

NON À L'APTITUDE SÉCURITAIRE !

LES CAHIERS

S.M.T. N°21

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

JUIN 2006 15 €

ISSN 1624-6799

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

REPÈRES POUR AGIR OU NORMALISATION

C LINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

DE L'INFRACLINIQUE À LA SOMATISATION

R ÈGLES PROFESSIONNELLES

ET ESPACE POLITIQUE DE LA SANTÉ

É VALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

REPÈRES OU NORMALISATION

Éditorial *Annie LOUBET-DEVEAUX*

3

Clinique Médicale du Travail

Le malaise du chef d'équipe	<i>Véronique ARNAUDO</i>	4
Acrobaties	<i>Véronique ARNAUDO</i>	6
L'inaptitude de Christiane	<i>Bernadette BERNERON</i>	12
Cas HH, de l'infraclinique à la somatisation	<i>Gérard LUCAS</i>	17
M. D..., son « tiroir mou » et la Sécu	<i>Fabienne BARDOT</i>	19
Chroniques de consultation sur fond de délocalisation	<i>Jocelyne MACHEFER</i>	21
Fragilités	<i>Jocelyne MACHEFER</i>	24
Syndrome du Canal Carpien et dépression	<i>Annie DEVEAUX</i>	27
Santé mentale et Travail : Une Clinique Médicale du travail	<i>Fabienne BARDOT</i>	30
De la souffrance infraclinique à la somatisation	<i>Jocelyne MACHEFER</i>	

Règles Professionnelles

La Visite Périodique, espace de débat initial singulier sur le travail	<i>Elisabeth PAGEL</i>	40
Chronique d'une épidémie de TMS	<i>Annie DEVEAUX</i>	42
Articuler clinique médicale et tiers temps : une expérience	<i>Fabienne BARDOT</i>	45
Exemple du contenu des échanges d'une réunion de médecins débattant de leurs pratiques professionnelles	<i>Fabienne BARDOT</i>	51
La réforme de la Sécurité Sociale et la santé au travail, effets collatéraux	<i>Annie DEVEAUX</i>	59
Médecine du travail et espace politique de la santé. Comprendre les obstacles pour agir	<i>Dominique HUEZ</i>	60
Quelques éléments de réflexion et d'interrogation concernant la directive RH0409, service de santé au travail-médecine du travail à la SNCF	<i>Dominique HUEZ</i>	62
Aptitude sécuritaire	<i>Fabienne BARDOT</i>	65
Plainte des employeurs contre les médecins du travail. Pour une déontologie des juridictions de l'Ordre des médecins	<i>Alain CARRÉ</i>	67
Médecine du travail. Espace politique de la santé. Santé publique.	<i>Annie DEVEAUX, Jean-Marie EBER</i>	69

Évaluation des Pratiques Professionnelles

Santé publique-santé au travail : quelle articulation ?	<i>Fabienne BARDOT</i>	73
Qualité et évaluation en santé au travail	<i>Claude GARCIA</i>	75
Médecine du travail et aptitude aux CMR : quelles pratiques évaluer ? Question à la Haute Autorité de Santé	<i>Annie DEVEAUX, Philippe DAVEZIES, Christian TORRÈS</i>	78
Haute Autorité de Santé et métier : règles pratiques et règles communes. Quel cadrage ?	<i>Alain RANDON</i>	80
EPP et Démarche de Progrès du Cisme	<i>Benoît DE LABRUSSE</i>	81
Stratégies pour l'évaluation des pratiques	<i>Jean-Louis ZYLBERBERG</i>	82

Bilan SMT 2005 *Alain RANDON*

É D I T O R I A L

REMETTONS L'OUVRAGE SUR LE MÉTIER !

Ainsi donc, l'évaluation des pratiques professionnelles devient obligatoire pour tout médecin depuis le 1^{er} juillet 2005.

« L'évaluation des pratiques professionnelles... a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques. » (art. D.4133-0-1 du Code de santé publique).

Il n'y a là rien de bien nouveau, puisque le Code de déontologie médicale, promulgué en 1995, dans son article 11, était sans ambiguïté : « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles ».

Les membres de notre réseau qui échangent entre pairs depuis plus de vingt ans sur leurs pratiques professionnelles, qui élaborent collectivement des règles de métier pour mener à bien leur mission de préservation de la santé en milieu de travail, refusant toute sélection, refusant une médecine du travail réduite à l'aptitude (version 11 octobre 1946) ou à un simulacre d'identification des risques par la traçabilité « fiche d'entreprise » (version 28 juillet 2004), ne prenant pas en compte l'activité de l'être humain au travail, se trouvent donc confortés dans leurs pratiques.

L'élaboration des référentiels d'évaluation devra prendre en compte cette dynamique d'élaboration collective de règles professionnelles.

L'évaluation des pratiques professionnelles sera réalisée par des pairs, médecins du travail. Elle sera fondée sur les données des recherches en santé et travail et sur les liens objectifs et subjectifs entre santé et travail, tels qu'ils sont mis en évidence par la clinique médicale du travail dans ses dimensions individuelles et collectives.

L'élaboration des référentiels d'évaluation en médecine du travail, prendra en compte et un questionnement éthique et les données scientifiques du moment, que les médecins du travail, médecins de première ligne ayant une mission de veille sanitaire, ne manqueront pas de faire évoluer.

Ces référentiels constitueront des outils pour aider les médecins du travail à mener à bien l'ensemble de leurs missions dans les cadres réglementaires existants.

L'évaluation des pratiques professionnelles ne doit donc pas être vécue comme une nouvelle contrainte. Compte tenu des projections démographiques pour les dix ans à venir pour les médecins du travail – comme pour les médecins généralistes d'ailleurs –, c'est une occasion inespérée de développer notre métier, d'affirmer notre professionnalité, et de confirmer une spécialité médicale reconnue comme telle à travers sa clinique spécifique.

Il s'agit simplement de remettre encore une fois l'ouvrage sur le métier !

Annie LOUBET-DEVEAUX
présidente de l'association Santé et Médecine du Travail

LE MALAISE DU CHEF D'ÉQUIPE

Monographie clinique rédigée dans le cadre de *Samotra-ce*⁽¹⁾

M. L... a 50 ans, il est agent de maîtrise sur une plate-forme spécialisée dans le tri de colis, qui fait partie d'un grand groupe de la fonction publique. Il est marié, père de deux enfants aujourd'hui majeurs, et grand père depuis peu. M. L... est entré dans l'entreprise à 19 ans, bac en poche, comme simple agent de terrain. Quelques années plus tard, il a demandé une disponibilité, et a été animateur socio-culturel pendant dix ans. Il est ensuite redevenu agent de terrain, et a gravi un premier échelon hiérarchique. Il a de nouveau demandé une disponibilité, et a exercé comme bouquiniste pendant quatre ans, période pendant laquelle il s'est mis à l'écriture, de poésie et de contes pour enfants. Il a finalement réintégré l'entreprise il y a trois ans, a gravi un nouvel échelon pour devenir agent de maîtrise, et est depuis un an dans son poste actuel à la plate-forme colis (PC). Sur le plan médical, on retrouve en tout et pour tout une appendicectomie, une discopathie lombaire peu invalidante, et une fracture de cheville (accident domestique) sans séquelle.

Je vois pour la première fois M. L... à sa demande. Il est en arrêt suite à un malaise survenu sur les lieux du travail : il a eu une perte de connaissance brève au cours de la pause casse-croûte, et est tombé de sa chaise ; le SAMU a été appelé, et M. L... a été conduit aux urgences. En outre, M. L... ne se souvient de rien entre le moment où il monte l'escalier pour aller se restaurer, et son arrivée aux urgences ; autrement dit, sa perte de conscience des événements est bien plus large (environ une heure) que sa perte de connaissance médicalement constatée, qui n'est que de quelques minutes au pire. Le bilan médical réalisé aux urgences s'est révélé strictement normal. Une consultation psychiatrique a été demandée, qui a conclu sur un « état anxieux en rapport avec des difficultés professionnelles ». Un arrêt de travail de quelques jours a été prescrit, et un anxiolytique proposé, que M. L... a, dans un premier temps, refusé de prendre.

M. L... a déjà eu deux malaises de ce type dans son existence : le premier au décès de sa soeur (décédée jeune d'un cancer), le deuxième au décès de sa mère (disparue il y a quatre ans dans les suites d'un AVC). Il signale que l'intensité de ces deux malaises était cependant bien moindre, et qu'aucune assistance médicale n'avait alors été requise.

.....

1- *Samotra-ce* est un Observatoire épidémiologique des problèmes de santé mentale en lien avec l'organisation du travail en Région Centre élargie (12 départements). Il est organisé par l'Invs et la Faculté de Médecine du Travail de Tours, avec la Société de Médecine du travail du Val de Loire et l'IMT de Tours. Plus de 150 médecins du travail y participent. Il est couplé avec un projet de recueil de monographies cliniques pour travailler l'aspect qualitatif et faire progresser la clinique médicale du travail.

LE CONTEXTE DU MALAISE

M. L... est arrivé comme chef d'équipe dans cette plate-forme voici un an, suite à sa promotion. Le poste sur lequel il a été nommé était vacant depuis des années, par accord tacite, semble-t-il, entre le principal syndicat et la direction. L'équipe concernée a en effet des horaires particuliers, dits de demi-nuit (16 h – 23 h), qui lui permettent de bénéficier de l'encadrement de l'équipe d'après-midi (13 h – 20 h) et de celui de la nuit (20 h – 6 h). L'arrivée de M. L... a été accompagnée d'un tract qu'il qualifie de « calomnieux », pointant que M. L... était parent d'un cadre de la PC (qui venait de quitter les lieux), et s'étonnant qu'il ait été choisi lui, et non l'un des nombreux candidats locaux.

M. L... a pensé « s'habituer à la calomnie », mais ça n'a pas marché. Il décrit un mode de fonctionnement plutôt satisfaisant au sein de son équipe où « les agents travaillent honnêtement », mais à l'arrivée de l'équipe de nuit, avec laquelle il est obligé de cohabiter, « ça devient n'importe quoi » : non seulement les agents de cette équipe sont désagréables avec lui (ne respectant pas les civilités habituelles), mais leur mauvais comportement professionnel empêcherait les agents de son équipe de travailler – les pauses à répétition s'enchaînent, gênant la coopération entre équipes, et entraînant des dysfonctionnements dans le tri des colis. Son homologue de nuit n'intervenant pas malgré ses remarques, il s'est finalement résolu à intervenir directement auprès des agents de nuit suite à un abus manifeste. Il s'en est suivi une altercation violente, où il a été insulté (il a notamment été traité de « minus »). Il a informé l'auteur des insultes qu'il allait « faire un rapport »... et a immédiatement reçu des menaces de la part des délégués syndicaux de l'équipe de nuit (« Si un seul chef d'équipe fait un rapport, ce sera la grève », « Si tu fais ça, t'auras intérêt à raser les murs »). Il n'a, à cette occasion, reçu le soutien ni de son collègue de nuit (qui lui a dit n'avoir rien entendu), ni de l'encadrement supérieur, injoignable à cette heure tardive.

M. L... explique qu'il ne pouvait pourtant pas en rester là et faire marche arrière face à un tel affront. Il s'est donc résolu à faire un rapport et une « demande d'explication » officielle à l'agent insultant. Cette procédure a donné lieu à d'intenses négociations sur les modalités de déroulement... pour finalement se tenir la nuit, sans la présence du moindre cadre, dans un bureau vitré... toute l'équipe de nuit observant le déroulement de l'entretien par les fenêtres... Au final, aucune sanction n'a été prise envers l'agent insultant, et les agents

de l'équipe de nuit non seulement ne le saluent plus, mais lui tournent le dos ostensiblement.

Le lendemain de l'annonce de l'absence de sanction, surlendemain de l'entretien d'explication nocturne, M. L... est arrivé au travail « fort dans sa tête », mais épuisé par plusieurs nuits sans sommeil. Au moment de la pause, peu après 19 h 30, il a perdu conscience des événements, pour s'effondrer plus tard devant son assiette, un peu avant 20 h, et ne reprendre conscience qu'à l'hôpital.

M. L... ressent un profond sentiment d'injustice, et décrit son milieu de travail comme particulièrement brutal, échappant à toutes les règles habituelles du management, où les plus forts (en l'occurrence ici les syndicalistes) auraient toujours le dernier mot. Il fait allusion à ses expériences passées dans l'animation, la culture, la poésie, et soupire : « c'est un autre monde ». Il dit avoir été « débordé par la haine des autres » ; il se dit « honteux » pour l'entreprise de ce genre de situation où tous les repères sont mis à mal (hiérarchie, organisation), et où aucun soutien n'est à espérer.

LE CONTEXTE PROFESSIONNEL

Le personnel du site est ultra majoritairement constitué d'hommes de bonne carrure, dont le rôle est de décharger des conteneurs de colis qui arrivent par camions, de trier ces colis par direction, puis de les recharger dans des camions en vue de leur livraison. Le tri des colis de moins de 7 kg est réalisé par une machine, tous les autres (jusqu'à 30 kg) étant triés manuellement, ce qui correspond à des tonnages quotidiens considérables.

Les relations de travail sont viriles : c'est un métier d'hommes, où, quand il y a un problème, on s'explique entre hommes. Le rapport de force syndical, en particulier au sein des équipes de nuit, est garant d'une relative modération de la pénibilité du travail dans cette tranche horaire : les agents gèrent leur temps comme ils l'entendent, écoulant l'essentiel de la charge pour peu qu'on les laisse s'organiser, le *deal* pouvant se résumer par « les chefs d'équipe nous foutent la paix, et vous avez la paix sociale » – cette paix sociale se révélant la condition de la productivité. Il n'y a pratiquement pas de *turn over* dans les équipes de nuit, à la différence des équipes de jour, qui voient arriver et partir des jeunes en CDD qui ne demandent pas à renouveler leur contrat.

Les problèmes de santé sont classiques dans cette population, avec des atteintes rachidiennes fréquentes, chez ces manutentionnaires qui avancent en âge (la moyenne d'âge est de 47 ans). Les agents de nuit sont globalement heureux de travailler dans cette équipe, mettant en avant la qualité de l'« ambiance », et aucun ne souhaite retourner travailler de jour, même quand leur tolérance est mauvaise en terme de sommeil ou quand surviennent de problèmes de santé intercurrents.

Concernant le contexte socio-économique du centre, il faut savoir que cette plate-forme est destinée à fermer dans dix huit mois, le personnel devant être reclassé au sein du groupe. Les plus anciens, essentiellement des fonctionnaires, espèrent pouvoir bénéficier de mesures d'âge leur per-

mettant de prendre leur retraite à partir de 53 ans et demi ; les plus jeunes, essentiellement des contractuels de droit privé, espèrent faire carrière dans le groupe. L'ambition essentielle du directeur actuel semble de faire en sorte que ce site continue de produire aussi normalement que possible jusqu'à sa date de fermeture.

Au total, M. L... restera arrêté un mois, incapable de reprendre plus tôt son travail, présentant des troubles du sommeil importants (cauchemars, réveils nocturnes pénibles...) qui le décideront à utiliser quelque temps l'anxiolytique prescrit. Il ne présente aucune atteinte de l'estime de soi, analysant les événements comme un dysfonctionnement grave extérieur à lui. Il s'interroge tout de même sur la façon dont il réagira si, à l'avenir, il constate de nouveau des dysfonctionnements (« *Je vois des choses... et il faudrait ne rien dire ?* ») ; il a entamé une réflexion sur sa façon de manager, se dit favorable à la souplesse, tout en pointant la nécessité d'un cadrage. Ses investissements extra-professionnels lui permettent de tenir le coup (il écrit, s'occupe de son petit fils...).

Son retour au travail s'est fait en équipe de jour, à l'occasion d'un départ à la retraite, ce qui évite toute relation avec l'équipe de nuit. Pour l'après PC, il a fait acte de candidature pour un poste « qualité » de préférence à un nouveau poste d'agent de maîtrise.

TENTATIVE D'ANALYSE ET D'INTERPRÉTATION

M. L... a présenté un trouble neuropsychique paroxysmique pouvant être décrit comme un état crépusculaire avec amnésie élective. Il faut noter que la suspension de la conscience puis le « malaise » précèdent de peu l'arrivée de l'équipe de nuit, et coïncident donc avec ce qui est devenu insupportable : la confrontation avec cette équipe de nuit. Le déroulement des événements peut s'analyser comme conséquence de la maladresse d'un chef d'équipe fraîchement nommé, sans expérience, qui, face à une situation qu'il juge inacceptable, veut exercer son autorité théorique sans conscience ni du rapport de force local, ni, peut-être, de la pénibilité réelle du travail de nuit – et qui se trouve symboliquement désavoué par l'inaction de son directeur. Selon cette analyse-là, c'est l'échec professionnel qui est au premier plan.

Les enjeux subjectifs individuels pour M. L... méritent toutefois d'être questionnés : si M. L... a déjà présenté des troubles du même type, le contexte en était autrement dramatique puisqu'il s'agissait du décès prématuré de sa soeur puis de sa mère. Pourtant, le malaise qui nous occupe a été d'une gravité incomparable, puisqu'une hospitalisation a été nécessaire, suivie de plusieurs semaines d'arrêt. On peut donc estimer que les enjeux subjectifs sont ici majeurs.

Je fais l'hypothèse que ces enjeux se situent du côté de la justice, et de l'impossibilité de tenir ensemble ce sens éthique avec son appartenance au collectif de travail :

- c'est le sentiment d'une inégalité de traitement intolérable entre équipes (en l'occurrence entre la sienne,

dont il se sent responsable, et celle de nuit) qui le fait intervenir ;

➤ et le désaveu symbolique de sa hiérarchie, alors même qu'il estime avoir fait son travail de façon plutôt courageuse, constitue une seconde injustice, vécue de façon d'autant plus dramatique qu'elle conforte la première et scelle son exclusion du collectif de travail.

Dès lors, en effet, M. L... se retrouve isolé du collectif, pour ainsi dire abandonné de tous, agents, collègues (ses pairs), comme hiérarchie, subissant même la franche hostilité de certains, selon des règles auxquelles il ne peut souscrire sans se renier.

Mais c'est aussi cet ancrage éthique qui lui permettra de conserver son estime de soi.

Véronique ARNAUDO

ACROBATIES⁽¹⁾

L'HISTOIRE

M. T... est manutentionnaire dans un centre de tri du courrier qui fait partie d'une grande entreprise de services. Dès ma prise de fonction dans l'entreprise, voilà six ans, on m'a signalé son cas comme hautement prioritaire à traiter. La situation de M. T... m'a alors été présentée de la façon suivante par le DRH : M. T... pose des problèmes de management récurrents, surtout depuis un accident de travail survenu un an auparavant. En effet, il met en avant les séquelles de cet accident pour ne faire « que ce qu'il veut », et part dans des colères terribles quand son encadrement essaie d'exercer une quelconque autorité ; il a même menacé d'apporter un fusil et de descendre le directeur du Centre. Il est donc urgent que soit défini ce que M. T... peut ou non faire sur le plan médical. Dans les faits, M. T... a été muté en équipe de jour contre son gré, officiellement en l'absence de poste compatible avec son état de santé en nuit⁽²⁾, et a négocié, en dédommagement, des compensations que le DRH juge exorbitantes (nous y reviendrons).

Je fais la connaissance de M. T... lors de ma première visite du centre de tri, il y a donc six ans. Un petit homme jaillit soudain de nulle part, et me prend à partie de façon virulente, le DRH qui m'accompagne me fait comprendre que « c'est lui ». Le discours de M. T... est assez confus, surtout pour moi qui arrive et ne connaît encore ni les postes de travail ni les noms d'aucun responsable, et je retiens alors surtout la tonalité très quérulente de ses propos, ses gesticulations, et son regard furieux. Je lui promets de le rencontrer en consultation dès que possible pour qu'il m'explique sa situation.

Je reçois M. T... quelques jours plus tard. Il est cette fois courtois bien que très tendu. La consultation sera très longue – il a beaucoup à dire, tout sort en vrac, il saute du coq à l'âne –, et j'ai du mal à m'y retrouver dans son parcours personnel comme professionnel. En outre, M. T... est assez

.....

1- Monographie clinique rédigée dans le cadre de Samotra-ce

2- Le motif annexe étant que M. T... est considéré comme « ingérable » en nuit du fait d'un encadrement réduit.

fruste, diffluent, et, bien que vindicatif, il peine à s'exprimer. Ce que je retiens alors est, en résumé, ce qui suit :

M. T... a 51 ans. Il a travaillé en usine comme ouvrier pendant des années, puis est entré dans l'entreprise comme manutentionnaire à l'âge de 34 ans (soit dix-huit ans plus tôt). Il a essentiellement travaillé au centre de tri, et était dernièrement trieur-manutentionnaire en équipe de nuit. Il a été victime d'un accident du travail un an plus tôt, qui a entraîné un traumatisme de l'épaule droite (il est droitier), en tentant de tirer, seul et à une seule main, un conteneur de courrier trop chargé. M. T... se décrit comme très volontaire au travail – ce que me confirmera l'encadrement de proximité –, et ne veut travailler que la nuit.

M. T... me livre par ailleurs spontanément des éléments autobiographiques en vrac, par fragments, émaillant ainsi la narration de ses problèmes de travail du moment, comme pour mieux me permettre de le comprendre. Il est né dans une ancienne colonie et aurait eu le plus grand mal à obtenir la nationalité française ; sa mère était une autochtone, son père, français, militaire, est décédé, et ne l'aurait jamais reconnu ; pour autant il me dit être « pupille de la nation ». Il est arrivé en France enfant, avec son frère qui est handicapé mental et a de multiples problèmes de santé, dont il s'est toujours occupé, et qui vit encore sous son toit. M. T... s'est marié et a eu trois filles ; il est maintenant divorcé depuis des années, et ne voit quasiment plus ses filles. M. T... me donne à entendre une espèce de rancune tenace et globale envers ce que la vie lui a donné à vivre, ainsi qu'un déficit de reconnaissance envahissant.

Lors de cette première consultation, M. T... décrit des douleurs chroniques de son épaule accidentée (douleurs pour lesquelles il ne prend toutefois aucun antalgique), et une gêne fonctionnelle particulièrement invalidante, ne lui permettant quasiment plus de faire face aux nécessités quotidiennes de la vie (se laver, se faire à manger, conduire sa voiture). Depuis sa reprise après cet accident de travail,

M. T... a été placé, contre son gré, en équipe de jour ; on lui demande de s'occuper, à temps plein, des « sacs vides », à savoir vérifier la vacuité des sacs de courrier déjà vidés, et les étendre bien à plat sur des chariots pour pouvoir être réutilisés facilement. M. T... conteste avec énergie cette affectation, qui n'est pas un « vrai » poste, et met en avant la pénibilité de pousser, ensuite, ces chariots pleins de sacs. M. T... a un objectif professionnel unique : retourner travailler en équipe de nuit ; et en dépit de toutes les activités banales impossibles à réaliser dont il vient de me faire la liste, il affirme avec force qu'il pourrait « essayer certains postes », si on le laissait faire. Il est extrêmement agressif envers sa hiérarchie, et égrène des exemples passés d'injustice dont j'avoue ne pas saisir toute la portée(3). Il a cependant réussi à négocier un aménagement professionnel significatif : contre le désagrément, pour lui, de travailler de jour (et sur ce poste), il a décidé de travailler seulement 32 heures par semaines (payées 39), comme s'il était de nuit, et va chez le kiné pendant ses horaires de travail deux à trois fois par semaine. Bien que rien n'ait été acté par écrit, le compromis est toléré par le DRH du centre, qui semble considérer que c'est le prix à payer pour la paix sociale.

Un bref éclairage, ici, d'une part sur le travail de manutentionnaire de nuit, que j'obtiens surtout en écoutant les collègues de M. T... (ce dernier ne verbalisant que peu de chose, à ce stade, sur son travail), et d'autre part sur le poste « sacs vides », que je comprendrai en allant sur place. Les activités de manutentionnaire de nuit au centre de tri se font en horaires 20 h-6 h, deux nuits sur quatre. Cette organisation temporelle est très appréciée des agents car elle laisse beaucoup de temps libre, et revient à ne travailler que 32 heures par semaine au lieu de 39 ; en outre, il est souvent possible, au prix d'un certain « coup de bourre » en fin de nuit, de partir dès 5 h ou 5 h 30. Les manutentionnaires interviennent en amont et en aval de l'activité de tri du courrier, orientant vers la bonne destination soit le courrier à trier qui vient d'arriver, soit le courrier déjà trié qui doit être expédié. Le travail est physiquement exigeant, avec des manutentions répétées de sacs et de bacs de courrier, ainsi que du chargement et déchargement de camions. L'ambiance de travail en nuit est également très appréciée, dans la mesure où les agents bénéficient d'une grande autonomie du fait d'un encadrement particulièrement réduit dans cette tranche horaire. Concernant l'activité « sacs vides », elle est réalisée dans un coin du centre de tri, à l'écart des autres activités du centre. Si ce travail ne comporte aucune contrainte mécanique importante pour les bras, il est aussi sans grand intérêt, et M. T... se retrouve, de fait, mis à l'écart du processus productif et du flux du courrier, et coupé du collectif de travail. On comprend donc que M. T... conteste aussi farouchement sa nouvelle affectation.

Concernant l'accident du travail, l'histoire médicale est la suivante : M. T... a eu un étirement traumatique de l'épaule droite, qui a justifié un arrêt de travail de quelques semaines

.....

3- J'apprendrai ultérieurement que M. T... rédige fréquemment des courriers aussi incendiaires que procéduriers, et qu'il a déjà saisi les tribunaux – il a d'ailleurs été débouté de sa plainte et condamné à payer une amende pour saisie injustifiée.

et de la kinésithérapie. Devant l'impotence fonctionnelle résiduelle de son bras, un premier scanner a été réalisé deux mois après l'accident, qui ne retrouvait aucune rupture, même partielle, de la coiffe des rotateurs ; une petite lésion du tendon sous-scapulaire a cependant fait, par précaution, interdire temporairement les manutentions de plus de 5 kg. Devant la persistance du déficit fonctionnel, un nouveau scanner a été réalisé six mois plus tard, considéré comme normal, et n'apportant donc aucune explication aux séquelles fonctionnelles dont M. T... continuait de se plaindre. Une consultation a alors été demandée à un rééducateur fonctionnel, qui a conclu, presque un an après l'accident, à un « dysfonctionnement global du membre supérieur, compliqué d'une séméiologie fonctionnelle majeure, avec un tableau physique très dissocié », et à la nécessité d'une rééducation intensive en centre spécialisé. La consolidation sera finalement réalisée dix-huit mois après l'accident et l'IPP évaluée à 20 %.

Sur le plan médical les autres antécédents marquants de M. T... dont je trouve trace dans le dossier sont les suivants :

- Une gastrectomie partielle en 1973 dans les suites d'ulcères gastriques récidivants.
- Des troubles psychiques étiquetés « dépression » ayant entraîné un arrêt de travail de quelques mois en 1994, pour lequel je retrouve copie d'une ordonnance d'antidépresseur et d'anxiolytiques prescrits par le généraliste. Le médecin du travail de l'époque avait noté « affolé », « tremblements », et la perte de 14 kg ; c'est apparemment elle qui l'avait adressé au généraliste. À la reprise, il est noté qu'il est suivi dans un centre psychiatrique.

En 1997, la découverte, lors d'un bilan systématique, d'une anémie inexplicquée qui met M. T... dans un état d'anxiété majeure : il clame alors qu'il refuse de se soigner, et prend le soin d'en informer l'assistante sociale. Une exploration digestive sera finalement pratiquée, qui s'avère normale. De façon relativement concomitante, il entre en conflit majeur avec sa hiérarchie suite à une requalification partielle de son grade qu'il juge inique, et à une notation qu'il juge inacceptable ; c'est dans ce contexte qu'il profère des menaces de mort envers le directeur de centre et se voit *illico* propulsé en expertise psychiatrique, laquelle conclut, à la surprise de l'encadrement, que si « le sujet présente une personnalité impulsive et sensitive », il « ne développe actuellement aucun trouble psychiatrique évolutif ».

Lors de cette première consultation avec M. T..., j'observe avec une certaine perplexité qu'il ne bouge à aucun moment son bras droit, alors même qu'il s'agit beaucoup en me racontant son histoire. Pour autant, en dépit de points douloureux non systématisés, l'examen clinique de l'épaule est pauvre : aucune amyotrophie, et des amplitudes relativement conservées dès qu'il se sent en confiance et accepte de coopérer à l'examen. M. T... me parle aussi de sa consultation avec le rééducateur fonctionnel, et de ce qu'il faudrait qu'il ait une rééducation intensive en centre pendant quatre semaines. Il m'explique aussi que ça n'est pas possible, à

cause de son frère gravement handicapé dont il a la charge. À l'issue de cette première consultation, je propose à M. T... de prendre contact avec le rééducateur, et de voir avec l'assistante sociale ce qui serait possible au sujet de son frère. Il me donne son accord.

Comme convenu avec M. T..., je contacte le rééducateur fonctionnel qui m'affirme qu'une récupération quasi complète est possible en quatre à six semaines de rééducation en centre spécialisé ; il pointe cependant les « bénéfiques » actuels que M. T... tire de sa situation, et m'alerte sur la nécessité d'un « contrat » clair avec M. T... Pour optimiser la rééducation fonctionnelle, je rédige un rapport de plusieurs pages décrivant les activités professionnelles que M. T... a pour objectif de pouvoir réaliser de nouveau.

Il me faudra plus de six mois (émaillés d'arrêts pour « rechute d'accident »), et beaucoup de ténacité et de persuasion pour négocier que l'entreprise prenne en charge les frais éventuels occasionnés par la garde du frère de M. T... afin de lui permettre d'aller en centre de rééducation. Au dernier moment, il faudra aussi s'occuper du chien, car la première semaine de rééducation se fait en internat complet... Mais M. T... finit par entrer en centre de rééducation, très déterminé, et avec l'immense motivation de retravailler de nuit...

Peu de temps avant la sortie de rééducation de M. T..., je reçois un courrier du rééducateur, très satisfait du résultat obtenu, et parfaitement optimiste sur la réinsertion. Je suis alors plutôt soulagée, et, j'avoue, assez fière de voir se concrétiser ce qui m'a tout de même demandé beaucoup de travail, et aussi d'implication personnelle, en défendant, contre l'avis de l'encadrement, que M. T... pouvait être réintégré dans un poste normal pour peu qu'on lui en donne les moyens – d'autant plus fière qu'il faut bien reconnaître que M. T... n'est pas précisément un agent « facile », ni un cas « simple ». Aussi j'attends presque avec impatience le lundi où M. T... doit reprendre, où je vais le revoir en visite de reprise, où on va se réjouir du résultat, et où je vais écrire « apte » avec plaisir et le sentiment de réparer quelque chose.

Ce lundi arrive... et M. T... ne vient pas à son rendez-vous. J'appelle le centre de tri ; ils n'ont pas de nouvelles : M. T... ne s'est pas présenté à son travail... De fil en aiguille, j'apprends dans la soirée que M. T... a eu un accident de voiture à sa sortie de rééducation... et serait à l'hôpital... Lequel hôpital se révèle être... l'hôpital psychiatrique...

Passablement désespérée par cette évolution inattendue, je pars glaner des informations médicales, et j'apprends que les faits sont approximativement les suivants : à sa sortie de rééducation, M. T... a fait un malaise au volant de sa voiture ; les dégâts ont cependant été mineurs. Après cet accident, il est allé de lui-même au centre psychiatrique qu'il connaissait. Devant, j'imagine, un certain état de confusion, un bilan sanguin a été réalisé, qui a montré une hyponatrémie profonde, signant une intoxication à l'eau (j'apprendrai qu'il faut tout de même boire une bonne dizaine de litres d'eau par jour, pendant plusieurs jours, pour en arriver là...) – et M. T... a été hospitalisé en psychiatrie.

Je revois M. T... trois mois plus tard, juste avant sa reprise. Il m'explique qu'il buvait énormément d'eau parce qu'il faisait du sport, et que quand on fait du sport, il faut boire beaucoup d'eau. Il prend du STABLON®, du LEXOMIL®, de l'IMOVANE®, et du TIAPRIDAL®. Psychologiquement il va un peu mieux, après une période qu'il me décrit comme de très grande angoisse, sans raison objective identifiée ; à ma question sur le rôle du travail, ou la perspective de la reprise, il répond « peut-être » sans grande conviction.

« Moralement », il récupère progressivement, bien qu'il signale des crises d'anxiété résiduelles. En revanche, il s'est aussi remis à souffrir progressivement de l'épaule, et à perdre les amplitudes et la force musculaire qu'il avait regagnées. Il a intégré la doctrine de la rééducation fonctionnelle, et explique que c'est normal : si on ne retravaille pas dans la foulée de la rééducation, on perd tout. Il souhaite vraiment reprendre son travail, convaincu que ça lui fera du bien psychologiquement ; mais il se sent « mis sur la touche », et me dit qu'il lui arrive de pleurer. Il me dit aussi qu'il boit encore beaucoup d'eau (de la *Vichy Célestins*, qui est très salée, pour éviter les problèmes). Il ne sait pas pourquoi il boit tant ; il pense que « ça l'aide peut-être à calmer son angoisse ». À l'examen, il a perdu 7 kg, il a une TA élevée. Il se montre craintif dès que je manifeste le souhait d'examiner son épaule ; un examen objectif se révèle impossible à réaliser, et je n'insiste pas...

Le « contrat » avec l'entreprise était qu'à l'issue de la rééducation il serait mis fin à ses « privilèges » ; il le sait, c'est comme ça. Nous convenons qu'il va reprendre en horaires d'après-midi – ça ne soulève plus de difficultés de sa part – et qu'il fera « ce qu'il peut ». Je négocie avec la hiérarchie des marges de manoeuvres pour M. T... : en particulier qu'on le laisse essayer, à son rythme, sans contrainte de production, et quand il le sentira, les activités qu'il pense pouvoir essayer, pour tester ce qu'il peut ou non faire avec son bras. On va se donner du temps, voir comment cela se passe, le laisser faire... il me recontactera.

Moi cependant, je ne suis plus très fière : en fait, grâce à mon interventionnisme qui lui a permis d'aller en centre de rééducation fonctionnelle, M. T... s'est retrouvé hospitalisé en psychiatrie. Et s'il a en partie récupéré sa raison, il reste angoissé et désespéré de cet échec, et a reperdu son bras ; et perdu aussi, désormais, tout ce qu'il avait négocié comme indemnisation symbolique...

Je n'entends plus parler de M. T... pendant plus de dix-huit mois ; suroccupation, mauvaise conscience, et n'ayant rien de mieux à proposer, je ne me manifeste pas non plus...

Je revois M. T... dix-huit mois plus tard, donc, à la demande de sa hiérarchie qui souhaite tout de même encadrer un minimum ses activités, et, outre le traitement des sacs vides, propose de lui confier officiellement un certain nombre de tâches, dont elle m'envoie la liste, et pour lesquelles elle souhaite mon avis médical. Au cours des dix-huit mois écoulés, M. T... a fait plusieurs essais sur certaines positions de travail, et comme convenu, on l'a laissé faire ; ainsi, j'apprends qu'il participe de nouveau aux travaux d'oblitération

sur machine. Il a adopté une gestuelle assez originale pour les quelques manutentions que cela exige, mais il s'en tire plutôt bien. Il me fait une démonstration, et je note qu'il réutilise partiellement son bras handicapé. Il se plaint avec virulence de ses collègues, que, pour résumer, il ne trouve pas très courageux, et qui laisseraient souvent le travail inachevé ; donc il le fait, lui, dont ça n'est pourtant pas le rôle officiel, car il aime que le travail soit fait ; mais du coup il est ensuite obligé de courir pour finir de préparer ses sacs vides. Derrière ses vitupérations, auxquelles j'ai fini par m'habituer, je perçois une certaine fierté à faire ainsi la démonstration de son utilité professionnelle, et de son implication. Il fait de la kinésithérapie de façon intermittente pour son bras ; il est toujours gêné, et souffre régulièrement quand il fait des « faux mouvements » – mais du moins travaille-t-il de nouveau sur de « vrais » postes, et je lui manifeste ma satisfaction de voir ainsi tous les progrès qu'il a fait. Il ne prend plus que de petites doses d'ATHYMIL® et va en consultation au centre psychiatrique tous les deux mois.

Avec son accord, et après une longue discussion, je le déclare apte à l'ensemble des activités qui lui sont proposées (à l'exclusion d'une seule, qui supposait des manutentions manuelles répétées sous contrainte de temps). Ces activités, qui peuvent se définir comme la préparation des différents chantiers de tri, ont toutes en commun de faciliter le déroulement du processus productif ; et même si elles sont un peu hétéroclites, M. T... a désormais une position de travail qui le réinscrit dans le collectif du centre de tri à défaut de l'intégrer dans une équipe précise.

Dix-huit mois suivent, pendant lesquels je revois cette fois M. T... de façon régulière, à sa demande. Il vient me faire part de ses difficultés successives, qui sont bien souvent liées à son incapacité à entrer en relation et à s'exprimer ; chez lui, c'est toujours l'agressivité qui prend le dessus, et toute discussion tourne donc au conflit. Il faut dire que la position de M. T... – à cheval sur de multiples chantiers –, ne facilite pas son organisation personnelle du travail, et la synchronisation est parfois délicate. Il m'arrive donc à plusieurs reprises de téléphoner à l'encadrement pour, en quelque sorte, traduire ce que M. T... n'a pas réussi à analyser ou exprimer d'une façon recevable. Cette période est par ailleurs émaillée de problèmes de santé intercurrents : lombalgies, problèmes dermatologiques non étiquetés, troubles digestifs... Mais on parle moins de son bras, dont l'utilisation me semble plutôt satisfaisante vu le contexte, et que, d'ailleurs, j'ai pris le parti de ne plus examiner.

Pendant cette période, M. T... aura de nouveau un accident du travail, en réalisant, de façon acrobatique pour préserver son bras, des manutentions que personne ne lui avait demandé de faire (comme le lui fera remarquer sa hiérarchie)... Il s'est fait une entorse du genou ; le bilan révèle des lésions sous-jacentes méniscales et de chondropathie assez avancées, dont le pronostic est médiocre. Même après les soins et la rééducation, il reste gêné par des douleurs lors de certains déplacements (escaliers), et par la station debout prolongée. Il ne remet toutefois pas en cause son affectation professionnelle, et nous convenons qu'il reste « apte ».

Et puis, un jour, je revois M. T... à la demande de sa hiérarchie : le poste « sacs vides », qui occupait plus de la moitié de son temps, est supprimé, il faut donc reconsidérer complètement l'affectation de M. T..., et se prononcer de nouveau en terme d'aptitude.

M. T... a pensé à tout cela, et est allé faire des essais en salle de tri manuel. Je suis préoccupée : trier, c'est rester constamment debout devant un casier (son genou...), et placer, avec une cadence élevée, des lettres dans des cases dont près du tiers est au-dessus de la tête (son épaule... d'autant qu'il est petit...). Mais je l'entends me raconter comment il y arrive ; comment il va chercher le courrier dans des caissettes qu'il porte à une main, coincées contre sa hanche, comment, en prenant de l'élan, il arrive à placer les lettres dans les cases du haut, comment, avec sa main gauche soutenant son coude droit, il accompagne le geste de ce bras droit... et il me montre la genouillère qu'il a achetée. Puis il en vient à l'essentiel : il veut retravailler de nuit.

Je décide alors de rédiger un avis d'aptitude qui se révélera au moins aussi acrobatique que la gestuelle de M. T..., dans ce qu'il contient de paradoxal : en substance, et pour lui permettre de retravailler de nuit, je donne mon accord à une affectation sur des activités de tri, tout en précisant que les séquelles de son accident de travail ne lui permettront pas d'atteindre les cases du haut, ni de respecter les cadences. Je propose bien sûr divers aménagements pour atténuer l'incongruité de mon courrier, et surtout, je prends la précaution de contacter le directeur du centre pour faire une explication de texte. Ce courrier (dont il ne faut pas oublier que M. T... reçoit légitimement une copie), a pour objectif de permettre à M. T... de réintégrer une position de travail aussi normale que possible, en tenant compte de ses restrictions de capacité, de sa personnalité, et de son parcours professionnel des dernières années – en pariant finalement sur une entrée dans un « cercle vertueux ». Le directeur comprend le montage intellectuel de cet avis médical original, et accepte l'essai.

Je revois M. T... deux mois plus tard. Nous faisons le tour des difficultés qu'il rencontre dans son travail. Il participe à l'intégralité des activités de nuit même le « décasage machine ». Je suis vraiment interloquée, car le « décasage machine » comporte des contraintes majeures : non seulement il faut aller attraper les paquets de lettres triées par la machine en hauteur, mais il faut aussi suivre les cadences de cette machine c'est dire si les marges de manœuvres sont faibles. Mais M. T... m'explique : soit il décasse de la main gauche, dont il a appris à se servir de plus en plus, soit il prend appui sur un relief de la machine qui lui sert de marche pour atteindre les cases du haut avec sa main droite, facile ! Il est assez content de l'effet que tout cela me fait. Il me dit que son moral est « impeccable », et me dit aussi que « ce travail est beaucoup plus valorisant que les sacs vides », ce dont, évidemment, je me doutais, mais que je ne lui avais jamais entendu formuler dans l'autre sens (les sacs vides sont dévalorisants). Il est tellement heureux d'être revenu en nuit, qu'il a même accepté un horaire un peu moins attractif : celui de 22 h – 6 h. Il m'explique aussi que l'intérêt de la nuit est qu'« on a plus le temps », car moins de chef sur le

dos, et plus de marges de manœuvre. Il refait même de la manutention de temps en temps. Je lui signifie à quel point je suis épatée par ce qu'il réussit à faire de nouveau. Bien que son enthousiasme soit grand, je pose malgré tout des restrictions afin d'éviter un surmenage articulaire : j'ai le sentiment qu'il ne va pas se protéger suffisamment, et, vu son caractère et son sens aigu des relations humaines, il ne faut pas compter non plus que l'encadrement le protège...

Je n'entends plus parler de M. T... pendant six mois. Puis vient un courrier de son médecin traitant, qui s'inquiète des contraintes de son activité professionnelle du fait de son atteinte de l'épaule, et a fait un certificat, transmis au centre de tri, attestant que M. T... ne peut plus faire toute une série de gestes... qui de fait lui interdisent de rester sur son poste... Je contacte ledit médecin traitant, lui fait l'historique, et lui explique le compromis trouvé dans le travail. Il ignorait tout cela, et note que, en dépit des plaintes récentes de M. T..., ce dernier n'a jamais demandé d'arrêt de travail : il prend occasionnellement des antalgiques, et fait régulièrement de la kiné.

Je revois rapidement M. T.... L'IPP de son épaule vient d'être revue à la baisse (15 % au lieu de 20 %)... et il semble bien que ce soit cette nouvelle qui ait entraîné la consultation chez le médecin traitant. Passées les récriminations (il ne comprend pas la réduction de l'IPP, et clame qu'il a toujours aussi mal), il me dit pourtant qu'« au travail, ça va ». Nous refaisons un tour de l'ensemble de ses activités, en décortiquant ce qui pose ou non problème. Il ressort en résumé de ce parcours, que M. T... a des difficultés à trouver un compromis satisfaisant entre performance professionnelle et santé : ainsi, en début de vacation, a-t-il un rendement qu'il estime supérieur à celui de beaucoup de ses collègues, mais il fatigue vite ; le tri « grands formats » est plus facile à gérer pour lui, car les plis, plus lourds qu'aux petits formats, se lancent mieux dans les cases – en revanche, c'est plus pénible car il n'y a aucune possibilité de s'asseoir –, s'il veut tenir la cadence, son courrier se retrouve en vrac dans les cases, ce qui crée des tensions avec les collègues qui le récupèrent..., etc. Bref, nous essayons d'analyser ce qui fait difficulté, et surtout pourquoi, en notant chaque fois que le résultat est une affaire de compromis à trouver entre performance et santé. Je lui répète qu'il doit veiller à sa santé, autrement dit, je donne légitimité au fait qu'il doive se ménager. Et je valorise les astuces corporelles et organisationnelles qui lui permettent de travailler de nouveau sur une position normale. Je note également qu'il ne prend plus aucun psychotrope, et que cet arrêt correspond à son affectation en nuit.

Comme M. T... a maintenant 57 ans, j'évoque subrepticement la question de la retraite – pour faire rapidement marche arrière ! Cette simple évocation déclenche des torrents de récriminations du côté de l'injustice sociale dont il a toujours été victime... En bref, la retraite, ça n'est pas pour demain, n'en parlons plus ! Je conclus la consultation en renouvelant les restrictions d'aptitude tout en confirmant l'affectation en nuit dans le poste actuel.

C'était il y a plus de dix-huit mois. Entre-temps un nouveau cadre de nuit est arrivé, au début un peu intrigué de la situation, et assez agacé par le comportement de M. T..., qui certes, travaillait avec ardeur, mais ne faisait « que ce qu'il voulait » et « posait des problèmes de management ». Je lui ai donné acte de ces difficultés, fait l'historique de la situation, confirmé l'avis d'aptitude, et aussi suggéré de considérer à quel point M. T... travaillait avec ardeur. J'ai revu ce cadre il y a peu, avec maintenant près de deux ans de recul pour le retour de M. T... en nuit ; il m'a dit que tout ce passait bien, et m'a même confié que, si tout continuait comme cela, il envisageait de noter M. T... « excellent ».

TENTATIVE D'ANALYSE

Je me suis longtemps reproché un certain manque de discernement dans cette affaire. Peut-être aurais-je dû critiquer l'indication de rééducation fonctionnelle : la quasi exclusion de son bras par M. T..., ses antécédents psychiatriques, ses difficultés relationnelles majeures...

Et surtout, mon interventionnisme initial avait eu pour corollaire la décompensation psychique de celui qui n'était, jusque là, « que » handicapé du bras. Même si on peut considérer que la pathologie psychiatrique était préexistante, la chronologie des faits restait en effet bien troublante : incontestablement, M. T... était passé directement du centre de rééducation fonctionnelle, qui le proclamait quasi guéri de son épaule, à l'hôpital psychiatrique ; et inversement, il avait retrouvé une relative stabilité psychique parallèlement à la régression fonctionnelle de son bras. Bref, il n'y avait pas de quoi pavoiser.

