

Elle continue « *Je ne voudrais pas changer de travail même s'il est dur et si c'est sale. On est peut-être seules dans notre coin mais on est tranquilles. Les machines elles n'obéissent qu'à nous quatre, toutes des vieilles bien sûr... C'est qu'on n'y apprend pas le travail en un jour et ça, notre boulot, rectifier les chambres, même le régleur ne sait pas le faire. Il faut apprendre la machine, il n'y a rien d'automatique et les machines sont tellement vieilles qu'il faut tourner le volant plus ou moins et je réussis toutes mes pièces même quand la machine marche mal. Vous pouvez regarder, docteur, vous y avez vu des hommes sur les postes ? On nous a mises en poste de nuit, eux ils sortent 300 pièces le jour et il faut les reprendre en plus ; et nous, on en sort le double. Aussi le chef il ne le dit pas mais il voit bien qu'on travaille bien, on le sait puisqu'il ne nous embête*

pas. Une fois il a dit "Je ne passe pas souvent car avec vous je sais que le travail est fait". »

« J'aime bien mon travail. Bien sûr, je serai contente de partir dans deux ans quand mon mari sera à la retraite mais non, je ne viens pas par force. On sait qu'on est là huit heures pour travailler et on a l'amour du travail bien fait les copines et moi. »

CERTIFICATS DE DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

Nombreux sont les confrères qui ne rédigent pas le CMI et adressent le salarié à son médecin généraliste avec un courrier décrivant les contraintes du poste conduisant à la pathologie, peut-être par manque de temps (la rédaction d'un certificat argumenté est chronophage), peut-être par peur de dégrader les relations avec l'employeur (je confirme que certains employeurs à réception d'un certificat de MP signé de la main du médecin du travail peuvent être virulents et menaçants). Mais quel autre professionnel de santé est-il le mieux placé pour connaître les conditions de travail dans l'entreprise, pour investiguer le travail et ses contraintes avec le salarié, pour informer le salarié du lien potentiel entre maladie et conditions de travail et de l'existence d'un tableau de MP ?

Mon premier CMI je l'ai rédigé 1987, il était écrit à la main, première TMS tendinite du poignet et syndrome du canal carpien reconnu par la CPAM chez une opératrice d'ébarbage, meulant des « sièges » - petit cylindre de métal ébavuré - sur le touret à meuler non protégé, à la volée les deux mains pinçant entre pouce et index la pièce pour qu'elle ne « s'envole » pas avec une cadence très élevée. Je l'avais mise en garde sur le risque de rétorsion de l'employeur qui l'a « punie » en refusant le changement de poste, l'obligeant à un long arrêt de travail. Je fus convoquée dans le bureau du directeur pour une « engueulade maison ». On avait jamais vu ça dans l'entreprise ! Je voulais couler l'entreprise. Ce fut le début d'une longue liste de déclarations de maladies professionnelles dans la fonderie, plus de douze TMS par an et malheureusement cancers du poumon en lien avec l'exposition à l'amiante, silicose, sidéroses.

MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL

Activité là aussi chronophage de rédaction d'un certificat argumenté à la CRRMP (Commission régionale de reconnaissance des maladies professionnelles) notamment pour des pathologies de décompensation mentale et des TMS (troubles musculo squelettiques) qui prennent leur origine dans l'organisation du travail.

Pas de reconnaissance directe en maladie professionnelle, les gestes de travail n'entrant pas fidèlement dans la description du tableau 57A et passage par la CRRMP avec reconnaissance en maladie professionnelle.

CMI tableau 57A

PATHOLOGIE : Rupture étendue du sus-épineux et vraisemblable rupture du long bicipital avec clivage de l'infra-épineux épaule droite objectivée par IRM réalisée le 18 mars 2019 (brèche transfixiante du supra-épineux à l'arthrographie de l'épaule droite réalisée le 18 mars 2019). Pas d'arrêt de travail. Première constatation de la tendinopathie de l'épaule droite lors de la visite médicale du 21 janvier 2010.

POSTE DE TRAVAIL : Ajusteur aéronautique

Le poste d'ajusteur, finition qu'occupe Monsieur X... depuis 1989 consiste à préparer, monter et assembler manuellement et à l'aide d'outils pneumatiques différentes pièces en matériau composite. Il a ainsi travaillé sur de nombreuses pièces dont les M en carbone avec des tâches de préparation de surface, perçage, fraisage, rivetage, encollage.