Puis l'histoire de M. T... m'a rattrapée, et son dénouement m'a beaucoup interrogée : comment se faisait-il qu'une affaire aussi mal emmanchée pendant quatre ans se termine aussi bien – c'est-à-dire par le retour inespéré, au poste qu'il souhaitait, en dépit des contraintes physiques de ce poste, d'un agent sérieusement handicapé sur le plan fonctionnel, et manifestement très fragile sur le plan psychiatrique. Un retour qui tient dans le temps, avec un recul de maintenant près de deux ans. J'ai donc cherché à comprendre comment ce retournement avait pu avoir lieu, et ce qui, dans ma pratique hésitante, inventée au fil des consultations avec M. T... après l'échec de la rééducation, avait permis ce retournement.

Si je tente aujourd'hui d'analyser cette histoire, à l'éclairage de la psychodynamique du travail, je pourrais la résumer en disant que l'accident de M. T... a entraîné une souffrance aiguë dans le registre de la non-reconnaissance ; non reconnaissance de sa douleur, de son amputation fonctionnelle, mais aussi de son implication professionnelle, passée et toujours présente, ce déficit de reconnaissance au travail entrant en résonance symbolique avec un déficit de reconnaissance quasi existentiel chez M. T... (cf. son histoire personnelle). L'équilibre psychique de M. T... tenait jusque là exclusivement par le travail, par son rapport subjectif et social au travail, la faillite de sa vie privée n'étant guère à même de lui apporter quoi que ce soit pour la construction de sa santé mentale, et les obligations assumées vis-à-vis de son frère

constituant à n'en pas douter un handicap social supplémentaire.

Je fais l'hypothèse que ce qu'on pourra appeler la majoration fonctionnelle du déficit, ou l'incorporation de la souffrance professionnelle de M. T... au niveau de son épaule, a constitué à la fois le seul langage de détresse trouvé par cet agent un peu frustré et peinant à verbaliser, et la seule défense (inconsciente bien sûr) trouvée par lui pour éviter un effondrement psychique à la suite de son accident du travail – cet accident qui a fait se dérober le travail, seul support de sa santé mentale. Quand cette stratégie défensive est devenue intenable, grâce à (ou à cause de) la rééducation, autrement dit quand son bras a récupéré une fonctionnalité indéniable, même pour lui, la décompensation psychique est survenue.

Reste à analyser ce qui, dans la pratique développée par le médecin du travail à cette occasion, a permis un retournement de la situation, ou du moins de ne pas gâcher le fragile travail de réhabilitation entrepris par M. T...

Le médecin du travail a eu ici une action à la fois :

- de médiation, en tentant de comprendre puis en quelque sorte de traduire, de façon socialement recevable, ce que M. T... exprimait de façon maladroite et particulièrement violente : son profond désir de retravailler, de reprendre une vraie place dans le collectif de travail ;
- d'apport de reconnaissance, en ne contestant jamais la réalité de la souffrance exprimée, le fut-elle de façon médicalement non conventionnelle, en reconnaissant la gravité de l'incapacité fonctionnelle, en lui donnant acte de ses progrès et surtout de ses efforts, de son ingéniosité et de son courage incroyables pour revenir au travail ;
- d'accompagnement, en s'engageant à ses côtés dans sa volonté de réhabilitation fonctionnelle et profes-

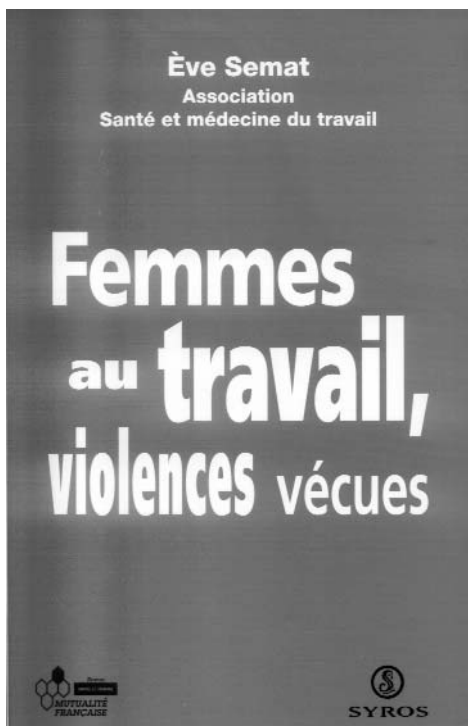
sionnelle, et en laissant toujours ouvertes les possibilités de retour au travail, jusque et y compris quand tout semblait bel et bien échoué ; peut-être même surtout à partir de ce moment là, quand, perdu pour perdu, j'ai fait le pari de faire confiance à M. T..., de lui remettre en quelque sorte les clés de son aptitude, en misant sur sa volonté de travailler et de se réinsérer dans un collectif de travail, mon intervention revenant alors à négocier pour lui des marges de manoeuvres, afin qu'il puisse lui-même trouver une nouvelle place dans le travail au centre de tri.

Je pense que c'est cette conduite, en grande partie intuitive, qui a permis une remobilisation de la subjectivité au travail et du zèle de M. T... C'est cette configuration créée autour de lui qui a permis d'entrer dans cette dynamique où le renforcement psychique a permis de libérer l'enjeu qui pesait sur son épaule, de verbaliser ce qui ne s'exprimait qu'en terme de déficit fonctionnel, et finalement un retour au travail plutôt réussi (vu les circonstances).

Quant à l'utilisation acrobatique de l'avis d'aptitude(4), elle s'inscrit dans l'histoire médico-professionnelle particulière de M. T..., et avait pour objectif de renforcer ce qui avait été si patiemment regagné mais qui me semblait si fragile : s'adressant bien autant à l'agent qu'au directeur du centre, cet avis reconnaissait expressément les séquelles fonctionnelles de l'accident du travail, séquelles habituellement rédhibitoires pour travailler sur le poste convoité. Mais cet avis ouvrait aussi, de façon encadrée, la possibilité d'y travailler. Entre les lignes, on pouvait donc lire que ce que réaliserait M. T... dans ce poste devrait être porté à son crédit.

Cet avis d'aptitude participait ainsi, en quelque sorte, au processus de restauration de la reconnaissance professionnelle, permettant une remobilisation de la subjectivité et du zèle professionnels de M. T...

Véronique ARNAUDO



.....
4- Pour atténuer l'impression d'acrobatie, je précise tout de même que cet avis n'était pas sans filet :

- d'une part une bonne connaissance des contraintes des postes de travail et des possibilités d'aménagement ;
- d'autre part une explication claire des enjeux auprès de l'employeur, qui a accepté de jouer le jeu.

Cet ouvrage collectif de l'ass. Santé et Médecine du Travail, paraît sous le pseudonyme de Ève SEMAT
Vente en librairie – Prix : 28,20 € –

Éditions Syros, 9 bis rue Abel Hovelacque 75013 Paris
Tél. : 01 44 08 83 80 Télécopie 01 44 08 83 99

L'INAPTITUDE DE CHRISTIANE⁽¹⁾

Christiane a aujourd'hui 55 ans et se retrouve au chômage pour inaptitude en raison des conditions de vie et de travail dans son entreprise comme six de ses collègues avant elle.

Christiane a eu son BEPC à 15 ans et a pris le chemin à 16 ans de l'usine de chaussures de sa ville comme pareuse puis comme piqueuse pendant deux ans. À 19 ans, elle embauchait dans la fonderie de cinquante salariés où elle a travaillé pendant trente-cinq ans jusqu'en 2004 à 54 ans.

Christiane a toujours vécu dans la même ville ; elle s'est mariée à 21 ans avec un ouvrier qui travaille depuis plus de trente ans dans une entreprise pharmaceutique, à proximité. Ils ont eu deux enfants nés en 1973 et 1978 qui ont aujourd'hui une bonne situation comme elle dit. Ce sera d'ailleurs son fils, cadre dans une société voisine et son mari qui l'accompagneront dans le difficile parcours de la rupture du contrat de travail. Elle ne s'arrête pas de travailler pour élever ses enfants.

SON PARCOURS PROFESSIONNEL

Dans la fonderie de cinquante salariés qui l'emploie depuis de nombreuses années, elle a occupé un poste de montage de loqueteaux : il s'agit d'un travail manuel très physique et minutieux qui consiste à faire rentrer par la force différents éléments tels que billes, écrous et vis qu'il faut serrer au tournevis, plaquettes et ressorts dans un logement de 4 à 8 cm de long à l'aide de pinces ; pendant treize ans, elle fait principalement ce travail qui convient bien à son profil méticuleux et exigeant.

Lorsque la charge de travail baisse, elle fait de l'usinage : taraudage de pièces de quincaillerie en *zamac*^o (pièces en zinc) cela sur de petites machines ; le travail est plus sale et plus répétitif mais elle ne s'en plaint pas. Elle travaille assise en l'absence de toute ergonomie du poste de travail, dans le seul atelier qui existe, celui de la fonderie. Elle manutentionne les bacs de pièces pesant plus de 20 kg pour approvisionner son poste de travail à l'usinage. Elle se plaint lors des visites médicales des fumées qui lui piquent les yeux et irritent sa gorge ainsi que du bruit et sera une des premières salariées à utiliser les bouchons antibruit mis à disposition par l'entreprise. En 1991, l'atelier de montage et usinage où

.....

1- Monographie clinique rédigée dans le cadre de Samotra-ce.

ne travaillent que des femmes est installé dans l'extension de l'usine et l'expose donc à moins de pollution.

Depuis 1990, elle occupe le poste de contrôle des pièces de fonderie et des pièces usinées, au départ pour l'atelier fonderie et l'atelier usinage ; il s'agit d'une création de poste. Le contrôle des pièces était jusqu'à présent effectué par le responsable de chaque secteur. Elle est sans doute choisie pour son exigence du travail bien fait et son côté méticuleux et un peu perfectionniste. J'apprendrai plus tard qu'elle fait effectivement le travail de contrôleur mais que sur sa fiche de paye elle a toujours eu le statut de aide-contrôleur. Elle me dit lors de la visite médicale de 1990 trouver son travail beaucoup plus intéressant que le travail précédent et s'y sentir bien. En raison de la charge de travail qui augmente, elle n'aura bientôt en charge que le contrôle des pièces travaillées à l'usinage et le contrôle final avant le départ des pièces avec documents de conformité.

Son travail consiste à passer auprès des collègues pour contrôler visuellement les premières pièces aux différents postes de travail des collègues puis à l'aide d'outils tels que calibre et pied à coulisse ; elle effectue par prélèvement aux postes des contrôles de pièces en cours de fabrication, effectue un contrôle final des pièces par prélèvement ou à 100 % suivant les exigences des clients ; elle intervient aussi à la demande du régleur lorsqu'une modification est faite sur les machines. Elle occupe un espace aménagé à cet effet dans l'atelier avec bureau pour poser et rédiger les documents manuscrits dans les premières années puis avec utilisation de l'informatique, table de contrôle, container pour les pièces rebutées et containers pour les pièces à expédier ; elle se sert à cette occasion du transpalette manuel pour emmener les containers dans la zone expédition située à l'opposé dans l'atelier fonderie. Elle montre aussi le travail lorsqu'il s'agit de nouvelles pièces ou de nouvelles embauchées afin que la cote de la pièce soit respectée.

Par ailleurs elle contrôle pièce à pièce ou par prélèvement le travail revenant de la sous-traitance cela dans les espaces laissés disponibles pour y stocker les palettes. Elle rédige aussi les dossiers de suivi et conformité des pièces qui accompagnent l'expédition des pièces. Elle a l'entière confiance de son responsable qui est en charge du suivi des pièces de la commande à l'expédition depuis de nombreuses années et qui connaît le travail et les clients depuis long-

temps et à qui elle peut s'adresser lorsqu'elle a un problème. Elle aime son travail qu'elle juge intéressant bien que stressant, propos rapportés lors de la visite médicale de 1996.

Je suis le médecin du travail de cette entreprise depuis 1982, entreprise dans laquelle les conditions de travail sont difficiles ; pendant plusieurs années, mes visites d'entreprise ont plus particulièrement concerné l'atelier de traitement de surface où l'on manipulait cyanures et chromes et acides sans protection ni aspiration ainsi que l'atelier de fonderie dans lequel le poteyage de zinc en fusion dégageait des fumées âcres et irritantes sans aspiration aux postes. L'usinage une fois installé dans un local correct ne me posait pas de problème particulier malgré les contraintes posturales, les efforts des membres supérieurs et les gestes répétitifs, la manutention de charges et les sièges de cuisine au poste. On pouvait travailler assis dans cet atelier et il n'y avait pas de MP déclarée.

L'atmosphère de travail a toujours été très tendue, d'autant plus que l'entreprise a vécu plusieurs plans de licenciement qui ont surtout touché les femmes. La peur du chômage est constante car l'entreprise présente des difficultés financières traînantes. Un CHSCT a été mis en place laborieusement en 1995.

Je ne saurais par elle qu'en 2000, au cours de sa visite médicale qu'elle a commencé à aller mal en 1996, date d'arrivée d'un responsable de contrôle et qualité dont elle ne supporte pas l'attitude irrespectueuse et l'incompétence : paroles vexantes, propos agressifs, mépris, propos toujours tenus en présence d'un tiers le responsable ou le régleur : « *Il me traite comme si j'étais un chien* ».

Elle vit mal l'absence de prise de décisions de la part de son responsable qui l'oblige à mettre les pièces en attente alors qu'elle connaît le délai de livraison et qu'elle reçoit des remarques désobligeantes des services logistiques car le client n'est pas livré à temps. Lorsqu'une nouvelle pièce arrive, elle n'a aucune information concernant les contrôles à effectuer et les critères de qualité des pièces et subit la pression des collègues en poste d'usinage qui la sollicitent pour avoir le feu vert pour effectuer les séries de pièces.

Elle doit faire face à ses mensonges devant la direction et est accusée d'incompétence et responsable des erreurs que lui fait commettre le responsable.

« *Depuis environ sept ans, que M. X... est mon supérieur hiérarchique : il a toujours été odieux envers moi (et envers d'autres personnes) mais comme moi j'ai toujours recours à lui pour certaines décisions : nouveaux défauts sur des pièces... pour faire des rapports... les réponses quand il y en avait étaient qu'est ce qu'il y a encore, où bien il soutenait qu'il me l'avait déjà dit ou expliqué (toujours s'adressant à moi comme si j'étais son chien...)* » Ce sont les propos qu'elle tient dans le long descriptif de ses conditions de travail et de sa souffrance dans le travail.

HISTOIRE MÉDICALE

Pas de problème particulier si ce n'est des angines fréquentes notées à partir de 1972 et un AVP en 1982 avec contusions du genou et du dos dont elle gardera des douleurs non handicapantes, un arrêt de travail pour céphalées persistantes en 1984 et un arrêt de dix jours pour malaise avec hypotension en 1986 (prise de magnésium) et 1989 qu'elle relie à des soucis de santé chez son mari puis chez sa fille.

Elle a un suivi gynécologique régulier pour fibrome utérin découvert en 1988.

Elle présente en 1993 et cela pendant plus de trois ans une allergie conjonctivale explorée, sans étiologie.

En 1996, on note dans le dossier la prise d'un traitement homéopathique pour angoisse et nervosisme. Elle est très inquiète lors de cette visite car elle a été en contact avec un collègue susceptible d'avoir la tuberculose.

Elle signale une névralgie intercostale en 1997 puis des tendinites du coude droit et de l'épaule gauche traitées sans arrêt de travail.

Lors de la visite médicale en 2000, elle me signale des douleurs gastriques violentes qui ont nécessité une exploration par endoscopie et un traitement pour ulcus gastrique.

Et c'est au cours de cette visite médicale qu'elle évoque ce qu'elle endure depuis quatre ans ; elle ne peut en parler qu'une fois l'épisode terminé, une fois le responsable remis à sa place par le directeur. « *La responsable logistique s'était aperçue de son petit manège et nous en avions parlé au patron qui m'avait très bien soutenue et avait convoqué M. S... pour lui dire qu'il me devait le respect...* »

Monsieur B... rachète l'entreprise en difficulté en 2001 et décide d'en faire une entreprise rentable, moderne et plaisante à vivre et dans laquelle il n'y aura plus d'accident du travail.

À cette l'atelier usinage dont la époque, l'effectif de l'entreprise passant en dessous de cinquante salariés, le CHSCT disparaît.

Dans la nouvelle organisation, le responsable qualité devient directeur de la production et de la qualité. Il reprend son comportement inacceptable, soutenu par le directeur lui-même et le RH qui devient DRH et directeur financier et qui manage toute l'usine par la peur et la menace.

Si aucun accident n'est déclaré, les maladies professionnelles font leur apparition chez les femmes (la majorité sont des OS âgées de 50 ans et plus). Principaux facteurs : augmentation des cadences et pression exercée pour les respecter, isolement des salariées qui ne peuvent se retrouver à deux devant le distributeur, augmentation de la pénibilité par suppression du poste de manutentionnaire approvisionneur, passage arbitraire en 2x8, sous-traitance à la prison de Tours du petit montage, travail moins pénible et plus varié....

Les conflits avec le médecin du travail débutent : déclarations de MP 57, étude de poste de travail avec demande d'aménagement de poste et inaptitude au poste de travail ou

à tout poste dans l'entreprise suscitent menaces et mépris à l'encontre des salariées et du médecin du travail. C'est ainsi que six inaptitudes vont être rédigées entre fin 2001 et 2003 et aboutissent à la mise au chômage de femmes de plus de cinquante ans ayant toutes plus de vingt-cinq ans d'ancienneté dans l'entreprise.

Début 2003, devant l'importance et le nombre de souffrances rencontrées dans le même atelier, j'alerte l'inspection du travail et le médecin inspecteur. J'informe l'employeur de la dégradation de l'état de santé de plusieurs salariées du secteur usinage et du lien direct avec les conditions de travail et le management par la peur. Je l'écris dans la fiche d'entreprise.

Christiane comme ses collègues n'a pas passé de visite médicale annuelle pendant près de trois ans. La visite annuelle a eu lieu en avril 2003.

Elle se présente toujours nette et bien mise. Elle présente des signes de décompensation mentale : troubles du sommeil (« *La nuit, je revois le travail, tout passe dans ma tête sans cesse* »), contractures cervicales et dorsolombaires, brûlures d'estomac avec troubles de l'appétit, peur d'aller au travail avec douleurs abdominales « *En arrivant, on ne sait pas si on va tenir la journée. Le directeur est dans son bureau, il guette, il nous suit des yeux, il descend, il remonte, il nous piste si on va au distributeur à boissons, si on parle avec une collègue, tout est interdit et pourtant dans mon travail, il faut bien que je communique, il hurle. Quand je suis en bout de ligne puisque je fais les contrôles finaux, il me fait faire des choses en désaccord avec mon responsable ; je ne sais plus ce qu'il faut faire.* »

Elle a peur de craquer et me dit qu'un de ses frères s'est suicidé il y a dix ans à cause du travail. Elle a par ailleurs un nodule du sein découvert il y a quatre ans. Je lui demande de consulter son médecin traitant pour se traiter et de se mettre en arrêt pour souffler un peu. Elle me répond qu'elle n'est pas sûre de pouvoir revenir au travail si elle s'arrête. Je la mets « apte au poste » en lui disant de revenir me voir si besoin.

Je connais bien tous ces symptômes qui ont habité ses collègues il y a encore quelques mois jusqu'à ce que leur calvaire se solde par une inaptitude au travail et la perte de leur emploi.

Christiane le sait aussi et elle sait aussi comme moi qu'elles ont du mal à faire le deuil de leur emploi et qu'elles doivent encore se battre pour faire respecter leurs droits (indemnités non payées ou échelonnées, ce qui les plonge dans le même cauchemar).

Quel prix faut-il donc payer pour conserver son emploi et jusqu'où pourra-t-elle aller ?

Depuis deux ans, elle a vu partir dans des conditions difficiles ses collègues avec qui elle a partagé les joies et les difficultés dans le travail ; l'inquiétude du licenciement économique à certaines périodes aggrave sa sensation d'isolement ; en effet son travail de contrôleuse lui permettait

d'avoir des contacts avec ses collègues d'usinage. Il ne s'agissait pas de rivalité entre collègues mais plus d'une complémentarité dans le travail, chacune tenant un bout du travail : l'une montrant le travail et vérifiant que la première pièce était bonne pour permettre de faire une série de pièces sans problème et éviter les reprises de pièces, les autres rendant un travail conforme facilitant le contrôle et évitant la gestion des rebuts et de leurs fiches ; elle faisait aussi le lien dans l'atelier entre collègues puisque son travail lui permettait les déplacements et elle était ouvrière comme elles sans hiérarchie ou autorité vis-à-vis d'elles : « *Ça a été pire quand les filles sont parties ; il n'y a plus que trois anciennes dispersées dans l'atelier et qui ne me parlent pas de peur des représailles, puisque je suis la pestiférée...* » ; elle est donc bien seule pour affronter les sarcasmes de son responsable et l'autoritarisme violent de son directeur qui ne supporte pas qu'on ne se soumette pas.

Supporter les ordres contradictoires du directeur qui lui ordonne en hurlant de faire par exemple le tri des pièces parce que « *le contrôle, on s'en fout* » alors que le responsable qualité n'est pas d'accord et n'affrontera pas le directeur, être épiée par le directeur depuis son bureau à l'étage, toutes ces pressions et ces contraintes deviennent intolérables. Mais elle tient, malgré la pression qui augmente : au retour des congés, son poste de travail de contrôle des pièces « retour sous-traitance » est déplacé dans un hangar au fond de la cour, local sans éclairage ni chauffage l'obligeant à travailler porte ouverte pour bénéficier de la lumière du jour afin de contrôler le plus correctement possible les palettes de pièces et l'obligeant à manipuler avec un transpalette manuel des palettes lourdes, alors qu'un manutentionnaire est prévu pour ces tâches. « *Le jour de l'audit le local a été condamné et une pancarte verte sur la porte signalait local à huiles.* » Elle doit toujours revenir dans l'atelier où se trouve le poste informatique pour faire les non conformités et les certificats de conformité des pièces en partance chez le client.

Lors de ma visite en compagnie de l'inspecteur du travail et du contrôleur de la CRAM en 2003 (car je ne me sentais pas capable de m'y rendre seule), à ma question sur le local de contrôle, le directeur m'a répondu que le poste était en cours de réorganisation et que le contrôle se faisait un peu partout dans l'atelier en me montrant la délimitation au sol d'un emplacement de palettes et deux postes de saisie dans les ateliers.

Je la revois à sa demande le 14 octobre 2003, toujours en dehors de ses heures de travail. Elle va mal, est triste, a les yeux rouges et s'excuse de me prendre du temps. Elle reste debout pour ne pas me déranger et je l'invite à s'asseoir. Elle s'effondre et se met à pleurer. Elle ne sait pas ce qu'elle va faire ; elle n'est pas en arrêt de travail et a consulté son médecin qui l'a mise sous antidépresseurs et anxyolytiques (VAGOSTABIL®, STABLON® et LEXOMIL®) depuis plusieurs semaines. Elle se plaint d'une importante douleur thoracique quand elle est énervée et dort très mal ; elle n'a dormi que trois heures avant son rendez-vous avec moi. Elle me raconte qu'elle a en permanence une boule, qu'elle a peur

avant d'embaucher, qu'elle a la diarrhée, qu'elle y va avec la trouille au ventre, se demandant ce qui va lui arriver au travail. Elle me dit être obligée de se débrouiller toute seule, son responsable ayant décidé de ne plus lui adresser la parole ; elle n'a plus de document, est obligée de faire le tour des postes de travail pour avoir des informations et me raconte les brimades incessantes qu'elle subit depuis plusieurs mois non seulement au niveau de son travail mais au niveau aussi de l'organisation de son temps.

Elle est la cible de la violence du directeur, lors de la réunion collective (les réunions se font toujours à 16 h 30, fin de poste) d'information sur les congés d'été 2002 qui a eu lieu en mars. Il a repoussé la date des congés prévue pour tous de quinze jours en demandant si cela posait problème. Ayant osé dire qu'elle souhaitait partir une semaine plus tôt pour cause de réservation, il lui a été répondu violemment que si cela ne lui convenait pas, elle pouvait aller travailler chez P..., entreprise dans laquelle travaille son mari. Elle a ainsi perdu des jours de réservation et de même en 2003 avec en sus suppression de sa prime de vacances sans explication. Pour elle, elle situe réellement le début de son calvaire à cette date là. D'autres brimades s'y ajoutent : jours de congés posés et refusés ou accordés un quart d'heure avant la fin du travail, convocation au bureau à l'heure du départ, obligation de revenir travailler à la fin des vacances avant les autres ou départ en vacances deux jours après les autres sans avoir aucun travail à faire tout cela car elle est la seule à avoir refusé de signer les congés. Elle revoit encore la feuille de congés signée par tous avec un seul petit carré blanc...

Je ne rédige aucune inaptitude.

Je la revois à sa demande le 5 décembre 2003 alors qu'elle n'est plus en arrêt de travail.

Christiane a été victime d'un accident du travail en octobre 2003 qui a entraîné un arrêt de cinq semaines ; elle est contrainte par le directeur à utiliser un chariot automoteur à conducteur accompagné qu'elle avait manipulé une seule fois donc sans aucune formation ce que niera le directeur lors de la visite d'entreprise en présence de l'inspecteur du travail et du contrôleur de la CRAM en me disant « *un enfant peut conduire un tel engin sans difficulté et de toute façon, elle a été formée et elle l'utilise régulièrement* ».

Dans la panique et la méconnaissance de l'engin, elle est victime d'un étirement de l'avant bras et d'une entorse du pouce avec une gêne résiduelle à la reprise. Elle a continué son travail le jour de l'accident jusqu'à 16 h 30, heure de fin de poste, avec un pouce augmenté de volume sans qu'aucun responsable ne vienne la voir et qu'il y ait une orientation vers les urgences.

Elle ne passe pas de visite de reprise du travail, le DRH lui disant qu'elle avait vu son médecin et que cela était suffisant. Elle a été fréquemment appelée par le DRH durant son arrêt en lui disant qu'il comptait sur elle. Le directeur a même appelé son médecin traitant – qu'il a insulté –, ce dont il est coutumier.

À son retour, son responsable lui reproche la durée de son arrêt et lui dit qu'il lui enlève son poste d'aide contrôle et

elle est mise sans explication supplémentaire à un poste d'usinage puis conduite rapidement chez le DRH. Ce dernier l'informe qu'elle va avoir un avertissement pour avoir mal effectué le contrôle de pièces en octobre, qu'elle ne prend aucune décision et qu'elle n'est pas autonome en fonction des responsabilités qui lui incombent... Elle est renvoyée chez elle au bout de trois heures de travail en congés et heures de modulation, traitement habituel des salariés qui ont eu un arrêt de travail, en lui disant qu'ils n'avaient pas besoin d'elle. En son absence son collègue contrôleur du secteur fonderie a assumé sa fonction alors qu'il n'avait aucune formation sur ce poste.

Que peut-on lui reprocher dans son travail ?

Ce travail, elle le connaît bien depuis l'utilisation du pied à coulisse au début de son activité de contrôleuse jusqu'à l'utilisation de l'outil informatique avec lequel il a fallu se débrouiller.

Lorsque le réglage de la machine d'usinage est fait par le régleur, elle contrôle la première pièce et signe, validant ainsi la série de pièces et ses collègues connaissent ses compétences. « *Les filles sont malades quand je ne suis pas là.* » Elle est payée pour cette responsabilité au SMIG avec le statut d'aide contrôleuse alors qu'elle est la seule à connaître ce travail dans l'atelier, le responsable étant incompetent et ne voulant surtout pas prendre de responsabilités en engageant une série de pièces. Pourtant le responsable et le régleur sont payés plus cher qu'elle et c'est elle qui doit signer la première pièce pour lancer l'usinage de la pièce, prendre les cotes sur les gammes et sur plan.

Dois je rédiger une inaptitude ? Est-ce le seul moyen de faire cesser cette souffrance qui est vraiment liée au travail ? Nous en discutons longuement sans arriver à trancher. Je contacte avec son accord son médecin traitant qui pense qu'elle ne pourra pas tenir longtemps... Pas de décision d'inaptitude.

J'interviens par courrier auprès de l'entreprise pour rappeler la législation concernant les visites de reprise du travail ainsi que les obligations de l'employeur « protéger la santé physique et mentale des salariés... » et rappelle mon courrier de début 2003 sur les conditions de travail...

Je la revois le 15 décembre 2003 à sa demande.

Elle m'apporte la lettre recommandée et me demande de lui donner mon avis sur le courrier de contestation qu'elle a rédigé ; je lui conseille d'en faire une copie à l'inspecteur du travail : elle y explique qu'elle n'a fait que le contrôle des premières pièces à la presse de découpe, et non le contrôle final puisque le responsable avait exigé que les pièces partent directement à l'emballage. De plus ce contrôle concernait un travail effectué début octobre alors que le courrier lui était adressé mi-décembre. Elle demande quelles sont les raisons pour dire qu'elle n'est pas autonome et compétente alors qu'elle occupe ce poste depuis plus de dix ans.

Elle n'est pas en arrêt de travail mais a toujours des troubles du sommeil et est toujours sous traitement antidépresseur.

Elle souffre toujours de son pouce qui est inflammatoire et

douloureux à la mobilisation mais elle a décidé de se battre. Elle ne veut pas leur donner le plaisir de la voir craquer.

Elle m'envoie quelques jours plus tard une copie du courrier à l'employeur avec un petit mot de remerciement et m'informe sans commentaire (dans un post-scriptum) du décès d'un collègue de la fonderie chez lui d'un infarctus (elle l'imputera dans un entretien ultérieur au comportement des responsables qui lui avaient mis la pression suite à un arrêt de travail.)

Je la revois toujours à sa demande début février 2004 alors qu'elle est en arrêt de travail.

La situation est grave ; c'est la première fois que je la vois alors qu'elle est en arrêt. Elle va très mal et c'est une femme en larmes accompagnée par son mari que je vois entrer dans mon bureau. Elle me dit qu'elle ne remettra jamais les pieds dans l'entreprise, qu'ils ont gagné ; elle est cassée, ne dort plus, elle a peur et n'ose plus sortir de crainte de rencontrer quelqu'un de l'entreprise, a des crises d'angoisse quand le téléphone sonne.

À son retour au travail en janvier, elle voit à la pointeuse une nouvelle tête et apprend par une collègue charitable que c'est la personne qui a été embauchée pour la remplacer. Cette information avait été donnée officiellement lors de la réunion des salariés avant les vacances de Noël et elle même n'en avait pas été informée. Elle est convoquée pour s'entendre dire que devant son incompetence, la direction avait été obligée de la déqualifier et de la reclasser au poste d'opératrice usinage-montage tout en lui gardant son coefficient.

Elle travaille alors à l'usinage sur une presse pensant qu'enfin son responsable la laisserait tranquille mais il n'en est rien ; celui-ci s'acharne sur elle exigeant un rendement de 700 pièces alors qu'on ne peut en produire que 500 en criant si fort que le régleur est venu contrer les propos du responsable en disant qu'un tel rendement était impossible ; il est alors parti sans un mot et est revenu la harceler après le départ des collègues et du régleur.

Elle est convoquée ce même jour par le DRH à l'heure de la sortie à 16 h 30 et doit bien sûr attendre le bon vouloir du DRH qui la fait patienter et elle fait alors un malaise dans le hall. L'employeur refuse d'appeler les secours ; elle demande qu'on prévienne son mari et c'est lui qui exige qu'elle soit transportée aux urgences. Elle est arrêtée en accident du travail. Une enquête de la CPAM est alors diligentée et il est hors de question de la remettre au travail malgré l'arrêt des indemnités journalières par le médecin conseil au bout de trois mois d'arrêt de travail.

Pendant son arrêt, elle reçoit un courrier en recommandé lui confirmant l'entretien de mutation. Elle répond au courrier de l'employeur et porte plainte à la gendarmerie pour harcèlement moral, soutenue par le témoignage de toutes ses collègues licenciées et non par les collègues en activité ce qu'elle comprend. Elles n'ont pas le choix : il ne faut rien dire, surtout ne pas se faire remarquer, courber la tête, laisser passer la violence pour avoir la paix.

Je lui conseille d'essayer d'écrire son histoire douloureuse ce qu'elle va faire et m'apporter.

Je la revois, accompagnée par son mari (elle ne peut pas conduire) et rédige une déclaration de maladie à caractère professionnel avec son accord.

Après étude du poste de travail accompagnée du médecin inspecteur du travail, j'ai prononcé une inaptitude sans reclassement dans l'entreprise en une seule visite car je ne pouvais plus laisser cette salariée dans une situation qui la détruisait complètement.

Christiane me donne de ses nouvelles ; elle a toujours des sueurs et des douleurs à l'estomac et des insomnies chaque fois qu'il lui faut évoquer l'entreprise dans le cadre de la plainte qu'elle a portée contre son responsable direct. Elle ne retravaille pas et se sent aujourd'hui dans l'incapacité de retravailler tant que cette affaire l'envahira. L'affaire devrait passer au tribunal en mars.

On retrouve chez cette salariée comme l'ont montré de nombreuses enquêtes sur les conditions de travail les effets délétères de nouvelles formes d'organisation :

- suppression des marges de manœuvre avec absence de moyens, d'informations, ordres contradictoires... pour faire un travail de qualité, non reconnaissance du travail, isolement social lié à l'éclatement du collectif (collègues licenciées, passage en 2x8..) ;
- violence psychologique : intimidations, menaces, discriminations vis-à-vis des plus anciennes, harcèlement, contrôles permanents de la hiérarchie....

Il s'agit bien ici d'une salariée sans antécédent psychiatrique dont la décompensation est en lien direct avec le travail.

Cette situation n'est pas exceptionnelle puisqu'elle a visé de nombreuses collègues qui toutes ont fait une décompensation psychopathologique dont les conséquences médicales et socioprofessionnelles sont lourdes : inaptitude et perte d'emploi.

Mais la sortie du travail par l'inaptitude est parfois la seule réponse possible à la souffrance au travail.

Bernadette BERNERON

CAS HH..., DE L'INFRACLINIQUE À LA SOMATISATION

Mi-octobre, j'ai rencontré en deux jours vingt-cinq agents de ce site de l'Équipement dont la subdivision comprend deux centres d'exploitation de la route. M. G... 41 ans est depuis trois ans le chef d'équipe d'un des deux centres où il organise et distribue le travail de sept agents d'exploitation qui assurent la signalisation et l'entretien des dépendances routières. Voici quelques extraits de l'entretien :

— « L'objet de notre rencontre est d'explorer les relations entre votre travail et votre santé. Comment ça va le travail ? »

— « *Bien, bien, j'ai une bonne équipe. Enfin... Il y a toujours des tensions et des désaccords entre les vieux et les jeunes, mais c'est comme avant.* »

« Les vieux » ce sont les quatre anciens âgés de plus de 45 ans qui sont là depuis plus de quinze ans. « Les jeunes », ce sont les trois derniers recrutés depuis trois à cinq ans, âgés quand même de 28 à 42 ans. Les anciens reprochent aux jeunes de ne pas s'investir dans le travail physique comme eux : « *Ils ne veulent plus rien faire !* ». Les derniers recrutés leur reprochent des méthodes de travail traditionnelles peu opérationnelles... M. G... lui était agent dans le centre d'à côté avant d'être chef d'équipe et se sent intermédiaire.

— « Vous arrivez à faire face ? »

— « *Oui, sauf ce problème entre les clans, mais faut pas se plaindre. Il y a régulièrement des prises de bec, mais ça ne les empêche pas de se parler et de travailler ensemble. Ils ne se font pas vraiment la gueule.* »

— « Mmm... »

— « *Vous comprenez ? J'aimerais bien réconcilier les deux points de vue. Les deux groupes restent trop sur leurs positions ; les jeunes ont tort de refuser certaines tâches pas modernes comme l'alternat de circulation ou brasser du béton, mais je crois que les anciens se feraient mieux comprendre s'ils n'abusaient pas de leur expérience et de vieilles habitudes pas normales ; et je n'arrive pas toujours à faire respecter la mission du centre.* »

— « Qu'entendez-vous par habitudes pas normales ? »

— « *C'est dur à dire, je ne voudrais pas être un mou-chard !* »

— « Bien sûr vous n'êtes pas obligé, mais vous sentez-vous bien soutenu par votre hiérarchie dans cette tâche ? »

— « *Justement, pas trop, depuis plus d'un an il manquait un contrôleur, et le contrôleur principal qui était surtout sur l'autre site me laissait me débrouiller. Moi, j'ai dit aux gars que c'était pas normal, j'en ai parlé au contrôleur principal, mais il n'a rien fait. Maintenant, avec le nouveau contrôleur qui vient de prendre son poste il y a trois semaines, je pense que ça va mieux marcher.* »

Après quelques autres échanges sur le contenu de son travail, je lui demande :

— « Et du côté de votre santé avez-vous eu des maladies depuis la dernière fois qu'on s'est rencontré ? »

— « *Pas vraiment. Ah si ! j'ai quand même une hernie hiatale. Je l'ai senti la première fois au printemps dans mon fauteuil un soir quand mon fils reposait sa tête sur mon estomac. Je n'ai vu mon médecin qu'en juin et il m'a prescrit du PARIET® qui atténuait un peu... Pendant les vacances, en juillet, ça avait disparu. Mais ça a repris au bout d'une semaine de travail. Mon médecin m'a fait passer une fibroscopie début septembre. Le spécialiste m'a parlé d'opération, mais j'y tiens pas et depuis deux semaines je n'ai presque plus de douleur.* »

— « Depuis l'arrivée du nouveau contrôleur ? »

— « *Ah ! Je n'avais pas fait le rapprochement. Mais il pourrait y avoir un rapport ?* »

— « Et vous qu'en pensez-vous ? »

(Silence...)

— « *Je ne sais pas, mon médecin ne m'en a pas parlé, ni le spécialiste.* »

— « Je relève juste un parallèle éventuel dans ce que vous avez dit entre les difficultés rencontrées au travail avec les tensions entre les agents en absence de soutien hiérarchique, et le rythme d'apparition de votre maladie. »

(Silence...)

— « *C'est évident que c'est en mars-avril que ça a été le plus dur avec les agents. J'y pensais toujours même le soir quand mon fils se reposait sur moi. — une larme à l'œil — excusez-moi, c'est plus fort que moi.* »

— « Je vous en prie ! L'émotion, c'est normal, ça fait partie de l'humain. »

(Silence...)

— « *Les gars s'organisent pour faire des pauses et boire un coup chez les gens. Oh ! c'est pas des alcooliques,*

mais ça peut pas être clair ; et puis y'a des petits arrangements, pas grand chose mais c'est pas normal. Quand j'étais agent, on avait réussi à arrêter ça dans mon équipe, et là ça reprend et je me sens impuissant. C'est pas une bonne image de l'Équipement et ça peut dégénérer. »

.../...

Je lui propose un examen clinique. L'examen, normal par ailleurs, met en évidence une douleur rétrosternale à la pression épigastrique, qui lui rappelle la douleur de sa hernie hiatale. Il me demandera comment il peut y avoir un lien entre la tête et des maladies du corps. Je prends un peu de temps pour lui expliquer le fonctionnement des muscles involontaires du tube digestif et des sécrétions gastriques acides en fonction des émotions.

Après l'examen clinique, je lui demande :

- « Comment allez-vous prendre en charge votre hernie hiatale ? »
- « *Je n'ai pas envie de me faire opérer, ça va peut être disparaître tout seul maintenant.* »
- « **Peut-être**, mais il faudra contrôler quand même l'évolution de la maladie avec votre médecin traitant et éventuellement le spécialiste. Dans tous les cas, n'hésitez pas à reprendre contact avec moi si vous pensez que les conditions de travail sont en cause. »

Il repart en me remerciant avec insistance.

Cette semaine-là je participais à l'enquête organisée par la région des Pays de la Loire et le réseau des médecins de mon institution sur les maladies à caractères professionnel, dite *Enquête MCP*. J'avais déjà signalé des TMS, lombalgies, dermites, hypoacousie.... Au cours de l'entretien, je ne pou-

vais m'empêcher d'y penser. Au début, il allait de soi pour moi que ce cas de hernie hiatale ne relevait pas du tout d'une maladie à caractère professionnel. Pourtant la définition des signalements à faire est : *toute pathologie liée au travail ou aggravée par le travail*. Au milieu de l'entretien, je me disais que, quand même, le travail était bien un facteur déclenchant de la pathologie, quelle que soit sa fragilité personnelle par ailleurs. En fin de consultation, j'ai laissé le dossier de côté pour remettre à plus tard la décision de signaler son cas dans l'enquête. Pour valider le signalement, je n'ai ni tableau, ni études randomisées, juste une quasi-évidence de la réalité du lien, ce qui ne fait pas très scientifique. Finalement à la fin de la journée, j'ai décidé de la signaler. La conjonction d'un conflit éthique sur les valeurs du travail et d'une carence hiérarchique ne lui permettant pas de faire face expliquerait sa décompensation **psychosomatique**.

Ce n'est pas la première fois que j'observe des pathologies dont la nature psychosomatique et le lien avec le travail me semblent quasi évident. Pour M. G..., l'entretien arrive avec la diminution des symptômes, donc sans doute en phase de guérison avec la perspective de conditions relationnelles et organisationnelles de travail moins pathogènes. Je n'ai donc sans doute pas une utilité thérapeutique. Peut-être ai-je une utilité préventive en accompagnant une prise de conscience ?

À partir de cette observation, je n'ai pas de proposition théorique particulière à faire. Plutôt des questions sur les dimensions de révélateur, de reconnaissance, et d'éventuel soignant que peut jouer le médecin du travail dans ces maladies psychosomatiques en lien avec le travail. J'ai seulement l'intime conviction que c'est une dimension de culture de santé importante.

Gérard LUCAS

Chère lectrice, cher lecteur

! L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du Cahier annuel – 10 000 € (impression et routage) – pour un tirage à 2 000 exemplaires, ceci à la charge exclusive de l'association SMT.

Nous vous invitons donc vivement à nous soutenir financièrement, par adhésion ou en mettant à jour votre cotisation annuelle (voir en page 84).

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

M. D..., SON « TIROIR MOU » ET LA SÉCU

Là tout juste 59 ans. Le médecin conseil de la Sécurité Sociale vient de l'informer qu'il va arrêter le versement des indemnités journalières dans quinze jours. Le médecin du travail reçoit la même information via le cerfa n°60.3823 avec le commentaire suivant : « Étude de poste de travail souhaitable en vue consolidation ». M. D..., affolé, vient donc me voir avant la date fatidique.

Il faut dire qu'il est arrêté depuis début janvier 2005, suite à un accident de travail. Je n'étais donc pas au courant de son histoire. M. D... a commencé à travailler à 17 ans après avoir obtenu son CAP d'ajusteur, soit en 1963, dans l'industrie mécanique. De 1969 à 1978, il apprendra l'informatique dans un établissement public d'État où il restera contractuel. Ensuite, il restera dix-huit ans dans une entreprise d'informatique, où il finira comme responsable de production. Un licenciement économique, à 50 ans, l'obligera à naviguer entre divers contrats en CDD, puis un CDI durant deux ans dans l'industrie nucléaire, en travail de nuit, qui lui convenait parfaitement car il retrouvait des applications informatiques qu'il maîtrisait bien. Malheureusement il sera licencié à 55 ans pour un refus de mutation sur Paris.

À 56 ans, il entre dans une petite entreprise de bâtiment où il fait de l'aménagement de magasins : un peu de menuiserie, du revêtement de sols, de la faïence, etc. Ce travail de fin de carrière lui convient très bien. Il a une grande autonomie, beaucoup de travail, et, comme il possède de bonnes compétences manuelles, il en éprouve une grande satisfaction. Sa santé est plutôt bonne, a part une HTA traitée et des douleurs cervicales assez banales pour son âge.

Et donc, ce 4 janvier dernier, il travaillait à la rénovation du cinquième étage de l'hôpital régional lorsqu'il a glissé sur un carton et, en perdant l'équilibre, « le genou droit est parti vers l'intérieur » provoquant une douleur importante et une impotence fonctionnelle totale. « Je n'ai eu que deux étages à descendre pour aller consulter l'orthopédiste. »

M. D... s'était fait une entorse grave du genou droit qui a été traitée par une immobilisation avec genouillère. Évidemment la récupération est longue comme l'écrivait en juin dernier le chirurgien : « En fait, pour résumer, M. D... a très probablement fait une entorse du LLI qui explique la douleur interne qu'il a durablement et qui, actuellement, est en train de guérir. De plus, il a vraisemblablement fait une rupture incomplète du ligament croisé antérieur qui explique le fait qu'au lieu d'avoir un tiroir "mou", il a aujourd'hui une course avec un arrêt heurté, comme s'il y avait tout de même

une reliquat ligamentaire qui demeurait. De surcroît, je vois un croisé antérieur détendu mais continu. En conclusion, selon moi, le genou de cet homme ne mérite pas une intervention ; il va aller de mieux en mieux et pourra vivre très bien ultérieurement ».

M. D... souffre toujours actuellement, le « tiroir mou » est toujours présent. La guérison n'est pas finie. Il ne peut donc pas faire un travail qui l'oblige à s'agenouiller, à se relever, à rester longtemps debout, à prendre appui sur son genou... toutes postures qu'une activité dans le bâtiment exige. Cependant, il pourrait faire un travail assis de bureau. Son employeur n'a pas ce profil de poste à lui proposer (entreprise de six salariés).

Mais, ce n'est pas le problème du médecin conseil qui renvoie au travail avant une guérison totale. Deux issues possibles :

- Soit une inaptitude au poste entraînant un licenciement et une prise en charge par les ASSEDIC.
- Soit un pseudo poste aménagé (si l'employeur le peut, ce qui est loin d'être gagné), avec, intercalés, des arrêts de travail pris en charge au titre de la maladie, pour atteindre, cahin-caha, l'âge de la retraite.

Aucune négociation n'étant possible avec le médecin conseil, aucun dispositif n'existant pour ces formes de pathologies très liées à l'activité, le salarié en pâtit lourdement et il n'est pas certain que les fonds de la Sécurité Sociale y soient gagnants.

ÉPILOGUE

Finalement, M. D... choisit la reprise. Son employeur va essayer de lui sélectionner de « petits » chantiers comme par exemple ce qu'il lui a confié pour le jour de son retour : restaurer les bureaux de l'entreprise. C'est une tâche où il peut s'organiser à sa manière en protégeant comme il l'entend un genou encore en cours de guérison et on peut dire « convalescent ».

Mais le chef d'atelier ne l'a pas entendu de cette oreille. Le patron étant absent, il ne tient aucun compte des arrangements prévus et il donne l'ordre à M. D... d'aller démonter un faux-plafond avec une apprentie comme seule assistance. Le soir M. D... termine sa journée avec un genou douloureux et gonflé. La douleur perturbe son sommeil.

Lorsque je le vois le lendemain en consultation de reprise, l'œdème n'est pas totalement résorbé, le tiroir est toujours présent et la flexion du genou est très limitée. Je prescris donc des restrictions assez draconiennes qui limitent certains mouvements, certaines postures et certains postes de travail. M. D... va essayer de tenir l'année qui lui reste à travailler en intercalant les congés qui lui restent et ceux à venir, en s'arrêtant si cela devient nécessaire. Le gros risque est évidemment la survenue d'un incident inattendu qui balaie l'at-

tention à la protection du genou fragilisé. Les dégâts seraient alors bien sûr majorés.

Il est loin d'être certain que la remise au travail intempestive des salariés malades ou accidentés soit un calcul rentable économiquement pour la CNAM ; quant aux questions éthiques que ne soulèvent pas ces adhésions et ces soumissions médicales à de tels mots d'ordre, c'est un phénomène énigmatique qui fait frémir !

Fabienne BARDOT



abonnement

Elus de CHSCT, médecins du travail,
professionnels de l'hygiène et de la sécurité,
êtes-vous bien informés ?

Une revue trimestrielle sur la prévention des risques professionnels et la promotion de la santé dans le monde du travail, publiée par la direction de l'information de la Mutualité française.

Un outil pour inciter les partenaires sociaux, les élus des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et les médecins du travail à s'investir davantage dans la prévention, un outil pour faciliter leur action.

Un outil de prévention que les mutuelles peuvent faire connaître auprès des organisations syndicales et des CHSCT. Abonner ces acteurs à *Santé et Travail*, c'est à la fois une action de prévention et de promotion de la Mutualité française.

Une revue appréciée des partenaires sociaux et qui affirme notre différence face à nos concurrents dans la conquête du marché de la prévoyance complémentaire.

Un acteur de santé publique et un contre-pouvoir efficace face aux lobbies. La revue a été en première ligne dans la prise de conscience des dangers de l'amiante et, plus généralement, du risque cancérigène en milieu de travail. Ces informations ont sensibilisé les médias et l'opinion. Elles ont contribué au renforcement de la réglementation.



SANTÉ ET TRAVAIL

La revue pour la prévention des risques professionnels



BULLETIN D'ABONNEMENT 03/06

à retourner à **MAPAYA / Réf. SANTÉ ET TRAVAIL**
24, rue des Vergers – 92320 Châtillon – Tél. : 01 41 33 98 96

Nom.....Prénom.....

Adresse.....

Fonction (facultatif).....

Je souscris.....abonnement(s) à **SANTÉ ET TRAVAIL**, au coût de **45 €** pour quatre numéros.

Je joins un chèque de euros, à l'ordre de **Mutualité française**.

Pour les abonnements multiples, joindre une liste d'adresses.

Pour commander des numéros de Santé et Travail : 01 40 43 33 33. Fax : 01 56 08 40 07. Mèl : line.derorthais@mutualite.fr

CHRONIQUES DE CONSULTATION SUR FOND DE DÉLOCALISATION

Voici une entreprise qui, avec ses multiples décisions de délocalisation, en est à plus de dix plans de licenciement successifs ! Avec dépôts de bilan, le cas échéant ! Le prochain, d'abord connu des membres du CE, puis divulgué depuis plus d'un an comme étant imminent, est attendu d'un jour à l'autre et devrait concerner les trois quart de l'effectif restant, soit 150 personnes sur 200 ; cela avait pourtant été une entreprise florissante, avec ses établissements secondaires et ses 1 800 salariés !

LE PREMIER DIT QU'IL NE PENSE À RIEN

M. D... est le premier de la journée de consultation à l'établissement M.... Il est âgé de 44 ans, marié ; sa femme est aide maternelle ; ses trois enfants sont âgés de 24, 21 et 17 ans. Il n'a en poche qu'un certificat d'études et un stage de coupe effectué dans sa jeunesse, à la chambre de commerce. Il connaît bien les cuirs. De coupeur, métier qu'il exerce depuis vingt neuf ans dont vingt-quatre dans cette même entreprise, il est devenu responsable de la préparation des cuirs *via* la délocalisation en 2001. La dénomination des tâches (préparation de commande et expédition) cache cette hémorragie du travail vers l'Est. La question de l'avenir professionnel n'est pas posée ; la situation lui paraît inéluctable et il la regarde sans état d'âme apparent : « *C'est comme ça !* »

À l'examen, le rachis qui ne présentait jusque-là qu'une petite raideur en inclinaison latérale droite, présente aujourd'hui une attitude scoliotique à double convexité dorsale gauche et lombosacrée droite, avec contracture paravertébrale droite ; la distance main/sol est passée de 20 à 38 cm. La thyroïde, juste palpable en 2003, s'est transformée en léger goitre plus développé au niveau du lobe droit et de l'isthme.

Mais ses lombalgies sans diagnostic précis, son goitre récent, sans dysthyroïdie apparente et ses troubles du sommeil posent question. Il se couche désormais à 20 h 30, s'endort avant 21 h et se réveille souvent à 2 h du matin sans se rendormir avant 5 h. Le lendemain, il traîne un sentiment de fatigue toute la journée. Il se demande bien pourquoi il ne peut plus dormir, même si, la nuit, il ne pense ni au travail, ni à l'entreprise, ni aux délocalisations.

LA SECONDE VIT AU JOUR LE JOUR

Mariée, 38 ans, elle est employée de bureau. L'examen médical se révèle normal. Elle a un parcours particulier : il y a dix ans, l'usine Z... où elle travaillait a été rachetée par l'entreprise M... où elle travaille donc désormais. Dans sa tête, c'est plus compliqué, car elle travaille toujours « pour l'usine Z... » et même si l'entreprise M... doit fermer, elle considère que la vie sera plus facile pour elle si les produits de marque Z... sont toujours vendus en magasin.

Indépendamment de son licenciement de chez M..., ce qui doit perdurer, c'est la marque Z... ; y compris si les chaussures sont fabriquées en Roumanie, en Tunisie. J'ai l'impression que pour cette célibataire qui va avoir 40 ans, la vie s'est un peu figée avec la fin de l'entreprise Z.... Le deuil n'est pas fait ce qui l'empêche de se projeter vers un ailleurs, alors qu'elle devrait se préparer au deuil de l'entreprise M... !

LA TROISIÈME SE DÉSENGAGE DE LA VIE D'USINE

Face à un syndrome post-traumatique en lien avec la sphère privée, les menaces de licenciement sont secondaires. Elle est orientée en psychotraumatologie. Bien que son mari travaille dans la même entreprise et qu'ils risquent d'être concernés tous les deux par les licenciements, elle a l'impression d'en avoir fait sa part et affirme qu'elle pourrait se poser un peu ; elle a 49 ans, la maison est payée, les trois enfants ne sont plus à charge. Un temps partiel, peut-être ; une activité d'aide maternelle. L'envahissement du domaine privé par les enfants des autres n'est pas un problème : elle précise qu'elle aime les enfants et que son mari accepterait facilement.

LA QUATRIÈME REFUSE D'ÊTRE PRISE POUR UNE NAÏVE

Piqueuse depuis vingt-six ans dans l'entreprise, elle a été mutée sans explication récemment au magasin expédition *via* la commercialisation des chaussures et si besoin, elle peut aussi aller donner un coup de main en finition sur la chaîne de production. Elle s'adapte sans problème et finale-

ment découvre avec plaisir la vie professionnelle des autres ateliers ; elle dit aimer à la fois le contact et la solitude, ce qui facilite les changements d'activité.

Elle évoque son sommeil néanmoins perturbé depuis plusieurs semaines et la fatigue qui en résulte explique sans doute, c'est son hypothèse, ce qu'elle nomme de la boulimie. En fait, elle part le matin avec un café noir et prend un repas normal le midi, malgré la « boulimie ». Elle a perdu 3 kg.

Elle réfléchit aux propositions de l'entreprise de les faire travailler dans l'entreprise H... située à 65 km. Tout est prévu, puisqu'un car serait mis à disposition. Les salariés l'ont déjà surnommé « le car des écoliers » et ont pratiquement tous refusé cette proposition.

« Est-ce vraiment "pour sauver l'usine ?" Ils nous prennent vraiment pour des naïfs ! », « J'ai l'impression d'être prête à partir ; l'étau se resserre car plus l'effectif diminue au fil des restructurations et plus le risque que je sois concernée augmente. »

Elle présente une arthralgie métacarpo-P1 du pouce droit avec myalgie associée de l'éminence thénar, en raison de gestes répétitifs en force récents au dernier poste : les pièces antidérapantes pouvaient être logées à l'aide d'une presse mais elle l'a fait à la main, en l'absence d'explication.

LA CINQUIÈME EST DÉLÉGUÉ DU PERSONNEL ET COMITÉ D'ENTREPRISE : « LES LICENCIEMENTS, ÇA PREND LA TÊTE ! »

39 ans, avec un BEPC pour seul diplôme, et piqueuse depuis vingt-cinq ans, elle est mariée et mère de deux enfants de 11 et 14 ans. D'une part, elle a cessé la gymnastique collective en 2002 et la vie associative en 2003 ; d'autre part, elle présente une conduite addictive qu'elle relie à l'anxiété : en fin de poste, elle dit rentrer chez elle et faire « du remplissage d'estomac » sans pouvoir s'arrêter ! Elle évoque la situation de l'entreprise et les « missions » du CE : « Ça prend la tête ! » C'est une attitude nouvelle et ce comportement alimentaire lui a fait prendre 8 kg.

Elle relie cette anxiété aux successions des plans de licenciement qui conduisent à l'impasse, malgré tout. Les réunions de CE n'apportent rien qui s'apparenterait à rechercher une solution pour, de difficultés en difficultés, pérenniser l'entreprise tout en envoyant tout le travail en délocalisation.

LA SIXIÈME EST LUCIDE POUR ELLE-MÊME COMME POUR LES AUTRES

Elle a 48 ans et un niveau quatrième. Elle a toujours travaillé en finition depuis trente-deux ans dans la même entreprise. Elle ne ressent ni fatigue ni troubles du sommeil ; mais de l'agitation, de l'instabilité émotionnelle ; elle se dit irritable et anxieuse. Elle évoque un sentiment d'usure. Elle a cessé toute activité extraprofessionnelle comme le vélo et la

randonnée ; il reste le bricolage et des tâches ménagères par souci d'entraide d'une femme seule et âgée.

Son divorce est déjà ancien ; elle parle avec fierté de la réussite de sa fille éducatrice actuellement en formation complémentaire pour devenir conseillère en réinsertion ; ce choix lui paraît engagé et responsable face aux problèmes de société actuels. Impatiente d'arriver à un terme, quelle que soit la solution, elle regarde la réalité en face et en parle avec vivacité, sait qu'elle devra accepter tous postes pour survivre et payer son loyer.

LE SEPTIÈME SOMATISE, NON ?

Âgé de 38 ans, il est employé sur l'une des chaînes de montage de cette même entreprise depuis vingt-quatre ans ; il n'a qu'un niveau quatrième. Sa femme travaille dans une autre usine de chaussures, ses enfants sont respectivement âgés de 15, 12, et 11 ans.

Il était fumeur – 15 cigarettes par jour et plus au week-end – mais a cessé en 1999, ce qui fait 15 paquets-années. En 2002, alors qu'il se met à absorber jusqu'à six litres de Coca-Cola par jour, (polydipsie), il présente un diabète massif (glycémie à 4 g/litre). Le simple régime, en 2002, aurait permis de corriger la glycémie ; la TA est redescendue de 15/10 à 12/7. Le poids est descendu de 110 à 104 puis 100 kg.

Il est étonnant de naïveté et espère voir l'usine durer encore vingt ans car il habite à côté. Puis admet en cours de consultation que personne n'y croit et finalement se dit que la proposition de l'entreprise de les envoyer ailleurs (prêt de main d'œuvre) n'est pas synonyme de survie pour l'entreprise et se résout à parler de la fin de l'entreprise. Mais cette volte face en cours de consultation est spectaculaire, comme une difficile acceptation de l'inéluctable

LE HUITIÈME EST D'UN GRAND DÉVOUEMENT

Agent de maintenance, Son travail a changé. Il passe du temps à mettre une partie des machines aux normes et ensuite il les voit partir en délocalisation. Les sécurités installées ici sur les machines sont maintenues pour le départ via les pays de l'Est. Les machines non sécurisées seraient mises aux normes avant le départ.

Il participe d'ailleurs au démontage et charge les camions. Postures nouvelles, manutentions inhabituelles, gestes en force. Il est bien équipé pour sortir les machines des ateliers et charger les camions. Pour rendre service, il lui arrive de travailler quand les salariés ne sont pas là, le week-end.

L'anomalie constatée est une HTA récente asymptomatique à 16/10.

LE NEUVIÈME NE SAIT PAS QUOI FAIRE

Il a 57 ans et a suffisamment travaillé comme polyvalent au montage pour prétendre à ses droits à la retraite. Mais son AVC à l'âge de 23 ans a peut être entraîné un congé maladie

qui retarderait son droit à la retraite. Il se renseigne avec phlegme et un éternel sourire qui ne le rend pourtant pas sympathique aux yeux des collègues qui ne comprennent pas qu'il « s'éternise » à l'usine. Il va s'en aller, mais sa placidité étonne et son indécision rend les autres nerveux. Il n'a décidément aucun désir ; ni rester ! ni partir !

LA DIXIÈME NE PARVIENT PAS À ENDIGUER SA FATIGUE

Femme de 38 ans, niveau BEPC, mutée il y a quelques années loin de la piqûre cuir qui a toujours été sa fonction, elle se sent soulagée, sans savoir pourquoi, d'être devenue polyvalente : « *Je n'ai jamais su pourquoi j'avais du quitter l'atelier piqûre ; mais ce n'est pas désagréable, on voit du monde et j'ai appris plein de choses ; en plus, j'ai la possibilité de suivre l'évolution de la vie de l'usine.* »

Elle s'est surpassée pour s'adapter et se faire accepter, reconnaître comme quelqu'un qui travaillait bien et démontrer sa polyvalence en saisie informatique, puis au service réparation, et enfin à l'expédition. La fatigue qui a suivi a été en partie « compensée » par l'alimentation et il s'en est suivi une prise de poids de 4 kg reperdus depuis. Elle dort beaucoup, comme avant (dix heures par nuit) et récupère au week-end ; mais se réveille fatiguée ; a du mal à se lever ; la fatigue dure deux heures, environ. Elle se dit démotivée, démoralisée, par manque d'espoir en l'avenir de la chaussure : « *Quand on voit ce qui part, on sait ce qui nous attend.* » Elle a pourtant des projets, comme le métier de cordonnier.

Ses paresthésies des dix doigts, améliorées et même disparues en congés, ne sont pas encore invalidantes au point de l'empêcher de dormir malgré la recrudescence nocturne. Cette pathologie serait apparue en réparation, en raison de l'activité de décollage de la doublure en tenant la doublure d'une main et le cuir de l'autre. Quand c'est trop dur, ce sont les hommes qui s'en chargent.

Son mari a pris un congé sabbatique de six mois et ils ont vendu la maison. Il construit une maison neuve, sauf maçonnerie et charpente ; « *Il est doué en tout !* » Les autres lui disent de s'installer à son compte et il l'envisage.

LE ONZIÈME EST D'UNE GRANDE COLÈRE

Âgé de 48 ans, il est célibataire. « *C'est comme ça ! Puisqu'ils veulent tout faire à l'étranger !* », « *Le FONGECIF ? Connais pas !* », « *Aller travailler, comme proposé, sous forme de prêt de main d'œuvre ? sûrement pas !* »

LE DOUZIÈME : NE PAS BAISSER LES BRAS !

Marié et sans enfant, sa femme travaillait dans la même entreprise. Elle a quitté l'entreprise lors du plan de licenciement précédent. Sans formation professionnelle au départ, il a fait du montage ; on a utilisé son savoir-faire au magasin ; on l'a muté à l'entretien des bâtiments et à la mécanique ; depuis quelques mois, il est de retour au magasin

Opéré de strabisme à l'âge de un an, il semble que, depuis toujours, il ait présenté cette cécité de l'œil gauche. Alors que du côté droit, tout allait bien, il a commencé à constater une déformation des lignes verticales il y a un an. Aujourd'hui, il est régulièrement suivi par un ophtalmo et sa dégénérescence maculaire héréditaire l'inquiète ; les 6/10 retrouvés au Visiotest[®] côté droit ne sont pas pour le rassurer.

Jocelyne MACHEFER



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

FRAGILITÉS

Un engagement de longue date dans le travail ; comme une fidélité et un « attachement » ; puis une rupture dans la solitude et un sentiment d'abandon. Deux récits avec des similitudes des trajectoires professionnelles. Les ruptures sont différentes car s'ils se sentent trahis ; le deuxième est confronté aux tromperies qu'il ne peut assumer que dans la honte ou dénoncer sous la menace et le premier garde l'espoir de retrouver la reconnaissance de sa hiérarchie. Le second n'y croit plus.

Les réponses sont différentes car le premier me paraît accepter ses fragilités. Le second reste le plus souvent dans le déni de ses limites, notamment corporelles. Les deux expriment leur souffrance psychique, le premier étant inquiet pour lui-même quand le second me paraît plus distant, plus rigide.

COMMENT PLANIFIER SA PROPRE CHUTE

Recroquevillé, le visage soucieux, M. Plan se demande encore comment il a pu en arriver là ! Son parcours professionnel est remarquable : muni d'un CAP et d'un BEP de mécanicien monteur, il a bien sûr commencé à l'atelier, au débit, sur la cisaille, à l'usinage, à la forge. Il sera responsable de production à l'âge de 29 ans, poste occupé jusqu'au rachat de l'entreprise, sept ans plus tard. Il traverse alors la moitié Nord de la France, avec sa femme et ses deux enfants pour un poste au lancement dans l'entreprise qui vient de racheter celle où il « a grandi », professionnellement parlant. Nous sommes en 1996, il a 36 ans.

Il ne dira rien à ce moment-là au médecin du travail, de la promesse qui lui aurait été faite de se voir un jour confier le poste de chef d'atelier, lors du départ à la retraite du responsable en poste, prévue en 2005. Il se forme en interne à l'informatique. L'entreprise met progressivement en place la GPAO et M. Plan devient responsable de la planification opérationnelle en 2003.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Il a présenté une crise de coliques néphrétiques à l'âge de 23 ans ; il a subi l'ablation de hernies inguinales en 2001. Des faux paradoxes de la clinique médicale du travail : la visite systématique annuelle de 2005 est assez renversante. D'entrée de jeu, il me précise que son arrêt de travail de cinq jours en raison de « hernie discale » est le résultat d'une surcharge cognitive. Le médecin traitant a pourtant prescrit le repos complet et du FELDÈNE®, en raison d'une lombocrural-

gie invalidante. Ses radiographies, qu'il n'a pas apportées, indiqueraient une discarthrose L3-L4 et L4-L5. Un lombostat lui a été conseillé pour ses trajets du domicile au travail (80 km/jour).

Cette contradiction m'interpelle ; mais il n'en démord pas : « On dit en avoir plein le dos ! J'ai pris sur moi, le surcroît de travail. »

Recherchant les signes précurseurs de cette surcharge mentale, je découvre qu'en janvier 2005, il a présenté de sérieux troubles du sommeil. Il rêvait du travail et se réveillait à 4 h du matin : « Je travaillais déjà dans le lit ! » Il entre un peu plus dans le vif du sujet : « J'ai tiré la sonnette d'alarme en décembre car je savais qu'à la mi-janvier, nous aurions de gros problèmes de livraisons ; on m'a dit que je me mettais moi-même la pression ; qu'il fallait arrêter avec ça ; je n'avais qu'à faire uniquement ce que je pouvais ; j'ai recommencé à mieux dormir. »

Il a ressenti, durant cette période, un vécu de tension, d'incapacité à se détendre. L'appétit était normal. Interrogé sur ses activités extraprofessionnelles du moment, il précise qu'il n'avait plus goût à rien ; ni au jardinage, bricolage, ni à la marche à pied qui furent ses loisirs favoris. « La lombalgie n'y était-elle pas pour quelque chose ? » Elle a néanmoins été précédée d'une sérieuse perte du désir de se lever ; d'aller au travail.

CLINIQUE DE L'ACTIVITÉ

À cette étape de la consultation me manquent tous les éléments intervenus au plan professionnel depuis la visite systématique précédente. C'est en août 2004 qu'un administratif s'occupant partiellement du planning a quitté l'entreprise. Le remplaçant n'est arrivé que le 15 novembre, ce qui obligea M. Plan à reprendre cette charge de travail à son compte depuis le mois d'août. En réalité, le remplaçant, loin d'être opérationnel à la mi-novembre, doit être formé par M. Plan qui rajoute alors cette activité à la sienne.

C'est à ce moment que l'on fait comprendre à M. Plan qu'il est trop gentil pour assurer les fonctions de chef d'atelier promises. On est en train de recruter ! Bien qu'il attende ce poste depuis huit ans, son « abnégation » (?) lui fait accepter une mission de plus, en pleine préparation du dossier d'inventaire et de la formation du nouvel embauché au planning : il s'agit d'accompagner au mieux le tout jeune ingénieur responsable de production.

Décembre est consacré au planning, aux nombreux échanges avec l'ingénieur avide d'informations, alors qu'il faut préparer le dossier d'inventaire de janvier 2005. Il avait été décidé qu'au départ en retraite du chef d'atelier, le remplaçant n'assurerait plus le planning du personnel du secteur soudure (treize personnes). Tout naturellement, on confie la tâche à M. Plan. Quand les documents sont rédigés, le jeune ingénieur se contente de les distribuer individuellement à chaque soudeur. Par extension, M. Plan doit alors assurer aussi la coordination avec les sous-traitants en soudure.

En janvier 2005, c'est l'inventaire et il faut tout contrôler, tout noter, apporter les corrections nécessaires, mais aussi préparer les bons de commande... M. Plan est bien évidemment en surcharge depuis un certain temps... Il se sent désormais submergé. Les lancements, globalement, prennent du retard. Les pièces commencent à manquer au montage et il arrive qu'un monteur attende derrière un soudeur, la pièce manquante. Des retards effectifs de livraison des clients sont constatés. Les retards en production s'accroissent et finissent par se manifester jusqu'au débit, phase initiale de production en métallurgie !

En février 2005, malgré des gammes de fabrication mieux définies et la mise en place effective de la gestion informatisée des stocks, M. Plan constate la désorganisation croissante de l'entreprise.

UN HISTOGRAMME SYNTHÉTIQUE

L'exposé de « l'enchaînement » des faits me fait vivre moi-même, en différé, un état de tension lié à l'évocation, par M. Plan, de l'accumulation progressive de ses contraintes durant cette période. L'image d'empilement qui s'impose à moi se trouve « spontanément » retranscrite dans le dossier : ma prise de notes a été cette fois imagée puisque c'est sous forme d'histogramme empilé, additif, que se trouve retracé son récit.

Cette représentation lui apparaît alors comme clarification et devient un moyen, un outil qu'il envisage de retranscrire informatiquement pour l'exposer au P-DG qui l'a invité à déjeuner le lendemain. Il appréhende cette rencontre et la souhaite en même temps, car il sera possible de s'expliquer. Il pense que l'issue de cette rencontre devrait être favorable.

L'EXAMEN PHYSIQUE

L'examen physique, comme toujours en fin de consultation, est tout à fait normal, notamment au plan rachidien. La distance mains/sol à 16 cm m'apparaît liée aux contractures postérieures des cuisses, alors que la mobilité du rachis est correcte tant en antéflexion qu'en inclinaison latérale droite et gauche. La pression des interlignes, notamment L3-L4 et L4-L5 n'est pas douloureuse et je ne retrouve pas de signe du crural. ROT normaux. Sa tension artérielle est à 13,5/8.

DÉVOILEMENT « TARDIF »

En se rhabillant, M. Plan, qui m'apparaît plus chétif qu'à l'ordinaire, croise à nouveau mon regard. « *Je n'aime pas que mon travail soit mal fait ; ou pas fait.* » Je note un sentiment de solitude, voire d'abandon.

Il précise qu'il va mieux et m'explique que dans l'entreprise antérieure, il s'était déjà beaucoup trop investi ; cela avait eu un retentissement négatif sur sa vie de famille. J'apprends seulement à ce moment-là que l'entreprise antérieure avait été rachetée par l'entreprise actuelle et qu'à cette occasion, sa petite famille a traversé la moitié de l'hexagone pour son travail.

Durant cet épisode 2004/2005, sa femme l'aurait prévenu qu'il en faisait trop à l'usine et que cela retentissait dangereusement sur la sphère privée. Elle l'aurait même prévenu : « *Si ça continue, je partirai.* »

Dans son effort pour tout porter à bout de bras, alors que l'entreprise lui disait de ne pas se mettre la pression, c'est sa vie de couple qui lui permettait de « garder la tête hors de l'eau ». Le piège s'est alors refermé.

— « Vous avez eu des idées de suicide ? »

— « *Si elle était partie, je ne l'aurais pas supporté. Je me serais suicidé. J'y ai pensé, à ce moment là.* »

La boucle est bouclée ; la phrase de départ me revient en mémoire : « *On dit en avoir plein le dos ! J'ai pris sur moi, le surcroît de travail.* »

Il a clairement exprimé son avis sur sa lombocruralgie : une somatisation, face à quelque chose de difficile à vivre psychologiquement mais qu'il tente de dépasser : il ne sera pas responsable d'atelier. À cela s'ajoute une forte demande sans marge de manœuvre ; une surcharge de travail incomprise ; un sentiment de non reconnaissance puis d'abandon ; de son employeur et enfin un peu de sa conjointe.

Il me paraît à cet instant fragile, mais retrouvant l'espoir de pouvoir s'expliquer ; se faire comprendre. Il faut préciser également que le jeune ingénieur reconnaît qu'il a besoin de M. Plan et qu'il n'y serait pas arrivé sans son aide. Il le dit ouvertement dans l'entreprise.

La fiche d'aptitude est rédigée sans restriction ni demande particulière. Toutefois, M. Plan accepte mon intervention près de la direction. Je m'engage, avec son accord, à parler de lui, de son engagement face à une charge de travail croissante et à prononcer cette phrase : « *Prenez grand soin de M. Plan ; il en a besoin.* » Comme pour gommer l'abandon. Faire jouer « l'attachement », ce sera fait et entendu !

UN « DÉPART » PRÉCIPITÉ

M. P... aurait aujourd'hui 55 ans.

TRAJECTOIRE PROFESSIONNELLE

Né en 1950, M. P... est entré à l'âge de 15 ans à l'usine de son village natal. Il a vu l'usine grandir, se métamorphoser et essaimer en plusieurs établissements dans les villages voisins, pour atteindre, à son apogée, l'effectif de 1 800 personnes. Mais après une dizaine de plans de licenciement, elle compte aujourd'hui 90 personnes.

Il n'aura jamais quitté ce village où il habite également. Entré à l'usine comme ouvrier en chaussures et plus précisément coupeur cuir et synthétique, il est affecté au BE à l'âge

de 27 ans et deux ans plus tard, il s'occupe de « la » qualité, essentiellement au laboratoire. Il participe à l'élaboration des prototypes, fait des essais en terme de teinte. À 34 ans, toujours affecté à la qualité, il se déplace dans les différents établissements. À 37 ans, il étend son action également aux fabricants de semelles.

Je le rencontre pour la première fois en visite systématique en 2000. L'entreprise compte encore 300 personnes. Toujours au service qualité, au laboratoire, il explique que « *C'est partout, puis nulle part* ». Cette phrase énigmatique est notée dans le dossier ; on l'envoie souvent à l'étranger, depuis un an.

Je le revois en 2002. L'entreprise compte désormais 150 personnes. Bien qu'il ait été nommé responsable du service qualité, il utilise de moins en moins le laboratoire et passe le tiers de son temps à l'étranger.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

On retrouve une primo-infection, une ménisectomie du genou gauche au service militaire, et une ostéotomie du même genou en 1992. En 1999, il se fait une entorse en Roumanie ; c'est un accident du travail. Sa pression artérielle s'élève progressivement depuis 1997 : 15/10 ; 1998 : 16/9 ; 1999 : 17/9 ; 2000 : 18/12. Il signale quelques arthralgies du genou gauche sans dérouillage matinal, non invalidantes. Je l'adresse à son médecin traitant pour hypertension.

CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL ?

En 2002, sa TA est à 16/10 ; son médecin traitant lui a prescrit un traitement hypotenseur qu'il a cessé de prendre. Il présente parfois des troubles du sommeil quand il dort à l'hôtel ; il se sent fatigué le soir, surtout en période estivale. Son souci est une cruralgie gauche avec un petit engourdissement du membre inférieur gauche, voire des troubles moteurs. Bien qu'il n'ait pas apporté son scanner, il me résume la situation : hernie discale, canal lombaire étroit et discarthrose associée L3-L4. L'IRM est prévu dans une quinzaine de jours. Le genou est un peu élargi, sensible au réveil. Je lui remets un courrier à l'intention de son médecin traitant car une protéinurie est associée à l'HTA.

La visite suivante n'attendra qu'un an. Il est toujours responsable du service qualité et passe le tiers du temps au Maghreb. Je le revois en effet en visite de reprise du travail, après quatre mois d'arrêt maladie avec pontage coronarien. C'est l'apparition d'une dyspnée inconstante mais invalidante qui aurait motivé l'ECG d'effort. Diagnostic : insuffisance coronarienne avec petit infarctus associé. Après coronarographie, le pontage a été réalisé. Le réentraînement à l'effort est satisfaisant. Concernant la cruralgie de l'année antérieure, elle s'est envolée !

Vient alors le débat sur le travail. Il souffre de l'absence récente de relation avec sa direction qui aurait désormais coupé court à tout dialogue. Il se sent « délaissé » ; parle au pluriel : « *C'est tous les techniciens pareil*. »

Au sentiment de non reconnaissance se mêle l'indignation d'un homme responsable du service qualité sans marge de

manœuvre et qui doit faire semblant : « *Il faut laisser passer des produits de mauvaise qualité qui, jadis, auraient immédiatement été renvoyés au fournisseur*. »

Il a totalement perdu confiance en sa direction mais l'estime de soi est préservée. S'il dort mal, il estime que c'est à cause de la chaleur. Il a perdu le sommeil au moment de l'intervention (pontage) mais dit que ça s'améliore doucement. Il doit suivre un régime alimentaire qui n'altère pas son appétit. La fatigue est reliée à la chaleur. Il prend des somnifères ainsi que TRIATEC®, AMLOR®, VASTEN® et KARDÉGIC®.

Son sentiment d'inutilité est massif et handicape sa reprise du travail ; freine son désir d'y retourner. Le sentiment d'abandon revient quand il évoque « les Marocains » qui ont pris de ses nouvelles chaque semaine, ont écrit ; alors que la direction ne se serait jamais manifestée ! Il reprend décidément le travail à reculons.

Il précise enfin que les techniciens signaleraient les problèmes de qualité. La direction les reprendrait à son compte d'un ton accusateur, obligeant à trouver des stratégies de travail : « *Il faut tout écrire ; il n'y a plus de dialogue ; avant on écrivait pour l'entreprise ; désormais, j'écris pour me protéger*. »

Maintenant qu'il a lâché cette information, il me paraît présenter une grande souffrance psychique ; il exprime démotivation, écoeurément. Quel paradoxe en effet : ne pas lâcher, continuer à vouloir bien faire son travail, semble devoir aboutir à dénoncer les tromperies au risque de se faire accuser d'en être l'auteur.

EXAMEN PHYSIQUE

Sa TA est à 12/7. Un souffle mésosystolique précédé d'un éclat métallique apparaît comme élément nouveau dans son dossier. Lui est au courant, dit-il, de même que son cardiologue, pas de dyspnée, ni angor.

Concernant le rachis, on retrouve une mobilité réduite, mais homogène, du rachis cervical ; l'absence de signe du crural. Il évoque un syndrome cubital avec paresthésies du cinquième doigt en post-opératoire, aujourd'hui résolu.

QUEL AVENIR PROFESSIONNEL ?

Les conditions de travail sont devenues tellement délétères qu'elles me semblent dangereuses pour sa santé. Malgré cela, la proposition de prolonger l'arrêt de travail aura aussi peu de succès que l'inaptitude. Impensable ! Il évoque le vide, l'absence de sollicitations, de travail, sa transparence, son inexistence. Mais ne voit pas de solution autre que « d'y retourner ».

Mon sentiment d'impuissance m'est très désagréable. Mais sa TA est rassurante. Je crains plus pour sa santé mentale, en cet instant ; mais il ne voit pas l'intérêt de revoir son médecin sur ce point.

Par prudence, je le déclare : « *Apte, à revoir dans 3 mois*. » M. P... ne reviendra pas me voir. Sa femme l'a retrouvé décédé dans sa cuisine, quelques jours avant la convocation suivante.

Selon sa conjointe, les Marocains étaient présents à la sépulture. Ils continuent à correspondre avec cette femme fière de son mari : « *Il était très apprécié dans le village.* » Il n'y aurait guère que la direction à ne pas avoir manifesté sa reconnaissance.

Il était fier de son travail et de sa réussite sociale....

Les autres techniciens ne m'ont jamais parlé de tromperies sur la marchandise.

Perplexité, désenchantement, écœurement ... La honte de devoir faire un mauvais travail, de ne pouvoir dénoncer l'inacceptable, peut-elle tuer...

Jocelyne MACHEFER

SYNDROME DU CANAL CARPIEN ET DÉPRESSION

À PROPOS D'UNE OBSERVATION

Christiane a 53 ans. Après son CEP, elle a travaillé quelques années dans la ferme familiale puis à partir de l'âge de 19 ans en usine textile : trois ans comme moulineuse, puis, depuis 1972 dans l'entreprise où elle est toujours, comme tisseuse pendant six ans puis comme ourdisseuse depuis 1978. Elle travaille donc depuis toujours en équipe alter-nante (2x8 puis 2x7). Célibataire, la plus jeune de sa famille (une sœur mariée plus âgée, un frère plus âgé), elle s'occu-pera de ses parents jusqu'à leur décès, respectivement en 1987 et 2002, mais aussi de son frère, agriculteur, céliba-taire. Elle est sportive et pratique régulièrement le cyclotou-risme et la randonnée pédestre.

Son dossier a été ouvert dans notre service en 1972 :

- Entre 1972 et 1978 : tisseuse ; travail en milieu bruyant, empoussiéré et humide, travail répétitif, qu'elle demandera à quitter. Pendant cette période, quelques arrêts de travail pour rhinopharyngites à répétition sans doute favorisées par la poussière de coton (aucun sys-tème d'aspiration n'existe dans les ateliers et les tisseurs ont pour tradition d'effectuer en fin de journée de travail un lavage des fosses nasales).
- Depuis 1978, elle est ourdisseuse dans la même entreprise. Le milieu est moins empoussiéré, elle n'a plus d'arrêt de travail pour rhinopharyngite.
- 1983 : elle est arrêtée dix jours pour un panaris, signale des lombalgies.
- 1987 : son ourdissoir vient d'être changé, elle attri-bue ses dorsalgies à cette nouvelle machine.
- 1989 : elle est traitée pour lumbago et dorsalgies.
- 1990 : elle fait moins de garnissage et les dorsalgies s'atténuent ; elle signale une gêne oculaire et des démangeaisons des paupières liées à la bourre de coton.
- 1991 : les dorsalgies et les cervicalgies sont perma-nentes et l'irritation oculaire persiste en fonction du type de coton utilisé.
- 1992 : dorsalgies.
- 1993 : quelques troubles digestifs qu'elle attribue

au stress lié aux soucis occasionnés par la prise en charge de son père et de son frère.

- 1994 : lombalgies et cervicalgies.
- 1995 : lumbago puis sciatalgie, douleurs intersca-pulaires.
- 1996 : arrêt de travail de deux semaines pour malaise en lien avec des métrorragies abondantes (cure-tage). Elle est fatiguée, ne dort pas bien, les gastralgies ont réapparues, car ses voisins sont très bruyants.
- 1998 : « *Il y a du laisser-aller dans le travail.* » Toujours des lombalgies. Pas de douleurs des membres supérieurs ou des épaules.
- 1999 : douleur de l'épaule gauche depuis décembre 1998, plutôt nocturne. Dorsalgies et lombalgies. Paresthésies nocturnes bilatérales des mains. La douleur de l'épaule non calmée par les AINS, cédera pendant les congés de Noël (lettre du médecin du travail au médecin traitant pour demande radiographie épaule).
- 2000-2001 : mise en place des 35 H, appréciées, surtout le soir (finir à 19 h au lieu de 21 h, est très agréa-ble). Par contre, elle note que : « *L'on pousse plus les garnisseuses* ». Les douleurs de l'épaule ont disparu. Les paresthésies nocturnes des mains ne sont pas constantes. Fin 2000, apparition d'eczéma des mains, lié, pour elle, à l'utilisation de viscose-polyester. À son poste, son siège est cassé depuis un an et il n'a pas été changé, les chariots d'approvisionnement ne roulent plus parce que les roues sont pleines de fils : « *C'est lié au garnissage, mais les garnisseuses ont tellement de travail !* » Christiane s'inquiète pour les garnisseuses ; certaines sont âgées et handicapées et personne ne les ménage. « *Il ne faudrait plus prendre le temps de nettoyer les ourdis-soirs !* »
- 2002 : toujours quelques plaques d'eczéma sur les mains (« *C'est les 35 H et le polyester-viscose.* »). L'eczéma un peu atténué pendant les vacances récidivera la veille de la reprise du travail après les congés annuels.

Elle signale l'injustice dans la distribution du travail et l'attribution des fiches d'ourdissage.

➤ 2003 : eczéma qui semble lié à la nervosité. Elle n'a pas noté de lien avec l'utilisation de paraffine. Un nouveau changement dans l'organisation du travail : les cartes d'ourdissage sont émises à partir du système informatique et l'ordre d'ourdissage des différents rouleaux donné par l'ordinateur n'est pas le plus valable en terme d'efficacité et de production. Quelques cervicalgies.

➤ 2004 : eczéma de mains persistant, mais plutôt moins gênant. Toujours des cervicalgies. Paresthésies des deux mains en flexion et extension forcées, mais aussi lors de la pratique du cyclotourisme. Lettre au médecin traitant pour EMG éventuel.

➤ Février 2005 : eczéma qui ne cède pas pendant les vacances. « *C'est nerveux.* » En fait le contact avec la paraffine augmente nettement l'eczéma. Gênée par son syndrome du canal carpien, elle est obligée d'interrompre son travail lors des rattaches de fil. Le garnissage avec des cônes de plus de 4 kg est devenu difficile. Les dessins sont très compliqués.

➤ Mai 2005 : appel téléphonique pour les démarches de déclaration de maladie professionnelle. Elle a fait faire son EMG, pris rendez-vous avec le chirurgien. L'intervention est programmée, par endoscopie ; les deux mains seront traitées à quinze jours d'intervalle (le 1^{er} et le 15 juin). Elle s'est organisée, pour aller chercher ses repas à la maison de retraite. Eventuellement, sa sœur retraitée l'aidera. Elle prévoit de prendre ses congés annuels, normalement, à partir du 20 juillet, comme le reste de l'entreprise et de reprendre son poste le 20 août.

➤ Les premiers jours de septembre, j'ai de ses nouvelles par son neveu, rencontré dans une autre entreprise : elle n'a pas pu reprendre et elle est très déprimée. Si mal et si déprimée qu'elle a accepté d'habiter chez sa sœur. Par son neveu, je lui fais savoir que je souhaiterai la revoir. Elle prend rendez-vous et je la reverrai le 26 septembre.

➤ Le 18 août, lors de sa consultation chez le chirurgien, les douleurs de la main gauche, opérée la première, persistaient. Néanmoins le chirurgien l'avait consolidée à la date du 16 août 2005. Et Christiane, ne pouvant pas reprendre, ayant soldé ses congés et constatant qu'elle ne retrouvait pas ses capacités aussi rapidement que le lui avait annoncé le chirurgien (avec sa technique, un mois d'arrêt de travail suffisait !), plongeait dans un état dépressif sévère, avec insomnie et culpabilité. Honteuse de son état, elle n'en avait pas parlé à son médecin traitant ; elle évoqua ses insomnies, son sentiment de culpabilité auprès du chirurgien (spécialiste de la main et donc de son cas, il devait être habitué à ces difficultés !).

Elle devait être inquiétante car elle est alors adressée directement au psychiatre de secteur par le chirurgien. Elle a dû inquiéter tout autant le psychiatre si l'on en juge par la prescription médicamenteuse. Elle est sous LAROXYL®, TERCIAN®, TRANXÈNE® depuis un mois lorsque je la revois ; elle dort mieux. Les douleurs de la main gauche se sont atténuées, des paresthésies matinales persistent à droite. Elle

s'inquiète : comment reprendre avec tous ces médicaments, car elle ne commence à se sentir en forme qu'au milieu de l'après-midi. Toujours un sentiment de culpabilité, cette fois vis-à-vis de son employeur. En effet, son médecin généraliste a fait sa prolongation sur les imprimés de maladie professionnelle alors qu'elle avait été déclarée consolidée au 16 août 2005. Je lui propose de prévoir une reprise à temps partiel mi-octobre, car il me semble que c'est la reprise qui sera la meilleure thérapeutique. Elle va tenter de diminuer rapidement les benzodiazépines, en fonction de la qualité de son sommeil. **Travail de réassurance pour le médecin du travail, de légitimation de cet épisode dépressif : se retrouver totalement dépendante alors que jusque-là elle a toujours été indépendante, autonome, soutenant ses parents et son frère, il y a de quoi être sérieusement affectée.**

Elle reprend rendez-vous pour le 17 octobre : toujours ce sentiment de culpabilité vis-à-vis de son employeur, culpabilité aggravée par les propos de son médecin traitant : « *Vous auriez mieux fait de ne pas faire de déclaration de maladie professionnelle, il n'y aurait pas eu de problème de papier.* ». Je lui remets un courrier pour son chef d'atelier, pour prévoir la reprise à mi-temps dans son équipe à partir de la semaine suivante (connaissant l'entreprise, je sais qu'il n'y aura pas de difficultés), un courrier pour son médecin traitant, lui demandant de faire la prolongation à mi-temps. Elle doit voir le psychiatre en fin de semaine et verra avec lui comment alléger encore le traitement.

Elle doit également revoir le médecin-conseil, à la fin de sa première semaine de temps partiel. Le jour du rendez-vous avec le médecin-conseil, je prendrai contact avec ce dernier, pour l'informer des problèmes administratifs rencontrés, afin qu'il rassure totalement Christiane et qu'il régularise sa situation administrative.

Je reverrai Christiane à son poste de travail la deuxième semaine de son temps partiel. Elle a jeté tous ses médicaments. Avec le médecin conseil, tous les rectificatifs administratifs ont pu être faits. Au travail, ça va : « *En trois heures et trente minutes, j'ai fait deux rouleaux et deux changements, c'est bon.* » Au niveau du sommeil, c'est variable mais ça va de mieux en mieux.

LE POSTE DE TRAVAIL, TEL QUE LE DÉCRIVAIT CHRISTIANE DANS SA DÉCLARATION DE MP

Pour ourdir une chaîne, sur un ourdissoir direct (une chaîne de tissu est constituée de 4 000 à 8 000 fils de gros-seur, de couleur et de qualité variables), il faut d'abord réaliser le dessin (alternance des fils de couleur). Faire le dessin consiste à positionner des bobines de fils sur la cantre (sorte de gigantesque porte manteau avec jusqu'à 648 emplacements). Ma carte d'ourdissage, pour une référence donnée m'indique la position des bobines. Les bobines sont amenées dans l'ourdissage dans des bacs.

Je dispose d'un chariot que je vais remplir des bobines nécessaires. Je vais donc prendre une première fois à la main chaque bobine dans le bac pour la mettre dans mon chariot. Le poids des bobines varie de 1 à 2 kg, exceptionnellement jusqu'à 3,6 kg. Je reviens auprès de ma cantre et je positionne les bobines une à une de bas en haut pour faire le dessin : il y a 6 rangées de 36 emplacements de chaque côté de la cantre. Cette opération s'appelle le garnissage. Je peux être aidée dans cette opération.

En positionnant les cônes et en cas de bobine rêche, on enlève les premiers tours de fils et on tire le fil pour pouvoir le saisir facilement pour l'opération suivante qui est le nouage.

Le nouage consiste à prendre simultanément (un à un) chacun des fils des cônes positionnés, et le fil guide (de l'emplacement correspondant) qui reste de la précédente chaîne avec la main droite et à l'aide d'un noueur manuel tenu dans la main gauche, actionné avec le pouce, on réalise le nouage.

Ensuite, je dois tirer l'ensemble des fils jusqu'à ce que le nouveau dessin apparaisse sur le rouleau primaire. Je contrôle le dessin en relisant ma carte d'ourdissage. Je programme le métrage à ourdir et je mets la machine en route.

Ensuite commence l'ourdissage proprement dit de ce premier rouleau. Pour une chaîne de 6 720 fils, je vais ourdir 12 fois un dessin, différent pour chaque rouleau de 560 fils.

Pendant cet enroulage, il arrive que des fils cassent. Je dois aller les rattraper en retirant ma mise en arrière, les passer dans le peigne, les nouer. Ensuite je remonte en fonctionnement manuel. L'ourdissoir va s'arrêter automatiquement quand la longueur programmée est atteinte.