Il a aussi réalisé de l'ajustage de bords d'attaque, pièces en kevlar matériau composite très dur à percer et couper : détournage de la pièce et préparation de la surface de la pièce avec ponçage (petite ponceuse à disque) de la surface de la pièce et ponçage manuel à l'aide d'une cale (tissu papier de verre) de la surface des parties à encoller ; fraisage, nettoyage au solvant et collage.

Actuellement Monsieur X... est ajusteur pour les pièces V en carbone, filtres pour hélicoptère (montage de deux éléments (un externe et un interne). Pour cela il manipule bras tendus la pièce encombrante de 1,80 m x moins d'1 m (7 kg) qu'il dépose sur un établi non réglable en hauteur. Il doit réaliser le détournage de la pièce, et préparer la surface dessus et dessous avec manipulation de la pièce en ponçant avant de la positionner pour assemblage, Il ajuste la pièce qui vient à l'intérieur de la première pièce avec mise en place d'outillages (14 kg) actuellement stockés à proximité sur support vertical qu'il faut manipuler pendant trois heures pour monter, démonter 10 à 15 fois. La pièce finie pèse 10 kg. Il réalise des tâches de perçage (40 perçages), alésage, fraisage (réalisation pendant environ 10 secondes/fraisure) d'un chanfrein sur l'arête débouchante du perçage afin d'abriter la tête d'une vis à tête fraisée sans qu'elle ne dépasse de la surface de la pièce) ce qui nécessite de la minutie puis alésage et autant de fraisage et de vissage ; rivetage avec pose de 63 rivets. Réalisation de contrôles et retouches.

*Ce travail nécessite des manipulations de la pièce, des différents outillages ainsi que l'utilisation d'outils vibrants pour poncer, détourer, percer, aléser, fraisurer, riveter dans des postures contraignantes des deux membres supérieurs, avec des **mouvements répétés et le maintien des épaules sans soutien en abduction avec un angles > à 60°.***

Certificat établi le 20 mars 2019

**ÉCRIT AU SERVICE ACCIDENT DU TRAVAIL
DE LA CPAM DU DÉPARTEMENT XX**

Madame,

Je suis le médecin du travail du service de santé au travail en charge de la surveillance des salariés de l'entreprise A... depuis juillet 2014. À ce titre je travaille avec Madame Z..., IDEST salariée de cette entreprise depuis de nombreuses années.

La situation de cette entreprise en difficulté qui subit depuis plusieurs années rachats et pertes d'emploi génère des tensions et un mal être important qui sont une source de décompensations de santé ce que j'ai souligné dans mon rapport annuel 2014 et dans la fiche d'entreprise 2015. Le rapport réalisé par un cabinet externe fin 2015 à la demande des membres du CHSCT confirme mes constats. Madame Z... connaît bien les salariés qu'elle prend en charge depuis de nombreuses années dans leurs difficultés personnelles et professionnelles et dont elle a la confiance.

En tant qu'infirmière en santé au travail, elle est soumise au secret médical et ne peut donc donner aucune information médicale à la hiérarchie malgré les demandes pressantes qui peuvent lui être faites. Par ailleurs elle réalise un travail isolé (sans collectif de travail réel puisqu'elle occupe un poste singulier et qu'elle a vu partir au fil des ans plusieurs collègues dont elle était proche) et un travail difficile d'écoute impuissante de salariés confrontés à la peur de la perte de leur emploi.

Je viens témoigner de dysfonctionnements que j'ai constatés dans l'entreprise concernant la déclaration des accidents du travail. La politique du « zéro accident » est très prégnante dans l'entreprise. J'ai pu constater les difficultés rencontrées par Madame Z... pour faire respecter sa décision concernant la prise en charge d'un salarié accidenté ce qui entre dans les missions de l'IDEST prévues au Code de la santé publique (à savoir le rôle propre d'infirmier et le rôle de mise en œuvre des prescriptions ou protocoles médicaux) :

♦ *J'ai donc été contrainte d'utiliser « mon autorité médicale » pour imposer le départ d'une salariée victime d'un accident du travail, l'employeur refusant de l'envoyer en consultation aux urgences ce qu'avait décidé l'infirmière tant qu'il ne l'avait pas vue et n'avait pas pu organiser une enquête « à chaud » c'est-à-dire en présence de la salariée.*