Je dépose soigneusement un ruban d'adhésif sur toute la largeur des fils en respectant scrupuleusement l'alignement. Je coupe au ciseau l'ensemble des fils. Je mets une deuxième bande d'adhésif sur l'envers du premier. Sur cet adhésif j'inscris le numéro du rouleau, le métrage et le nombre de fils. Pour évacuer ce rouleau de l'ourdissoir, j'actionne un bouton, ensuite un deuxième bouton qui déclenchera le soulèvement le rouleau et un troisième bouton, déclenchera l'écartement des mâchoires de maintien. Un quatrième bouton permettra la descente du rouleau et le positionnement sur des roulettes de transport.

Je vais chercher d'autres rouleaux vides et je vais ourdir un deuxième dessin. Selon le dessin, je peux n'avoir aucun cône à changer ou changer un plus ou moins grand nombre de cônes à chaque rouleau.

Changer les cônes nous ramène à la situation de départ. Soit on déplace les cônes sur la cantre, soit on les enlève et on va se réapprovisionner dans des bacs.

Sur une journée de sept heures, en fonction de la complexité du travail, et du nombre de cônes à changer (de 0 à 300), je vais faire de 2 à 4 rouleaux, voire 7 à 8 s'il n'y a pas de changement.

Un rouleau de 1 200 à 1 300 m va être roulé en 5 à 6 mn. Un rouleau de 7 000 m sera roulé en 40 mn à 50 mn.

EN QUOI, LE MÉTIER DE CHRISTIANE EXPLIQUE LES PROBLÈMES DE SANTÉ SIGNALÉS TOUT AU LONG DE SA VIE PROFESSIONNELLE

En dehors d'un épisode de métrorragies, tous les problèmes de santé rencontrés par Christiane ont un lien avec son activité, à savoir, toutes les douleurs tant du rachis, que des épaules, que le syndrome du canal carpien prédominant à gauche (chez une droitère), car c'est la main gauche qui tient et actionne le noueur, que l'eczéma pour partie (intolérance à la paraffine), que la réaction dépressive avec culpabilité. Il est intéressant de noter qu'elle était ménopausée depuis quelques années, sans problème particulier liés à cette transition biologique.

En effet, l'ourdisseuse n'a pas droit à l'erreur, compte tenu des enjeux financiers. Une erreur dans le dessin et la chaîne sera déclassée ; un dessin est juste ou faux. Une erreur d'ourdissage ne peut pas être récupérée dans la suite de la fabrication.

Dans ce contexte, si le chirurgien a dit : « *On peut reprendre le travail un mois après l'intervention, vous êtes consolidée à telle date* », Christiane qui n'entre pas dans ce schéma se sent forcément en faute, car pour elle, il n'y a pas de moyen terme. De la même façon, les erreurs administratives qu'elle s'attribue (qui sont d'abord le fait des médecins), prennent une ampleur considérable : dans son travail on doit lire correctement le dessin qui est sur la carte, garnir et ourdir sans erreur. Elle n'a donc pas le droit de se tromper dans ses papiers.

La réaction dépressive, souvent signalée et associée au syndrome du canal carpien, chez la femme tout au moins, s'explique volontiers, par la perte totale, transitoire certes, de l'autonomie, dans les actes élémentaires de la vie quotidienne et en particulier dans toutes les activités de la vie domestique. **La main, n'a pas qu'une représentation symbolique, c'est l'outil de l'autonomie.** Si l'arrêt de travail prescrit supprime temporairement l'activité professionnelle, (pour les hommes et les femmes), la femme se retrouve dans l'incapacité de faire face à ce qu'elle fait au quotidien à son domicile, en sus de son activité professionnelle.

L'épisode dépressif n'est guère surprenant dans un tel contexte et ce d'autant qu'il y a souvent un déficit d'information : sur les douleurs résiduelles, souvent plus importantes qu'avant l'intervention, d'autant plus que la compression a été prolongée, car il s'agit alors de douleurs de réafférentation.

Vouloir réduire au maximum l'intervalle entre les deux interventions, au nom d'objectifs de réduction des arrêts de travail, peut avoir un effet inverse, car ne permettant pas au patient de profiter de l'expérience de la première intervention, pour anticiper la seconde intervention et mieux connaître ses réactions.

Annie LOUBET-DEVEAUX

SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL

UNE CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL⁽¹⁾

N'est-il pas surprenant de développer aujourd'hui cette question de la clinique médicale du travail⁽²⁾, alors que nous avons eu plus de cinquante années pour le faire ? Ne serait-il pas plus approprié de parler plutôt de l'action sur le terrain, action de terrain qui est une des orientations forte de tous ces nouveaux textes réglementaires ? Et bien, justement, je souhaiterais vous faire adhérer à l'idée que cette clinique médicale du travail est le chaînon indispensable à un fonctionnement opérant de ce projet mutationnel souhaité par les décideurs politiques et par les partenaires sociaux.

À première vue, on pourrait penser que ces bouleversements réglementaires, en transformant les pratiques des services de santé au travail, vont déposséder les médecins d'une partie de leur rôle dans la prévention des risques liés au travail. Ce sera sûrement vrai dans le domaine de la santé au travail..., mais certainement pas dans le champ de la médecine du travail.

Pour comprendre cela, revenons un peu en arrière. Jusqu'à une date récente, la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail n'étaient confiées qu'à des médecins, dans des services de médecine du travail. Certes, des services de prévention, tels les CRAM ou l'OPPBTp disposaient de techniciens présents et efficaces mais, au plus près du terrain, ce sont bien des médecins du travail, seuls, qui avaient en main les rênes de la prévention.

Cela a eu deux conséquences majeures. D'abord, la stérilisation presque complète de l'hygiène industrielle dans les entreprises, puis le détournement de l'attention des médecins de l'analyse du travail à partir des atteintes à la santé (DAVEZIES, 1999). De cliniciens, ils ont essayé de devenir préventeurs techniques des risques professionnels. Le renversement apporté par l'introduction des IPRP sur la scène de la prévention est sans doute le moment de replacer le médecin du travail dans son rôle central de clinicien.

Je vais donc essayer de vous démontrer, que loin de nous éloigner de l'action en entreprise, le développement de l'épaisseur de cette clinique va nous permettre d'affermir le poids de nos interventions, d'enrichir nos connaissances sur

1- Présentation pour les Journées Médicales du CISME du 21 octobre 2005.

2- Cette expression a été donnée pour la première fois par le D^r Philippe DAVEZIES. Il s'agit d'un de ses thèmes de recherche actuels.

les processus qui jouent sur la santé et d'utiliser les éclairages des IPRP. Ces IPRP qui ont des angles d'approche différents puisqu'ils sont orientés essentiellement vers l'étude du travail et de son environnement ainsi que vers la conception et l'amélioration des techniques de travail, de l'hygiène et de la sécurité industrielle.

Cependant, pour cela, il faut absolument être convaincu que la médecine du travail est une spécialité à part entière. Deux éclairages peuvent étayer cette assertion :

➤ *D'un point de vue juridique d'abord* : On peut dire que l'apparition de cette discipline, la médecine du travail, est une des conséquences du droit du travail, et, en particulier, du contrat de travail. Si on considère que ce contrat est « une convention par laquelle une personne s'engage à mettre son activité à la disposition d'une autre, sous la subordination de laquelle elle se place, moyennant une rémunération », cela signifie que le travail de cette personne est considéré comme un bien monnayable mais pas son corps biologique, pas son corps mental, pas son corps psychique (SUPLOT, 1994). C'est pourquoi, d'ailleurs, des règles de protection du corps humain sont prévues par le Code du travail : obligation faite à l'employeur de protéger des risques du travail, pas de droit de fouille, droit de retrait en cas de danger vital, suivi médical régulier et possibilité d'inaptitude médicale de soustraction au risque pour la santé.

➤ *D'un point de vue sanitaire ensuite* : S'il est évident que toute activité laborieuse se déroule dans un équilibre plus ou moins stable, plus ou moins satisfaisant, entre préservation de la santé et efficacité productive, il en résulte que cet écart laisse un résidu d'exposition impossible à combler. Cet entre-deux se traduira un jour ou l'autre par des effets sur la santé (DAVEZIES, 2001)

Cette veilleuse de nuit d'une maison de retraite qui est obligée de monter à genoux sur le bord du lit d'un résident pour le pousser au maximum vers le mur afin qu'il ne retombe pas de son lit non médicalisé, alors qu'à 57 ans ses articulations sont enraidies et qu'elle souffre du dos, est exemplaire du risque qu'elle prend pour que son travail soit fait au mieux. C'est de cet écart-là dont je parle : entre prise de risque et efficacité. C'est dans cet espace où la santé est mise

en jeu au cours de l'activité de travail que se situe le domaine spécifique de l'investigation clinique du médecin du travail.

Avant de développer ce que cette clinique a de spécifique, je voudrais commencer par exposer quelques notions conceptuelles nécessaires à la compréhension de la démarche.

COMMENÇONS PAR LE TRAVAIL

Étymologiquement, le mot « travail » vient du bas latin *tripalium* qui désigne un instrument de torture formé de trois pieux. Historiquement et culturellement, jusqu'au XVI^{ème} siècle, le mot « travail » a, en français, un strict sens obstétrical. Il exprime ce qu'endure la femme durant l'enfantement, à savoir la douleur et la création. « *Acte où se rejoue à chaque fois, comme dans tout travail, le mystère de la condition humaine* », nous dit Alain SUIPIOT (1994). Socialement, c'est une activité qui produit soit des objets, soit des services et qui, dans tous les cas, implique des liens sociaux (VEIL, 1996) et organise tous les rapports sociaux (GAINARD, 2005 ; KERGOAT, 2005). Ergonomiquement, « *c'est l'activité coordonnée déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui, dans une tâche utilitaire, ne peut être obtenu par la stricte exécution de l'organisation du travail(3)* » (DEJOURS, 1995). On l'aura compris, le travail est différent de l'emploi et, le travail, ou plutôt l'activité, grâce à sa fonction structurante, façonne les individus et est nécessaire à la construction de leur santé (DAVEZIES, 2004).

ABORDONS MAINTENANT L'OBJET DE CETTE CLINIQUE

Est-ce la santé ou la maladie du sujet au travail ? Si on considère qu'il n'y a pas alternative entre santé et maladie, mais seulement différence de niveau sur une échelle de situations où les capacités normatives (CANGUILHEM, 1966), existent ou n'existent plus, on peut dire que la clinique médicale du travail s'intéresse aux pathologies, mais pas seulement aux pathologies. Elle s'intéresse à leurs oscillations au fil du temps et aux caractéristiques des parcours professionnels et personnels qui semblent se rattacher à leurs mouvements (BARDOT, HUEZ, 2003).

Par exemple, il est montré qu'un chauffeur PL chez qui apparaît un certain degré de défaillance visuelle sera moins souvent accidenté qu'un chauffeur sans déficit, car il anticipera en permanence le risque d'accrochage en réduisant vitesse et autres prouesses routières. Ce chauffeur s'adaptera aux nouvelles normes que la modification de sa capacité visuelle lui impose et compensera ce manque par une meilleure maîtrise de l'attention portée aux environnements (DAVEZIES, 2005).

Après ces préambules, revenons sur le mot « clinique » en précisant, qu'évidemment, nous n'entendons pas par là un pur et simple examen à mains nues du corps et de quelques fonctions d'un individu considéré comme un objet humain. La clinique en général, est une démarche de décryptage, de

.....

3- Définition donnée pour la première fois par Philippe DAVEZIES.

déchiffrage ; en permanence, elle guide l'entretien et l'examen. Il s'agit donc, au cours de chaque consultation de médecine du travail de récolter des données, du matériau, aussi bien objectifs que subjectifs, sur le travail, sur la santé et sur le parcours professionnel et personnel pour permettre une description des interactions des uns sur les autres, description qui soit aussi fine que possible.

D'abord que récolte-t-on sur le travail ? En premier sans doute, ce qui l'encadre, c'est-à-dire les horaires, la nature du contrat de travail, les événements du parcours professionnel, etc., tout cela constituant les principales données objectives personnelles.

À la question « *Qu'est-ce que vous faites ?* », tout le monde, absolument tout le monde nous renvoie à la tâche, à ce qui est prescrit ; on nous décrit ce qui est à faire. Par exemple, je vous dis que ce matin j'ai à vous expliquer ce que nous entendons par « clinique médicale du travail ». Si je m'arrête à cela pour vous décrire tout le travail qu'il y a derrière cet exposé, vous serez assez mal renseigné sur la réalité de ce qui s'est passé pour aboutir à ce que je vous présente aujourd'hui. Il faut donc aller plus loin.

Il faut accéder au « comment », « *Comment vous y prenez-vous pour faire ce que vous faites ?* ». Cette question, évidemment renvoie à ce qu'il y a de subjectif et d'intime dans l'activité de travail. C'est sans doute ce qui est le plus difficile à obtenir. Il nous faut prendre la posture de celui qui ne sait rien, de celui qui s'adresse à un sujet dont les propres visées personnelles et les projets échappent à l'investigation et au regard clinique.

Nous essayons de nous faire raconter l'activité et de nous faire décrire comment le salarié colore cette activité d'un style qui lui est personnel. Cette salariée de la SPA me décrit ainsi son travail, « *Je nettoie les chats. À chaque box, je passe à l'eau de Javel la petite pelle qui me sert à nettoyer les souillures des litières. Vous comprenez, pour ne pas contaminer les autres animaux. C'est ça l'hygiène ! Évidemment, on me trouve lente. C'est pourquoi on ne me donne plus les chiens !* »

Il faut souvent poser plusieurs questions car cela ne s'exprime pas si facilement : « *Ce que vous avez à faire, comment vous le faites ?* » ; « *Qu'est-ce qui est dur dans votre travail, qui est difficile, qui est pénible (...) et comment vous vous en débrouillez ?* » ; « *Et qu'est-ce qui est plaisant ?* » ; « *Qu'est-ce que vous aimez le plus à réaliser ?* » ; « *Est-ce qu'on vous demande de le faire comme vous le faites ?* » ; « *Suivez-vous les procédures à la lettre ?* »

Nous obtenons ainsi des points de vue singuliers que nous conservons dans le dossier médical et en vrac dans notre mémoire.

Ensuite, nous abordons les questions de santé. Nous interrogeons sur les événements sanitaires récents ou anciens, sur la perception de sa propre santé avec la recherche de symptômes, de manifestations infra pathologiques, en particulier les douleurs, les prises de médicaments... L'examen corpo-

rel matérialise toujours les symptômes qui sont décrits. Et, lorsqu'il n'y a pas de symptômes, *a priori* quand tout va bien, cet examen a alors une valeur symbolique forte dans le sens où il signifie que l'engagement corporel dans le travail est reconnu, engagement corporel que pas un travailleur ne dénie. Ne pas le faire c'est s'exposer aux classiques remarques laconiques : « *Elle ne m'a même pas examiné, elle ne m'a même pas pris la tension !* » Bien sûr aussi, des examens complémentaires de dépistage peuvent compléter l'investigation physiologique.

L'ENTRETIEN MÉDICAL INDIVIDUEL N'EST PAS SUFFISANT POUR CONSTRUIRE UNE OBSERVATION DE MÉDECINE DU TRAVAIL

D' autres connaissances sont nécessaires qu'il faille aller chercher dans divers registres.

PREMIÈRE RESSOURCE, DU CÔTÉ DE LA CONNAISSANCE SCIENTIFIQUE

Il est nécessaire de posséder des connaissances en médecine évidemment, mais aussi en toxicologie, en ergonomie, en épidémiologie, en psychodynamique, etc., pour comprendre les phénomènes cliniques que nous avons à mettre en lien avec le travail. Mais il est évident que la médecine du travail ne se réduit pas à un patchwork de spécialités accolées les unes aux autres (DAVEZIES, 2005). Ces spécialités, reliées les unes aux autres par le fil conducteur du travail constituent un bagage théorique réunifié dans lequel il faut puiser pour aider à l'analyse du matériel clinique. Ce savoir réorganisé est un outil de travail.

DEUXIÈME RESSOURCE, LES RÉCITS INDIVIDUELS DES SALARIÉS COLORÉS DE LEUR EXPÉRIENCE PERSONNELLE

Leur cohérence nous permet de nous faire un point de vue assez solide de la ou des situations de travail. Leurs divergences aussi d'ailleurs, dans le sens soit d'une interrogation sur l'existence de conflits non extériorisés, soit sur l'existence d'une décompensation individuelle qu'il faudra aller instruire en se retournant vers des études de postes de travail.

TROISIÈME RESSOURCE, LA CONNAISSANCE DU MILIEU DE TRAVAIL

Il s'agit d'une donnée objective dont la clinique médicale du travail ne peut se passer. Pour comprendre ce qui est décrit de l'activité, le médecin doit pouvoir se la représenter dans un décor qu'il aura déjà observé. Cela facilite l'interrogation du salarié. Cette connaissance permet donc au médecin du travail de faire l'articulation entre risques et contraintes professionnels d'une part, et construction ou dégradation de la santé d'autre part. On peut ajouter que la clinique médicale du travail se déploie également dans les ateliers. La compréhension peut alors être facilitée par la médiation des objets qui entourent le travail au moment où on parle. « *Voyez, Docteur, c'est avec cette machine-là que j'ai des soucis,*

parce qu'il faut faire comme ça, sinon ça se met comme ça, et ça coince. » C'est sûr, le tiers temps est une vraie nécessité.

QUATRIÈME RESSOURCE, L'APPORT DU CONTENU DES INTERVENTIONS DES IPRP

Cette dernière donnée objective complète la panoplie des informations nécessaires à l'ordonnement de tous ces recueils, recueils que le médecin du travail sera obligé d'organiser pour produire une analyse clinique qui mette en lien les manifestations pathologiques qu'il aura constatées et les situations de travail. Accessoirement, je me permets d'ajouter que cette complémentarité de différents professionnels qui analysent un même objet, le travail, avec des techniques, des normes, des qualifications et des expériences différentes, ne peut se faire qu'en dehors de toute relation de domination et de dépendance ; les uns et les autres s'échangeant leur point de vue relatifs à leurs disciplines en toute égalité.

C'est le déroulement de cette démarche comme regard particulier sur le travail qui labellise la médecine du travail en véritable spécialité. Comme le dit Michel FOUCAULT : « *Le regard clinique a cette paradoxale propriété d'entendre un langage au moment où il perçoit un spectacle* » (1963).

Ces observations cliniques ont deux fonctions :

- La première est de permettre de comprendre, au moment des événements, ce qui peut porter atteinte à la santé. On est dans le synchronique et le contemporain.
- La seconde est de repérer, dans une trajectoire professionnelle bien documentée en santé et en travail, ce qui a pu aboutir à l'apparition de certains symptômes. On est dans le diachronique, le parcours professionnel. Cette attention aux difficultés, aux pénibilités et aux contraintes permet d'instruire et d'expliquer, dans le long terme, ce qu'on appelle « les traces du passé » dans les études quantitatives (MOLINIÉ, 2006).

La répétition de constats un peu semblables confirmera que cela n'est pas un effet du hasard. Le cas des épidémies de TMS est de ce point de vue exemplaire. L'épidémiologie, ensuite, en prenant le relais, pourra chiffrer l'ampleur du ou des phénomènes.

Les apports de ces investigations cliniques qui mettent en lumière des processus délétères ne sont pas une fin en soi. Elles doivent orienter le médecin vers l'action. Elles doivent aider à l'intervention en entreprise puisqu'elles peuvent soutenir un ou des arguments d'alerte dans une visée de transformation préventive, voire curative, des situations de travail. Ces interventions sont toujours à travailler avec beaucoup de précaution pour ne pas tomber dans le registre du malheur ou de la dénonciation, les atteintes à la santé étant toujours présentées en rapport avec ce qui fait difficulté dans le travail.

Dans les toutes petites entreprises, la fiche d'entreprise peut en être le support, mais des interventions individuelles, faites avec l'accord de l'intéressé et en respectant absolument le secret médical, peuvent aussi se pratiquer. Dans les plus grosses structures, des constats collectifs peuvent être à

l'origine de démarche conjointe d'intervention, en partenariat avec les IPRP, les gestionnaires et les CHSCT.

EXEMPLES

Voici deux très courtes observations cliniques, très simplifiées. Elles sont issues de mon activité ordinaire ; l'une s'étant présentée en début de journée, l'autre en fin de matinée. Elles ne m'ont pas spécialement rallongé la durée de la consultation. L'entraînement à la perception de tous les signes qui se dévoilent au cours d'un simple entretien médico-professionnel est sans doute l'aboutissement d'un assez long apprentissage qui n'est pas indépendant de l'acquisition de toutes les connaissances précédemment citées. Ces connaissances constituent le terreau dans lequel il faut puiser pour que le réarrangement de tous ces signes et de toutes ces clés de compréhension donnent un sens aux combinaisons travail-santé. C'est le passage à l'écriture qui prend du temps, ensuite ; pas l'activité herméneutique que notre pratique nous impose.

PREMIÈRE OBSERVATION, MME A...

Elle se situe dans ce que j'ai appelé le contemporain et la seconde correspond plutôt à l'instruction d'un parcours professionnel. Mme A... est embauchée à 50 ans comme agent d'entretien dans une petite collectivité territoriale. Elle est d'abord à mi-temps et en CDD. Elle s'occupe de faire manger puis d'organiser et de surveiller la sieste des enfants d'une école maternelle.

Cette année-là elle signale des migraines traitées par Seglor®, des douleurs lombaires et des troubles du sommeil.

Deux ans après, elle passe contractuelle à temps plein au poste d'ATSEM, acronyme signifiant « Agent technique spécialisé des écoles maternelles ». C'est évidemment une promotion et une marque de confiance car elle n'a pas de diplôme particulier et elle apprend sur le tas. Les migraines s'estompent, les lombalgies s'atténuent, le sommeil est revenu. Elle est enchantée. Je la revois trois années plus tard. Elle a maintenant 55 ans.

Elle m'annonce d'emblée, sans que je n'aie à poser la question, qu'elle n'est restée ATSEM que deux ans. Depuis un an elle est repassée « agent d'entretien » ; donc, déqualification. « *Ils ont bien su me trouver quand ils ont eu besoin de moi !* » me dit-elle. Entrer dans l'entretien médical par cette annonce est pour moi un signe. Un signe qui me fait percevoir une certaine déstabilisation. Ce signe apporté par l'annonce assez bruyante du changement d'activité, me met en alerte et m'indique qu'il y a là une souffrance identitaire dont l'onde de choc a peut-être fait des dégâts par en dessous, des dégâts invisibles.

J'emploie ici le mot « souffrance » au sens de l'expression subjective d'un conflit qui dépasse les capacités d'adaptation ou de résistance défensive aux possibilités personnelles du sujet. Il y a empêchement de la capacité autonome d'agir. La souffrance pathogène est l'expérience de l'échec-butoir, non détournable, non rattrapable. La souffrance est caractérisée par sa dimension subjective.

Pour ne pas m'engager dans une fausse route médicale, je tempère la quête d'adhésion à son statut de victime (RECHTMAN, 2002) en lui disant que, n'étant pas diplômée, l'administration n'avait peut-être pas eu le choix puisqu'elle devait appliquer une réglementation qui exigeait, soit des diplômes, soit une validation des acquis ; ce qu'elle ne pouvait produire ni dans le premier cas ni dans le second puisqu'elle n'avait pas les cinq années d'ancienneté requises pour prétendre à cette reconnaissance. Mme A... admet volontiers tout cela.

En la questionnant sur son contrat, j'apprends qu'elle est maintenant stagiaire depuis trois mois, ce qui signifie qu'elle peut espérer une titularisation dans neuf ou dix mois ; donc une stabilité d'emploi assurée jusqu'à sa retraite. Elle convient que c'est une vraie sécurité. Donc, tout n'est pas si noir dans sa situation.

J'essaie alors de la faire parler de son activité ordinaire, faisant l'hypothèse que quelque chose de très concret la met en difficulté dans le travail.

De 11 h à 16 h 30 elle s'occupe des enfants, d'abord l'assistance aux repas puis l'assistance à la sieste. Il se trouve que l'école est très petite. Il n'y a pas de salle prévue pour la sieste des enfants, la salle de jeux en fait office. Il faut donc déplier une quinzaine de lits qui sont assez lourds et faire ces lits. Il faudra ensuite, après la sieste, replier les lits et les ranger. Il faut passer les draps et les couvertures souillées de pipi à la machine à laver. Il n'y a pas de sèche-linge, ni d'endroit pour étendre. Mme A... fera sécher le linge chez elle, durant la nuit. À part la directrice, personne ne sait qu'elle fait cela : « *Du moment que tout est fait, personne ne s'interroge vraiment.* » dit-elle.

De 16 h 30 à 18 h 30 elle fait deux heures de ménage. Seule. La salle de jeux, les couloirs intérieurs et extérieurs, les sanitaires, le bureau de la directrice, etc. Elle explique que c'est très dur à entretenir car cette école est la seule où les parents entrent en prenant les couloirs, que c'est la seule école où la cour est recouverte de sable. Tout est vite ressalé et « *... étant très maniaque, je nettoie jusqu'à ce que tout soit parfait* », ajoute-t-elle.

La pression temporelle est importante car ces deux heures de ménage se faisaient avant à deux. Aller vite et faire bien malgré tout, finir l'entretien du linge à la maison laisse des traces.

Depuis quelques mois elle présente un coryza rebelle qui, après avoir disparu pendant ses congés, est réapparu à la reprise. Allergie à la poussière ? Peut-être... Elle doit faire des tests dans les jours qui viennent. Après une longue accalmie, une crise migraineuse s'est produite voilà six mois. Elle souffre de dorsalgies régulièrement et dort mal à nouveau. L'examen clinique montre en effet une raideur lombaire certaine, des points douloureux des apophyses transverses, des épines iliaques postérieures douloureuses, etc. Elle est donc à nouveau sous traitement : AVLOCARDYL® et NOCTRAN®.

Une somatisation ne fait pour moi aucun doute, somatisation, qui, je le pense, porte l'empreinte du travail. D'abord

un déclassement mal expliqué déclenchant un vécu d'injustice, des manutentions incompatibles avec son avancée en âge, une absence de moyens dont personne ne se soucie, une pression augmentée dont l'effet en terme de pénibilité accrue n'est pas analysée et un isolement certain sont autant de faits que ne compense ni la perspective de stabilisation de l'emploi, ni le respect des enjeux qu'elle se donne en terme de qualité de son travail.

Mme A... refusera que j'intervienne auprès du service RH. Elle veut préserver ses chances de titularisation. Peut-être va-t-elle arrêter de terminer le travail à son domicile de façon à rendre visible ce que sa diligence occultait ?

Je demande à la revoir dans un an alors qu'elle n'est pas en Surveillance Médicale Renforcée.

SECONDE OBSERVATION, MME B...

Je rencontre Mme B... pour la première fois en 2002. Elle a 32 ans et est femme de ménage, à mi-temps, en CDD dans une entreprise de nettoyage industriel. Elle nettoie le réfectoire et l'internat dans un établissement s'occupant d'enfants handicapés. Quelques mois plus tard la sous-traitance de cette activité est confiée à une autre entreprise de nettoyage qui l'embauche en CDI, trente heures par semaine. Elle s'occupe de la lingerie et fait la plonge. Elle se dit ravie de cette activité.

Deux ans plus tard, lorsque je la revois, elle a alors 35 ans, elle est passée à temps plein et a été formée à l'hygiène. Sa tâche s'est en effet très enrichie au point qu'elle dit être complètement débordée. « *Je vais vous expliquer ce que je fais.* » me dit-elle.

Et elle me décrit à toute vitesse sa semaine ; je n'ai pas à poser la moindre question ; d'ailleurs, ce n'est pas possible car elle ne me laisse aucune place pour le faire ! Cette logorrhée sera pour moi un signe clinique montrant son entraînement à la rapidité.

Donc, le lundi, elle commence à 7 h en faisant le nettoyage des trois classes (sols, poubelles et toilettes), puis elle poursuit par l'accueil, les sanitaires des bureaux et la salle de réunion. Elle récupère ensuite des habits du week-end des enfants qui sont restés : lavage et repassage. Vers 9 h 45 elle doit commencer le nettoyage de l'internat où elle s'occupe des chambres des enfants n'ayant pas quitté l'établissement en fin de semaine. Elle fait de nombreux aller-retour entre les chambres et la buanderie car il y a beaucoup de linge « plat » souillé – le linge plat étant constitué des draps, serviettes et couvertures.

Elle prend son repas debout en vingt à trente minutes pour être sûre de terminer à 16 h car elle a sa fille à récupérer à l'école ; elle est seule à l'élever et tient à suivre assidûment les devoirs. Elle entame la remise au propre de la salle de restaurant : balayage puis lavage des sols en respectant les procédures d'utilisation des produits fournis. Elle fait la même chose pour la salle à manger de l'internat. Puis c'est la plonge où elle fait un prélavage des plats de service et de la vaisselle la plus souillée avant de tout mettre au lave-vaisselle.

Les autres jours, elle commence à 8 h, et à chaque jour correspond une activité différente afin que tout ait été nettoyé en fin de semaine : « *Le mercredi, c'est mes canapés, puis les 18 chambres. Je vide 200 litres de poubelles par jour, j'envoie tous les draps et les couvertures au CAT pour le nettoyage, je les compte, il y a 30 à 40 draps et 15 à 20 couvertures le mercredi et le vendredi. Je fais tout en courant. J'ai l'impression de me machiniser. J'ai une pendule dans la tête. Ça me transforme ! Je me suis surprise dimanche à couper les ongles de ma fille à toute vitesse ! Et pourtant tout n'est pas bien fait à fond, je ne fais pas les hauteurs, je ne frotte pas assez.* »

Elle trouve ce travail trop stressant alors qu'elle est seulement rémunérée au SMIC. Elle trouve que c'est injuste. Elle pense à chercher un autre emploi. « *Qu'en pensez-vous ? Vous ne croyez pas qu'avec ce rythme je vais avoir des soucis de santé ?* » Je lui réponds qu'effectivement, le corps n'est pas inusable et que si, actuellement, son agilité, qu'elle doit beaucoup à sa structure gracile, la préserve, il est à parier qu'un jour ou l'autre il y aura une rupture. Elle part en me disant « *Je vais réfléchir ! Quand je pense qu'à la fin de ma formation, l'enseignant m'a dit que tout était très bien... sauf la vitesse ! Pas assez rapide m'a-t-il dit !* »

Tout cela est consigné dans son dossier, ce qui constituera une partie de sa trajectoire professionnelle, trajectoire encore indemne de toute atteinte à sa santé.

Pour conclure, je dirai que ces nouveaux textes sont peut-être l'occasion de rendre opérationnels des dispositifs de prévention efficaces s'appuyant sur des actions coordonnées mais différentes de professionnels de champs disciplinaires complémentaires mais indépendants les uns des autres.

La clinique médicale du travail, par la mise à jour des processus à l'œuvre sur la santé étant une voie de connaissance indispensable à la construction de l'édifice préventif.

Fabienne BARDOT

BIBLIOGRAPHIE

- ♦ BARDOT Fabienne, HUEZ Dominique, octobre 2003, « Clinique médicale du travail et souffrance au travail : les dépressions professionnelles réactionnelles », *Travail et emploi* n°96, p. 55-66.
- ♦ CANGUILHEM Georges, 1966, « Le normal et le pathologique », 8^{ème} édition, Quadrige PUF.
- ♦ DAVEZIES Philippe, 2005, « Éléments de réflexion concernant l'aptitude aux postes de sécurité : l'exemple de la conduite », in *Rapport UMRESETTE n°0 501* (http://www.inrets.fr/ur/umrestte/publications/0501-Davezies_Charbotel.pdf).
- ♦ DAVEZIES Philippe, 2004, « Entre psychique et social, quelle place pour l'activité ? » <http://philippe.davezies.free.fr>
- ♦ DAVEZIES Philippe, 2001, « Convergences, tensions et contradictions entre différentes approches de la santé au travail », Journée pluridisciplinarité en santé au travail organisée par la SELF, Paris. <http://philippe.davezies.free.fr>
- ♦ DAVEZIES Philippe, 1999, « Archives des maladies professionnelles », 60, 6, p.542-550.
- ♦ DAVEZIES Philippe, 1998, « Pour un recentrage sur la clinique », in *Des médecins du travail prennent la parole*, Syros, p. 186-195.
- ♦ DEJOURS Christophe, 1995, *Le facteur humain*, PUF.
- ♦ FOUCAULT Michel, 1963, *Naissance de la clinique*, 5^{ème} édition, Quadrige PUF.
- ♦ GAINARD Lise, 2005, « Penser la notion de race, un défi : le concept de race nécessite le maniement d'une sémiologie du négatif », Colloque « De la discrimination dire "ethnique et raciale" : discours, actes et politiques publiques – Entre incantations et humiliations », mai 2005, Actes à paraître.
- ♦ KERGOAT Danièle, 2005, « Rapports sociaux et division du travail entre les sexes », in Maruani M. (dir), *Femmes, genre et sociétés. L'état des savoirs*, La Découverte, p. 94-101.
- ♦ MOLINIÉ Anne-Françoise, 2006, « La santé au travail des salariés de plus de 50 ans », in *La société française, Données sociales 2006*, INSEE.
- ♦ RECHTMAN Richard, 2002, « Être victime : généalogie d'une condition clinique », *L'évolution psychiatrique*, Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, vol 67, n°4, p. 775-795.
- ♦ SUPIOT Alain, 1994, *Critique du droit du travail*, PUF.
- ♦ VEIL Claude, juin 1996, *Psychiatrie française*, vol. XXVII 2/96.

LES CAHIERS S.M.T.

publication annuelle de l'Association Santé et Médecine du Travail

ISSN 1624-6799

Responsable de rédaction : Jean-Noël DUBOIS

Responsable de publication : Annie LOUBET-DEVEAUX

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

Ont participé à ce numéro : Véronique ARNAUDO, Fabienne BARDOT, Bernadette BERNERON, Alain CARRÉ, Philippe DAVEZIES, Benoît DE LABRUSSE, Jean-Marie EBER, Claude GARCIA, Dominique HUEZ, Annie LOUBET-DEVEAUX, Gérard LUCAS, Jocelyne MACHEFER, Elisabeth PAGEL, Alain RANDON, Christian TORRÈS, Jean-Louis ZYLBERBERG

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie ROTOGRAPHIE — 93 100 Montreuil

DE LA SOUFFRANCE INFRA CLINIQUE À LA SOMATISATION

Compte rendu des débats
du Congrès de l'Ass. SMT, 3 et 4 décembre 2005

Le débat commence par une présentation résumée des textes préparatoires :

- « Un cas de hernie hiatale » : Gérard LUCAS
- « Chronique d'une épidémie de TMS d'une part et syndrome du canal carpien et dépression : à propos d'une observation », d'autre part : Annie DEVEAUX
- « Acrobaties » : Véronique ARNAUDO
- « Chronique de consultation sur fond de délocalisation » dont fait partie le texte « Un départ précipité » d'une part et « Comment planifier sa propre chute », d'autre part : Jocelyne MACHEFER
- « La visite périodique, espace de débat initial singulier sur le travail ou comment j'ai délaissé le tiers temps classique de terrain d'atelier pour produire un tiers temps au cœur de la visite périodique » : Elisabeth PAGEL
- « Une clinique médicale du travail ; présentation pour les journées du CISME » ; 21 octobre 2005 : Fabienne BARDOT

LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

« Il s'agit, au cours de chaque consultation de médecine du travail, de récolter des données, du matériau, aussi bien objectifs que subjectifs, sur le travailler, sur la santé et sur le parcours professionnel et personnel pour permettre une description des interactions des uns et des autres, description qui soit aussi fine que possible. » F. BARDOT, journées du CISME, 21 octobre 2005.

La clinique médicale du travail va plus loin que l'ergonomie. Mais jusqu'où aller ? Comment, dans l'activité de travail, trouver les prémisses de ce qui pourrait arriver plus tard en terme de déconstruction de la santé ? Quels liens possibles, quels ponts pour le début d'une dynamique santé/travail ? La clinique apparaît avec le travail, au fur et à mesure, avec ce que le **sujet ressent**.

Guidés par l'histoire du travail du sujet, il s'agit de dépasser le diagnostic, la dénonciation, l'indignation... Partir de l'infra clinique. Savoir son engagement, sa façon de penser, de délibérer, de se positionner dans le travail. Écouter ce que les

gens disent de leur travail et donner acte n'empêche pas de poser aussi des diagnostics mais nous fait prendre des risques quant à nos « habitudes » professionnelles de médecin du travail. **En effet, tenir la clinique du travail** demande de lâcher la clinique traditionnelle pour entendre **la dynamique** de la santé au travail. Mais alors, quelles règles de métier construire et comment ?

ACTION, INACTION ?

L'ALERTE PSYCHOSOCIALE

Dans cette entreprise où le personnel travaille sept heures consécutives sans pause, les salariés n'ont pas le droit de consulter le médecin du travail en visite occasionnelle et en cas d'urgence, ce sont les pompiers qui sont appelés en premier. Le CHSCT est en état de carence. Le vendredi après-midi, il ne subsiste qu'un seul cadre de permanence, par ailleurs délégué syndical, dans ce service. Le médecin se demande si c'est bien par hasard que deux opératrices sont tombées malades en même temps, ce vendredi après-midi et pas un autre jour. L'infirmière et le médecin du travail sont appelés.

Si l'une des salariées a fait un malaise lipothymique, par contre, l'autre semble présenter un kyste de l'ovaire et sera évacuée par le SAMU. Deux décompensations en même temps, le vendredi après-midi, alors qu'il y a un « vide » d'encadrement... S'autoriserait-on à décompenser à certains moments seulement ?

Faut-il faire des alertes sanitaires dans le champ psychosocial ? Dans le cas présent, il n'y aura ni déclaration d'accident de travail, ni d'accident bénin ; le médecin ne se sent pas appuyé pour déclarer l'AT ou pour associer le CHSCT. L'action du médecin du travail est plus que limitée. Une déclaration MCP ?

Que faire en l'absence de réactivité des salariés et de leurs représentants ? Les alertes collectives ne sont pas subordonnées à leur efficacité. Comment développer la charge de la preuve ?

La veille, l'alerte, n'ont pas pour objectif de changer le monde. Faut-il rédiger une fiche d'entreprise ? Pour quoi faire ?

Qui a constitué des dossiers pour le CRRMP, au chapitre du suicide et des infarctus au travail ? Une seule déclaration de dépression professionnelle serait passée en CRRMP. Les descriptifs des conditions de travail doivent être collectifs. Que fournir au salarié pour aider à la reconnaissance de MP ?

CONSTRUIRE LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

La visite médicale de reprise du travail pourrait être le moment de la prise de conscience du salarié des liens entre travail et somatisation. Mais la visite médicale de reprise est souvent shuntée. En quoi la prise de conscience du salarié est-elle une aide pour lui ?

La construction de cette clinique médicale demande du temps d'investigation pour découvrir, décrire, transférer et partager avec les médecins traitants, les épidémiologistes. La clinique traditionnelle ne met pas en parallèle les problèmes sociaux. L'épidémiologie ne règle pas la question de la façon dont on lit et traduit les processus durs du travail. La capacité de porter de la dénonciation dans une association n'est pas de la clinique médicale du travail décrivant l'espace de travail, la société malmenant le corps, avec un regard de clinicien.

La précarisation, notamment par les temps partiels imposés, les primes diverses dont celles du travail de nuit, empêchent les arrêts de travail, car les salariés tiennent moins longtemps financièrement. Le coût de la chambre à l'armée du salut ne s'élève-t-il pas à 300 €/par mois ?

Les IPRP ne peuvent prendre en compte cette clinique médicale.

Mettre en évidence la clinique peut prendre trente ans ! Toutefois, la santé des salariés se dégrade et la conscientisation des choses est plus importante. Si est une idée à défendre dans le métier, c'est bien le lien santé/travail qui guide la santé. Il faudra du temps pour un réel retentissement social.

COMMENT GUIDER L'ENTRETIEN ? LA QUESTION DU SUJET

EMPATHIE

L'empathie n'est pas sympathie, ni attention. Capacité de sortir de soi et de prendre le point de vue de l'autre, elle doit aussi nous mettre hors de la situation, permettre de nous voir nous-même.

L'empathie est transversale. Il faudrait la considérer comme proposition de travail à reprendre à l'avenir : comme stratégie de découverte à l'intérieur de certains métiers comme cinéaste ou enseignant, par exemple.

L'approche d'*Alain BERTHOZ*, neurocogniticien, dans son ouvrage intitulé « L'Empathie », suscite des questions : faut-il privilégier un mode de relation à l'autre où l'autre ne serait

sujet. Que peut-on faire du fait que les neurones de celui qui s'intéresse au récit de l'autre seraient les mêmes que ceux mobilisés par celui qui raconte ? Que faudrait-il déduire encore du fait qu'il existe des neurones différents pour la sympathie, la compassion et les larmes ?

ÉMOTIONS ET POUVOIR D'AGIR

Le pathique n'est pas maladie. Emotions, sentiments, à l'occasion d'une rencontre singulière, doivent-ils être pris en compte ? Quels liens avec la question du sujet ? Qu'est ce qui doit être objectivable ?

À quoi sommes nous confrontés quand on aborde la question de la clinique médicale ? Où se situent nos peurs ? Ne voit-on pas disparaître la question du sujet lorsqu'on aborde la clinique médicale du travail ? Ne s'agit-il pas du sujet du désir, du rapport à autrui, dans le champ social ? Comment se fait la rencontre ?

Parler de l'activité de travail n'est pas une situation psychanalytique. L'empathie est adopter des points de vue différents ; une capacité de comprendre.

Il faudrait pouvoir parler de la rencontre sans la vivre seulement comme émotion et considérer la notion d'empathie comme proposition de travail.

La construction d'un monde commun, comme finalité de toute activité de travail, ne peut s'envisager qu'à partir de la singularité de chacun, d'un point de vue où on se voit penser les uns les autres.

S'il faut dépasser l'individualité, le besoin de lutte pour la reconnaissance et la nécessité de construire des collectifs sur des valeurs partagées ; il faut, par contre, penser notre pouvoir d'agir à partir de notre perception sensible du monde commun des émotions. Comment y a-t-il du collectif, une capacité collective mise en œuvre ? Si le sujet advient dans l'exercice du médecin du travail, l'attitude du médecin, à un moment donné, fait que l'autre parle autrement et il se crée une fonction collective.

Comment restituer la démarche autant que le résultat ? Comment permettre à d'autres médecins du travail d'arriver là, à penser comme ça, le dire, le parler ?

Comment arriver à dire ce que l'on fait quand on n'arrive pas à faire dire aux gens ce qu'ils font ?

SUBJECTIVITÉ ET TRANSFERT

Quand on tient la question du travail, on n'utilise pas le transfert. Quel lien entre BERTHOZ et la clinique médicale du travail, si on affirme qu'il y a nécessité absolue pour le clinicien de déplacer son point de vue tout en gardant le sien ?

Le subjectif nécessite réhabilitation. L'objet du travail est le sujet et la subjectivité. Le clinicien du travail doit aller voir du côté du patient : quels sont les objets du travail qu'il mobilise ? Ou qu'il ne peut plus mobiliser quand il va mal ?

Dans l'empathie, y a-t-il dissociation, dédoublement ; capacité à tenir sa place de médecin et capacité à prendre le point de vue de l'autre ?

L'écoute conduit-elle au transfert ? L'écoute empathique est-elle transfert et contre-transfert ?

Lorsque, grâce à l'écoute, le sujet est reconnu dans sa souffrance, est-on dans la thérapeutique tout en étant dans la question du travail ?

S'il y a de la thérapeutique, ce ne serait ni dans l'écoute ni dans le transfert : l'émotion surgit sur les questions du travail. Le médecin n'est pas une machine ; le sujet a-t-il besoin d'empathie ou plutôt de sympathie ? Ce mouvement n'est pas exclu. La distance est une question importante. Se protéger, mettre une barrière, peut être perçu non comme empathie, mais comme protection, défense.

L'empathie, la restitution, peuvent être, avec la meilleure volonté du monde, manipulation. Quand est-ce que le sujet est revenu à la liberté ? Quand il a obtenu assistance non substitutive à la pensée pour l'aider à reprendre la main et au pouvoir d'agir.

En quoi le travail plomberait-il le transfert ? L'objet étant le travail, le transfert a-t-il disparu ? Pourquoi ?

On ne choisit pas. On ne programme pas... « J'ai trop collé ! J'aurais dû... ». On est dans l'après-coup de l'intelligence pratique (phronésis) dans la dialectique.

Il faut apprendre à écouter, mais également à couper : « Je ne m'en sors pas ; je vais en parler avec un collègue ».

Il y a du transfert. Comment on en tient compte ? Ce n'est pas au cœur. Ça peut faire obstacle si je n'en tiens pas compte. Il peut y avoir transfert énorme, massif. Ce n'est pas un but. D'où l'intérêt de travailler à deux.

LE TRAVAIL EST OBJET TRANSFÉRENTIEL

Le travail n'est pas présent d'emblée dans la relation. Notre interlocuteur attrape-t-il ou pas l'objet-travail ? Si oui, la fois suivante, il l'aura éventuellement perdu. Comment le ramène-t-on ? S'il ne veut pas l'aborder, on reste seul avec la question du travail.

L'empathie rationalise quelque chose de difficile à rationaliser. Le surgissement d'un monde commun ne serait-il pas tirer l'autre sur son monde à soi ?

L'empathie, bien que l'on soit dans l'activité de travail, s'attache aux difficultés du sujet. Le côté affectif mis à distance, on serait en capacité de mieux comprendre le travail, ses difficultés. On se représente les événements, les scènes du travail. On suit ce qui est dit par rapport à l'activité de travail : il faut être à la fois dedans et dehors.

On ne décide pas à l'avance l'empathie, l'antipathie... Le sujet dit le vécu des contraintes et nous pouvons nous retrouver entraînés dans la compassion parce que le sujet ressent son travail.

Est-on dans son activité de travail ou dans la dynamique du sujet ?