♦ *L'employeur a par ailleurs émis des réserves pour l'accident du travail d'une animatrice qualifiée en février 2015 ; il s'agissait d'un effondrement psychique survenu sur les lieux de travail pendant le temps de travail et pour lequel un faisceau de présomptions et de constats laissait à penser que c'était en lien direct avec le travail. J'ai écrit à l'employeur un courrier argumenté sur la situation de désorganisation du travail ayant conduit de mon point de vue à cette décompensation psychique. Cet accident du travail a été refusé par la caisse.*

Dans un contexte de dysfonctionnement potentiel de la déclaration des accidents du travail Madame Z... comme toute infirmière d'entreprise placée sous l'autorité technique du médecin du travail, me met en copie des courriels échangés avec la direction sur ce sujet. En effet « le médecin du travail, conseiller de l'employeur et des salariés, est le seul compétent pour définir les modalités d'intervention adaptées aux situations accidentelles et d'urgence médicale pouvant survenir dans l'entreprise et ce, en fonction des risques encourus et de la connaissance qu'il a de l'état de santé des salariés. »

J'ai été témoin de la mise en difficulté de l'IDEST dans l'exercice de ses fonctions par une mise à l'écart pour la gestion et l'analyse des accidents du travail qu'elle présentait elle-même dans le passé en CHSCT ; elle n'en a, semble-t-il, pas été informée au préalable.

Elle m'a rapporté ne plus pouvoir travailler en confiance avec sa hiérarchie ce que je constate puisque pour chaque salarié présentant un problème de poste de travail et de santé elle me demande d'intervenir directement auprès de la direction.

Le travail déployé dans un vécu de méfiance et de peur d'un salarié à l'égard de sa hiérarchie est facteur de déstabilisation de la santé et pourrait être un élément participant à un effondrement psychique au cours d'un entretien avec un supérieur hiérarchique surtout si celui-ci se déroule dans un climat d'intimidation.

J'espère que ce courrier apportera un éclairage complémentaire dans l'analyse de la survenue de l'accident de Madame Z...

Restant à votre disposition, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sincères salutations.

Docteur Berneron

ALERTE INDIVIDUELLE

Lorsque les conditions de la construction de la santé au travail ne sont plus réunies, afin de pouvoir maintenir le salarié dans son travail le médecin du travail peut solliciter l'employeur pour une demande d'aménagement du poste de travail comme acte thérapeutique. Si le travail peut être transformé il participera à la reconstruction de la santé du travailleur.

Monsieur EMPLOYEUR, Copie salariée

J'ai vu en visite de pré-reprise du travail votre salariée Madame VU et avec son accord je vous en informe. Cette salariée présente un état de santé altéré qui ne lui permet pas de reprendre son poste de travail, rédaction des actes en l'état.

J'assure le suivi des salariés depuis 20___. et à ce titre-là j'ai été informée de réorganisations successives dans votre étude.

Madame VU a été recrutée il y a plus de vingt ans au poste de secrétaire mais elle me rapporte avoir changé plusieurs fois de postes au cours des années : elle aurait ainsi occupé le poste de négociatrice jusqu'en 2009 puis celui à nouveau de secrétaire avec suivi des dossiers des Clercs et activité d'accueil puis le poste de gestion des contrats de location puis serait revenue au secrétariat en soutien aux actes.

En janvier 2011 elle a été positionnée au poste de rédactrice des actes, poste avec lourdes responsabilités, sans formation et compétences spécifiques, précise-t-elle. Cela s'est avéré être une mission difficile pour elle et elle aurait refusé de poursuivre ce travail en octobre 2014. Vous avez entendu sa demande et vous l'avez mutée aux formalités préalables pour vente et succession, poste dans lequel elle a pu se déployer avec plus de sérénité. Elle me dit avoir été repositionnée début septembre 2015 à la rédaction des actes et elle doit assumer le poste seule depuis mi-novembre, selon ses dires, privée du soutien et des conseils pour les dossiers difficiles de sa collègue Madame VON, Clerc habilitée qui est actuellement en congé maladie-maternité.

Madame VU secrétaire, au poste de rédaction des actes, rapporte une surcharge de travail qu'elle réalise sans soutien, sans maîtrise de cette fonction dans un contexte de pression temporelle. Cela s'accompagne de la peur de commettre des erreurs et de ne pas rendre en temps et heure les dossiers ce qui serait préjudiciable à votre étude.

La littérature montre que les réorganisations avec changement de fonction sans cohérence aux yeux des salariés lorsque cela s'accompagne d'un déni de reconnaissance peuvent être délétères en termes de santé des salariés et cela doit être pris en compte.