Le sujet de la psychanalyse, la question de l'économie du désir nous gênent dans le colloque singulier avec les sujets malmenés. Nos propres systèmes défensifs nous empêchent

de voir le travail. **En se calant très fort sur la question d'entendre le travail, on voit l'oscillation de construction/déconstruction de la santé du sujet.**

CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL OU CLINIQUE DU TRAVAIL ?

Il faut à la fois tenir la question des inégalités sociales et nommer le sujet, sinon, la dynamique de mobilisation du sujet est évanescence. La question du sujet est revisitée par la clinique du travail. En ergonomie, il n'y a pas de sujet ; les gens déploient des stratégies. Ne faut-il pas parler d'acteurs collectifs ? En psychodynamique du travail, du point de vue individuel, il faut tenir compte de la mobilisation de l'intelligence du sujet.

La question du sujet est revisitée au moment où on aborde la subjectivité et les rapports intersubjectifs au travail.

Avec la clinique du travail, il semble que comprendre le sujet qui se débat nécessite d'entendre et comprendre ce que le sujet mobilise comme objet dans le travail. **Aller du côté de la clinique du travail serait aller du côté des objets du travail.**

Où sommes-nous ? Près du travail ? Près du sujet ?

On a besoin, face à l'augmentation des inégalités sociales du travail, d'une clinique médicale qui ne concerne pas que le médecin du travail, pour l'accès au pouvoir d'agir. Les sciences du travail ont besoin de la clinique du travail et de l'activité ; on a aussi besoin de la clinique médicale du travail.

SINGULARITÉS ET MONDE COMMUN

Le sujet en psychodynamique du travail est singulier. La psychodynamique m'apprend encore son interaction avec d'autres singularités, dans l'intersubjectif. Pour le sujet, identifier les objets du travail peut-il gommer les singularités ? Les objets du travail mobilisés par le sujet sont-ils partagés par le monde commun ? Tout ceci ne semble pas donné d'emblée. S'il n'y a pas d'individus isolés, qu'est-ce qui les réunit ?

Il faut savoir qu'à la suite d'un événement du travail comme un AT, les récits individuels diffèrent ; les sujets n'ont pas vécu la même histoire. L'événement ne fait pas le monde commun. Le partage avec d'autres permet d'en tirer profit par rapport au travail. Le commun n'est pas construit d'emblée. Le collectif peut être atomisé. Comment faire du commun ? Que ça se relie ? Les sujets posent sans arrêt de la différence. Il y a des singularités qui peuvent peut-être construire du commun.

LES RÈGLES DE MÉTIER

L'ergonomie, qui a fait un premier pas avec la notion d'intelligence commune, ne prend pas en compte la souffrance de la clinique médicale du travail. Souffrance, aliénation et perte du pouvoir d'agir, défenses des subjectivités malmenées, devraient être revisités. L'entrée médicale

tient compte des trajectoires individuelles qui pèsent aussi sur la santé du sujet si on n'a pas instruit la question du travail. Par ailleurs, il ne faut pas lâcher la question du sujet car la question du travail réinstruit, permet de tenir au travail. Les savoir faire incorporés demandent des temps d'apprentissage avec expérience sensorielle. Les nouvelles organisations fragilisent les savoir faire incorporés à base neurophysiologique.

Les règles de métier sont au cœur de la construction de la clinique médicale du travail. Si l'on réfère aux règles de l'art du tailleur de pierre, pour garantir la pérennité de l'ouvrage, il faut un liant plus faible pour une élasticité permettant à l'ouvrage de travailler avec le temps. Par contre, le tailleur

de pierre qui accepte de se faire aider à un moment donné, considère toutefois que son « caillou », son ouvrage, lui appartient. Par analogie avec l'ouvrage, les règles de métier ne sont pas faire chacun comme il veut. Il s'agit de créer un collectif souple. À travers les relations tissées entre médecins du travail, et avec les autres spécialités médicales, il faut trouver des règles permettant de travailler. Il faut éviter le chacun pour soi car tout le monde tombe malade et l'ouvrage n'est pas stable.

Les règles de métier permettent les règles de l'art.

*Jocelyne MACHEFER, rapporteur,
avec l'assistance non substitutive à la pensée
de D. PARENT et O. RIQUET*

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 27^{ème} Congrès annuel se tiendra à Paris, les 9 et 10 décembre 2006, avec pour thèmes :

- *Précarité : la banalisation. Enjeux pour la santé et la sécurité.*
- *Clinique médicale du travail : l'examen physique en médecine du travail, sa place, ses mobiles, ses buts pour le salarié et pour le médecin.*
- *Somatisation : monographies (suites).*
- *Évaluation des pratiques professionnelles : le potentiel des groupes de pairs.*

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'adhésion et d'abonnement, voir pages 72 et 84

LA VISITE PÉRIODIQUE, ESPACE DE DÉBAT INITIAL SINGULIER SUR LE TRAVAIL

OU COMMENT J'AI DÉLAISSÉ LE TIERS TEMPS CLASSIQUE DE TERRAIN D'ATELIER POUR PRODUIRE UN TIERS TEMPS AU CŒUR DE LA « VISITE PÉRIODIQUE » ...

La visite périodique : un temps privilégié pour penser et dire ses difficultés au travail, pour verbaliser ses stratégies pour que le travail se fasse ?

Mon travail de prévention des TMS dans les ateliers commencé en 1985 m'a fait comprendre au fil des années passant le savoir pertinent des opérateurs sur ce qui leur faisait contrainte à leur poste de travail. Tout mon temps passé dans l'observation des gestes de l'individu travaillant ne m'apportait que des pistes à performance limitée pour améliorer les conditions de travail sur le poste. Il m'a fallu dix grandes années pour lâcher l'idée que je devais apporter, seule ou avec d'autres experts, des solutions, dans cette croyance là où j'étais ou bien acceptais qu'on me mette, d'être l'individu, seul sachant ou le plus sachant, dans cette sphère-là de la santé au travail !

Ces échecs m'ont appris que j'avais à portée de main ou bien plutôt à portée de parole l'individu le plus compétent qui soit pour parler du travail et des conditions de son travail ; l'opérateur du travail au sens large du terme, c'est à dire celui qui fait le travail à l'extrémité de là où le travail sort, qu'il soit opérateur de production de produit, ou opérateur de production de tâches administratives, ou opérateur de prescription du travail, ou opérateur de conception du produit, ou opérateur de direction d'entreprises. Ces échecs m'ont appris que j'avais, moi, médecin du travail de terrain cette place stratégique et exceptionnelle de pouvoir avoir accès à la parole de tous ces individus, tous forcément opérateurs et experts à la fois, dans la spécificité de leur situation de travail, là, au moment de la fameuse visite médicale que la loi nous demande de faire.

Après avoir rejeté la visite annuelle (VA) au point de n'en avoir fait aucune pendant toute une année pour privilégier le tiers temps qui passait souvent à la trappe, je me suis rendue compte que l'étendue de notre mission sur le terrain était telle que faire du tiers temps à cent pour cent ne me permettait pas de répondre à la mission impossible qui m'était confiée, c'était le temps du début de la pluridisciplinarité et

du début de mon apprentissage de la « clinique médicale du travail » dans la problématique des TMS .

Je prenais conscience que la VA revisitée et réorganisée dans un objectif préventif et non exclusivement médico-légal était un puissant levier de changement individuel puis collectif.

Quant je dis changement, je parle aussi de mon changement personnel puisque, au fur et à mesure, des consultations médicales, ma compétence sur la réalité du travail s'enrichissait par cette altérité des savoirs entre le salarié et moi ; encore fallait-il laisser la place au salarié pour penser et dire et moi pour prendre la place pour répondre à ce penser et à ce dire, s'agissant du travail, avec ce savoir spécifique et limité de médecin du travail conscient de l'élargissement possible de ce savoir par cet échange de compétences et de savoirs quand le salarié me parle de lui et de son travail.

Ce risque-là, de laisser la place à l'autre dans le penser et le dire, est en réalité très limité ; c'est le risque d'un échange dans l'authenticité de deux êtres, sur le travail, deux êtres qui essaient de reconstituer la réalité du travail dans cet espace de confiance qui peut parfois être de confiance s'agissant d'un espace médical facilitant le dire.

Fort de ce constat et dans la suite de cette action de prévention des TMS, j'ai pris l'habitude d'échanger au cabinet médical avec le salarié porteur d'un TMS plutôt que de me déplacer sur le terrain pour comprendre avec lui ce qui lui faisait contrainte, avec comme objectif la diminution d'au moins une contrainte (la plus pertinente issue du débat salarié-médecin) dans l'objectif de retrouver un équilibre dans la situation de travail et donc un équilibre de santé. Cette façon de faire m'a appris la variabilité des causes des TMS, la cause efficiente restant très variable selon l'individu, cela multipliait les possibilités de changement et les actions possibles, la suite de l'action étant ensuite relayée à un IPRP ou un acteur de l'entreprise ou plus simplement au salarié devenu son propre acteur de prévention.

C'est à cette époque-là que je me suis rendue compte de l'importance et de la pertinence du vécu, de la dimension non bio-mécanique des TMS et de l'intérêt à prendre en compte les contraintes verbalisées par les opérateurs du travail. Cette diversité-là, si riche devait-elle croupir dans le carcan du secret médical ? Il me semblait que ma mission c'était aussi de restituer ça, que ça sorte du service médical parce que c'était de la matière à travailler avec les autres compétences de l'entreprise et qu'il fallait entrer dans le champ de l'organisation et du relationnel. Je me suis donc attelée à cette tâche de restituer à l'entreprise la verbalisation des contraintes des opérateurs du travail par familles de contrainte et par collectifs de travail.

L'outil utilisé est un questionnaire interrogeant la santé en général et la santé au travail, initialement construit avec le département « âge, santé, travail » de l'INRS, pour suivre les populations vieillissantes, et qui, dans ses questions ouvertes sur le déplaisir, le plaisir au travail, complétées par des questions sur « ce qui est difficile pour vous au travail », sur « qu'avez-vous mis en place pour faciliter votre travail, à quoi pensez-vous pour faciliter votre travail ? » se révélait être très pertinent pour interroger le travail en profondeur et en débattre avec le salarié.

Les questions sur les contraintes, le plaisir, le travail régulé ou possiblement réglable, sollicite le salarié dans un temps de réflexion personnelle juste avant son échange avec le médecin. Nous travaillons ensuite sur ses réponses dans une observation à deux de sa situation de travail et dans un temps d'action de prévention débutante qui se construit au fur et à mesure dans cet espace de clinique médicale du travail où le travail, l'équilibre de la situation de travail et l'équilibre de santé du salarié sont de manière successive et alternative au centre du débat.

Il suffisait ensuite de rassembler les situations de travail dysfonctionnantes par collectifs et de les partager avec tous les acteurs de prévention de l'entreprise (CHSCT, CE, Comité de direction, mais aussi dirigeants) et de continuer le travail avec les acteurs possibles du changement, la question du travail et de ses conditions étant mise en débat publiquement.

Le regard du médecin du travail sur les situations de travail dysfonctionnantes est singulier, cette richesse est à partager avec les décideurs du travail, chaque regard d'acteurs du travail sur les situations de travail à la singularité de la fonction de l'acteur qui les regarde et c'est une richesse dont il est périlleux pour le médecin du travail de se priver s'il veut participer à la co-construction d'une démarche de prévention, comme il me semble qu'il est périlleux ou pour le moins peu pertinent pour un dirigeant d'entreprise de se couper ou de ne pas intégrer aussi la réalité du travail issue de la production de cette altérité partagée par deux identités qui se rencontrent dans un espace médico-légal unique et obligé. Eu égard à l'évolution du travail et de ses risques qui glissent aussi dans le champ du mental et du psychologique sans

quitter le champ physique, le médecin doit faire des choix pertinents sur la répartition de son temps et privilégier ce qu'aucune autre fonction dans l'entreprise ou dans les services de santé au travail n'a la capacité de faire.

La venue d'IPRP dans l'espace de santé au travail permet au médecin de retrouver ce temps de débat confidentiel sur le travail qui n'existe nulle part ailleurs. Ce débat médico-professionnel individualisé, restitué dans son collectif à l'entreprise, est un terreau de base qui me paraît d'une richesse très pertinente pour le développement d'une démarche pluridisciplinaire de prévention, eu égard aux nouveaux risques et facteurs de risques des espaces de travail à ce jour, à l'apparition de nouvelles pathologies ou pré pathologies de type démotivation, perte du sens du travail, conflits éthiques.

Au plan pratique : contrairement à la législation actuelle, et à ma pratique ancienne, de 1985 à 1995, où je privilégiais le tiers temps dans un souci de prévention des TMS, je privilégie depuis 2000 les visites périodiques en y intégrant un questionnaire d'évaluation de santé suivi d'un entretien-débat sur le vécu du travail, les contraintes et les stratégies de régulation. Les données sont informatisées et restituées collectivement à l'entreprise.

À ce jour, je travaille avec les dirigeants d'entreprise sur leur vécu du travail et leurs contraintes partant de l'hypothèse qu'un facteur de prévention ou de risque déterminant est l'équilibre de santé au travail du dirigeant.

Mon tiers temps se poursuit donc dans ces entretiens – interviews de manager – et ce temps-là est l'occasion de restituer l'état de santé du collectif, les dysfonctionnements dans l'organisationnel et le relationnel, de travailler sur leurs attentes dans le domaine de la santé au travail.

Je dois dire que je me suis particulièrement enrichie de cet abord systématique des managers dans un débat horizontal où il est question de management et de santé, des contraintes et des attentes du manager, des offres possibles du service de santé au travail, étant habituée dans ma pratique antérieure à un abord systématique et quasiment unique du salarié, subissant vraisemblablement le courant de la législation prise au premier degré et n'intervenant auprès des dirigeants que dans des circonstances d'urgences ultimes et de soins nécessaires immédiats où il était question d'inaptitude et de restriction et où il ne s'agissait plus de conseiller mais d'interdire ou de réparer, pas très fréquemment de prévenir et, en tout cas, jamais à partir d'indicateurs de santé du collectif issus de la réalité.

À présent, je réalise en grande partie mon tiers temps dans les consultations médicales et les échanges avec les différents acteurs de prévention et je fais confiance aux compétences de santé non médicales pour travailler sur les conditions de travail de terrain classique.

Elisabeth PAGEL

CHRONIQUE

D'UNE ÉPIDÉMIE DE TMS

Dans cette entreprise qui comptait 230 salariés, lorsque j'ai pris ce secteur en 1981, les premiers cas de TMS apparaissent en 1984, chez des hommes. Antérieurement, des femmes effectuant des travaux de confection avaient été opérées d'un Syndrome du Canal Carpien (SCC), mais il n'y avait pas eu de déclaration de Maladie Professionnelle (MP) effectuée tant cette pathologie paraissait constitutive du genre féminin et que l'on faisait plus volontiers le lien SCC-femme en période de ménopause que SCC-travail.

En 1984, observation d'un SCC bilatéral chez un homme : déclaration de MP, refusée par la CPAM, sur les travaux effectués. Je suis un peu étonnée du refus de la CPAM mais les symptômes régressent pendant les congés. Deux épicondylites en 1986 et 1987, déclarées et reconnues en MP sur un même poste auraient dû attirer mon attention, mais les salariés avaient réglé individuellement le problème (demande de changement de poste lors de la première restructuration, départ de l'entreprise lors de congés pour l'autre). Donc jusque-là, les problèmes se règlent au coup par coup par chaque salarié concerné.

L'apparition d'un SCC, en 1989, au poste le plus éprouvant, chez le salarié le plus âgé, m'incite à demander que soit menée une réflexion sur ce poste. Silence poli de mes interlocuteurs au CHSCT. La deuxième restructuration vient d'avoir lieu : peu de licenciements mais l'entreprise familiale est rachetée par un groupe financier. Forte de ma formation récente en ergonomie, je recherche les dossiers des retraités à ce poste. Dans un seul cas, je retrouve une trace de douleur d'épaule et pourtant la majorité des salariés ont fait toute leur carrière à ce poste et ils partaient à 65 ans. Il n'y avait pas de convoyeur et donc plus de manutention.

Je propose régulièrement un travail de réflexion sur ce poste ; le silence persiste jusqu'en 1990-1991 où un groupe de travail se constitue, en principe pour réfléchir au problème des TMS. J'y participe. On filme les différents opérateurs, on va filmer dans une autre unité du groupe où on travaille différemment. On s'intéresse aux gestes, aux postures. J'ai enfin l'impression de remplir pleinement ma mission. La direction propose une polyvalence avec le poste de préparation ; j'encourage, enrichissement des tâches, modification des gestes les plus fréquents. Un militant syndical, responsable de la Mutuelle d'entreprise, qui travaille à ce poste, participe au groupe de travail. Il est moins enthousiaste, il

essaie d'amener le débat sur d'autres problèmes d'organisation, à l'origine de conflits dans l'équipe de finition : l'installation du convoyeur, qui doit limiter les déplacements et les manutentions rigidifie l'alimentation des quatre postes de finition. Le dernier poste alimenté n'a pas le choix ; il doit prendre ce qui se présente et il ne peut équilibrer sa production quotidienne avec des produits de pénibilité variable. Les opérateurs placés en amont, sont en difficultés et choisissent les produits les plus faciles. Ses arguments ne seront pas entendus. *A posteriori*, je comprendrai que la création du groupe de réflexion était d'abord liée à une volonté de modifier l'organisation de la production pour faire face à une augmentation saisonnière des commandes, en période estivale. Rien de bien gênant, au contraire, si le résultat est une amélioration de la santé des salariés. Il n'y aura pas d'amélioration, plutôt une dégradation. Ce militant syndical, militant mutualiste, fera l'objet d'une sensible mise à l'écart par ses collègues ; on le trouve excessif dans ses réclamations sur le poste de travail, sur la qualité de la production. Son engagement sur la qualité du travail demeure mais associé à ses difficultés personnelles de travail dues à l'usure de son corps (poignets, coudes, épaules, dos), cet engagement sera quelques années plus tard à l'origine de tensions avec ses collègues de production plus jeunes et plus à l'aise pour tenir leur production.

Été 1994 : rencontre houleuse avec le directeur de site et le chef de production : « *C'est le médecin du travail qui crée les problèmes.* » Deux MP déclarées et reconnues en 1993, trois MP déclarées et reconnues en 1994 (dont une atteinte grave de l'épaule chez le salarié atteint de SCC bilatéral en 1984). Ce dernier sera maintenu à un poste allégé jusqu'à son départ en retraite. Je sollicite, ou plus exactement, j'appelle à l'aide l'ingénieur CRAM du secteur (nous avons initié depuis 1980 environ des rencontres périodiques entre médecins du travail du service, techniciens conseil de la CRAM et services de l'Inspection du travail, rencontres qui facilitent des relations de confiance). Une convention d'objectifs est signée qui facilitera... des investissements productifs envisagés de longue date, sans améliorer notablement la situation des salariés en difficultés, puisque ce seront les jeunes embauchés qui y seront affectés.

Contact téléphonique sans suite avec les deux médecins du travail intervenant dans les deux autres sites.

Mars 1995 : Nouvelle proposition de « diagnostic court » à solliciter auprès de ANACT. Cette demande sera acceptée dans un second temps après un courrier recommandé adressé à la direction et au secrétaire du CHSCT, courrier demandant l'intervention de l'Inspection du travail pour régler le désaccord MT-direction. Échange de courrier peu amènes. Les représentants syndicaux présents au CHSCT sont observateurs de ce conflit, les questions de santé semblent être le problème exclusif du médecin du travail.

Printemps 1996 : rendu du diagnostic court « subi » par l'entreprise

Été 1996 : J'ai envie de passer la main d'autant qu'un entretien avec le DP me confirme que les salariés sont inquiets devant toutes ces MP déclarées et qu'ils ont peur d'être pénalisés et mis en concurrence avec les autres sites de production. « Si on fermait notre site à cause de tous ces problèmes ? » Objectivement, le raisonnement tient, chaque site étant indépendant et ayant donc une cotisation AT propre à ses résultats, au moins pour ceux qui sont en bonne santé. Mais pour ceux qui sont atteints, et ils sont de plus en plus nombreux, de plus en plus gravement atteints, de plus en plus précocement touchés, la stratégie de remise de certificat médical systématique et de déclaration par les salariés, permet le suivi et le maintien dans l'emploi, le plus souvent au même poste car les postes de reclassement sont rares et rapidement saturés. Jusqu'à quand ?

1997-1998 : Cinq maladies professionnelles déclarées dont quatre dans le même service, (service ayant fait l'objet d'une réorganisation récente, « réorganisation-test » avant généralisation aux autres sites). Des problèmes techniques et informatiques génèrent une augmentation considérable des manutentions, une perte d'efficacité globale du service. Le responsable du service, sera hospitalisé en psychiatrie, pour une dépression sévère liée au travail. Il sera licencié dès sa reprise. Pour la première fois les militants syndicaux interviendront dans sa défense, alors que, jusque-là, comme la majorité des agents de maîtrise, il était considéré comme « nul ».

Parallèlement, intervention lourde de l'AGEFIPH dans un autre service, pour reclasser une victime de TMS (financement d'une étude et fabrication d'un prototype). Dans ce service, l'étude ergonomique, montrera ce que tout le monde sait dans le service et qui m'est confié dans le cabinet : les tensions et conflits entre les trois salariés, (qui tous, au fil des années, ont constitué outre des TMS, une HTA chez le chef de service et un salarié, des gastralgies chez un autre et une décompensation psychique chez le troisième salarié) sont liés à des outils de travail (tables de montage) de plus en plus inadaptés à la production. Les produits évoluent mais les outils ne suivent pas : le plus fragilisé, pour faire sa production triche et ne respecte pas les règles de répartition des fiches de production. Il accapare et stocke les fiches des produits les plus faciles à réaliser bien que bénéficiant déjà de la table de montage la moins inadaptée et peut donc travailler en série. Ses collègues sont condamnés à des changements incessants de produits d'où des réglages plus fréquents et donc plus de contraintes. Le chef de service n'in-

tervient pas.

Un prototype de table de montage sera finalement réalisé avec une nette amélioration, en terme de posture pour les opérateurs, mais très vite, la production demandée sera telle que le titulaire du poste pour qui la table avait été réalisée demandera un changement de poste et de service.

1999 : Contact avec un MT d'un autre site de production. Échange plus confiant sur les pathologies rencontrées. Encore cinq déclarations de MP. (Vingt-trois déclarations en tout en 1999). Le responsable du service maintenance est envoyé en stage d'ergonomie. De l'inquiétude pour deux salariés traités pour des atteintes sévères des épaules et actuellement en arrêt de travail. L'un reprendra finalement à un poste de cariste, après traitement chirurgical. L'autre, une femme, opérée des deux canaux carpiens et d'une épaule, présentant par ailleurs une HTA, une arthrose de hanche et un diabète, bénéficiera d'une invalidité 2^{ème} catégorie. (Dans cette entreprise, le système de complémentaire maladie qui a remplacé la mutuelle, garantit un complément de salaire en cas de maladie ou d'invalidité assurant pratiquement le maintien des revenus).

Contact avec l'enquêtrice du service AT/MP, qui raconte les difficultés de ses premières enquêtes dans l'entreprise, qui, compte tenu du nombre de déclarations de MP dans mon secteur, me dit que : « Les chefs d'entreprise trouvent anormal :

- que je reçoive les salariés à leur demande en dehors des visites annuelles ;
- que je les informe des droits éventuels liés à la reconnaissance en pathologie professionnelle, des possibilités de suivi post-professionnel ;
- que lors des examens annuels, je les interroge sur des douleurs éventuelles, sur le stress, sur l'organisation du travail. »

2000 : sept certificats médicaux remis, à partir des constats lors des examens médicaux annuels. Quatre salariés font une déclaration. Pour un des salariés, décompensation psychique associée au trouble musculosquelettique, avec de nombreux courriers adressés aux partenaires sociaux, au directeur de site, au médecin du travail, courriers dans lesquels ce salarié pourtant peu à l'aise avec l'écriture explique les difficultés d'organisation de son service. Mise en garde du médecin du travail à la direction, mais aussi du secrétaire du CHSCT, sur les risques imprévisibles de ce type de décompensation y compris avec le passage à l'acte violent.

2001 : dix certificats médicaux remis, quatre déclarations. Plusieurs certificats concernent les salariés d'un poste en cours de mise au point, pour une nouvelle production. Pour deux autres salariées, ayant déjà été exposées à des gestes répétés des membres supérieurs dans d'autres entreprises de confection, il s'agit d'une nouvelle exposition aboutissant à une décompensation : épaule pour l'une, SCC bilatéral pour l'autre. L'une de ces salariées est l'épouse du secrétaire du CHSCT, elle fera opérer un SCC sans faire de déclaration. Les réactions des militants syndicaux à l'égard de l'autre salariée seront acerbes : « tant qu'elle a été en intérim, elle

n'a rien dit ; depuis qu'elle est embauchée, elle a mal à l'épaule. Il n'y a pas de raisons que l'entreprise paye pour des problèmes d'avant ». La réaction sera similaire pour un salarié, de plus de 50 ans, déclarant un problème d'épaule, alors qu'il n'est présent dans l'entreprise que depuis quelques années.

2002 : six certificats remis, trois déclarations. Encore une fois, ceux qui ne font pas de déclaration sont, soit militants syndicaux, soit agent de maîtrise. Pour un salarié, qui avait signalé, lors de la visite du CHSCT, les conditions d'apparition de ses douleurs d'épaule, (il avait du travailler seul à un poste où les manutentions se font à deux traditionnellement) ; le secrétaire du CHSCT regrettera qu'il y ait eu déclaration de MP sans sollicitation préalable des élus.

2003 : sept certificats médicaux remis, une déclaration de MP.

2004 : quatre certificats médicaux, deux déclarations. Pour la première fois, l'atteinte d'une salariée laissera des séquelles graves. Âgée de 49 ans, ayant toujours travaillé en production, elle ne signale aucune douleurs ou troubles sensitifs lors de l'examen médical annuel. Six mois plus tard, elle m'est adressée *manu militari* par le secrétaire du CHSCT. Elle présente un SCC et un syndrome de la gouttière épitrochléo-olécranienne bilatéral. Opérée, elle garde des séquelles de compression du cubital et une atrophie des interosseux, elle ne pourra jamais reprendre à temps plein. À ce jour, son IPP n'est pas encore fixée. Commentaire d'un autre militant syndical, membre du CHSCT : « *Elle en a cassé des productions, celle-là.* »

Pour un autre salarié, atteint d'une épicondylite, qu'il attribue au changement d'outil de montage pour réparation et pour la première fois, une intervention immédiatement efficace du médecin du travail se fera, lors de la visite d'atelier par le CHSCT. Un changement d'outil de montage est envisagé, les outils anciens, plus lourds étant conservés pour servir en cas de panne. Je contesterai vigoureusement ce type d'organisation : si les outils ne sont plus personnalisés, il est indispensable que les outils de dépannage soient similaires aux outils habituels. La décision de commander les outils en double sera prise sur le champ. Résultat bien modeste, en terme de prévention proprement dite, eu égard à la durée et à l'intensité de l'épidémie de TMS. Un conseil non sollicité est bien rarement écouté.

2005 : À ce jour, cinq certificats médicaux remis, dont deux à des membres du CHSCT, l'une présentant une atteinte sévère des deux épaules. Pour beaucoup de salariés, des reconnaissances en travailleurs handicapés, ont été effectuées, à seule fin de leur permettre d'échapper à une polyvalence généralisée.

Des salariés, plus jeunes, ont choisi de quitter l'entreprise pour préserver leur santé. Un retraité, vient de me solliciter, car ses problèmes d'épaule ont nécessité un recours chirurgical, qu'il assume difficilement sur le plan financier. Quand il était en activité, il n'avait pas fait de déclaration de MP.

L'épidémie de TMS persiste donc depuis plus de vingt ans, on devrait plutôt parler d'un phénomène endémique. Les

TMS ont précédé quelques décompensations psychiques.

En interne, au fil du temps, les relations ont évolué. Du médecin du travail, d'abord considéré comme un « agitateur toléré », sorte de « fou du roi », tous les partenaires ont admis qu'il ne faisait rien d'autre que remplir sa mission, en attirant l'attention de tous ses partenaires sur les atteintes à la santé liées au travail, même si direction et représentants syndicaux étaient toujours prêts à trouver dans la vie personnelle des salariés des explications aux pathologies rencontrées. Pendant longtemps, à une exception près, (le militant mutualiste plus concerné par les questions de santé), les militants syndicaux et leurs proches n'ont pas fait de déclaration de MP, même quand ils étaient touchés, préférant utiliser le système complémentaire d'assurance maladie, qui avait fait l'objet d'une négociation, avec une compagnie d'assurance au détriment de la mutuelle d'entreprise.

À aucun moment, je n'ai senti, de la part des directions successives, une volonté de se préoccuper vraiment de ce problème de santé. Dans chaque cas, je « bricole » : un reclassement, un aménagement, je gagne du temps, je préserve l'emploi. Les salariés, qui jusque là, ont pu bénéficier de mécanismes de départs en retraite anticipés partent bien « cassés ». Pour quatre salariés, la cessation d'activité s'est faite par le biais de l'invalidité 2^{ème} catégorie, sur un ensemble de pathologies d'usure, toutes liées au travail. Dans trois cas, il n'y avait pas de tableaux de MP correspondants. Au niveau des représentants syndicaux, le CHSCT n'est pas une priorité. La santé n'est pas un thème de débat social à l'instar de l'emploi.

Au fil du temps, j'ai sollicité tous les partenaires extérieurs possibles. Les rapports ont toujours été cordiaux, confiants pour ma part. J'ai toujours donné toutes mes informations en dehors de ce qui relevait de l'individuel. Les interventions des autres m'ont permis de tenir. L'intervention AGEFIPH, la plus longue, avec un résultat matériel intéressant a montré, que l'on pouvait, en lien avec les opérateurs, concevoir des outils plus acceptables sur le plan ergonomique, même si l'on ne pouvait pas préjuger de leur usage ultérieur.

Les conditions d'apparition des manifestations pathologiques ont toujours été similaires : une modification d'organisation du travail avec une demande de production presque simultanée, sans temps de rodage, avec des outils inadaptés, pour une production de plus en plus diversifiée. En pratique, une demande de résultat de type industriel en terme de quantité, comme si l'on faisait de la série, alors que de plus en plus souvent, il ne s'agit pas de série, mais de production artisanale.

La remise systématique des certificats de maladie professionnelle a permis, systématiquement, d'attirer l'attention sur le poste de travail et l'organisation. Elle a plutôt favorisé les reclassements. Aucun salarié n'a perdu son emploi pour avoir fait une déclaration de maladie professionnelle ; chaque salarié est convoqué par le directeur de site en cas de déclaration, il n'est pas félicité, on lui dit qu'il aurait pu en parler avant d'aller voir le médecin du travail.

Compte tenu des séquelles observées dans l'atteinte du nerf cubital dans la gouttière épitrochléo-olécranienne, il est

important d'interroger systématiquement les salariés sur les petits signes fonctionnels auxquels ils n'attachent pas toujours de l'importance (paresthésies, crampes, etc.) où qu'ils ignorent tant qu'ils le peuvent.

À ce jour, je reste convaincue :

- qu'il est dans les missions du médecin du travail de remettre systématiquement les certificats constatant les pathologies professionnelles ;
- que cette pratique permet de discuter plus efficacement des conditions réelles de travail avec les salariés, mais aussi avec les directions et partenaires sociaux ;

- que les partenaires sociaux sont en difficultés sur les questions de santé-travail et que souvent, ils préfèrent éluder ces questions-là et ce d'autant que quand il n'y a pas de tension sur l'emploi, les salariés adaptent seuls leurs trajectoires à leur état de santé, sans intervention du médecin du travail ;
- que cette pratique favorise une certaine visibilité sociale des pathologies liées au travail, mission de santé publique du médecin du travail ;
- que les déclarations de maladie professionnelle favorisent plutôt le maintien dans l'emploi, à condition d'être accompagnées par le médecin du travail, dans leur suivi administratif et dans l'entreprise.

Annie LOUBET-DEVEAUX

ARTICULER CLINIQUE MÉDICALE ET TIERS TEMPS : UNE EXPÉRIENCE

PREMIÈRE ÉTAPE : COMPTE RENDU DE NOTES UN PEU LÂCHES

Le numéro 51 de la revue *Santé et Travail* avait pour thème « Aide à domicile : des métiers peu ménagés ». Depuis plus de vingt ans, je rencontre régulièrement, en consultation de médecine du travail, les salariées d'une association d'aide aux personnes âgées. Les services de cette association ont la caractéristique géographique de se déployer sur un canton essentiellement rural et d'employer une quarantaine de femmes.

Analyser le travail en situation réelle est chose impossible puisqu'il se déroule dans l'espace privé des personnes âgées, à savoir leur domicile. On sait aussi qu'on ne peut pas souvent jouer à la stagiaire et l'article de la page 23 de la revue le confirme clairement en en décrivant bien les inconvénients. Aussi, depuis quelques années, je participais à des séances de formation à thème. Le thème était toujours un prétexte pour inviter les personnes présentes à parler de leur travail. Par exemple, on m'a demandé de parler de la personne âgée agressive, de l'hygiène, de la canicule, etc.

En général c'est une réussite, car en partant du thème comme sujet de discussion d'expériences diverses, on dérive et on aborde très rapidement des situations inédites dont ces femmes n'ont presque jamais parlé entre elles. Des débats sur leurs pratiques sont alors mis en discussion sous forme critique ou interrogative, sous forme aussi de découvertes. Cependant, l'exercice est difficile car, très vite, chacun se met à vouloir parler de son cas en même temps.

Interdire, c'est délicat. Laisser faire tout autant, car on n'arrive à entendre que ce qui se dit tout près de soi et le reste n'est compris que par îlots géographiques de proximité. Il y

a donc beaucoup de perte de matériau. Pourtant, ces femmes viennent toujours nombreuses. On peut penser qu'elles y trouvent un grand intérêt car cela se déroule tout de même de 16 h 30 à 19 h.

En lisant le dossier de ce numéro 51, j'ai trouvé qu'il était tellement bien fait que j'ai proposé à la directrice de l'association qui organise ces rencontres, de bien vouloir le diffuser à chacune des aides à domicile afin qu'elles puissent y réfléchir. Dans un deuxième temps, elle leur a proposé d'en faire le thème de la séance qui était prévue pour quelques mois plus tard, c'est à dire courant novembre 2005.

Le jour de la « formation », elles n'avaient jamais été aussi nombreuses à se déplacer et elles avaient toutes le texte en main. Elles étaient extrêmement satisfaites de ce qu'elles avaient lu : « *C'est exactement cela, pour presque tout..., mais nous, on est maintenant "mensuelles", c'est rassurant de sortir de la précarité permanente de salaire... ,mais nous, maintenant, on nous paye dix minutes de trajet entre chaque mission...* »

La récente transformation de leur statut salarial a été, en premier, annoncée comme une différence importante par rapport au descriptif de l'article. Ce changement est en effet récent, il date du début de l'année 2005. En revanche le personnel administratif de l'association – deux personnes qui étaient aussi présentes – ont modéré l'enthousiasme en expliquant que : « *Pour nous, c'est un vrai casse-tête chinois ! Avec toutes ces heures dispersées et qui varient tout le temps en fonction des hospitalisations, des congés, des absences, on a un mal fou à trouver l'équilibre horaire pour chacune d'entre elles !* » Cela n'était cependant pas énoncé sur un ton de regret vindicatif, mais plutôt sur le ton de l'humour du style : « *C'est le principe des vases commu-*

nicants : pour satisfaire la majorité, quel travail pour nous ! »

En les poussant vers une analyse plus critique sur le contenu du travail, j'ai demandé si l'article n'avait pas occulté certains points, s'il n'y avait pas des manques. Évidemment, il y en avait.

« Ce qui est le plus difficile pour nous, et cela, je le sens et le vis tous les jours, mais je n'ose pas en parler, sauf à mon mari, c'est qu'on a notre avenir devant les yeux en permanence. Ça envahit ma vie, au point que, alors que nous avons décidé de nous fixer définitivement dans la région (son époux est cadre dans l'enseignement spécialisé et a connu plusieurs mutations), je pousse mon mari à ce que notre projet de construction de maison s'oriente absolument vers une maison de plain-pied, sans marches, sans escaliers ; en référence aux difficultés que me renvoient tout le temps mes personnes âgées. Ça me perturbe, ces modifications de perception de la vie ! Je n'étais pas comme cela avant ! »

Cette femme a une cinquantaine d'années. Ses collègues de la même génération confirment ses impressions et ses interrogations. Elle me dira par la suite, en consultation médicale, que ce retour de perception des autres aides à domicile a été assez apaisant pour elle.

Le problème du début de la perte d'autonomie de la personne âgée semble être une situation qui embarrasse beaucoup d'aides à domicile. Le débat est abordé par plusieurs angles d'attaques.

D'ABORD, L'INCONTINENCE DÉBUTANTE

Comment s'y prendre lorsque la personne âgée, consciente de ses débuts d'insuffisances, refuse l'intervention de l'aide à domicile ? Exemple. Une femme interdit à l'aide de nettoyer les toilettes. Elle dit qu'elle le fait elle-même. Or elle y cache des protections souillées d'urine, de linge sale, voire des « échappements » autour de la cuvette. Et, bien sûr, il y a les odeurs. L'aide à domicile respecte la demande de la personne âgée et laisse les toilettes. Mais elle est interpellée par le fils qui exige ce nettoyage. L'aide décide de ne pas céder et de respecter la demande de cette personne âgée. Elle comprend la honte, la pudeur et elle explique qu'elle accèdera finalement en douceur à l'autorisation de la personne âgée au moment où la question des fuites urinaires aura pu être abordée et discutée sur son aspect de normalité physiologique relative au vieillissement. Plusieurs disent avoir les mêmes problèmes pour refaire les lits, changer les draps salis.

On parle donc de la question de la honte, de la différence entre une maladie d'Alzheimer franche et un déclin cognitif et physiologique qui est toujours conscient pour la personne qui le vit.

ENSUITE L'ENTRETIEN DE SOI

À un moment donné, la personne âgée n'arrive plus à faire sa toilette. Cela se voit et cela se sent. Souvent cela va de pair avec un arrêt d'entretien du linge de corps (laver, sécher,

étendre, relever, deviennent des gestes trop difficiles). L'aide s'en aperçoit toujours et propose d'aider à faire la toilette. Il y a quelques fois un ferme refus. Elles sont plusieurs à reconnaître que cela leur est déjà arrivé. Elles se disent assez démunies devant ces situations. Comment s'y prennent-elles ?

Nouvel exemple. *« J'ai presque mis un an à y arriver ! Lorsque je me suis aperçue qu'elle ne se lavait plus, je lui ai proposé de la doucher. Elle a refusé net, elle était encore capable de... J'arrivais, elle était habillée, avec des sous-vêtements rarement changés. Je n'ai pas lâché, régulièrement je lui proposais de la laver en lui disant qu'à son âge, avec ses problèmes de mobilité, ça ne devait pas être facile... Toujours non. Je n'insistais jamais. Et puis, un jour elle a dit oui. Et là je l'ai lavée, j'ai fait "comme si", comme si c'était un acte de rien alors que c'était la première fois que je le faisais. Ça s'est bien passé et maintenant il n'y a plus de problème. Il faut savoir attendre, être patient. Et si la famille fait des reproches, on ne dit rien. Ils ne comprennent pas cela, mais surtout, ils ne savent pas y faire face. Ils sont démunis ! »*

ET LES MÉDICAMENTS

Souvent, il y en a des tonnes ! Les médecins font les renouvellements presque en automatique sans s'interroger sur les stocks, disent-elles. Elles sont un peu choquées par ce gaspillage, mais elles se taisent. On leur demande de faire prendre les médicaments à un certain nombre de personnes. Il y en a qui ne veulent pas ! Comment faire ? *« On voit bien tous les trucs pour ne pas l'avaler, on le garde dans la main ou on le cache, et nous on le retrouve. Faut-il le dire, faut-il obliger ? »*

« C'est particulièrement fréquent avec le LASILIX® ! », sont-elles plusieurs à affirmer sur le ton de l'évidence. Sur le moment, je ne comprends pas la raison de cette évidence et j'interroge. *« Mais parce qu'elles sont incontinentes et qu'il faut changer plus souvent les protections ! Elles en ont marre de changer les protections ! Alors, parfois on fait semblant de ne rien voir ! Est-ce qu'on ne peut pas avoir des ennuis avec les familles ? »*

Là, je me tairai sur ma réponse ! L'histoire du LASILIX® n'était jamais sortie dans les entretiens médico-professionnels individuels !

LES BONS VOISINS

Elles sont aussi parfois confrontées à des incidents extérieurs. Elles semblent être nombreuses à avoir à gérer l'intervention intempestive ce qu'elles appellent « les bons voisins ». Le ton monte d'un cran lorsqu'elles racontent cela.

Le « bon voisin » est celui qui, bénévolement, s'occupe ou porte une attention rapprochée à une personne âgée. Cela va d'une aide pour certains petits travaux, à des compléments de repas ou à une compagnie régulière tout simplement. Mais elles ont l'impression qu'il y a comme une compétition avec elles : *« Ils regardent l'heure à laquelle nous arrivons ou à laquelle nous partons et ils ne se privent pas de faire des remarques désagréables. "Vous avez dix minutes de*

retard” ou “Vous n’avez pas nettoyé cela !” *C’est sûr, on ne se laisse pas faire, mais c’est désagréable d’être critiquées par des personnes qui n’ont aucune légitimité à nous juger.* »

LES ACCIDENTS

Mais il y a parfois des événements plus dramatiques telle cette aide à domicile qui, raconte-t-elle, durant son intervention chez un homme vivant seul, s’est retrouvée à devoir gérer la survenue d’un accident grave. Cet homme est tombé dans les escaliers de la cave. Elle l’a entendu, est accourue et l’a trouvé inanimé et baignant dans une flaque de sang. Elle a appelé les pompiers.

Elle est restée durant toute l’intervention. Malheureusement cet accident s’est soldé par le décès de son « client ». Le médecin des pompiers s’est contenté de lui donner l’ordre de nettoyer le sang sans aucune attention à son état émotionnel. Elle était en véritable état de choc. *« Mais je l’ai fait ! J’étais tellement à côté de mes baskets que j’ai renversé la cuvette pleine de sang sur les chaussures et le pantalon du médecin ! Il n’était pas content, mais moi je l’étais. Il l’avait bien cherché ! Après, je suis sortie dans le jardin pour me remettre. La seule personne qui a prêté attention à moi a été une femme pompier qui est venue me voir en me demandant comment j’allais. On est des transparentes ! C’est parfois très dur ! ».* Elle n’aura, non plus, aucun écho de la famille.

Bien d’autres difficultés très diverses se sont dites... Mais, un peu tout le monde en même temps tellement cela semblait être un besoin. Je n’ai donc pas tout entendu. Ce que j’ai entendu, en revanche, c’est que la directrice proposait, à partir du début de l’année 2006, d’organiser des petits groupes d’une quinzaine de personnes pour que les aides à domicile puissent parler ensemble de leur activité et puissent élaborer des pratiques de travail communes. J’ai compris que l’article avait aussi eu cet impact-là (page 35 !) : donner des idées. J’ai demandé qui animerait ces groupes. *« Personne, malheureusement, nous n’avons pas les moyens de nous payer une psychologue ! »*, m’a-t-elle répondu. Je ne suis pas psychologue mais je me suis tout de même proposée pour en faire l’animation.

On l’aura noté, cette activité d’aide n’est exercée que par des femmes et, très généralement, leurs « clients » sont aussi le plus souvent des femmes. Est-ce plus facile, est-ce une difficulté supplémentaire ? La question n’a pas été abordée.

Ce qui est frappant, en ce qui concerne ma propre activité, c’est que j’ai l’impression de ne pas avoir beaucoup de pathologies touchant la sphère musculo-squelettique. Peu d’atteintes des poignets et de épaules et peu d’atteintes invalidantes de la colonne vertébrale. Pourtant, le métier est pénible physiquement, elles le disent toutes, la pression est permanente car il faut tenir les horaires et se réadapter continuellement à un cadre de travail différent avec des outils variables, il faut être toujours très attentif à l’autre tout en acceptant sans rien dire des réflexions ou des reproches pas toujours justifiés. En fait, je trouve ces femmes en bonne santé.

Je fais l’hypothèse que le peu de maîtrise que leur apporte la possibilité d’accéder à un regard critique ou distancié de leurs façons de faire, d’en comprendre un peu les mécanismes et parfois d’en rire (car elles rient beaucoup quand elles décrivent leur difficultés ou leurs erreurs) suffit à leur apporter une certaine forme de « détension » qui jouerait sur leur façon de se protéger lorsqu’elles sont en action.

DEUXIÈME ÉTAPE REPRISE

Ce récit du déroulement d’une rencontre avec un collectif d’auxiliaires de vie est repris pour montrer comment la clinique médicale du travail est impliquée et s’enrichit en même temps au cours de cette pratique de déformation d’un « tiers temps » prescrit.

La clinique médicale du travail est une clinique qui porte la même attention aux données subjectives issues du récit du salarié sur son travail qu’aux données objectives issues de la sémiologie et de l’examen des conditions de travail. La subjectivité que je définirais comme la possibilité de décrire pourquoi on fait ce qu’on fait et ce que ça nous fait de le faire ou pas, est centrale dans cette clinique.

Dans l’expérience du travail du salarié, l’accès à la subjectivité passe donc essentiellement par l’expression discursive de ce qui émerge à la conscience de ce dernier dans ce qu’il perçoit de sa posture au monde dans lequel il est immergé : vécu corporel et émotionnel, posture éthique, mobiles et économies de ses actions. La subjectivité du salarié devient donc une donnée objective à laquelle le médecin du travail doit attacher autant d’importance qu’aux seules données mesurables qui seraient, selon une certaine *doxa*, les seules à mériter le qualificatif d’objectives. La subjectivité, telle un brûlot, n’est pas à prendre du bout de deux doigts de la main pour l’écarter ; elle est à travailler, à décortiquer. Ce travail de déchiffrement fait partie de la clinique médicale du travail qui est bien une médecine mais une médecine qui ne travaille pas que sur les symptômes et les pathologies, une médecine qui travaille sur la santé – puisqu’elle est préventive.

L’accès à la subjectivité, est forcément colorée d’émotions, au sens de manifestations corporelles visibles (comme rire ou pleurer), mais elle n’est pas que cela ; elle n’est pas du simple psychologisme. Par extension, la clinique médicale du travail qui prend en compte la subjectivité dans son approche, n’est pas de l’affectif, n’est pas de l’émotionnel. Pour illustrer ce que j’explique là, je m’appuierai sur le travail que j’ai entamé depuis quelques années auprès des aides à domicile aux personnes âgées de mon secteur.

UN MÉTIER PÉNIBLE

Assurer le suivi d’une quarantaine de femmes dans le secteur de l’aide à domicile n’est pas forcément routinier. Pourtant, on est assuré de ne jamais pouvoir faire la visite des lieux de travail. On peut même dire qu’il n’est pas imaginable de suivre une aide ménagère chez des personnes âgées. Si le médecin se prêtait à un tel asservissement à un

prescrit réglementaire, sa présence ne pourrait être perçue comme un acte professionnel, ni par l'aidante, ni par la personne aidée, mais elle serait vécue comme une intrusion déplacée par les deux parties. Un médecin du travail n'a donc aucune place dans cette forme d'intimité.

Pourtant, dans les premières années de mon exercice auprès de ces personnels, de nombreuses plaintes liées à la pénibilité des tâches, caractérisées surtout par les manutentions de toutes sortes, s'incarnaient dans la fréquence des douleurs et des pathologies lombaires.

C'est aussi au cabinet médical qu'étaient discutées les exigences des personnes âgées, exigences parfois tyranniques comme devoir retourner un matelas toutes les semaines. En interrogeant tout simplement sur les raisons de cette soumission à des ordres, qu'à mes yeux, ni l'hygiène, ni la préservation de l'objet, ne justifiait, discrètement, des résistances se construisaient sur des petits détails comme celui-là. L'année suivante j'entendais : « *Vous aviez raison, j'ai expliqué pourquoi je ne retournerais plus le matelas que tous les six mois et c'est bien passé !* » Assurer et tenir une posture professionnelle était devenu possible ! Je n'ai plus jamais entendu parler des matelas !

Cependant, on restait dans le secret du cabinet médical. Une clinique médicale individuelle qui évoluait dans la temporalité du déroulement des entretiens annuels en ne s'appuyant que sur des données dites « subjectives ».

COMMENT VOIR LE TRAVAIL RÉEL EN PLUS RÉEL QU'EN VRAI

Pour rester dans ce champ d'exploration, l'idée m'est donc venue de proposer mon intervention dans des séances de « formation ». C'était pour moi une forme de tiers temps mais une forme un peu subvertie ; une autre manière de voir le réel du travail, le travail dans son versant collectif subjectif. En fait, du vrai tiers temps tout de même. Mon intention était que le thème des formations serait toujours un prétexte pour inviter les personnes présentes à parler de leur activité, à parler du « travailler », en confrontations collectives laissant place à l'intersubjectivité, au « comprendre ensemble » ; une forme de substitut au tiers temps donc.

La directrice de l'association a tout de suite adhéré à ce projet ; il faut dire que, pour elle, c'était une aubaine puisqu'il n'y avait pas à rémunérer l'intervenant. Les associations d'aide aux personnes âgées sont tout, sauf riches.

On m'a donc demandé de parler de la personne âgée agressive, de l'hygiène, de la canicule, etc. En général ces sortes de « formations », entre guillemets, sont une réussite, car, en partant du thème comme sujet de discussion d'expériences diverses, j'oriente rapidement sur les questions du faire.

« *Et vous, comment vous y êtes-vous prises avec vos personnes âgées la semaine du 11 août 2003 ?* » Je savais en effet, pour en avoir interrogé quelques unes au cours des consultations qui suivaient de près les congés d'été, que plusieurs s'étaient inquiétées de la qualité de leurs actions en pleine canicule : « *Fallait-il humidifier les habits des personnes*

âgées, fallait-il les forcer à boire avec beaucoup plus d'autorité qu'avant ? »

On dérive et on aborde très rapidement des situations inédites dont ces femmes n'ont presque jamais parlé entre elles, sans doute par absence de temps, ou de lieu, ou d'espace symbolique ouvrant une légitimité professionnelle à parler collectivement de situations réelles, soit trop honteuses, soit trop douloureuses, soit trop transgressives. Les pratiques professionnelles sont alors débattues et discutées sous forme critique ou interrogative, sous forme aussi de découvertes. Cependant, l'exercice est difficile car, très vite, chacun se met à vouloir parler de son cas en même temps.

À propos de la semaine caniculaire, aucune personne âgée n'est décédée. Elles ont sillonné le canton pour les faire boire et les rafraîchir, certaines ont même interrompu leurs vacances. Cette énorme fierté a été collectivement partagée. Elles avaient à peu près toutes fait la même chose, sans réel mot d'ordre.

LES REGARDS PROFESSIONNELS CROISÉS

Mon « guidage » dans ces réunions n'est donc pas fait à l'aveugle. Il est sous-tendu par ce que j'ai pu entendre, ou à répétition, ou de façon isolée, au cours des consultations médicales, il est sous-tendu aussi par les petites métamorphoses individuelles que je repère et qui se produisent dans le déroulement de l'histoire personnelle lorsqu'on parle régulièrement des soucis qui surviennent dans le travail. Par exemple, les premières années de mon arrivée, elles achetaient toutes leurs gants de protection. Ce n'est plus jamais le cas, elles ont exigé que l'association les leur fournisse.

À la dernière séance, organisée autour de la lecture d'un article sur le métier des aides ménagères paru dans le numéro 51 de la revue *Santé et Travail*, j'avais demandé ce qui, à leur avis, manquait dans cet article. Le sujet suivant est abordé par une aide ménagère. « *Le fait d'avoir son avenir devant les yeux en permanence, ça envahit ma vie, au point que je pousse mon mari à ce que notre projet de construction de maison s'oriente absolument vers une maison de plain-pied, sans marches, sans escaliers ; en référence aux difficultés que me renvoient tout le temps mes personnes âgées ; ça me perturbe, ces modifications de perception de la vie ! Je n'étais pas comme ça avant !* »

Certaines des collègues de cette femme, évidemment reprennent le thème en s'y inscrivant personnellement. Ce qui était invisible devient brutalement très clair, et pour les intéressées, et pour le médecin. Et pour le médecin !

J'illustre avec l'exemple du LASILIX®.

Ce même article abordait peu les difficultés qu'elles rencontraient pour faire prendre les médicaments. Elles faisaient donc les commentaires suivants : « *Il y a des personnes âgées qui ne veulent pas les prendre, les médicaments ! Comment faire ? On voit bien tous les trucs pour ne pas l'avalier, la pilule, on la garde dans la main ou on la cache, et nous on la retrouve. Faut-il le dire, faut-il obliger ? C'est particulièrement fréquent avec le LASILIX® !* »

Elles affirmaient cela sur le ton de l'évidence, certaines que j'avais compris ! Elles, elles savaient toutes de quoi il était question. Mais, sur le moment, pas moi ! J'ai donc interrogé. « *Mais parce qu'elles sont incontinentes et qu'il faut changer plus souvent les protections ! Elles en ont marre de changer les protections ! Alors, parfois on fait semblant de ne rien voir ! Est-ce qu'on ne peut pas avoir des ennuis avec les familles ?* »

L'histoire du LASILIX® n'était jamais sortie dans les entretiens médico-professionnels individuels, certainement parce que l'interlocutrice que je suis, aussi bienveillante puis-je paraître, est médecin ; autrement dit je suis de celles qui pourraient prescrire du LASILIX® – et sûrement pour de très bonnes raisons de leur point de vue...

MAIS PAS DE FAUSSE ROUTE !

En revanche le côtoiement de la mort et sa proximité permanente ne semble pas être une cause de souffrance trop gênante dans le travail. C'est pourtant une question qui m'a longtemps rendue prudente, faisant l'hypothèse qu'il y avait peut-être là un risque de psychopathologies qui aurait mérité d'être prévenu. J'ai donc exploré cette hypothèse en interrogeant sur cette question au cours des consultations.

Ce que j'ai compris, c'est que la mort préoccupe surtout les nouvelles, celles qui entrent dans le métier. En fait, ce qu'elles appréhendent, c'est le jour où se produira la rencontre avec une personne décédée. C'est la scène – voir la mort en vrai –, qui est crainte, mais pas l'action, puisqu'il faut alors seulement prévenir la directrice. En revanche, la découverte d'une personne accidentée ou inanimée, est bien plus anxiogène car, à ce moment-là, il faut agir et agir sans se tromper.

Être auxiliaire de vie, c'est aider, soutenir, entretenir la personne âgée jusqu'à sa fin. Ce n'est pas l'empêcher de mourir. La mort fait partie du réel du travail et cela est bien compris comme tel. La tendance à vouloir psychologiser l'effet de la mort, c'est-à-dire à vouloir ne prendre en compte que la dimension et le charge émotionnelle du phénomène en le déconnectant du réel du travail, par la création de « groupes de soutien » ou de « groupes de paroles » est, à mon avis, une erreur. Il s'agit souvent-là, pourtant, d'un souhait collectivement partagé entre dirigeants et salariés, se référant à un concept largement médiatisé, semblant faire consensus social, qui s'appuie sur une représentation un peu stéréotypée de ce que sont les difficultés imaginées des aides ménagères face à la question de la mort des personnes âgées.

Ces groupes sont donc dirigés par des experts qui croient tout savoir sur les tracas dominants de ces salariées ; ils leurs servent donc un prêt à parler, un prêt à penser, les empêchant de dire ce qui les embarrasse vraiment. L'espace du « dire » doit être au service de l'expression du savoir du salarié sur son propre travail, pas au service du savoir de l'expert.

Un groupe de parole sur la mort, qui ne considère donc jamais la mort de la personne âgée comme une contingence du travail ordinaire mais comme un événement extraordinaire, risque de transformer les auxiliaires de vie en personnes passives face à un injuste destin lorsqu'elles seront

confrontées à ces situations. C'est probablement plus dangereux que de laisser faire les socialisations du chagrin ou de la peine – qui sont évidemment toujours présents – auprès des proches et des collègues. Victimizer inscrit le réel dans une dimension subie et fait perdre la main sur son contrôle ; de fait, cela inhibe toute possibilité d'action – ici, s'accrocher au réel du travail.

ET EN TERME DE SANTÉ

C'est cette position médicale très particulière d'accès et de jeu de renvois entre le secret du subjectif individuel et la révélation du subjectif collectif qui caractérise une des facettes de la clinique médicale. Cette clinique médicale du travail acquiert alors une formidable puissance d'ouverture de ce qui auparavant n'offrait qu'assez peu d'issue. Elle ouvre la possibilité d'un ancrage dans un univers commun et partagé par les salariées et elle permet au médecin d'avoir accès au tiers temps collectif subjectif très différent de la seule connaissance du travail qui leur est commandé.

Le constat de ce cheminement professionnel est que, sur une quarantaine de salariées, je note très peu de TMS, très peu de lombalgies invalidantes. Il y a bien des douleurs, mais elles sont un peu balayées d'un revers de main : « *C'est sûr avec le métier qu'on fait, mais ça passe... !* » On peut faire l'hypothèse que l'accès à la perception commune de la valeur de ce métier les autorise à des protections corporelles, diminue la raideur des défenses que tout travail entraîne. On peut aussi faire l'hypothèse que l'accès à la compréhension commune tarit les voies de la dépressivité. Par exemple, la salariée qui voulait sa maison de plain-pied me dira quelques jours plus tard, en consultation médicale, que ce retour de perception de ses collègues, conforme à la sienne, aura été assez apaisant pour elle. Par cette sorte de cadrage, la clinique médicale participe à la construction de règles de métier.

UN CONTEXTE NÉCESSAIRE

Le déploiement de cette forme de clinique médicale est invisible socialement car son champ d'action est du côté du maintien de la normalité. En fait, on pourrait presque dire que c'est cela la prévention. En définitive, ses effets sont invisibles puisque ce sont des empêchements d'advenir. C'est pourquoi il est important de repérer cette clinique et de la décrire.

Cependant elle reste très fragile, très liée à des contingences structurelles singulières qui lui permettent de se développer – mais qu'il faut peut-être aussi apprendre à construire. Ici, la participation active et le soutien d'une directrice et d'une présidente d'une association à cette forme de travail sont clairement en cause et ont été décisifs dans la réussite de cette expérience. Malgré tout, le contexte n'est pas paradisiaque comme pourrait le laisser penser une présentation un peu trop idyllique. Des conflits existent aussi, comme dans tout collectif de travail. Par exemple, une des salariées les plus âgées (et, comme elle le dit elle-même, une des plus maniaques aussi) présente un syndrome du canal carpien (je vois tout de même quelques TMS !). Je lui ai proposé de faire une déclaration de MP 57 dès qu'elle le souhaitera. Elle a décidé de réfléchir car, m'a-t-elle dit, « *Je n'ai pas fini*

d'avoir des réflexions de la directrice ! » Cette situation est d'ailleurs l'occasion de regards de connivence avec le médecin au cours des séances collectives lorsqu'il est question par exemple de relations travail-santé. Le médecin est toujours là avec son regard de clinicien !

ET LES SUITES...

Donc cette clinique est féconde car rien ne s'arrête jamais ; les séances d'échanges collectifs autorisent ensuite, lors des consultations médicales suivantes, l'abord de difficultés jamais signalées auparavant au cabinet médical, comme par exemple le bouleversement émotionnel que l'expression physique de pulsions sexuelles de vieillards entraîne. Comme par exemple aussi, l'histoire du repassage qui m'a été rapportée en consultation médicale quatre jours après les échanges extrêmement nombreux que l'article avait déclenchés. Cette femme-là, elle, n'avait pas parlé... mais elle avait visiblement avidement écouté. Elle me raconte donc, que, lorsqu'elle faisait le repassage de cette personne trop âgée pour rester debout longtemps, celle-ci s'asseyait à côté d'elle en la regardant faire et en critiquant ses manières. « *Moi, je ne pose pas le linge comme ça ; moi, je ne m'y prends pas comme vous ; moi, je vais plus vite, etc.* » Blessure évidente pour l'auxiliaire de vie car mise en cause de son savoir-faire.

En retournant la question de la blessure et en parlant de celle de la personne qui ne peut plus faire elle-même ce travail si ordinaire pour une femme, si identitairement estampillé du côté du genre puisque le travail domestique est constitutif des stéréotypes de l'identité féminine et qui se défend de cette souffrance en se présentant comme bien meilleure que

celle qui le fait, la salariée a tout de suite compris que le registre de la compétition utilisé avait un sens fort de préservation d'une image de soi que l'avancée en âge dégrade tous les jours. Je ne l'ai pas encore revue, mais il est tout à fait possible que son approche des critiques des personnes âgées aura changé car s'était ouvert, là aussi, pour elle, une autre vision du rapport au monde des autres et du sien.

CONCLUSION

La clinique médicale du travail, grâce aux aller-retour entre individuel et collectif, grâce aux aller-retour entre préoccupations du personnel de terrain et préoccupations de l'encadrement, grâce à la connaissance des parcours professionnels et de santé de chacun et, grâce aussi, parfois à la connaissance un peu plus flottante de certains parcours de vie non professionnels, acquiert une capacité de vision diachronique de la santé de chacun et de la santé du collectif. Cette vision est aussi une forme de clinique ; clinique, qui, redéployée en dehors du cabinet médical, est sans doute un bon étayage au maintien de la santé puisqu'elle permettrait aux auxiliaires de vie de cet exemple de se maintenir « normales » entre elles.

En fait la clinique médicale du travail est du côté du *politis* au sens d'être au cœur de la cité et d'y agir. Elle dégage des espaces possibles à la créativité, à la normativité, à l'appropriation de la possibilité d'agir en s'appuyant sur des règles qu'on a élaborées collectivement, ce qui correspond à la définition de la santé de G. CANGUILHEM : « *Être sain c'est non seulement être normal dans une situation donnée, mais aussi être normatif dans cette situation et dans d'autres.* »

Fabienne BARDOT

CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉSIDENTE : Annie LOUBET-DEVEAUX

VICE-PRÉSIDENT(E)S : Alain CARRÉ – Josiane CRÉMON – Dominique HUEZ – Jocelyne MACHEFER – Denise RENOU-PARENT – Nicolas SANDRET

TRÉSORIER : Jean-Noël DUBOIS

SECRÉTAIRE : Alain RANDON

ADMISTRATEUR DU SITE WEB : Denis TEYSSEYRE

MEMBRES : Pierre ABÉCASSIS, Fabienne BARDOT, Chantal BERTIN, Patrick BOUET, Marie-Andrée CADIOT, Jean-Marie EBER, Alain GROSSETÊTE, Claire LALLEMAND, Nicole LANCIEN, Gérard LASFARGUES, Gérard LUCAS, Brigitte PANGAUD, Rhina RAJAONA, Odile RIQUET, Gilles SEITZ, Mireille THÉVENIN

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.

EXEMPLE DU CONTENU DES ÉCHANGES D'UNE RÉUNION DE MÉDECINS DÉBATTANT DE LEURS PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Lis sont huit : Julia, Geny, Edmond, Aline et quatre autres médecins du travail. Leur objectif est de parler de ce qui les fait buter, de discuter de leurs actions, d'essayer de les comprendre en les expliquant, de se caler sur des règles communes.

LES TRANSPORTS URBAINS DE GENY

RAPPEL DU DÉBUT DES ÉVÉNEMENTS PRÉSENTÉ À LA DERNIÈRE SÉANCE

Geny évoque le cas, tout récent, d'un chauffeur de bus d'une entreprise de transports interurbains d'une petite ville de province. Elle ne connaît pas l'entreprise qu'elle vient de récupérer à la suite d'une réorganisation de secteur.

Le premier contact est assez brutal : un lundi matin, on lui demande de recevoir, en urgence, un chauffeur « qui veut tuer tout le monde » lui dit-on. Le jour même, à 13 h 30 elle décide de faire venir d'abord Mme B..., la supérieure hiérarchique, pour avoir un premier point de vue sur le conflit et pour se faire décrire le fonctionnement de l'établissement. Mme B... pense que ce chauffeur devrait être rapidement hospitalisé en psychiatrie. Elle fait en sorte que Mme B... et le chauffeur ne se croisent pas, ce dernier ayant son rendez-vous à 14 h.

Elle aborde alors le chauffeur en lui demandant pourquoi ça ne va pas. Ce monsieur, que nous appellerons Jean par commodité, est en effet un peu énervé, disant qu'« il en a marre de ces histoires de minutes ». Elle lui offre de s'asseoir et de raconter ce qui se passe pour provoquer une telle effervescence. Il se calme et se met à expliquer l'énigme de ses minutes qui le préoccupent tant. Il décrit son travail et les difficultés qu'il y rencontre.

Il ne parle que du travail. Il explique donc qu'on lui reproche sans cesse ses retards par rapport aux horaires annoncés sur les lignes. Il a effectivement régulièrement de trois à sept minutes de retard. On l'appelle « l'escargot du service » et il ne le supporte plus.

Les bus circulent de 11 h 30 à 20 h. Ils disposent de trois à huit minutes de battement entre chaque reprise de ligne. Pour Jean, ces horaires sont impossibles à tenir pour plusieurs raisons.

La ville est en travaux, ce qui provoque des encombrements et ralentit les véhicules. Les travaux causent de nombreux nids de poules. Jean en tient compte et ralentit. « *Vous vous rendez compte, il y en a que ça ne gêne pas de secouer les "les vieux"*. » Lui, il refuse.

Il tient à respecter les limitations de vitesse. Il ne brûle pas les feux orange. Il s'agit là des clignotants permanents qui incitent à l'arrêt complet du bus.

Les chronométrages sont beaucoup trop serrés. Par exemple, ils doivent faire sept arrêts en huit minutes sur une ligne et c'est impossible.

Selon la configuration des lignes, il n'est pas toujours possible de s'arrêter pour satisfaire ses besoins physiologiques élémentaires (surtout pour les conductrices) ; un homme peut se satisfaire d'un arbre, mais pas une femme ! Parfois, ils sont tout de même huit heures sans aller aux toilettes.

Il ne supporte pas que ceux qui trichent disent que les autres sont des bons à rien et secouent les vieux.

Donc, ce lundi matin, lorsque Mme B... fait allusion aux sept minutes de retard du vendredi soir précédent, il explose. Il s'est mis à hurler et à mis la main sur l'épaule de Mme B.... C'est tout, mais cela l'a effrayée dans le contexte de la violence de la réaction de Jean.

Jean dit qu'il va recevoir une lettre de son patron qui l'accuse d'avoir bousculé la chef. Il a prévu d'y répondre mais en enfourchant le thème du harcèlement moral.

Geny lui suggère d'abandonner cette piste et de ne répondre que sur les questions du travail, comme il vient de le faire. Elle lui suggère aussi de voir son médecin traitant pour faire une coupure nécessaire à une décharge affective et à une décharge des tensions actuelles.

Effectivement, il recevra la lettre suivante :

« Suite aux faits qui se sont déroulés le lundi 17 janvier, c'est-à-dire :

- avoir eu, dès le départ un comportement non respectueux vis-à-vis de votre supérieure hiérarchique, alors que celle-ci essayait d'engager la conversation avec vous ;
- avoir bousculé physiquement votre supérieure hiérarchique qui essayait alors de vous calmer ;
- avoir été jusqu'à menacer de mort, à plusieurs reprises, les deux contrôleurs et la conductrice polyvalente présente à ce moment-là ;

nous vous convoquons le mercredi 26 janvier à 8 h 30 pour recueillir vos explications. Vous pouvez vous faire assister... »

Geny rencontre assez vite le directeur de l'entreprise. Elle pointe les difficultés organisationnelles, en particuliers les prescriptions impossibles à réaliser. Il semble que le directeur, qui n'a pris ce poste que depuis deux ans, ne se rendait pas compte de certaines contradictions, n'ayant pas une vision de terrain du travail des chauffeurs. Geny a l'impression qu'il découvre quelque chose. Était-il sincère ?

Jean, lui, répondra à la lettre. Il lira sa réponse à Geny, qui n'en corrigera pas un mot. Jean remettra sa lettre à son employeur le jour de la convocation, mais avant l'entretien. En la donnant, il dira au patron : « le terrain, ce n'est pas l'écrit ».

Voici la jolie lettre qu'il remettra donc « en mains propres contre décharge » à son employeur :

« Suite à votre courrier en date du 17 janvier, me convoquant à un entretien pour le mercredi 26 janvier, je tiens à contester une des accusations injustifiée et injustifiable dans la mesure où :

- je n'ai absolument et jamais bousculé physiquement ma supérieure hiérarchique Mme B... malgré l'altercation à ma grande surprise du matin 17 janvier à ma prise de service ;
- je suis énormément déçu de cette agent dont j'ai rendu beaucoup de services pour les intérêts de l'entreprise les années précédentes lorsqu'il y avait beaucoup d'arrêts de travail.

Voilà sa reconnaissance !

Pour les autres faits, j'ai été souvent harcelé depuis quelques temps, par le service mouvement aux sujets des retards sur les horaires des lignes qui me sont imposés par notre hiérarchie (trois arrêts en une minute en moyenne sur le réseau) dont les contraintes sont dues à la circulation et la fréquence des clients avec parfois des problèmes, donc j'en déduis que tout cela, met du temps pour accomplir les tâches de travail dur et que vous savez bien.

Je tiens à vous rappeler que je respecte strictement la limitation de vitesse ainsi que le Code de la route qui a été sévèrement appliqué par l'ancien premier ministre "M. Sarkozy" et d'autant plus que j'ai une lourde respon-

sabilité des clients. Recherchez vous des fautes qui ne m'incombent en aucune façon dans mon travail.

Je constate que les horaires de ligne ne correspondent pas toujours avec la limitation de vitesse en fonction du circuit et des arrêts. Cela a été signalé à plusieurs reprises sur les feuilles de service et Mme C... en tant que « déléguée du personnel » demande des modifications du temps de battement et de parcours depuis longtemps qui ne sont pas remédiés. En règle générale je constate que cela est du "harcèlement moral". Je vous rappelle qu'il y avait que un contrôleur et une conductrice polyvalente présente le matin 17 janvier et non pas deux contrôleurs.

Malgré ce courrier, je me tiens à votre disposition pour le rendez-vous que vous m'avez fixé. »

Le médecin du travail aura la copie de cette lettre de façon officielle, Jean l'annonçant oralement à son patron. Finalement, il aura un blâme, sanction de principe. Jean, après quelques jours d'arrêt, aura un malin plaisir à reprendre à mi-temps thérapeutique... durant un mois.

Cette histoire a fait le tour de l'entreprise. On ne sait pas trop comment.

Quoi qu'il en soit, cela revient aux oreilles de Geny par un membre de sa famille qui, par hasard, a côtoyé des conducteurs. En riant, ils ont fait remarquer qu'ils avaient maintenant un médecin du travail qui prenait les choses en main et comprenait les difficultés.

Dans les quinze jours qui ont suivi, alors que Jean était toujours à mi-temps thérapeutique, un chauffeur a accroché un cycliste à un feu orange clignotant permanent. Aux dires de témoins du bus, il aurait bien pris toutes les précautions de prudence, il aurait bien pris l'arrêt. Le carrefour est dangereux à cause d'un manque de visibilité bien connu. La collision était difficilement évitable par le chauffeur. Malgré cela, le conducteur de bus a été verbalisé. L'amende de 90 € a provoqué une collecte parmi le personnel.

Une telle mobilisation dans cette entreprise est une première. La presse locale s'est même faite l'écho de l'incident en ces termes.

« La traversée de l'agglomération est un vrai parcours d'obstacles pour les conducteurs de bus. Les trente-trois chauffeurs de la Société croisent souvent les doigts pour que certains passages se passent sans accroc.

Les rues et carrefours du centre de la ville imposent bien des manœuvres tant certains sont étroits. Voilà pourquoi une majorité de conducteurs attirent l'attention des pouvoirs publics avant qu'un accident grave soit à déplorer...

(À l'endroit de l'accident) la solution viendrait d'un déclencheur de feux. Mais, faute de budget, ce carrefour dangereux n'a pas encore été aménagé....

De manière générale, les conducteurs de bus rappellent qu'une responsabilité énorme leur incombe malgré un salaire modeste. Ils évoquent aussi des temps de parcours relativement longs avec parfois huit heures de conduite d'affilée....

À suivre. »

L'affaire de Jean, avec la reprise en main personnelle de son conflit, avec la mise au grand jour des difficultés et contradictions du travail de conducteur de bus, ainsi que l'action de compréhension de ce travail que Geny découvrait en même temps qu'il l'énonçait, ne serait-elle à l'origine de la naissance d'un collectif ?

La possible socialisation de ces difficultés impulsée par Geny a probablement désamorcé la pathologisation qui se préparait pour Jean.

DONC, LA SUITE...

Depuis sa dernière présentation, rien n'a changé dans l'organisation du travail : les rythmes de travail sont aussi serrés, les durées de travail aussi longues (accord négocié de 35 H en quatre jours), les passages à temps pleins sont précédés d'une période d'embauche à vingt heures par semaine avec des horaires en vrac n'autorisant aucune autre activité rémunérée, d'autant qu'en cas de besoin, ils dépassent les vingt heures ; ils servent de volant d'ajustement de l'organisation du travail. Cela concerne actuellement une dizaine de personnes. Ceux qui sont à temps plein expriment l'existence d'une fatigue, mais il y en a évidemment un certain nombre qui sont satisfaits de ce rythme. En plus, ils tiennent tous aux cinq jours de congés consécutifs mensuels : VSDLM.

L'expression récurrente de cette pénibilité est contenue dans la hantise de « ne pouvoir satisfaire ses besoins physiologiques les plus intimes » par l'absence de sanitaires le long des circuits et les longues durées de conduite.

Un collectif de résistance est donc né, médiatisé par la déléguée du personnel qui a apporté au médecin du travail la copie d'une lettre d'alerte envoyée à la direction :

« À Monsieur le Directeur,

En ma qualité de déléguée du personnel, déléguées syndical FO de la S... et au nom des chauffeurs de la S..., je vous adresse ce courrier pour vous déposer un droit d'alerte sur les temps de parcours et les temps de battement : nos conditions de travail (art. L.424-4, R.422-1-s du Code du travail).

Mis à l'ordre du jour plusieurs fois pour les réunions de délégués du personnel ou aux réunions de négociations salariales, nous ne constatons pas de changement. Avant toutes actions nous voulons vous mettre en garde. Les temps de parcours sont trop serrés, à tel point que nous sommes, nous chauffeurs, obligés de nous mettre en infraction avec le Code de la route au quotidien (ex : excès de vitesse, etc.). Cela suffit de risquer la vie des clients que nous transportons et aussi mettre en danger la vie des autres usagers de la route.

Les chauffeurs n'ont pas envie de perdre leur emploi, ou avoir des condamnations, leur permis supprimé pour des conditions de travail qui pourraient être améliorées. Les temps de battement, il est impensable qu'au 21^{ème} siècle, nous chauffeurs, nous nous battons pour avoir du temps pour une pause pour effectuer un besoin naturel.

Dans le Code de la route, pour les chauffeurs voyageurs, il est prévu pour 4 H 30 de conduite, trois quarts d'heure de

pause ; nous qui roulons des 8 H 30 d'affilée sans aucune pause.

Nous n'avons que trois terminus équipés de toilettes, les autres sont en attente d'être construites ou inexistantes. Ce problème met en danger la santé des chauffeurs, comme il n'y a pas de temps, cela en devient une priorité pendant leur service, une seule règle compte que de pouvoir aller aux toilettes au terminus. Ne pas avoir de pause ou de se retenir pour un besoin naturel pendant 8 H 30 en 2005, c'est inhumain.

En négociation salariale de 2005, nous avons conclu un accord sur ces conditions de travail, nous nous émettons des doutes pour qu'il soit respecté ; si, pour la rentrée de cette année, nous ne voyons pas d'amélioration, nous déposerons un droit d'alerte auprès de l'agglomération afin d'être entendus, aller plus loin en action si nécessaire pour avoir satisfaction.

Souhaitant avoir été entendue, nous vous adressons nos salutations respectueuses.

Notre déléguée du personnel, syndicale FO

Une copie est envoyée à l'inspection du travail, le médecin du travail, la direction du travail et de l'emploi. »

Ce petit collectif qui se monte semble être soutenu par un bon nombre de collègues.

De son côté, Geny, qui a maintenant rencontré pratiquement l'ensemble du personnel, pense intervenir professionnellement par la fiche d'entreprise.

INTERPRÉTATION

Il n'est pas interdit de penser que la première intervention de Geny, dans un contexte assez bruyant (relire le compte rendu de la réunion précédente), n'ait été le phénomène déclencheur d'un processus de compréhension puis de critique et enfin de résistance à des normes imposées.

Ces normes (les horaires longs, les durées de trajet calculées au plus juste entre deux arrêts, etc.), non reconnues comme telles au départ, donc intégrées, ont été mises à jour par l'éclat de Jean, le chauffeur énervé, éclat qui avait été suivi de l'éclairage compréhensif de Geny. La reprise discursive, par le groupe de travail, de difficultés que chacun subissait en secret a mis en mouvement l'appropriation d'un pouvoir de se défendre. Santé mentale et santé physique y retrouvent leur compte. N'est-ce pas le rôle premier du médecin du travail que d'amorcer ces sortes d'émancipations ?

Geny nous donnera la suite à la prochaine réunion.

LES AVENTURES D'UN CENTRE D'AIDE PAR LE TRAVAIL : GENY

En 1992, le CAT est en situation financière critique à la suite de la perte du contrat OTIS. Un directeur gestionnaire, M. D1, est nommé pour reprendre en main les problèmes de trésorerie. Il augmente donc le temps de travail des personnes handicapées et fait un contrôle tatillon de ces personnels.

En 2000, M. D1 est licencié pour harcèlement moral.

De 2000 à 2002, le CAT a fonctionné sans directeur – de l’avis de tous, une trêve qui a bénéficié à tout le monde. M. D2, le nouveau directeur, arrive assez bruyamment car il déborde d’idées pour mettre le CAT en exposition. Par exemple, il se lance dans la création d’une brasserie et donc dans la fabrication d’une bière qu’il tente de labelliser en organisant une grande fête de la bière avec compétitions sportives et autres attractions. Il décroche des contrats tous azimuts, ce qui l’oblige à faire une sélection drastique des handicapés (les plus rentables en productivité). Les éducateurs ne peuvent plus faire leur métier. Ils deviennent des sortes de contremaîtres.

Cependant, ils se sont un peu repris en main collectivement à la suite d’une intervention écrite de « ras-le-bol » de Geny qui n’arrivait pas, elle-même, à faire son propre travail. En effet, les salariés handicapés étaient tellement dispersés sur une constellation de chantiers éloignés que la perte de temps qu’entraînaient les consultations médicales n’était pas supportée. Tout simplement, ils ne venaient plus à leurs rendez-vous. Lasse d’attendre, elle a décrit la situation à M. D2, en adressant une copie au CHSCT.

A-t-elle créé un effet collatéral de compréhension par la ressemblance des situations ? Toujours est-il que dans le mois qui a suivi cet incident, les éducateurs du CAT ont réactivé leurs structures sociales.

La secrétaire qui est chargée d’organiser toute cette flamboyance croule sous le nombre de tâches à régler. En plus, elle doit servir de pense-bête à M. D2 qui oublie tout. Mais, si elle le sollicite trop pour lui faire percevoir toutes les anomalies organisationnelles, M. D2 fait des malaises ; le premier ayant tout de même entraîné une hospitalisation... Depuis, son entourage a très nettement calmé sa réactivité devant les malaises à répétition de leur directeur qui semble aimer les démonstrations théâtrales. Évidemment, la secrétaire se porte très mal, les éducateurs aussi. M. D2, malgré ses malaises, va plutôt bien.

Cette description nous rend M. D2 « suspect ». Des histoires d’argent faisant des fausses routes ne seraient-elles pas ce qui sous-tend cette gestion à l’esbroufe ? Au bénéfice de qui ?

C’est le thème du mémoire de psychodynamique du travail de Geny.

HOTTE ASPIRANTE TROP BRUYANTE : JULIA

La projection de poudre époxy sur des pièces se fait sous une hotte aspirante. Les voies respiratoires sont protégées par une visière qui laisse passer les mains de l’opératrice. Les bouches d’aspiration sont au niveau du plan de travail.

En passant dans l’atelier, Julia s’aperçoit que le système « d’aspiration » est extrêmement bruyant, que les bouches d’aspiration sont obstruées par les pièces à traiter qui sont posées dessus et qu’il n’y a pas de sac de récupération de la poudre « aspirée ». L’opératrice était une intérimaire qui tenait le poste depuis deux ou trois jours. Elle n’avait reçu

aucune consigne, aucune formation à la sécurité. Le secrétaire du CHSCT qui l’accompagne ne semble pas vraiment préoccupé par la situation. Il minimise même. Julia s’adresse donc par écrit au DRH à propos de ces négligences qui durent ainsi qu’à propos des enjeux de la formation des intérimaires. Deux semaines plus tard, elle reçoit la réponse suivante :

« J’ai bien reçu votre courrier du 25 mai et je vous en remercie. Vous émettez un certain nombre de remarques concernant un poste de l’atelier Finition Relais. Sachez que nous avons bien pris en compte vos différents commentaires et que nous étudions actuellement la situation de très près ; nous vous tiendrons bien entendu informée de nos conclusions ainsi que du plan d’actions en conséquence.

Notre priorité reste bien la sécurité et l’ergonomie du poste pour chacun des salariés du site de CD. Nous connaissons bien entendu nos obligations liées à l’intégration de personnel intérimaire mais je vous remercie malgré tout de vos commentaires qui nous inciteront à davantage de vigilance encore.

Enfin, je voudrais vous faire savoir que je privilégie la communication en direct (sur site ou par téléphone) plutôt que l’envoi de courriers systématiques : n’hésitez donc pas à me contacter ou à me laisser un message pour toute question, je vous rappellerai en cas d’indisponibilité.

Veuillez agréer...

Le RRH. »

Cette réponse « langue de bois » est paradigmatique de ce qu’une bonne formation à la communication permet de réaliser : répondre à côté et « parler à vide » pour empêcher le destinataire de prendre conscience (dans un très court premier temps tout de même !) de l’absence de contenu du discours par l’emploi de mots ou d’expressions à forte valeur morale ou positive (« davantage de vigilance encore », « intégration du personnel », « bien pris en compte », etc.) qui entrent en résonance avec les questions posées. Une autre manière de se dérober au danger que représente toujours un écrit... Pas de traces, c’est stratégique et politique.

LE GRAND MAGASIN : JULIA

Il s’agit d’un magasin en restructuration. Le raisonnement est donc classique : pour la survie de l’entreprise, il faut diminuer les coûts. Pour diminuer les coûts, on diminue le personnel par la technique du GPE (Gestion Prévisionnelle des Effectifs). En début de GPE, on commence par faire sortir les plus âgés ce qui donne une certaine marge de manœuvre et n’entraîne pas de situations sociales dramatiques quand on dispose de suffisamment de « plus de 50 ans ». Mais on atteint vite le plafond et, à ce moment, la GPE devient ma GPP : Gestion Prévisionnelle par le Pourrissement.

L’objectif du management (tellement éloigné qu’il en devient virtuel) est d’aboutir à des structures fonctionnant avec une dizaine de personnes. À stade intermédiaire, le personnel résiduel est constitué de vendeuses de moins de

50 ans qui ne sont plus de véritables vendeuses car elles passent leur temps à s'occuper des produits et plus des clients.

Ce retournement directionnel du sens du travail, qui impose aux vendeuses de ne porter attention qu'à des objets et à se détourner de la partie vivante de leur métier, à savoir la clientèle, les a désorientées au point qu'elles n'ont eu d'autre recours que de s'entre-déchirer sur le thème du harcèlement moral en adhérant, qui au parti des harceleurs, qui au parti des harcelées. La meneuse des harceleurs étant la directrice et la meneuse des harcelées étant une vendeuse, antérieurement, meilleure amie de la directrice. La guerre est féroce au point que la harcelée est entre les mains de l'assistance « psychiatre-avocat » et clame haut et fort son malheur, alors que la harceleuse est en arrêt de travail la moitié du temps pour dépression réactionnelle. La situation est tellement mortifère que l'ancienne directrice qui avait été mutée sur un autre site, encore plus rude que celui d'Orléans, a disparu de la circulation. Personne n'a de ses nouvelles, personne ne sait ce qu'elle est devenue, il n'y en a plus aucune trace.

Face à deux personnes cristallisées dans leurs positions, le médecin du travail ne sait comment mettre en mouvement quelque chose qui revienne du côté des questions de travail. Elle sait que Mme Harcelée l'est devenue le jour où la directrice l'a mutée au rayon des « Chemises *Damart* » pour personnes âgées alors qu'elle tenait un rayon de « modes » qu'elle animait et emblématisait avec plaisir et ostentation en se rendant suffisamment voyante grâce à ses tenues, à son maquillage et à ses coiffures recherchées et flamboyantes. Elle était l'emblème et l'attrait de ce rayon qui attirait effectivement la clientèle. On ne connaît pas la raison de ce déplacement.

On sait que Mme Harceleuse est une ancienne vendeuse qui était fière de la beauté de son magasin et du retour positif que lui renvoyaient ses clients. On sait aussi que lorsque le poste de directrice lui a été proposé (et qu'elle a accepté), elle était en plein drame familial du au décès accidentel de sa fille. Elle gère le déclin sans le dire et se retranche dans un mutisme défensif absolu : tout va bien, elle va bien ! La directrice est de loin la plus en danger du côté de son économie psychique.

Julia ne sait pas où poser le coin. Elle nous présentera l'évolution de cette situation aux perspectives assez noires du point de vue d'une reprise à plein régime de l'activité d'antan.

UNE HANDICAPÉE CHEZ LES ADMR EDMOND

Clarisse, 35 ans, est reconnue travailleuse handicapée pour une importante gibbosité accompagnée d'une insuffisance respiratoire. Elle fait trente heures par semaine au secrétariat de l'association. Elle fait le planning des auxiliaires de vie.

Lorsqu'elle a commencé (placée par PROMÉTHÉE en contrat CEC), Clarisse travaillait avec la présidente. Tout allait bien

sauf l'installation de l'environnement de travail, était mal adapté à son infirmité. L'AGEFIPH et PROMÉTHÉE sont passés par là et tout a été transformé convenablement. Sur le plan organisationnel, tout marchait bien également.

Clarisse, avec une présidente très présente, était chargée de répondre aux demandes des personnes aidées, d'être leur correspondante pour organiser un fonctionnement qui leur convienne au mieux, de faire les plannings, de noter les temps de présence de chaque aide à domicile dans chacune de leurs missions pour préparer les feuilles de paye, etc. Tout semblait « tourner à peu près rond ».

Voilà environ six mois, Edmond est étonné de rencontrer deux aides à domicile qui se plaignent de leur travail : les missions qui leur étaient imposées étaient très éloignées de leur domicile (on sait que les temps de trajets ne sont pas rémunérés). Et pour Clarisse aussi, rien ne va plus : « *Je n'en peux plus, ils vont me faire péter les plombs !* ». « Ils » est constitué d'une collègue, Mme A..., qui est chargée des missions administratives consistant à relever les heures faites par les auxiliaires, et d'un collègue qui, lui, doit faire les plannings.

Les symptômes physiques sont présents : tachycardie, troubles du sommeil, amaigrissement, etc. Clarisse dit qu'elle a l'impression qu'on veut la faire partir. Edmond a recours à une inaptitude de retrait pour un mois. Il nous dit aussi : « *Comme d'habitude, je n'ai pas exploré le travail !* »

À sa reprise de travail, Clarisse dit que le directeur l'a reçue en lui disant : « *Ah bon, vous reprenez ? Je croyais que vous démissionniez !* » Edmond, qui, malgré tout a un peu exploré le travail, apprend que Clarisse ne peut partir le soir tant que le planning n'est pas terminé, qu'elle est beaucoup au téléphone pour répondre aux demandes des usagers, qu'elle ne peut faire le planning en même temps qu'une autre activité car il faut être tranquille pour que cela soit bien fait, qu'elle gère maintenant dix-huit auxiliaires au lieu de dix à douze avant. Elle ajoute que, lorsqu'il y a des absents, elle est obligée de « refaire une tournée ». « Refaire une tournée » veut dire reprendre le téléphone pour appeler un nombre conséquent d'auxiliaires afin d'obtenir des accords de suppléments de missions non prévues en nombre suffisant pour combler les absences.

À la question « *Pourquoi vous n'y arrivez plus ?* », Clarisse répond que c'est depuis l'arrivée des deux salariés supplémentaires. Bien qu'ils aient été embauchés pour l'épauler, cela ne se passe pas comme prévu. Clarisse dit que Mme A... ne remplit pas les bordereaux convenablement et qu'elle passe son temps au café. En fait Mme A... est à mi-temps pour faire l'enregistrement des horaires effectués par les aides à domicile. Or sur le temps où elle est absente, c'est Clarisse qui complète. Quant au deuxième salarié, elle dit qu'il fait des plannings incomplets. Des personnes appellent en se plaignant de n'avoir pas vu l'aide ménagère à l'heure prévue.

Le directeur est interrogé par Edmond sur l'organisation prescrite du travail. Ce dernier affirme que Clarisse n'arrive pas à travailler avec les autres, qu'elle veut garder toutes les

informations. Il annonce aussi que les heures supplémentaires qui lui étaient rémunérées avant ne le sont plus désormais, puisqu'en échange, on lui a apporté l'aide de deux collègues. Et enfin il précise que son contrat en CEC (ou CIE ?), qui arrive à expiration sera transformé en CDI.

Emploi « aidé » pour un travailleur handicapé signifie des aides financières substantielles de plusieurs sources : affaire d'argent ? (salarié au moindre coût ?).

Questions :

- Qu'est devenue la présidente ?
- Quel travail faisait-elle ?

Conseils :

- Voir les deux salariés chargés de soulager Clarisse pour avoir leur point de vue sur leur travail.
- Demander à l'ergonome de faire une étude d'activité de Clarisse peut être une bonne idée.
- Comprendre plus en détail le contenu du travail de Clarisse.

À la prochaine réunion, Edmond nous apporte la suite.

UNE MAIRIE D'AVENTURES : ALINE

(La D^e Aline parle à la première personne).

Il s'agit de demander un conseil aux collègues. Récemment, un agent d'entretien d'un étang de loisir d'une petite ville de campagne, M. V..., a demandé à me rencontrer à la fin d'une matinée de consultations. Il était très énervé car on lui avait interdit de conduire son tracteur. Il m'avoue qu'il a un retrait de son permis de conduire, mais que cela n'explique pas qu'on lui interdise d'utiliser ce tracteur autour de l'étang.

M. V... souffre d'un éthyliisme chronique grave. Je n'ai jamais pu aborder cette question avec lui. La défense par le déni est féroce, tenace, inébranlable. Au cours des consultations, il parle donc très peu. En fait, il supporte mal cette entrevue avec un médecin qui bouscule un peu son repli. C'est pourquoi, sa démarche d'abord, puis, sa conduite au cours de cette consultation qui s'est manifestée par une volubilité inhabituelle, avaient un sens clinique important.

Il me dit : « Aujourd'hui je vous dis la vérité, car d'habitude je vous raconte des histoires. D'abord, je n'ai pas de gilet de sauvetage pour circuler sur l'étang, ensuite, j'utilise mes cuissardes personnelles, enfin, je n'ai pas d'endroit pour me changer. Il me faut une vraie cabane. On m'oblige à me changer avec les chèvres ! etc. »

Il se trouve que, par ailleurs, comme beaucoup de médecins du travail, je rencontre tous les salariés de toutes les entreprises de la commune, et je connais bien l'épouse de M. V.... Je sais en particulier que le couple est en pleine séparation... à cause de l'alcoolisme de M. V....

Soupçonnant que le récit de M. V... reposait sur des ressorts que je ne connaissais pas, je lui propose de rencontrer son supérieur hiérarchique pour étudier tous ces problèmes et pour connaître son environnement de travail que je n'ai encore jamais vu. Il accepte sans difficulté.