Je souhaite donc vous rencontrer pour évoquer cette situation, le secrétariat est à votre disposition pour fixer un RV.

ALERTE COLLECTIVE

En utilisant la veille médicale en santé au travail par le biais d'écrits dans le dossier médical de chaque salarié, écrits de l'infirmière et du médecin, j'ai pu rédiger des courriers d'alerte collective à l'intention de directions d'entreprise et des représentants des salariés pour rendre compte des risques délétères pour la santé des salariés. Cela représente un travail long et fastidieux de lecture des dossiers des salariés, d'échanges avec l'infirmière, d'entretiens avec les employeurs.

Monsieur le Directeur,

Suite à l'entretien avec le DR de votre établissement et avec le DRH et suite à la visite effectuée dans votre établissement le 04 12 20.., nous vous confirmons être préoccupées par la prévention des risques psychosociaux dans votre établissement .

En effet nos constats médicaux, nos entretiens cliniques et autres données concordantes (nombreuses visites d'embauche, demandes de visite des salariés, arrêts maladies. .) pour un effectif de 11 personnes nous permettent de penser qu'il y a lieu de prendre en compte les risques en santé mentale dans votre établissement et de les répertorier dans le document unique.

Parmi les facteurs relevés au cours des entretiens et lors de la visite des locaux, nous avons noté :

♦ une organisation et des processus de travail délétères qui se traduisent par :

❖ des dépassements excessifs et systématiques des horaires de travail sans récupération notamment chez les responsables de rayon qui n'ont pas tous le même statut et aussi chez les vendeurs ;

❖ un effectif réduit à 11 salariés dont plusieurs vendeurs à temps partiel, pour six jours d'ouverture du magasin ce qui contraint les salariés à travailler dans l'urgence, à interrompre une tâche pour en faire une autre (vendeur qui quitte son rayon pour tenir la caisse, directeur qui occupe le poste d'accueil en l'absence de vendeur caissier disponible...);

❖ une charge de travail réelle manifestement excessive qui se traduit par l'obligation de faire en même temps de la mise en rayon, du facing et du conseil aux clients ou bien tenir la caisse, l'accueil en gérant la file d'attente, l'information aux clients, la gestion de l'impatience du client pour sa prise en charge différée pour un problème technique car aucun vendeur n'est disponible ;

❖ dans un contexte économique difficile, des objectifs financiers disproportionnés qui ne tiennent pas compte de la petite taille du magasin, de sa vétusté le rendant difficilement attractif pour la clientèle ;

❖ une mise sous pression importante et mise en concurrence systématique par un classement des magasins en fonction de la progression du chiffre d'affaires ce qui finit par constituer au niveau national un mode de management.

♦ **lors de la visite des locaux, nous avons noté des conditions et un environnement du travail délétères qui se traduisent par :**

❖ une température basse dans le magasin en début de journée en raison d'un arrêt du chauffage la nuit (8° C), l'absence de sas à l'entrée avec entrée d'air froid en hiver notamment au poste d'accueil situé en face des portes automatiques ;

❖ des locaux trop petits ayant obligé à réduire les linéaires à 55 cm pour avoir des allées de circulation correctes pour les clients, un encombrement du rayon matériel de fitness avec cartons au sol et obligation de monter le matériel de démonstration musculation sur une plateforme ;

❖ espace restreint qui met en compétition et en tension les différents secteurs en raison du manque de linéaires obligeant à faire des choix pour favoriser ou privilégier un secteur ;

❖ l'absence de local de réserve obligeant les jours de réception (quatre camions à vider et ranger par semaine) à rentrer les produits (pour tri, cintrage) directement dans les rayons dans des conditions difficiles (camion sous auvent, porte du magasin ouverte, déplacement des produits avec transpalette manuel sans gerbeur).

♦ **un management national et un déficit en communication délétères qui se traduisent par :**

❖ une individualisation de la gestion des ressources humaines et un accroissement des responsabilités : entretiens individuels mensuels de décision visant d'après la direction nationale à l'enrichissement des collaborateurs mais qui ont pour conséquence un investissement personnel

complet du salarié et une implication psychique cognitive et physique plus forte ;

❖ un management délétère de certains responsables de rayon dont les entretiens mensuels sont déstabilisants et peuvent se solder par des reproches, une mise en cause du savoir être et du savoir-faire et une dévalorisation du salarié ;

❖ des réunions rapides d'information par le directeur pour faire le point sur la progression du chiffre du magasin et donc sa place par rapport aux autres magasins ce qui augmente la pression et l'inquiétude chez les salariés sachant que leur magasin est en difficulté ;

❖ un déni d'information sur la mauvaise santé économique de l'entreprise et l'incertitude sur son avenir.