Le rendez-vous est pris pour le lendemain avec M. L..., son responsable. Par M. L..., j'apprends donc que M. V... a eu un retrait de permis pour conduite en état d'ivresse et que cette interdiction de conduite d'un engin agricole sur la voie publique est justifiée car réglementaire. J'apprends aussi qu'il avait l'habitude de fonctionner « en électron libre », c'est-à-dire en solitaire et sans contrôle. Il allait directement à son étang et se changeait dans « sa cabane ». Sa hiérarchie lui a donc imposé de commencer sa journée en se présentant au local technique où un vestiaire est mis à sa disposition. Il supporterait très mal ces deux exigences. J'apprends enfin que la mairie vient de le reloger à cause de sa toute récente séparation conjugale.

Mais avant de m'emmener sur les lieux de son travail, qui est situé très en périphérie de la ville, M. L... m'annonce que le secrétaire de mairie, M. S..., veut expressément me rencontrer. Pensant qu'il s'agissait d'un effet d'opportunité pour aborder un autre problème – la mairie ayant décidé d'adhérer au service de médecine du travail de la MSA, je pensais qu'il serait question des modalités de transfert des dossiers médicaux ou autres informations entre les deux services –, j'accepte sans plus d'interrogation.

En réalité, j'ai reçu une avalanche de reproches sur le mode d'un entretien disciplinaire pour avoir commis la faute d'avoir reçu un agent sans en informer la direction de la mairie... devant M. L... (qui était sans doute le témoin de la partie accusatrice !).

Ma question était donc la suivante : devais-je laisser une trace face à l'expression de cet excessif pouvoir ? Les collègues m'ont confortée dans cette voie. L'idée était de s'y prendre en deux fois, et, à chaque fois, de s'adresser au maire.

La première synthèse, qui suit, ne traitant que du cas de M. V....

« Le lundi 20 juin, en fin de matinée, M. V... s'est présenté spontanément à ma consultation médicale. Je l'ai bien sûr reçu sachant qu'une telle démarche est toujours motivée par une situation de détresse qui est souvent en lien avec des difficultés dans la réalisation habituelle du travail de l'intéressé. Et cela m'avait d'autant plus alarmée que M. V... n'est pas un homme qui se confie facilement.

Sa démarche a d'emblée, pour moi, médecin, été analysée comme ayant une valeur clinique, c'est-à-dire ayant la valeur signifiante d'un symptôme. En fait, il m'a expliqué que tout allait mal, (enfin presque... car il a beaucoup loué les protections auditives moulées qui lui ont été personnellement attribuées, et cette perception positive verbalisée avec insistance, qui touche à une certaine forme de reconnaissance, a aussi en sens clinique majeur) ; il m'a expliqué, en particulier, qu'il n'avait pas de gilet de sauvetage pour aller poser ses pièges au milieu de l'étang, qu'il n'avait pas de cabane décente pour se changer lorsqu'il était mouillé, et qu'on lui avait interdit de conduire le tracteur...

La deuxième démarche de M. V... a été de prévenir immédiatement sa responsable directe, Mme F..., de cet entretien médical en lui donnant une version sans doute quelque peu

déformée. Mais, là encore, cette version a un sens clinique qui s'ajoute au précédent et qui confirme l'existence d'un grand désarroi.

Je rajoute que la démarche pour le moins bruyante de M. V... ne plaide pas en faveur d'un mouvement de rébellion ou de transgression de l'ordre hiérarchique, du fait même de sa tonalité bruyante.

Soupçonnant donc qu'il me manquait des éléments pour décrypter la vraie demande cachée derrière les doléances exprimées, je lui ai dit que j'allais examiner sa situation et son poste de travail avec son chef de service, M. L...

Aussi, en début d'après midi de cette même journée j'ai pris rendez-vous avec M. L... pour le début d'après midi du lendemain, soit le 21 juin. J'ai alors appris ce que je soupçonnais, à savoir qu'un processus de déstabilisation était à l'œuvre dans divers registres de son univers de vie. Du côté du travail, il lui est demandé de ne plus conduire le tracteur sur la voie publique à cause d'une suppression du permis de conduire et il lui est demandé de commencer sa journée de travail en se présentant aux locaux techniques où un vestiaire est à sa disposition. Du côté de sa vie privée, une rupture conjugale l'a obligé à quitter le domicile familial. Resserrement de sa liberté de manœuvre d'un côté (assimilé à un manque de confiance et à un manque de reconnaissance) et isolement familial, ont provoqué une déstabilisation majeure.

La première chose qui frappe lorsqu'on arrive sur son « domaine réservé » d'exercice professionnel est la qualité de son travail ; qualité qui se voit d'emblée à l'état de propreté des pourtours de l'étang, qui se voit aussi à la minutie du débroussaillage des bois qui l'entourent. Or, ce travail n'est plus un substitut suffisant à sa quête de reconnaissance, les interdits ravivant brutalement la perte de sa capacité de maîtrise du monde qui l'entoure. Sa cabane intercalée au milieu de l'écurie des chèvres devient alors un emblème de dégradation ("Je ne mérite pas une pièce qui sent mauvais, je ne suis pas un animal"), l'absence de gilet de sauvetage le met réellement en danger en cas de chute, etc.

Nous sommes là devant la manifestation d'une tentative de reprise en main du cours de sa vie, surtout de sa vie au travail qui est le seul lieu de son investissement identitaire. Nous ne sommes donc pas devant un acte de désobéissance ; et cette quête identitaire ne doit pas être traitée par une réponse disciplinaire telle qu'un retrait de son travail habituel ou telle qu'une diminution des tâches qu'il se donne comme enjeu de réussite (les étangs de Frémillon dont il s'occupe par exemple).

Il s'agit plutôt d'avoir une attitude compréhensive de soutien et d'explication de la nécessité de se plier à quelques règles qui, elles, sont des données et des caractéristiques du travail d'une hiérarchie responsable de l'organisation du fonctionnement d'un service au public. L'importance, la qualité et la beauté que représente son travail pour le public qui en bénéficie et qui l'apprécie doit être mis en égalité avec les règles qu'il se doit de respecter.

Cette reconnaissance affirmée a probablement un caractère vital pour M. V..., qui, à cette condition, acceptera certainement les règles qui lui sont prescrites par sécurité.

En souhaitant que vous interviendrez pour que M. V... puisse reprendre son travail en s'y sentant soutenu et en restant à votre disposition pour tout problème relevant de la santé au travail, recevez, je vous prie Monsieur le Maire, l'expression de mes meilleures salutations.

Ce document sera intégré au dossier médical de M. V... »

La deuxième synthèse, qui suit, ne traitant que du cas de M. S...

« Je tiens à vous donner ma position sur les contours du traitement de l'affaire de M. V...

Le 21 juin après-midi, le secrétaire de mairie, M. S... a souhaité me rencontrer en présence de M. L... La forme de cet entretien a été particulièrement déplaisante du fait de la manière de signifier une position de subordination au médecin du travail qui était en cours de réalisation d'un travail ordinaire, un travail qui n'était cependant pas un travail de routine.

L'attitude glaciale intentionnelle, la colère blanche, sèche, manifestée par l'énonciation cassante des mots et par l'engagement corporel visible au visage blême, le caractère menaçant du langage : "Si la motivation de cette consultation (de M. V...) ne relevait pas d'un accident du travail ni d'une maladie professionnelle, cette dernière ne sera pas payée !", l'abandon du titre professionnel d'usage par l'emploi d'un "Madame" appuyé, l'empêchement de répondre par un discours presque ininterrompu, l'apostrophe autoritaire : "Quelle était la raison de cet entretien ?", les accusations déplacées : "Vous n'avez jamais rien fait pour M. V... !", etc., constituaient un acte de discours dont l'objectif était de s'assurer une posture de domination pour faire naître la peur, et par là, la soumission. En aucun cas un entretien sur un plan d'égalité et d'intercompréhension.

Mais le fond est beaucoup plus inquiétant. M. S... m'a explicitement affirmé que je n'avais pas à recevoir d'agents en dehors des consultations réglementaires définies par le décret du 10 juin 1985 relatif à la médecine professionnelle et préventive. Et cela est vrai, rien n'est prévu concernant cette forme d'acte dans ce décret, à ce sujet.

Mais il existe un droit jurisprudentiel qui admet qu'un fonctionnaire ne peut être défavorisé par un manquement de la législation de la fonction publique par rapport à la législation du secteur privé. Un agent ne pouvant être moins bien traité qu'un salarié de droit privé, le Code du travail peut donc prendre le relais pour combler ces manquements. Et le Code du travail précise bien, à l'article R.241-49 que "tout salarié bénéficie d'un examen médical à sa demande".

Mais en plus, il se trouve que je suis médecin et, qu'à ce titre, je suis au service exclusif de la santé des agents ou des salariés dont j'assure le suivi en santé au travail. Le Code de déontologie médicale affirme, de son côté, à l'article 2 que "le médecin, au service de l'individu (...) exerce sa mission dans le respect de la personne.", et, à l'article 6 que "le

médecin doit écouter, examiner, conseiller (...) toutes les personnes. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances". C'est donc pour respecter ces missions que j'ai reçu, en toute légitimité, M. V..

Comme je vous l'ai expliqué dans mon courrier du 28 juin, c'est aussi en toute légitimité(1) que je souhaitais faire l'étude de poste avec M. L... afin de pouvoir vous donner mon éclairage médical. Je n'avais donc, volontairement, fait aucun écrit, ni donné aucune recommandation orale concernant M. V.. avant ce travail préparatoire de compréhension puisque je ne disposais pas des éléments factuels qui me permettraient de le faire. Non seulement l'entretien autoritaire de M. S... constitue une atteinte caractérisée à mon indépendance professionnelle(2), mais il me semble que le mode de fonctionnement qu'il souhaiterait m'imposer pourrait mettre en danger la santé de certains agents qui, n'ayant plus accès à une consultation de médecine du travail de soutien ou d'accompagnement, pourraient décompenser sous des formes moins discrètes – ce qui, probablement, pourrait engager votre responsabilité. D'autre part, il n'est pas impossible de penser que, vouloir à tout prix supprimer cette possi-

1- La circulaire du 9 octobre 2001 (NOR INT/B/01/00272/C) dit que « le médecin du service de médecine professionnelle et préventive est amené à effectuer des visites des lieux de travail. Il doit bénéficier d'une liberté d'accès aux locaux rentrant dans son champ de compétence ».

2- Aussi clairement rappelée dans cette même circulaire.

bilité de désamorçage de tensions extrêmes liées à des situations de travail difficiles, pourrait être le ferment d'un mouvement social.

Les consultations spontanées existent dans votre mairie. Le plus souvent, elles ont lieu en dehors des heures de service. Malheureusement leur contenu confirme ce que j'ai pu constater de l'exercice d'un pouvoir qui me semble disproportionné dans le traitement des enjeux des conflits habituels et inévitables de tout travail.

J'ajoute aussi que, si ces formes de consultations médicales existent, c'est grâce à la construction d'un rapport mutuel de confiance entre les agents et le médecin, et un tel rapport de confiance ne se décrète pas. Il s'agit d'un processus qui demande beaucoup de temps.

En souhaitant que l'issue de ce conflit ne soit pas la "bouc émissarisation" de M. V..., je me tiens toujours à votre disposition pour toute question de santé au travail et je vous prie de croire, Monsieur le Maire, à l'expression de mes meilleures salutations.

Ce courrier sera intégré au dossier d'entreprise.

Copies transmises au :

- Conseil départemental de l'Ordre des médecins,
- Médecin inspecteur du travail. »

S'il y a une suite, elle sera présentée à la prochaine réunion.

Fabienne BARDOT

LE TEMPS DE LA PAROLE

À un moment où le culte du pragmatisme nous conduit à penser, comme à une évidence, que la fin justifie les moyens, et qu'il tend à envoyer au magasin des accessoires le non directement rentable, il nous a paru « urgent » d'ouvrir un espace redonnant au temps de la parole toute l'importance qui est la sienne.

Ce temps, il faut le reconquérir d'abord pour soi afin que cette réappropriation permette collectivement de soutenir l'idée de sa nécessité. À une époque où la modernité nous conduit à rechercher le « prêt à penser », l'inscription du débat, de l'échange, de la réflexion, devient un enjeu politique.

Parler, échanger suppose l'écoute, écouter l'autre, sa parole, son silence, sa souffrance, c'est, dans un mouvement de reconnaissance, lui permettre de se resituer dans son histoire, de dire quelque chose de ce corps qui parle à sa façon. Prendre le temps, s'attarder, bavarder, c'est donner à l'autre l'occasion de s'exprimer, c'est créer les conditions de la rencontre et se mettre en position de soutenir ce moment fait d'incertitudes. Si parler c'est s'exposer, écouter, c'est s'ouvrir à l'étonnement, c'est prendre le risque de se laisser surprendre. C'est ouvrir cet espace propice à la relation qui est au cœur des pratiques médicales, éducatives et sociales.

(...)

À travers le récit de leurs pratiques, les auteurs nouent ici quelque chose qui incite à prendre toujours le temps de la réflexion et de la parole...



Bulletin à retourner à PRATIQUES 52 rue Gallieni 92240 Malakoff
revuepratiques@free.fr – www.smg-pratiques.info

Nom..... Prénom

Adresse.....

un numéro 15,50 € (14 € + 1,50 € de frais de port) à partir du numéro 28
13,70 € (12,20 € + 1,50 € de frais de port) pour les numéros antérieurs

abonnement 1 an (4 numéros 48 €)

un reçu vous sera adressé à réception du chèque

LA RÉFORME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LA SANTÉ AU TRAVAIL EFFETS COLLATÉRAUX

Les salariés dont nous assurons le suivi sont des assurés sociaux et nous ne pouvons que constater que la dernière réforme de la Sécurité Sociale, par ses effets directs en matière de prescription et de contrôle des arrêts de travail, de prescription de médicaments, et par ses effets indirects en matière de renoncement aux soins risque, à terme, de provoquer des atteintes à la santé plus sévères, conduisant à une augmentation des mises en invalidité ou à une augmentation des sorties prématurées du monde du travail par inaptitude définitive sans reclassement.

OBSERVATION N°1

Daniel a 37 ans, un CAP d'électricien. Entré dans le monde du travail à 18 ans et demi, il n'a jamais exercé son métier, a toujours travaillé en usine. Il travaille actuellement et depuis 1992, dans une entreprise de teinture. Dans sa trajectoire professionnelle on repère des accidents de maintenance sans gravité, un accident de moto, une amputation d'une phalange de l'index gauche lors d'un accident de travail, un accident de voiture avec fracture de l'avant-bras dont il garde une discrète limitation de la flexion du coude. Ses arrêts de travail ont eu une durée proportionnelle à la gravité des accidents. En dehors d'une angine, il n'a pas eu d'arrêt de travail depuis cinq ans.

Un jeudi matin, alors que je suis en consultation en centre extérieur, coup de fil du médecin-conseil (qui a travaillé longtemps sur mon secteur et avec qui j'entretiens d'excellents rapports) : « *J'ai convoqué Daniel X..., dans le cadre du contrôle aléatoire des arrêts courts. Il est en arrêt depuis le début de la semaine avec un diagnostic de lombalgies. Il vient de m'appeler me disant qu'il ne disposait d'aucun véhicule pour venir (60 km x 2 à effectuer) ; je lui ai proposé de prendre un VSL avec prise en charge par la CPAM ; il me dit qu'il souffre trop et qu'il ne peut pas faire ce trajet. Il m'a dit de vous appeler car – m'a-t-il dit – “Elle est au courant de tous mes problèmes de santé”. J'ai peur qu'à contrôler ces arrêts courts, on ne fasse qu'aggraver les problèmes de santé des patients.* » Je lui confirme que le poste de Daniel comporte des manutentions non négligeables et qu'avec un lumbago, il ne peut pas travailler.

Le lendemain, je suis dans mon centre fixe, Daniel se présente, avec sa compagne, sans avoir pris rendez-vous. Il est très énervé, mais aussi anxieux. « *Qu'est-ce que c'est cette histoire, je ne suis jamais malade, j'ai une semaine d'arrêt-maladie parce que je ne peux rien faire et on me contrôle. Hier après-midi, je suis allé gueuler à la boîte !* »

Il me faut lui expliquer la réforme de la Sécurité Sociale, le fait que son entreprise n'est pas à l'origine de ce contrôle. Par contre, il comprend mal le gaspillage de l'argent public. On peut lui payer un VSL pour faire 60 km x 2, mais on le contrôle pour un arrêt de huit jours, qui va se prolonger, l'épisode douloureux se résolvant mal dans ce contexte.

OBSERVATION N°2

Yvette a 56 ans. Mariée, elle a élevé ses trois enfants, tout en étant assistante maternelle ; puis à l'âge de 33 ans, elle a repris une activité à temps partiel comme cuisinière dans une école privée, c'est-à-dire responsable des achats, de la préparation, du service pour quarante-cinq à cinquante repas par jour.

Elle a choisi de démissionner, à 53 ans, pour travailler comme maîtresse de maison dans un foyer de vie pour adultes handicapés ; en effet, dans cette école privée, son temps de travail risquait d'être réduit, la restauration étant soustraite pour éviter une remise aux normes de la cuisine. Elle attend beaucoup de ce nouvel emploi, au contact des résidents et en lien avec les équipes éducatives.

Hélas, il lui faut vite déchanter, car en dehors du service des petits déjeuners, il y a surtout beaucoup de ménage : treize chambres, l'unité de vie avec salle à manger, salon, les sanitaires, les douches, les couloirs. Il faut courir en permanence. Lorsque je la vois pour sa visite d'embauche, elle souffre des deux épaules.

Le matériel mis à disposition sera changé. Toutes les maîtresses de maison étant en difficultés, la charge de travail sera sensiblement réduite au bout de dix-huit mois de fonctionnement. Entre temps, elle aura effectué une déclaration de maladie professionnelle pour tendinopathie de l'épaule

droite, avec deux arrêts de deux semaines en 2003 et 2004.

En juillet 2005, elle était très fatiguée. Les trois semaines de congés lui permettent de récupérer un peu, mais elle se présente à ma consultation fin septembre, avec à nouveau des douleurs des épaules, des coudes. Tous les matins, elle présente des douleurs abdominales ; elle sait que ces douleurs sont liées à l'anxiété, le bilan étant négatif. J'adresse un courrier à son médecin traitant pour lui demander de prescrire périodiquement des arrêts, dans le cadre de rechutes MP pour récupérer car, compte tenu de son âge, il n'y a guère d'autre solution, d'autant qu'elle ne peut même pas utiliser des jours de congés, tous les congés étant obligatoirement pris lors des périodes de fermeture totale ou partielle du foyer.

Malheureusement, la réforme de la Sécurité sociale est en marche avec la pression sur les arrêts de travail. Le médecin refusera tout arrêt de travail, Yvette est mise aux antidépresseurs. « *Je ne suis pas déprimée ; d'accord avec ces médicaments, je n'ai plus mal au ventre, mais j'ai toujours mal aux épaules, et je ne vais pas pouvoir tenir longtemps.* » Nous convenons, que pour la prochaine fois, je ferai en plus d'un courrier, un avis d'inaptitude temporaire associé à un contact téléphonique avec le médecin traitant.

Et dire que dans la réforme, il y a un chapitre sur le bon usage des antidépresseurs !

Annie DEVEAUX

MÉDECINE DU TRAVAIL ET ESPACE POLITIQUE DE LA SANTÉ COMPRENDRE LES OBSTACLES POUR AGIR

LA DIFFICULTÉ À COMPRENDRE LA PLACE CENTRALE DU TRAVAIL DANS LES ENJEUX DE SANTÉ

La décomposition sociale, le délitement sociétal, le basculement de populations vers la violence s'originent pour partie dans la difficulté de notre société à prendre en compte la question du travail. C'est la thèse de la centralité du travail à laquelle il est fait ici référence. C'est-à-dire, la place irremplaçable du travail pour la construction de l'identité, du lien social et de la citoyenneté, importance par son existence comme par son absence. Le chômage comme privation de travail a en soi des effets pour la santé. (Attention, il n'y a pas que le travail salarié, animer un club sportif, être militant est aussi un travail). L'absence de travail des parents pèse sur les possibilités d'insertion de la deuxième génération.

Auparavant, à l'époque du fordisme, les valeurs portées par le travail s'inscrivaient dans des références collectives : coopération, collectifs de travail, contradictions sociales, classes sociales. Un nouveau rapport social au travail émerge du fait des changements majeurs des modes d'organisation du travail, de management des hommes et d'évaluation des compétences. En résulte une individualisation dans la gestion des hommes, une mise en compétition de chacun contre tous, la perte de la compréhension que le travailler n'existe

pas sans le travailler ensemble, et que faire c'est coopérer avec et sous le regard des autres.

Ces nouvelles modalités d'organisation sociale découlant de l'organisation économique font disparaître la compréhension des ressorts de ce qui porte la notion de collectif, donc de société dans le travail. Vécues individuellement, les conditions de travail sont donc perçues de moins en moins comme des enjeux sociétaux. Ceci est aggravé par le fait, que les personnes, tentant de se défendre de ce qui les fait souffrir, pour pouvoir continuer à travailler, occultent la représentation des risques, leur origine collective, et donc les rapports sociaux de travail. Il y a donc des causes organisationnelles et subjectives à la perte de compréhension des enjeux politiques portés par la question du travail.

Paradoxalement, parallèlement à la perte de compréhension des enjeux collectifs dans la question du travail, individuellement et de façon fort peu socialisée pour des questions de défenses psychologiques, le nombre de personnes qui pâtit des conditions de travail, mais qui en comprend de mieux en mieux les causes, augmente.

En un mot, la question du « sens politique » de ce que subissent les personnes professionnellement, la question de la compréhension des enjeux des conditions de travail progresse. Témoigne aussi de cela, de façon contradictoire et

difficile, dans le champ syndical, la montée de la compréhension des enjeux des conditions de travail. Enjeux sociaux et sociétaux.

L'ORGANISATION DU TRAVAIL UNE QUESTION POLITIQUE MAJEURE POUR LA SANTÉ

Pourquoi donc alors, le rapport des forces sociales ne s'améliore pas dans sa capacité à changer les conditions de travail, pourquoi les luttes porteuses d'alternatives ont-elles tant de difficultés à émerger ? Il semble que les causes de la dégradation de la santé au travail, outre les facteurs des environnements de travail, englobent de façon majoritaire l'organisation du travail, même si ces causes sont anciennement présentes avec le développement du taylorisme au début du 20^{ème} siècle. La question de l'organisation du travail, bien plus que les environnements délétères, est clairement au cœur de la question du politique et de la politique.

Il n'y a donc aucune raison objective que le système de l'économie libérale, où les employeurs sont responsables en tout de tout, où la citoyenneté reste à la porte des entreprises, puisse accepter facilement de traiter la question des effets pour la santé de l'organisation du travail. D'autant que les gains de productivité se font de plus en plus sur le travail des hommes, sur le travail humain. La question de l'exploitation salariale renforcée par la question de l'aliénation au travail devient de plus en plus centrale.

Pour préserver les gains de productivité sur le travail humain, une nouvelle façon de gérer la question de l'emploi a donc vu le jour au travers de la précarisation des emplois et des conditions de travail. L'existence d'un fort volant de chômage contribue fortement à cette fragilisation. La culpabilisation de ceux qui ont un emploi pour accepter des conditions de travail plus dégradées, de ceux qui n'en ont pas pour accepter des conditions de travail qu'ils réprouvent est au cœur de ce mécanisme.

Sinon, de moins en moins de personnes accepteraient des conditions de travail délétères. L'intérêt d'un fort volant de chômeurs est réaffirmé structurellement. Mais cette société ne voulant assurer le plein emploi, et ne pouvant garantir à moyen terme le fait de ne pas porter atteinte à la santé des travailleurs, un secteur réservé aux indigents souvent victimes directement ou indirectement du travail, voit le jour.

ACCENTUER LES INÉGALITÉS FACE AU TRAVAIL EMPÊCHE LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

On voit donc se structurer une société en quatre strates : un noyau stable, une couche de travailleurs précaires, un volant de chômeurs, et un parking d'indigents, désaffiliés à vie, exclus des moyens ordinaires de vie. La « charité sociale » a de beaux jours devant elle.

L'enjeu politique des tenants de ce système est d'empêcher que la question de la compréhension de la centralité du travail vienne gâcher ce bel édifice. L'enjeu des tenants de ce système est d'enfermer les médecins dans une position de « gestionnaire des risques » et ainsi de tenter de faire de certaines pratiques médicales des facteurs d'aliénation sociale. Et pourtant, du côté de la compréhension des enjeux de santé, de la crise du système de soins, l'importance de l'approche en santé publique en santé au travail augmente.

Les inégalités sociales de santé n'ont jamais été aussi importantes et la compréhension du rôle du travail dans ce processus a considérablement augmenté. Les impasses du tout pharmacologique en matière de pratique médicale se développent. La visibilité immédiate des effets de l'organisation du travail sur la santé explose : TMS, pathologies de surcharge, dépressions réactionnelles, compréhension du rôle du travail dans nombre de suicides de salariés. La compréhension que les cancers immédiatement évitables sont principalement professionnels est incontournable.

METTRE EN VISIBILITÉ LES INÉGALITÉS DE SANTÉ AU TRAVAIL POUR EN CONSTRUIRE UNE ALTERNATIVE

On peut donc faire ce constat inquiétant, que plus la nécessité sociale d'avoir une politique de santé publique en santé au travail augmente, plus recule la compréhension politique de ce phénomène pour les raisons organisationnelles et subjectives analysées ci dessus.

Pour donc empêcher les effets délétères des approches victimaire ou psychologisantes, c'est la question de la compréhension des mécanismes des effets du travail sur la santé dans les deux sens, qui devient un enjeu politique principal.

Il serait extrêmement dommageable à l'amélioration des conditions de travail, que n'émerge socialement que la question des victimes, donc du compassionnel, en un mot que se développe une médecine « humanitaire » sur le terrain des effets du travail sur la santé.

La possibilité de construire des alternatives à l'organisation du travail d'aujourd'hui ne procédera que de la mise en visibilité sociale, et des effets du travail pour la santé, et de la compréhension sociale, des origines et causes de ces mécanismes.

Dans ce cadre, les CHSCT ont un rôle central à tenir. Dans ce contexte, une réforme d'ampleur du système global de prévention en santé au travail est indispensable.

Dominique HUEZ

QUELQUES ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION ET D'INTERROGATION CONCERNANT LA DIRECTIVE RH 0409, SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL, MÉDECINE DU TRAVAIL, À LA SNCF

N' étant pas spécialiste du dossier pour la SNCF, il me semble pourtant que c'est la première fois qu'une médecine du travail « spécifique » est réellement « définie » à la SNCF. Auparavant, elle était articulée avec une médecine de soins. Les cheminots semblaient y trouver leur compte. Vu de l'extérieur, l'aspect positif de la médecine du travail semblant principalement porté par la facilité et la gratuité des soins.

Je n'ignore pas la mise en place antérieure du PS 24B à la SNCF. Je ne crois pas qu'à cette époque il ait fait l'objet d'un vaste débat démocratique. Aujourd'hui, je retiens du nouveau RH 0409, comme antérieurement du PS 24B, une définition très large des postes de sécurité pour laquelle une liste de maladies très longue serait incompatible. Aujourd'hui cette même liste est reprise, pour laquelle le médecin du travail se prononcera au cas par cas.

Je me permets de dire très tranquillement à ce propos :

- **qu'une telle liste est discriminatoire du point de vue de la santé**, contraire à la loi empêchant les discriminations du point de vue de la santé, et seulement possible à mettre en œuvre grâce au truchement de médecins du travail qui n'agissent pas dans l'intérêt de la santé des agents, mais dans celle de la représentation idéologique d'une entreprise, tout en portant la responsabilité personnelle d'une telle discrimination.
- **que les maladies citées**, si elles sont des vraies pathologies, souvent lourdes, **n'ont généralement pas fait la preuve de l'augmentation de risques pour la sécurité** (cf. les travaux de l'INRETS et les travaux de Philippe DAVEZIES, les données de la cohorte GAZEL à EDF etc.).
- **que cette liste de maladies est plus sous-tendue par une logique « vétérinaire » où un travailleur, représenté ici comme un danger pour l'outil de production, les biens et personnes**, doit être sélectionné comme exempt de maladie pouvant entraîner un trouble du comportement ou de la vigilance.

➤ **que cette approche ignore complètement les savoir-faire de prudence** qui font que les travailleurs sont riches de leurs expériences de confrontation à la maladie quand elle n'est pas brutale, et de leur expérience professionnelle dans cet état. Ainsi pour un médecin, si la vigilance est liée à l'équilibre d'un traitement (épilepsie, diabète...), ce qui est important est de pouvoir établir une relation de confiance pour accompagner et prévenir les facteurs de déstabilisation du traitement, les facteurs de l'organisation du travail dits facteurs psychosociaux étant les plus nombreux touchant l'ensemble des travailleurs bien souvent indépendamment de leur état de santé antérieur. Éventuellement le médecin du travail prendra des décisions médicales, pourquoi pas de restrictions d'aptitudes, dans le cadre d'un consentement éclairé du travailleur.

➤ **que les soutiens d'un tel texte ne se rendent pas compte qu'à court et moyen terme ils s'exposent à l'opprobre sociale**. Car comment justifier qu'un malade atteint du SIDA ou d'un diabète ancien soit inapte à de telles fonctions du seul fait d'être victime d'une maladie !

Deux questions doivent donc être séparées :

➤ dans le cadre de l'ordre public social, **notre société doit-elle définir des critères médicaux** garantissant que jamais des citoyens présentant un danger évident pour autrui, **soient exposés à des postes de sécurité**. Si tel est le cas, une entorse à la non discrimination pour raison de santé serait acceptable. Attention, ce sont les fondements d'une société démocratique qui sont en jeu. Si la réponse est oui, les critères de définition de ces postes doivent être définis par la loi et non par des normes ou des accords d'entreprise, et les critères médicaux techniques doivent aussi être définis par des décrets qui fassent l'objet d'un débat public et contradictoire. Ainsi il y a des critères médicaux pour le permis de conduire (bien peu

construits sur des données scientifiques), ainsi il y a différents seuils d'alcoolisation à prendre en compte pour la conduite automobile. Peut-être y aura-t-il un jour des critères pour telle ou telle drogue licite ou illicite. Des seuils d'imprégnation pertinents devront être définis ; ce n'est actuellement pas le cas. Attention, les critères actuels les plus solides scientifiquement concernant le risque de perte de vigilance sont l'alcoolisation et la fatigue. Pour le reste, peu de choses sont prouvées. On ne peut de toute façon, envisager une réglementation applicable dans un secteur et pas dans un autre.

➤ Même si on répondait oui à la question précédente (évidemment avec des postes de sécurité beaucoup plus restreints), **cela nécessiterait qu'une médecine d'expertise à l'exercice des postes de sécurité soit mise en place** (comme dans l'aéronautique), dévolue à ce seul rôle. **Pourquoi ne pas faire exercer cette fonction de tri sanitaire pour des postes de sécurité par des médecins du travail ? Parce que la médecine du travail doit être construite sur un accompagnement médical exercé avec la confiance du salarié, comme tout exercice médical de première ligne.** Cette confiance est le fondement de cet exercice et est le support de la légitimité des actions médicales dans le cadre de consentement éclairé (tout le champ médico-légal des AT/MP, de l'aptitude/inaptitude, les conseils, la veille médicale, les alertes de risque psychosocial, etc.). La confiance est ainsi la condition même de l'exercice médical en médecine du travail, et toutes les décisions, sauf privation temporaire de liberté (décompensations psychopathologiques aiguës), doivent donc avoir le consentement de l'agent.

Je rajouterai que la crise du système de soins où prédomine le tout pharmacologique et technique renforce notre attention à la préservation de médecines de premières lignes ouvertes à l'accompagnement médical, au diagnostic et l'orientation, à la veille et au témoignage (médecine générale, médecine du travail, médecine scolaire). C'est la pratique clinique qui y est centrale, et en médecine du travail, la clinique médicale du travail. Rappelons que la France est le pays d'Europe où existent les plus fortes inégalités sociales de santé, et que les différences de santé sociales les plus importantes trouvent leur origine dans le travail.

Je n'ignore pas que le syndicalisme a de tous temps été fort tolérant face à des pratiques discriminantes de la médecine du travail. C'est l'ambiguïté ancienne de cette institution, initialement tout à la fois, médecine médico-légale (le débat sur l'aptitude !), et médecine réellement préventive (prévenir et dépister les altérations de la santé au travail).

L'affaire de l'amiante et les erreurs même du syndicalisme avec le CPA doivent nous inciter à une lecture critique du passé. Ne reproduisons pas avec les postes de sécurité des erreurs aussi graves de conséquence.

Constatons aujourd'hui :

- **qu'il n'y a pas de vraie réglementation pour les postes dits de sécurité ;**
- **que ce terrain est le champ libre des employeurs**

et de tout le système de normalisation (innombrables normes médicales discriminantes dans l'industrie de la lessive, des contrôles non-destructifs, de l'alimentation..., toujours prises dans l'intérêt de la production, souvent contre la santé même des personnes) ;

➤ **et surtout que l'État semble vouloir laisser faire les employeurs pour définir le droit.**

Pour ma part, je travaille depuis près de vingt ans dans l'industrie nucléaire, et j'ai participé à de nombreuses bagarres contre les discriminations de santé au nom de la sécurité et de la sûreté nucléaire :

- Contre le dépistage du VIH.
- Contre la mesure systématique à l'embauche des drogues illicites (comme à la SNCF par un labo interne). Une consommation n'a jamais prouvé une addiction, des traces de substance ne préjugent pas d'un trouble du comportement. Ces mesures ne prennent pas en compte les très nombreux médicaments ordinaires qui peuvent entraîner des troubles du comportement. Si des mesures de CDT (enzyme signant une consommation ordinaire d'alcool) étaient effectuées pour l'encadrement des entreprises, nombreux sont ceux qui seraient inaptes. En réalité, cela montrerait que ces cadres plus ou moins âgés peuvent gérer leur anxiété de façon plus ou moins conviviale avec un verre de whisky le soir. Et ils ont un savoir-faire pour ne pas travailler avec une alcoolisation notable. Les jeunes sélectionnés à l'embauche avec des traces de dérivés du cannabis ne font généralement pas autrement. Ils ont la consommation de leur âge ! et seuls les naïfs qui ne connaissent pas la rémanence des traces de consommation de quinze jours ont des tests positifs. Ce ne sont pas ceux là qui sont accrocs !
- Contre l'embrigadement des services médicaux du travail à faire des alcoolémies à la demande des CHSCT, tout en préservant le secret médical.
- Contre les groupes RH/médecins du travail, qui seraient destinés à gérer les agents ayant des comportements en écart à la norme sociale, en tout secret partagé !

Puis-je faire remarquer que les examens biologiques ne sont médicaux que par destination. Juridiquement un employeur peut faire un alcootest si c'est inscrit au règlement intérieur et justifié par rapport à des questions de sécurité. Je pense que rien n'empêcherait qu'il fasse des examens urinaires à la recherche de drogues comme aux États-Unis. Quand un examen biologique pose problème pour les libertés, le fait que le bras armé de l'examen soit médical n'a jamais été une garantie. C'est justement là qu'il faut s'inquiéter pour les libertés ! Des médecins de soins sont « requis » par la police pour les alcoolémies. Ils ne peuvent le faire s'il s'agit de leur patient. Si les médecins du travail sont requis par un éventuel RH 0409 ou son frère ailleurs !, ils ne peuvent plus être médecins du travail dans l'intérêt de la santé des agents !

C'est donc le cadre médical ou non de la prescription de l'examen qui est essentiel. **Un examen médical est un examen prescrit par un médecin pour une destination médicale définie par l'exercice de ce médecin.** Le cadre de la médecine du travail ne permet pas n'importe quoi. Et la

réglementation interdit à un médecin d'avoir deux exercices médicaux contradictoires. Simplement parce que la déontologie médicale oblige le médecin à présenter son champ d'exercice de façon claire par rapport à la personne à laquelle il s'adresse. Même les médecins d'assurances vie ou de contrôle patronal respectent ce cadre ! **Et un médecin du travail ne peut être médecin expert ou de contrôle.** Sauf à penser que ce serait le socle de leur métier (expertise et contrôle) ! Si c'est le cas, je pense que le mot d'ordre syndical devrait être la disparition de la médecine du travail car elle accompagnerait l'aliénation et l'ordre dominant et serait contradictoire avec le projet pour chacun de pouvoir « construire sa santé au travail » ce qui est le cadre de la médecine du travail.

Résumons-nous :

- **Un médecin du travail ne peut être médecin expert ou contrôleur.**
- **En toutes circonstances il est maître des ses prescriptions médicales** (qui sont médicales par destination). Il est personnellement responsable du choix d'un laboratoire qui doit avoir le statut du Code de la santé publique de laboratoire biologique d'analyse médicale. Si la chaîne de transmission des examens ne respecte pas le secret nominal, le médecin prescripteur en est responsable, et soit il doit porter plainte pour violation, soit ne pas prescrire à ce laboratoire.
- **Les critères médicaux discriminants en médecine du travail sont tous ceux qui ne résultent pas du seul intérêt de la préservation de la santé des personnes**, et qui de plus ne sont pas sous-tendus par des connaissances médicales établies, qui emploient des critères de santé différents selon l'âge des personnes, dont la prescription et la prise en compte s'imposent au médecin (c'est évident dans le RH 0409 entre les critères d'embauche et les critères ultérieurs), et qui sont contraires à l'éthique de leur profession.
- **Il n'y a aucune avancée sociale à obtenir la phrase du RH 0409, que « le médecin se prononcera au cas par cas » devant la liste des conditions d'aptitude physiques. Si ce n'était pas le cas il y aurait entrave à l'indépendance médicale !** Mais d'avoir une telle liste de maladies dans l'annexe 2, est par contre un moyen de pression très subtil à l'encontre des médecins du travail, et encadre de fait leur exercice. En tout état de cause, depuis toujours et sans liste de pathologies opposables, les décisions médicales sont jugées en fonction de la professionnalité de l'acte médical effectué, et de la non entrave aux moyens nécessaires pour prendre une décision ? Responsabilité de moyens et non de résultats, et j'ajouterai que les médecins du travail devraient répondre de l'emploi de moyens inadéquats ou discriminants.

La base de ce qu'on appelle le contrôle social de la médecine du travail par les représentants des salariés, est de faire respecter en toutes circonstances un cadre d'exercice du médecin du travail dans l'intérêt de la santé indi-

viduelle et collective des salariés, et de lutter contre les discriminations par la santé et la sélection idéologique des hommes pour le travail. C'est d'adapter le travail à l'homme qu'il s'agit !

Plus au fond, et c'est ce qui me motive, le RH 0409 stipule que l'examen d'embauche a pour seul objet de déterminer si le candidat est médicalement apte à accomplir un service régulier dans les emplois de la spécialité pour laquelle il postule, notamment pour les emplois nécessitant une habilitation à l'exercice des fonctions de sécurité sur le réseau.

Je n'ignore pas que dans certaines entreprises à statut comme pour la fonction publique, il y a les examens d'embauche (SNCF, RATP, ce n'est pas le cas à EDF). Dans la fonction publique c'est un médecin expert qui se prononce sur des critères discriminants, eugéniques, qui ne résisteraient pas aujourd'hui à une confrontation avec la loi régissant les discriminations par la santé (les obèses, la sclérose en plaque).

Le problème c'est que le RH 0409 est pris au vu du décret du 28 juillet 2004 sur la médecine du travail, et que ce texte n'autorise pas les médecins du travail à faire des visites d'embauche, mais seulement d'embauche pour un poste nommément désigné. Dans ce dernier cadre, un médecin s'il fait des restrictions doit pouvoir les justifier et faire alors des propositions alternatives. Il y a donc une alternative à l'embauche par l'embauche à un poste qui préserve le droit des agents (c'est l'objet d'une négociation j'imagine !).

Mais quand je lis que cet examen a pour seul objet – je traduis maintenant – d'être prédictif pour tout événement de santé en échange d'un statut (ce qui est illusoire, impossible, infondé et eugénique, et vise à sélectionner selon l'état de santé pour les postes de sécurité), **je ne peux m'empêcher de penser à la transcription de ce texte pour toutes les entreprises françaises qui auraient des postes de sécurité, et en première intention en Centrale nucléaire où je travaille. Trente pour cent des travailleurs seront inaptes à l'embauche, trente pour cent devront cesser immédiatement de travailler (il ne s'agit que d'activités de Conduite de Process ou de Maintenance).** Et j'ai assez d'expérience pour penser que ces travailleurs, non seulement ne sont pas dangereux pour autrui, mais que leur expérience en fait un facteur de sûreté. Et cette position professionnelle n'est tellement pas idéologique, que j'atteste de cela régulièrement sur des certificats en engageant ma responsabilité personnelle !

Oui, ce qui se joue dans le texte de la SNCF concerne toutes les entreprises françaises.

Oui, même dans l'hypothèse où je me tromperais sur tout, cela mériterait un vrai débat démocratique interne et externe à cette entreprise.

Malheureusement je me dois de constater que le RH 0409 est un texte eugénique, comme l'était le PS 24B.

Dominique HUEZ

APTITUDE SÉCURITAIRE

Compte rendu des débats

de la Journée de Printemps de l'Ass. SMT du 18 mars 2006

La sécurité est une question d'Ordre public social. Ce n'est pas l'affaire de médecins. L'affaire des médecins est la préservation de la santé.

L'aptitude sécuritaire est avant tout une technique politique qui évite à l'État de légiférer sur les postes de sécurité, d'une part, et qui lui évite d'assumer la responsabilité d'assurer une surveillance du respect de normes de sécurité (exemple la conduite avec un certain niveau d'alcoolémie⁽¹⁾) faute de s'en donner les moyens, d'autre part.

Ce n'est pas une solution aux questions de santé.

En revanche, cela permet aux employeurs de se substituer à l'État au nom d'une certaine forme de la représentation du travail qualifié de « sécurisé », notion qui entrerait tout à fait dans certains critères de qualité. Ce sont donc les médecins du travail qui seront chargés de vérifier la conformité des salariés aux différentes normes « sécurisantes » édictées par diverses sources et textes. Serait ainsi réalisée une double impression de sécurité : par l'assurance du respect de ces normes et par la caution médicale qui peut donner l'illusion d'un renforcement de sécurité.

C'est actuellement ce qui se prépare : édicter des normes partout et demander à des médecins de les appliquer ou de vérifier que les salariés y sont conformes. C'est une sorte de retour de l'adaptation de l'homme au travail, mais pour de vraies bonnes raisons, des raisons collectives : éviter les accidents pour le bien de tous !

Ne doit-on pas se préparer à réagir ?

EXEMPLES

L'épilepsie va apparaître comme un critère d'exclusion à l'embauche de certains postes de travail appelés « de sécurité » – il y en aura de plus en plus. Le médecin reçoit en consultation d'embauche un salarié épileptique qui doit faire un travail « à responsabilité » sur chantiers « dangereux ». L'épilepsie est bien stabilisée, bien contrôlée, les antécé-
.....

1- Puisqu'il est démontré des « taux légaux d'alcoolémie » de 0,20 g/l à 0,50 g/l sont retrouvés chez 50 % des accidents de circulation.

dents de crises sont anciens et les crises étaient survenues dans des circonstances bien précisées et particulières. Le médecin, qui connaît le travail auquel le salarié doit être affecté, ne donne aucune précision autre que « doit faire les horaires normaux » ; en toute tranquillité. Quelques mois plus tard, le salarié fait une crise sur le chantier. Il venait de faire vingt heures de travail d'affilée.

Faut-il accepter de telles discriminations au nom de la possibilité de telles utilisations de la personne ?

À l'inverse, le médecin voit pour la première fois un salarié de 65 ans, chauffeur de Transport en Commun, faisant du ramassage scolaire. Il est obèse, un peu hypertendu traité, appareillé pour un syndrome d'apnée du sommeil. Le médecin investigate à fond santé et travail : il a été conducteur poids lourds pendant toute sa vie, connaît ses signes d'endormissement, il va travailler à temps partiel entre 6 h 30 et 8 h 30 puis de 16 h à 19 h. Il ne conduit donc jamais après le déjeuner et peut faire une sieste réparatrice, il ne conduira jamais la nuit et jamais sur autoroute. Le médecin du travail, en toute tranquillité, laisse ce chauffeur continuer ce travail. Il le revoit quelques mois plus tard en visite de reprise suite à un arrêt maladie. Une légère déviation de l'hémiface lui fait comprendre tout de suite ce qui s'est passé. Durant ses vacances, il a fait un AVC. Le médecin n'aura pas besoin de normes pour gérer le retrait du poste de travail.

Dans les cas qui ressemblent à ce dernier, on sait que les salariés ne veulent tuer personne, eux-mêmes expriment leur incertitude sur leur capacité à continuer ou pas. Il y a alors tout un travail de préparation à la sortie. Ce n'est pas une sélection.

OBJECTIONS

Mais, même pour un certain nombre de salariés, de syndicalistes, l'idée qu'il y a des gens dangereux et très répandue et très ancrée. Et pour eux, il va de soi que ce sont les médecins qui doivent faire l'écémage et la sélection. Cela est vrai d'ailleurs pour beaucoup de médecins pour la raison suivante, toujours avancée : « Et si quelqu'un qu'on aura

laissé travailler a un accident ? Avec la judiciarisation actuelle ? »

COMMENT RÉPONDRE

D'abord, discriminer, trier, n'est pas un métier de médecin, ce n'est pas une pratique professionnelle. Sauf pour la médecine de contrôle (assurance, délivrance de permis...) qui est très bien encadrée par le Code de déontologie. Ensuite, la variabilité intra et inter individuelle pourrait alors être une véritable machine à exclure.

Penser que la maîtrise complète (ou tout au moins, l'impression de...) est possible est une utopie. Accepter de répondre à ces pratiques de sélection est sans doute quelque chose qui est une réponse, à la fois, à une sorte d'impression de toute puissance et de peur mêlée (peur de l'accident). Mais lorsqu'on a peur, on ne pense pas ce qu'on fait. Le pendant à la peur est l'établissement de règles de métier sur ce sujet.