♦ **des facteurs subjectifs qui se traduisent par :**

❖ la sensation d'être isolé dans son travail ;

❖ la perception d'un manque de soutien de la hiérarchie ;

❖ un vécu négatif du travail avec l'impression de ne pouvoir faire face à la situation ;

❖ la notion d'injustice sociale et le déni de reconnaissance ;

❖ la difficulté de concilier vie professionnelle et vie personnelle.

Ce constat fait écho au courrier du 29 octobre 2009 adressé par les organisations syndicales de l'entreprise à Monsieur BA responsable des relations sociales qui demandent l'ouverture de négociations sur le stress au travail.

Il est donc important d'avoir une approche globale des problèmes et de chercher des solutions dans l'organisation du travail...

Ce courrier est à annexer à la fiche d'entreprise dont nous avons fait la mise à jour le 4 décembre 2009 et que nous vous communiquons conformément à l'article D4624-37 du Code du travail.

Nous restons à votre disposition pour toute aide ou conseil éventuel dans ces domaines et vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos salutations les meilleures.

Copie : directeur des ressources humaines et directeur régional

ATTESTATION DE SUIVI POST PROFESSIONNEL

Si le médecin du travail a l'obligation d'informer les salariés des risques auxquels il est exposé ou a été exposé, il a aussi l'obligation de le tracer dans le DMST. La

traçabilité des expositions professionnelles est indispensable pour une bonne prévention primaire et aussi pour les droits du salarié à réparation. Il doit aussi rédiger et adresser au salarié une attestation d'exposition professionnelle aux risques concernés par le suivi post professionnel.

Pour la petite histoire quelques mois après la fermeture de mon premier service de santé au travail (dossiers médicaux inaccessibles) le médecin inspecteur et moi-même avons dû rédiger près de 60 attestations d'exposition professionnelle pour les salariés d'une fonderie exposés à l'amiante, la silice et les HAP (Hydrocarbures Polycycliques Aromatiques suite à la fermeture de leur entreprise que j'avais suivie pendant 28 ans. Je peux remercier mes archives personnelles pour les trésors d'informations qu'elles recélaient !

CONCLUSION

À la lecture des nombreux documents de travail que j'ai conservés je constate que j'ai eu une vie professionnelle d'engagement au service de la santé au travail bien remplie. Et ce qui a décidé de ma pratique professionnelle de clinicien du travail c'est bien la découverte de la psychodynamique du travail et le travail en réseau avec des médecins déjà engagés dans la réflexion qui m'ont entraînée dans leur sillage. Au départ j'ai été tellement « habitée » par cette transformation que cela transpirait dans mes attitudes, mes réflexions à tel

point que Christiane, fidèle et discrète secrétaire me disait : « *Bernadette, arrêtez votre psychodynamique du travail, ça va vous rendre malade* ».

Au contraire, la psychopathologie du travail, le travail entre pairs pour construire une clinique médicale du travail m'a apporté confiance et fierté de pratiquer mon métier de médecin du travail engagé du point de vue exclusif de la santé. Ce ne sont pas les condamnations de l'Ordre des médecins qui me feront changer ma pratique mais je dois reconnaître que j'ai été fortement bousculée par la succession de cinq plaintes au Conseil de l'Ordre dans mes six dernières années d'exercice qui se sont soldées par deux condamnations pour avoir attesté du lien santé/travail, l'une en appel en Chambre disciplinaire nationale pour un écrit à une patiente vue en consultation de pathologie professionnelle et l'autre en chambre régionale disciplinaire pour un courrier au médecin traitant d'un salarié vu en consultation au SST dans ma dernière année d'exercice de médecin du travail. Ces sanctions n'ont qu'un seul but-inciter les médecins à renoncer aux diagnostics médicaux du lien santé/travail ou à modifier leurs écrits après une plainte d'employeurs devant l'ordre départemental. Ce ne sont pas les nouveaux textes qui faciliteront les missions du médecin du travail qui tend à devenir un médecin de sélection de la main d'œuvre dans des SSTIE au service des entreprises.