DES RÈGLES DE MÉTIER

Nous pourrions nous appuyer sur les quatre points suivants :

- **NOUS FAISONS DES RMO.** Il s'agirait d'argumentaires s'appuyant sur les connaissances scientifiques. La méconnaissance des données scientifiques sur les risques explique la peur qui pousse les médecins à céder à une sélection s'appuyant sur des états de santé.
- **UN POINT POLITIQUE MAJEUR.** Un médecin doit-il prendre en compte les sur-risques professionnels ? Par exemple, être vieux est un sur-risque. Faudra-t-il éliminer certains vieux de certains postes exigeant, au hasard,

un bon équilibre ? (en référence aux modifications de postures avec l'avancée en âge). Faut-il laisser exposé à un CMR multipliant par dix le risque d'apparition d'un cancer les personnes qui ont un risque individuel de cancer multiplié par cent ? Dans ce cas, il faut éliminer tous les jeunes.

- **NOUS LANÇONS-NOUS** ou pas sur les cas où l'État se prépare à légiférer sur les postes de sécurité, sachant que l'abstention est délictueuse ?
- **COMMENT S'EN SORT-ON** par rapport au juridique pur ?

Il nous faudra absolument tracer dans le dossier médical tout ce qui étaye notre décision : le cursus, l'histoire de la maladie, son suivi, son stade... tout. Et au bout du compte, en synthèse, on légitimera la décision. Il s'agira d'une décision tracée.

Cela représentera ce qui nous permet de nous affirmer comme spécialistes, spécialistes de ce que nous instruisons. Cela évite l'apparition de la peur qui nous rend automate ; posture à l'envers, on pense ce qu'on fait.

À ce sujet, ce qui est paradoxal, c'est que ne pas prévenir la communauté de l'existence d'un risque psycho-social fait moins peur. Pourquoi ? Parce que les directions ne le demandent pas ? Parce que là, on ne nous trouve pas experts ? Alors pourquoi le serions-nous dans le domaine de la sécurité ?

En fait, les zones où il faut prendre des décisions ne sont pas celles qu'on croît.

Fabienne BARDOT, rapporteur

BIBLIOGRAPHIE

Quelques lectures choisies par Fabienne BARDOT

HERVIER-JEGOU Florence, 2006, *Place de l'examen physique en santé au travail (dans l'approche clinique des médecins du travail)*, Mémoire DES de médecine du travail.

JOBIN Paul, 2006, *Maladies industrielles et renouveau syndical au Japon* – Editions de l'École des Hautes-Études en Sciences sociales.

MOLINIER Pascale, 2006, *Les enjeux psychiques du travail*, Editions Payot & Rivages.

MOLINIER Pascale, *Psychodynamique et identité sexuelle*, Atelier national de reproduction des thèses.

VIGARELLO Georges, 1993, *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge* – Editions du Seuil.

VOLKOFF Serge (coordinateur), 2005, *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions et pièges* – Editions Octares.

LITTÉRATURE GRISÉ

L'évolution psychiatrique, *Victimes*, octobre-décembre 2002, volume 67, n°4 –Editions Elsevier.

PLAINTES DES EMPLOYEURS CONTRE LES MÉDECINS DU TRAVAIL POUR UNE DÉONTOLOGIE DES JURIDICTIONS DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Déjà, en 2002, les employeurs avaient, à plusieurs reprises, en particulier en région Rhône Alpes, saisi les instances ordinaires pour faire pression sur les médecins du travail, les accusant d'atteintes au secret médical(1). En fait, en jouant sur le fait que le secret médical et le secret de fabrique sont regroupés dans le nouveau Code pénal sous l'appellation de secret professionnel, des plaintes avaient été déposées auprès des instances de l'Ordre des médecins. Bien que les médecins aient été acquittés par les juridictions ordinaires, il nous avait paru troublant que les plaintes aient été reçues. En effet, le secret médical dont traite l'article 4 du Code de déontologie médicale (CDM) est un engagement vis-à-vis du patient, or les employeurs ne sont en rien des patients. Il nous paraissait que la juridiction ordinaire, en référence aux articles 71, 83, 95, 96 et 97 du CDM aurait du déclarer la plainte irrecevable, évitant ainsi de se substituer aux juridictions pénales compétentes.

Cette stratégie continue à être utilisée sans grand succès les médecins étant régulièrement relaxés. Depuis deux ans, de

.....

1- Voir *Cahiers du SMT*, N°17, Alain CARRE, Dominique HUEZ, « Le secret médical en médecine du travail : secret médical et secret de fabrique », 2002

2- Art. 24. - Sont interdits au médecin :

- > tout acte de nature à procurer au patient un avantage matériel injustifié ou illicite ;
- > toute ristourne en argent ou en nature, toute commission à quelque personne que ce soit ;
- > en dehors des conditions fixées par l'article L.365-1 du Code de la santé publique, la sollicitation ou l'acceptation d'un avantage en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, pour une prescription ou un acte médical quelconque.

nouvelles plaintes d'employeurs ont été effectuées auprès de Conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Ces plaintes mettent en question des décisions d'inaptitude et accusent des médecins du travail d'avoir contrevenu aux articles 24 et 28 du CDM(2), c'est-à-dire, le plus souvent, d'avoir été complaisant avec le salarié en le déclarant inapte à son poste de travail ou inapte à tout poste dans l'entreprise.

C'est dans la région nantaise qu'a été initié ce type de pratiques qui sont aussi advenues en Ile-de-France, dans le Nord-Pas de Calais et en région Rhône-Alpes. Dans la majorité des cas, le Conseil départemental de l'Ordre des médecins a transmis la plainte. Dans les trois premiers cas la plainte a été instruite et jugée par les juridictions régionales qui, à Nantes et à Paris, ont acquitté les médecins. À Lille, le médecin a été condamné par l'instance régionale, et acquitté en appel national. Le Conseil départemental du Rhône a proposé à un médecin du travail une « conciliation » avec l'employeur mécontent et devant le refus du médecin, a transmis la plainte de l'employeur. Dans un autre cas, le même conseil a déclaré non recevable une plainte de nature proche.

Ces faits mettent en lumière certaines pratiques des Conseils de l'Ordre des médecins en matière de plainte des employeurs contre les médecins du travail. L'Ordre des médecins définit ainsi son rôle juridictionnel : « *Le législateur a voulu que les médecins puissent être jugés et éventuellement sanctionnés par leurs pairs connaissant bien les problèmes soulevés par les malades ou par l'exercice de la pro-*

.....

Art. 28. - La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.

fession, Le rôle juridictionnel s'exerce par l'intermédiaire des conseils régionaux en première instance, et en appel par la Section disciplinaire du Conseil National, présidée par un Conseiller d'État, membre de l'Ordre. Ce pouvoir résulte des dispositions du code de la santé publique ; il est contrôlé en ce qui concerne la légalité de ses décisions par le Conseil d'État, instance de cassation. »

Une juridiction professionnelle ne saurait toutefois se substituer à une autre juridiction de nature publique ayant pouvoir de juger l'acte considéré. Son intervention est limitée aux griefs professionnels recevables. Ce sont ces deux aspects qui nous paraissent devoir être l'objet de notre examen, du point de vue de l'exercice de la médecine du travail.

Nous examinerons successivement :

- Le statut des employeurs vis-à-vis de l'Ordre des Médecins.
- La recevabilité des plaintes d'employeurs par les juridictions ordinales.

« Toute personne peut porter plainte contre un médecin devant l'Ordre. »(3). Un employeur peut ainsi déposer une plainte devant un Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Toutefois, un employeur n'est pas un usager du système de santé. En effet l'article L.241-1 du Code du travail (CDT) précise que les services de santé au travail sont organisés par les employeurs. Organisateur du système de santé l'employeur ne peut en être l'usager. Même vis-à-vis d'un service interentreprises, il est adhérent et donc participe à son entretien mais ne rémunère pas un service. Les risques pour la santé des véritables usagers du système, c'est-à-dire les salariés existent du fait de sa responsabilité d'entrepreneur.

C'est lui qui peut faire pression sur l'indépendance du médecin du travail, lui refuser les moyens de son exercice. C'est donc avec la plus grande circonspection que devraient être instruites les plaintes des employeurs par les juridictions de l'Ordre.

Effet de nombre, il est très rare que les médecins du travail soient représentés dans les juridictions de l'Ordre. La spécificité de leur exercice, les potentialités conflictuelles qu'il recèle ne sont pas complètement maîtrisées par les médecins libéraux en majorité élus. Plus délicat, ce sont souvent, eux-mêmes, des employeurs. Ni usager du système de santé, ni confrère, générateur de risques pour la santé, l'employeur ne devrait pas pouvoir utiliser ce recours. Dès lors qu'il le peut, sa plainte doit être examinée avec un regard qui prenne en compte la motivation à porter plainte dans ce contexte.

La tentative de conciliation du Conseil départemental qui « a un pouvoir de conciliation à l'occasion des litiges nés entre malades et médecins (article L.4123-2 du Code de la santé publique), entre médecins eux-mêmes (article 56 du Code de déontologie médicale), entre médecins et administration » ne peut s'appliquer à ce cas particulier dans la

.....

3- Commentaire de l'article 1 du CDM, site du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les passages en italiques dans ce texte font référence à des publications du CNOM.

mesure où cela ne relève pas de ses prérogatives explicites et du fait de la relation dissymétrique entre les parties dont l'une, le médecin, est un salarié subordonné de l'autre, l'employeur. Seul un Conseil prud'homal est à même d'organiser licitement cette conciliation.

Si un employeur utilise les juridictions de l'Ordre pour contester l'avis d'inaptitude du médecin du travail, c'est précisément parce qu'il estime que sa contestation est sans fondement technique réglementairement recevable.

En effet, l'article L.241-10-1 du CDT(4) lui permet de requérir l'arbitrage de l'inspecteur du travail qui s'appuie sur l'avis du Médecin inspecteur du travail. S'il estime devoir contester l'arbitrage, il peut saisir soit l'autorité ministérielle, soit le tribunal administratif. Enfin, il peut se pourvoir en Conseil d'État. Si sa contestation était fondée il aurait utilisé la voie réglementaire qui lui est offerte. L'employeur n'ignore pas qu'en fin de compte sa demande va être rejetée et le médecin acquitté.

Son dessein est ici triple :

- Occulter la question de fond : celle de la santé du salarié en déplaçant la nature du désaccord qui porte non sur la décision du médecin mais, en fait, sur l'absence de capacité de l'entreprise en matière de reclassement.
- Faire payer au médecin son indépendance professionnelle et son souci exclusif de la santé du salarié, en tentant de le disqualifier non pas sur son exercice de la médecine du travail mais sur sa qualité de médecin,
- Faire pression sur les autres médecins du travail en agitant l'épouvantail de la justice ordinale.

Même si, « En matière disciplinaire, le Conseil départemental n'a pas de pouvoir de décision, mais il est habilité à saisir la juridiction ordinale soit de sa propre initiative, soit à la suite d'une plainte qu'il doit obligatoirement transmettre avec avis motivé au conseil régional (article L.4123-2 du Code de la santé publique) », il peut juger la plainte non recevable et ne pas la transmettre au Conseil régional. En cas de carence, l'article L.4123-2 du Code de la santé publique précise que le plaignant peut saisir le Conseil national de l'Ordre, lequel doit saisir, sous un mois, la juridiction régionale concernée.

S'il veut éviter la carence, reste la possibilité au Conseil départemental de transmettre la plainte avec un avis motivé d'irrecevabilité.

L'une ou l'autre de ces possibilités devrait être employée de façon systématique, si la plainte concerne un avis d'inaptitude dès lors que :

.....

4- Article L.241-10-1 : « Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs. Le chef d'entreprise est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. En cas de difficulté ou de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur du travail. »

- l'arbitrage prévu à l'article R.241-10-1 n'a pas été utilisé par l'employeur,
- cet arbitrage lui a été défavorable.

Les membres d'un Conseil départemental qui ne suivrait pas cette conduite ne pourraient-ils pas se voir reprocher d'atteindre à la confraternité ? Les membres d'une juridiction régionale qui condamnerait une de leur consœur ou un de leur confrère dans ces conditions ne se substitueraient-ils pas, sans légitimité, au seul avis technique licite en matière d'inaptitude, celui du médecin inspecteur du travail et de la main d'œuvre ?

Par là même ne s'agirait-il pas d'un mésusage de l'autorité conférée par la loi à la juridiction ordinaire et, comme tel, pouvant justifier une mise en responsabilité judiciaire ?

Dès lors que la plainte serait rejetée ou si, contrairement à notre suggestion, le médecin du travail subissait la procédure et était acquitté, il pourrait légitimement déposer une plainte pour diffamation et entrave à l'exercice contre l'employeur.

Alain CARRE

MÉDECINE DU TRAVAIL

ESPACE POLITIQUE DE LA SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

*Compte rendu des débats
du Congrès de l'Ass. SMT, 3 et 4 décembre 2005*

La santé publique a pour objectif de médicaliser les faits sociaux. Est-elle rationnelle ou instrument à la disposition du politique ?

Jusqu'au Plan Santé Travail Environnement 2005-2009, la santé au travail n'était pas un thème de santé publique ; elle n'avait pas fait l'objet de prise de position des gouvernements. À ce jour, la santé publique ne rend pas publique la santé au travail, qui ne gagnait donc pas à y être incluse. Si la santé au travail entrait effectivement dans la santé publique, se poseraient alors les vraies questions politiques.

Trois facteurs rendent difficile la perception des questions de santé au travail

- L'individualisation : c'est-à-dire les mécanismes de défense individuelle, conséquence d'une nouvelle gestion du travail. On s'intéresse à l'être plutôt qu'au faire.
- Les conditions de travail : l'environnement et l'organisation du travail. L'organisation du travail constitue une question majeure qui touche immédiatement la question politique. La dynamique est faible sur ces questions.
- La centralité du travail, ses liens avec l'organisation du travail, est encore mal perçue. Pourtant, on peut en mesurer les effets (les TMS par exemple).

Les personnes perçoivent les effets délétères sur la santé, les connaissances existent mais il n'y a pas de vision collective et de référentiel de connaissance. Les alternatives sont diffi-

ciles à construire ; il faut mettre en visibilité ce qui est vécu et pensé de façon trop individuelle avec comme risques deux pièges :

- la victimisation avec demande de réparation ;
- la « psychologisation ».

Les positions prises par les CPAM (économies par diminution des prescriptions des indemnités journalières) qui entraînent une reprise du travail prématurée ou débouchent sur une inaptitude définitive occasionnant de gros dégâts, ajoutent une difficulté supplémentaire.

Mais le problème de la santé au travail peut être porteur. Comment l'aborder ? Par des questionnaires sur les risques psychosociaux, à systématiser auprès des salariés, comme dans l'enquête SUMER. Ce type de questionnaire (KARASEK et SIEGRIST) permet aux médecins du travail qui n'ont pas eu de formation en psychodynamique du travail et en ergonomie d'aborder ces questions.

Ces questionnaires permettent d'objectiver des difficultés pour mettre en débat dans l'entreprise. C'est donc une approche à la fois collective et objective.

La capacité descriptive par le questionnaire est réelle mais on reste au niveau de la souffrance des salariés et de leurs représentants, sans passer au stade ultérieur pour lequel nous n'avons pas de recette. Décrire, c'est bien, mais ce n'est pas suffisant.

Accéder au sens, constitue la deuxième étape et peut ouvrir des pistes. Il faut ouvrir une réflexion pour accéder au sens par l'intermédiaire des opérateurs au niveau individuel et collectif. Il s'agit de valider socialement par des résultats non réfutables.

En ce qui concerne la santé mentale, par l'analyse du travail lui-même et la pathologie mentale, on devrait pouvoir objectiver la souffrance de manière précise (type DSM4). Il faudrait distinguer la souffrance faisant partie de la vie « normale » et celle qui peut relever de la santé mentale. La fiche d'entreprise élaborée par le médecin du travail est un espace pour dire les choses.

Deux questions se posent : celle de l'identification des risques et celle de la gestion des risques.

On peut s'emparer des questions cliniques, produire des chiffres en commun et les commenter. Ces chiffres essayent d'entraîner les collègues sur le qualitatif. Il faudrait pouvoir analyser des maladies telles les paranoïas professionnelles, des décompensations, des dépressions d'origine professionnelle, avec un langage commun.

Pour recueillir les indicateurs chiffrés, il y a peu de difficultés, mais pour passer au sens, par exemple veille médicale ou risques psychosociaux, il y a difficultés. C'est ce passage qui pose problème. L'action citoyenne serait de dépasser cela.

Deux enquêtes de psychodynamique du travail ont créé des mouvements se focalisant sur la souffrance au travail. Les chiffres permettent de donner une conclusion politique. Causes, raisons et conséquences donnent une photographie du système.

Le CHSCT permet la restitution des travaux. Par là on peut alerter l'employeur sur les risques de probabilité d'une maladie mentale (nombre de personnes sous stress, risques d'infarctus). Si le risque est objectivé cela prendra de l'importance surtout si on peut le corréliser avec l'absentéisme.

La question de la santé publique, c'est l'ordre public des corps, c'est une catégorisation des choses. La santé au travail est du côté de la créativité, de la possibilité d'être acteur au niveau de son travail et donc sort de l'aspect normatif de la santé publique. Il y a un risque à rentrer dans une catégorisation, risque si apporter du sens, c'est seulement lutter pour la reconnaissance

La possibilité de faire le lien entre la singularité et le collectif permet la modification des points de vue. La modification du point de vue est plus importante que le sens.

Nous produisons des chiffres dans le champ scientifique, puis nous y accolons des monographies cliniques (enquête SAMOTRA-CE).

Sur la question du sens, il y a deux choses : le sens pour le sujet, et la compréhension collective des événements.

De quoi sommes-nous responsables comme professionnels et comme citoyens ? Comment mettre en visibilité à l'interne et à l'externe les risques pour la santé. La question de l'externe n'est pas que dans le chiffre (les travaux de

VILLERME ont mis longtemps à déboucher et ce qui a été négocié a été le minimum).

Nous ne nous sommes pas des gestionnaires des risques mais est-ce que nous ne devrions pas, comme collectif, tenir des positions collectives par rapport à la sélection, en prenant position dans l'espace externe (directive SNCF et aptitude sécuritaire par exemple).

Ce qui compte, c'est le sens qu'en donnent les gens, qu'ils discutent, qu'ils ouvrent des marges de pensées. Les gens pâtissent de l'intériorisation de leur souffrance, de leur atomisation.

Pour certains, il y a plus de nuances sur ce qu'est la santé publique, la santé publique n'est pas que normative. Elle offre des ouvertures sur le déni social et sur la santé au travail et permet des questionnements à l'extérieur : le monde du travail devient un lieu possible d'atteinte à la santé.

Par exemple au niveau syndical la question de la souffrance au travail est abordée, la médiatisation des TMS a été intéressante.

On discute aujourd'hui des cancers professionnels, c'est devenu une réalité. En 1980, il n'y avait que des convaincus pour reconnaître que 8 à 10 % des cancers étaient liés au travail.

Le but de la santé publique est d'améliorer la santé globale de la population. Cela va se faire autour des analyses des problèmes de santé par le biais d'une dynamique communautaire.

Une population en bonne santé est capable de prendre en main sa propre vie. Pour le travail, il en est de même. Si l'individu peut prendre en charge son rythme, son travail, etc., il sera en meilleur état de santé. C'est par ce biais-là que l'on peut animer les choses plutôt qu'expérimenter les choses. On a un point de vue que l'on peut partager avec d'autres ; les syndicats et le monde extérieur. Ceci nécessite un niveau de connaissance sur l'environnement

Pour le médecin du travail il y a un paradoxe. Il doit s'occuper des plans santé et on lui impose une visite tous les deux ans.

En entreprise on ne fera pas émerger la souffrance au travail au niveau du CHSCT, cette parole à du mal à passer. À l'extérieur, au niveau de l'espace public il n'y a pas eu d'écho non plus.

Le mot espace public est trop vaste. À qui s'adresser ? Aux hommes politiques en général ? Ou à un espace plus restreint ?

En plus, cette mise en visibilité est-elle efficace ? La question des risques politiques se distingue de la question des risques dans l'entreprise. Quels sont les acteurs de la gestion des risques et des atteintes à la santé ?

Pour l'amiante, de nombreux articles ont été publiés avec peu de changements dans le fonctionnement des entreprises.

En ce qui concerne les CMR, on élabore de nombreux plans de santé, plutôt des paravents derrière lesquels on se retrans-

che. Il n'y a aucune marge de prévention pour les atteintes à la santé.

Le gouvernement met en place un plan santé au travail et un plan santé-environnement, mais n'a mis aucun moyen en face. Le pouvoir politique s'oppose à REACH.

Les employeurs s'intéressent aux chiffres, pas à la subjectivité.

Les questions sont :

- Qu'est-ce qui fait bouger les syndicats ?
- Peut-on se réaliser dans le travail ?
- Quel sens peut-on donner au travail ?

Comment pouvons-nous nous y inscrire ? Est-il suffisant de mettre les choses en visibilité ? Certes non. Nous ne sommes pas dans une période favorable (voir l'attaque contre les médecins du travail par les avocats des employeurs).

Il y a une différence entre expertise et décision. L'expertise doit être collective (médecin, usagers et employeur). L'expertise apporte des éléments, les décideurs pensent et prennent ce qu'ils veulent. La santé publique prend une partie de l'expertise et l'applique éventuellement.

Nous devons mettre en visibilité ce que nous apprenons au cabinet de consultation, saisir la santé publique à propos des études épidémiologiques, par exemple sur les CMR, la parcellisation de la vie professionnelle, la santé mentale.

Nous sommes régulateurs sociaux et experts. Nous n'avons pas perdu notre temps, sur les thèmes qui nous sont chers : précarisation et risques psychosociaux. Aujourd'hui la genèse des maladies progresse. Nous ciblons la question politique dans l'entreprise.

Si nous sommes sur le domaine de l'inégalité sociale, nous devrions peser sur une autre médecine qui est loin de celle d'aujourd'hui. Le système de soins actuel est loin d'appréhender ces questions.

Nous devons faire comprendre aux professionnels de santé que la question de la santé au travail est fondamentale et primordiale. L'inquiétude, c'est que dans les dix ans à venir, le nombre de médecins du travail va diminuer. D'ici là, il faudrait construire une autre médecine, une autre clinique, d'autres pratiques adaptées à la société dans laquelle on vit. Il nous faut construire des ponts avec la médecine de soins et plus particulièrement certaines spécialités.

Nous participons à des objectivations, à des constructions des connaissances, qui n'ont rien à voir avec les études épidémiologiques. Ces dernières ne peuvent valider que des constructions faites.

Comme professionnels, construire des connaissances est obligatoire, ce qui est différent de la santé publique. L'épidémiologie a d'énormes limites et dix ans de retard sur la clinique.

Concernant les légionelloses, on privilégie « les thèmes de santé au travail ». On sera toujours insatisfait : on parle des légionelloses mais on ne parle pas des cancers, des radiations ionisantes en lien avec la précarité. On sait « les inéga-

lités sociales de santé ». Comment s'allier avec des humanitaires ?

Comment faire pour « libérer les acteurs pour qu'ils reprennent leurs affaires en main » ? Attention, on est loin du mécanisme de preuves à l'anglaise, l'*evidence-based-medicine*, qui ne peut rendre compte du rapport des personnes au risque. Nous devons « désenchaîner » les questions.

Nous sommes obligés d'agir avec des connaissances constituées pour agir et transformer le travail.

On s'adresse à des acteurs sociaux et on travaille avec les mouvements sociaux.

L'histoire de l'amiante ne peut servir de modèle ; les connaissances étaient construites et pourtant, il a fallu un accident historique pour que l'affaire sorte.

Notre projet est de libérer des acteurs pour prendre les choses en mains, il s'agit de remettre en processus d'acteurs les personnes les plus malmenées. Il y a à construire des règles de métier.

Tout cela a à voir avec la politique actuelle. Pourquoi ne pas s'inviter dans le débat pour une alternative avec le libéralisme, peser dans les choix politiques ?

Comment rendre visible ? Comment réintroduire dans le système de santé, l'influence du travail. Pour les médecins généralistes, il y a des conséquences de la minimalisation des arrêts de travail. Comment empêcher les médecins-conseils de devenir des médecins contrôleurs au service exclusif du patronat ?

On a du chemin à faire pour que tout médecin se pose la question : quelle est la part du travail dans cette pathologie ? On aura du mal à faire entendre la question de la centralité du travail dans les questions de santé

Nous sommes indépendants par définition mais on cherche à y porter atteinte. Que faisons-nous ? Rien. Un procès verbal d'un inspecteur du travail n'est pas suivi d'effet. Le MEDEF a porté plainte contre les médecins du travail devant le Conseil de l'ordre des médecins, suite à des inaptitudes. Il s'agit d'une stratégie de déstabilisation des Médecins du travail. Certains ont reçu un avertissement, d'autres ont eu une suspension d'un mois. D'autres font appel au CNOM. Les médecins du travail concernés doivent se défendre contre de telles attaques :

- en portant plainte auprès de l'inspection du travail ;
- en portant plainte auprès du procureur de la République.

Il faut obtenir que l'Ordre des médecins soit jugé comme complice de délit d'entrave de l'application des lois de la République en l'occurrence, le Code du travail et son article L.241-10-1.

Le combat sera gagné quand les Ordres refuseront de se saisir de telles plaintes et considéreront qu'un employeur n'est pas un patient dans le cadre de ses relations avec le médecin du travail.

Jean-Marie EBER, Annie DEVEAUX, rapporteurs

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)

Ce Cahier n°21 m'a intéressé(e) :

- **Je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je verse 15 € pour ce Cahier et pour la réservation du Cahier n°22 (à paraître courant 2007)**
- **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**

SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ AU TRAVAIL : QUELLE ARTICULATION ?

Parmi la soixantaine de définitions de la santé publique, la plus fréquemment retrouvée dans la littérature est celle de Charles Edward WINSLOW : « *La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé.* » (FASSIN, 2004)

La santé publique s'adresse à des collectivités dans le cadre de dispositifs publics. La santé publique se préoccupe de la santé et non de la maladie.

D'un point de vue généalogique, c'est à l'antiquité gréco-romaine qu'il faut remonter pour en découvrir la naissance et pour analyser les divers ressorts qui justifient et qui expliquent son évolution. Grâce à la médecine clinique d'HIPPOCRATE, ce sont les grecs qui ont produit les avancées les plus spectaculaires dans le domaine de la connaissance du corps et des maladies, mais ce sont les romains qui, héritant de la culture grecque, reprirent leur vision de la médecine et de la santé en organisant des services de soins aux plus pauvres et en construisant des systèmes d'assainissement exemplaires.

Connaissances d'un côté et croissance démographique des villes de l'autre, mais aussi raison politique qui s'appuie sur une volonté de bien-être des populations, renforçant un pouvoir régalien d'un pouvoir pastoral, ont été les trois piliers qui ont permis l'essor de la santé publique. Donc, la santé publique, s'appuyant toujours sur un savoir, est aussi toujours un pouvoir.

Dans l'Europe moderne, une des premières structures de santé publique fut créée date de la grande épidémie de peste de 1347 qui décima le tiers de l'Europe. L'épidémie arriva à Marseille en novembre 1347 par trois galères génoises contaminées. En janvier 1348, la peste atteint Avignon et, en août de la même année, Paris est touché (VIGARELLO, 1993). Les premiers conseils de santé apparurent alors en Italie du Nord qui mirent en place par, exemple, des systè-

mes d'isolement. Par la suite, à partir du milieu du xv^{ème} siècle, des registres de décès apparurent.

Et, pour qui reprendrait toutes les chroniques de l'histoire de la santé publique en Europe depuis les grandes épidémies, il apparaîtrait toujours que, dans cette histoire sanitaire, l'expertise médicale est toujours au service du pouvoir politique.

Mais, à partir du xviii^{ème} siècle, se profile un champ de connaissance particulier qui se démarque d'une médecine clinique, médecine clinique qui ne rend compte que de phénomènes naturels délétères que sont les épidémies ; on appelle alors ce nouveau champ de connaissance « hygiène publique ».

Le savoir de l'hygiéniste repose sur la science des chiffres, à savoir, la statistique ; il s'ajoute aux constats de la médecine expérimentale, de la médecine d'observation et de classification des maladies. Comme l'écrit Didier FASSIN, « *Science des chiffres et science de l'Etat, la statistique est au cœur du projet sanitaire moderne* ».

L'un des hygiénistes les plus connus, et qui était un médecin, Louis-René VILLERMÉ, démontre et dénonce en 1828 les inégalités sociales de mortalité qui, à Paris, étaient liées au degré de pauvreté, et, en 1840 les inégalités d'espérance de vie qui, dans les manufactures de coton des industries de l'est de la France, étaient liées aux conditions de travail, au travail des enfants et à l'indigence des salaires (VILLERMÉ, 1840). En décomptant les morts et leur jeune âge, la statistique moralisatrice a pour ambition de promouvoir une hygiène qui « *aspire à perfectionner la nature humaine en général* », comme l'exprime CABANIS.

Les hygiénistes sont les premiers à mettre en relation morbidité-mortalité et travail à l'échelle populationnelle. Les hygiénistes décrivent donc une réalité sociale qu'ils transforment en problème médical, obligeant l'autorité politique à intervenir par la voie de l'action de santé publique. Par exemple, à la fin du xix^{ème} siècle, le travail des enfants commence à être réglementé (LE GOFF, 2004), et en 1892, le travail de nuit des femmes est interdit. Dans le premier cas, l'opposition farouche des industriels ainsi que celle des familles ouvrières, ont fait que plusieurs dizaines d'années s'écoulaient après les premières alertes de VILLERMÉ ; dans le deuxième cas, ce n'est pas un souci de protection des fem-

mes qui a motivé l'émergence de la loi publique, mais les conséquences désastreuses de leur excès de fatigue causant, dans les chemins de fer, de nombreux accidents mortels par défaut de régulation des barrières de passage (LE BRAS-CHOPARD, 2004).

Comment une réalité sociale devient-elle un problème de santé publique ? On pourrait penser que toute atteinte à la santé d'une collectivité relève de l'intervention collective. Mais ce n'est pas aussi simple : il faut d'abord le prouver par des apports chiffrés comme le degré de fréquence, le degré de gravité, le nombre proportionnel de cas, etc. Et, malheureusement, une telle approche positiviste est loin d'être suffisante.

D'autres facteurs sont nécessaires à l'attention transformatrice active, résolutive ou préventive, portée à un péril sanitaire ; il s'agit de sa médiatisation, de son caractère spectaculaire, de la charge émotionnelle qu'il véhicule, de sa résonance morale, du support associatif qui l'accompagne, etc. Ce qu'on appelle sa construction sociale. Il s'agit donc de médicaliser et de politiser des faits sociaux.

Le travail est un fait social du fait même qu'il organise le fonctionnement de notre société, les maladies du travail existent, la prise en charge politique de la santé au travail dans le champ de la santé publique devrait donc aller de soi. Or, jusqu'à une date récente, ce n'était toujours pas tout à fait le cas.

Le problème est que le travail naît et se réalise dans un espace privé ; privé domestique et privé institutionnel de l'entreprise ou de l'établissement public. Si la santé publique pénètre l'espace privé domestique, ce n'est que relativement récemment : arsenal de prise en charge des conduites déviantes comme la toxicomanie (il faudrait d'ailleurs discuter de l'ambiguïté du symbolisme et du traitement du circuit de l'alcool), violence infantile (mais pas violences conjugales : six femmes par mois meurent tout de même sous les coups de leur compagnon sans que cela n'émeuve ni n'énervent trop les pouvoirs publics. Les violences subies par les femmes restent discrètes [JASPARD, 2005]). En revanche, les questions de santé au travail qui se jouent dans l'entreprise, qu'elle soit privée ou publique, sont excessivement peu accessibles et difficilement visibilisées... Silence : privé !

L'espace privé étant la scène où se jouent les enjeux du travail, il a suffi que l'autorité publique introduise une armée

de médecins du travail pour donner l'illusion que la santé au travail était efficacement prise en charge grâce au slogan de la mission : « éviter toute altération de la santé du fait du travail ». Malheureusement, les médecins du travail ont une activité subordonnée. Ils ne rendent pas de compte direct à l'autorité publique.

On le sait, il n'est pas rare qu'une enquête épidémiologique leur soit interdite (s'ils demandent l'autorisation... ce qui n'est tout de même pas obligatoire ! Mais l'incrustation presque inconsciente de la subordination fait du chemin...).

La voie des maladies professionnelles déclarées n'est pas plus éclairante. La prise en charge forfaitaire sur le mode assurantiel qui date de 1898 en est un rempart infranchissable.

Il faut une catastrophe sanitaire pour qu'une intervention vigoureuse des pouvoirs publics s'immisce avec une grande autorité dans la régulation des risques du travail, telle l'interdiction définitive de l'utilisation de l'amiante. Ce n'est pas le cas des éthers de glycol, ce n'est pas le cas des CMR.

Il faut donc des chiffres, recherchés dans un objectif descriptif, tels ceux apportés par l'enquête SUMER, recherchés dans un objectif compréhensif, tels ceux apportés par l'enquête ESTEV. Et cela, dans tous les domaines : cancérogènes et autres nuisances, santé mentale, TMS, usures prématurées, etc. Les données collectives sont indispensables pour espérer voir un jour la santé au travail devenir une branche de la santé publique, à part entière et non en annexe.

Les enjeux professionnels de cette approche de la médecine du travail nécessitent donc de se servir des données individuelles, *via* la clinique médicale du travail, pour avoir les moyens de fournir des constats collectifs.

L'ouverture se trouve peut-être dans la récente loi relative à la politique de santé publique, dans le plan santé-travail, dans les plans « cancer », « violences » et dans le plan pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques : une loi et quatre plans sur cinq où la santé au travail est sollicitée et qui pourraient représenter les prémisses d'un retournement.

Encore faudra-t-il en fournir les moyens. Le premier étant visiblement l'extinction de la ressource « médecine du travail », au moment même où est en train de naître la clinique médicale du travail... C'est un bon début.

Fabienne BARDOT

BIBLIOGRAPHIE

- ♦ FASSIN Didier, 2004, Santé publique, in *Dictionnaire de la pensée médicale* (dir : Dominique LECOURT), Quadrige PUF.
- ♦ JASPARD Maryse, 2005, Les violences envers les femmes : une reconnaissance difficile in *Femmes, genre et sociétés. L'état des savoirs* (dir : M MARUANI), p.148-156, La Découverte.
- ♦ LE BRAS-CHOPARD Armelle, 2004, *Le masculin, le sexuel et le politique*, Plon.
- ♦ LE GOFF Jacques, 2004, *Du silence à la parole. Une histoire du droit du travail des années 1830 à nos jours*, Presses Universitaires de Rennes.
- ♦ VIGARELLO Georges, 1993, *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge*, Le Seuil.
- ♦ VILLERMÉ Louis-René, 1840, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Études et documentation internationales.

QUALITÉ ET ÉVALUATION EN SANTÉ AU TRAVAIL

La « qualité » est parfois une question de point de vue et de posture. Dans notre métier, ce qui est sûr, c'est que c'est aussi une question politique puisque ce qui est en jeu c'est en fait le pouvoir dans l'entreprise. Il faut savoir aussi que la normalisation peut, dans certaines circonstances, être le vecteur de l'évaluation des pratiques professionnelles.

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR DÉMARCHE « QUALITÉ » ?

Dans un contexte de concurrence entre les entreprises, qui n'épargne pas le secteur des services, pour rendre le travail plus rentable, celui-ci doit s'intensifier. Mais, comme l'avait déjà signalé TAYLOR en 1927, un déficit de qualité pourrait en résulter.

Le projet des démarches qualités est donc de permettre l'intensification du travail sans compromettre son résultat grâce à l'implication psychique du salarié dans la gestion des inéluctables contradictions de l'organisation du travail.

Pour entraîner le personnel, le faire adhérer à ces démarches, **le management joue sur les mots**, ceux-ci se voient attribuer un sens différent du sens commun. En effet dans la définition classique du terme qualité, rien ne préjuge de sa nature bonne ou mauvaise. Un glissement de sens vers celui d'excellence, de supériorité, le transforme en concept très positif. Comment pourrait-on être « contre » la qualité ?

Les normes ISO de la série 9000 appliquent ce concept aux différents secteurs de l'économie mais une autre norme, plus méconnue, **la norme ISO 8402, traite du « vocabulaire » des normes de la série 9000** en définissant un à un chaque concept du « management de la qualité ».

Il s'agit donc, pour le management, **d'organiser un discours qui guide des actes, d'utiliser des techniques verbales et mentales qui produisent du pouvoir** : celui de mener l'entreprise là où la Direction veut qu'elle aille, en facilitant le contrôle de l'activité réelle des salariés qui demeure un des enjeux principaux. La stratégie de toute démarche qualité consiste donc à **instrumentaliser** les salariés et à les **individualiser**. Ils sont instrumentalisés, lorsque pour mettre en application le slogan des normes ISO, « **dire puis écrire ce que l'on fait et faire ce que l'on a écrit** », on leur demande de rédiger des **fiches de procédure** qui, au final, décrivent moins le travail réel et la part d'invisibilité indispensable qui le sous-tend (analyse de situation, dilemmes...), que les actes visibles et observables qui, seuls, intéressent ses organisateurs et ses superviseurs. Moyennant

quoi, **cela accroît la visibilité et les moyens de contrôle du travail.**

Cette formalisation écrite des activités **expose également le personnel à un danger** dans la mesure où le secret sur les manières de travailler assure une protection par la sauvegarde de l'expertise individuelle, alors que la transmission des acquis augmente les capacités de substitution d'un salarié (danger pour l'emploi).

L'individualisation des salariés dans le cadre d'une **relation « client-fournisseur »** installée entre eux permet de « transférer les relations de marché dans les relations de travail ». C'est la déclinaison interne du « client roi ». Cela se traduit par un **isolement par la crainte** qui est culpabilisateur, par une **mise en concurrence** des salariés entre eux, grâce à l'évaluation individuelle, par la **déstructuration des collectifs de travail.**

Cette transformation de la relation employeur-salarié qui devient une relation client-fournisseur a donc un **impact sur le rapport salarial** en modifiant de manière conséquente l'exécution du travail et l'organisation du travail qui requiert alors en général des **effectifs moins nombreux et périmé la notion de qualification dans un poste individuel.** Cet isolement des salariés dans les relations de travail est un **facteur de dégradation de leur santé**, de morbidité et de mortalité, de conflit et de violence. Au contraire, **le collectif de travail** protège l'individu et sa santé mentale en construisant un espace de confiance et de solidarité.

Le projet des démarches qualité, qui est de permettre l'intensification du travail sans compromettre son résultat grâce à **l'implication psychique des salariés** qui doivent alors intégrer en permanence les impératifs économiques de l'entreprise, aboutit, on l'a vu, à l'individualisation de ces derniers qui **réduit dramatiquement les marges de manœuvre au sein des collectifs de travail mis à mal.** Or, c'est précisément dans ces espaces de liberté que se préserve ou se construit la santé au travail. **Ces projets et ces démarches ont donc une influence néfaste sur la santé des salariés.**

DÉMARCHES QUALITÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

La médecine du travail est un secteur où **l'activité est régie par le droit social.** Citons les articles R.241-26 ; 33 ; 41-1 ; 41-3 du Code du travail qui concernent **le rapport des présidents des SST** à la commission de contrôle, **celui des médecins du travail** à cette même commission, annuellement, l'établissement du **plan d'activité** et celui de la **fiche**

d'entreprise. Ce rappel montre que **c'est dans le champ du droit social que le législateur a ancré les supports de l'évaluation des pratiques et de l'efficacité de l'institution** et donc de sa « qualité ».

Mais dans le champ des relations du travail, la norme – subordonnée jusqu'alors au droit –, tend non seulement à s'en affranchir mais à le supplanter depuis la **directive Européenne du 7 mai 1985**. Cela n'est pas neutre du point de vue de la santé dans la mesure où la négociation collective se voit progressivement remplacée par une négociation individuelle sur un « contrat » d'objectif. **Confier à la norme qui est un acte privé (la démarche qualité type ISO) l'évaluation des pratiques médicales où l'efficacité de l'institution c'est contourner sa subordination aux valeurs du droit.**

Si ces deux questions sont à examiner conjointement, il faut insister sur le fait qu'il faut bien les distinguer sous peine de **confusion entre l'évaluation d'une part et la normalisation** par la démarche qualité qui n'est qu'une méthodologie parmi d'autres possibles, d'autre part. Or, le dernier Congrès de santé au travail a montré combien la profession était fascinée par l'évaluation formalisée dans le cadre de la démarche « qualité ».

Les normes ISO tendant à recouvrir tout le champ de l'évaluation, **c'est en intégrant cet objectif, que le CISME, avec sa « Démarche de Progrès en Santé au Travail », la DPS, tente d'introduire dans les SST une démarche qualité en cohérence avec les normes ISO.**

La DPS, initialisée par le CISME, a pour objectifs – je cite :

- « *L'amélioration continue des prestations des SST en faveur de leurs adhérents/clients* ».
- « *La mise en place d'un système de **management de référence** des SST abordant tous les aspects de l'activité de ces derniers* ».
- « *Ce système est proposé en cohérence avec les normes ISO et la méthodologie de l'ANAES et il est élaboré par le CISME et l'AFOMETRA dans le cadre d'un programme de formation-action. Il peut être validé par une certification pour ceux qui le souhaitent* ».
- « *Adopter un **nouveau langage** à l'attention des employeurs* ».
- « *Développer des outils et des plans de communication interne et externe* ».
- « *Mettre en place l'évaluation des actions de **prévention**, celle de la prescription des examens complémentaires et **valider une liste d'indicateurs d'évaluation de l'activité médicale*** ».

Les médecins du travail peuvent-ils accepter l'application des normes « qualités » pour évaluer leurs pratiques et l'efficacité des SST alors qu'ils sont témoins de leur influence néfaste pour la santé des salariés ? Citant Francis MEYER, juriste à l'Institut du travail de l'Université R. SCHUMAN et spécialiste de ces questions, on peut estimer que « *lorsque la norme ISO 9004 affiche comme objectif premier "d'apporter un avantage optimal à la communauté dans son ensemble", cette communauté n'est pas celle des travailleurs*

mais plutôt celle des commerçants et producteurs car le salarié est généralement absent de cette représentation qui est essentiellement économique ... ». Peut-on appliquer une **démarche purement commerciale** à des Services dont certains sont « constitués sous la forme d'un organisme à but non lucratif » (article R.241-12 du Code du travail) ? La **mise en concurrence** qu'elle génère est-elle compatible avec « *les rapports de bonne confraternité que les médecins doivent entretenir entre eux* » (article 56 du Code de déontologie médicale) ? La **rationalisation économique** qui est son objectif pourrait compromettre l'observance des articles 92 et 97 du Code de déontologie médicale ainsi que celle de l'article 5 sur l'aliénation de l'indépendance professionnelle, notamment vis-à-vis de la prescription des examens complémentaires.

Une évaluation des pratiques basées sur la norme risquerait d'être détournée de son sens médical et d'être utilisée dans une acceptation managériale vers une médecine d'entreprise, compromettant la marge d'initiative que les médecins du travail conservent encore dans le cadre de la prescription des examens de dépistage des atteintes professionnelles à la santé (exemple du dépistage des plaques pleurales par la tomographie dépassant la **réglementation en vigueur**). **Les démarches « qualité » paraissent donc en opposition avec les principes-mêmes de l'exercice médical.**

L'ÉVALUATION DES PRATIQUES EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Le législateur a renforcé la formalisation de l'évaluation des pratiques médicales en santé publique par la **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002**.

Mais si l'on peut adhérer au principe d'une évaluation en Santé au Travail ayant pour **seule référence l'intérêt de la Santé des salariés**, on ne peut méconnaître **les précédents critiquables** qui ont consistés à accrocher au principe **d'expertise établi par l'ANAES** (référentiel de bonnes pratiques) un niveau de **coercition économique** exercé par les caisses d'assurance maladie (les références médicales opposables). **Un système d'évaluation fondé sur de meilleures pratiques dans l'intérêt de la santé des sujets a pu ainsi déboucher sur un système d'évaluation où l'économique prend une place prépondérante.**

D'autre part, **à qui doit bénéficier l'évaluation ?** L'objet de la mission des médecins du travail est défini réglementairement (L.241-2 du Code du travail). **Cela permet d'en définir les vrais bénéficiaires : ce sont les travailleurs. L'évaluation des pratiques et de l'efficacité de l'institution ne peuvent donc avoir qu'un critère unique : éviter toute altération de la Santé des travailleurs.** Si l'entreprise a bien la volonté d'empêcher les atteintes à la santé des salariés, elle tirera bénéfice également de l'action du STT : **il s'agit ici plutôt d'un bénéficiaire secondaire.**

Nous avons déjà insisté sur **l'importance de ne pas établir de confusion entre évaluation et normalisation**. La normalisation par l'introduction des démarches « qualités »

n'est qu'une **méthode** qui ne paraît pas adaptée, on l'a vu, à l'évaluation en médecine du travail.

Du fait de son « insignifiance » économique (1 % du budget de la Sécurité sociale), **la médecine du travail ne saurait répondre aux mêmes principes d'évaluation que le secteur de soins**. Comme pour les autres salariés, **les pratiques en médecine du travail font référence à des règles de métier** qui naissent de la réalité du travail dans un champ spécifique très différent de celui des autres formes d'exercice, celui de l'entreprise. Ces règles de métier, parfois tacites, sont **formalisées dans des groupes spécifiques d'échanges et de débat** sur les pratiques professionnelles (syndicats, associations, sociétés de médecine du travail). **L'évaluation des pratiques en médecine du travail doit demeurer une démarche de professionnels à qui il appartient d'élaborer des référentiels pertinents, adaptés au contexte spécifique qui est le nôtre, à son contexte réglementaire et à sa finalité préventive.**

L'évaluation des pratiques et de l'efficacité de l'institution sont à ancrer dans le droit social. **La norme ne doit pas supplanter le droit.**

Il faut néanmoins distinguer l'évaluation des pratiques des professionnels de santé au travail et l'efficacité des structures de santé au travail, même si des liens relient bien sûr les deux domaines car les moyens influencent la pratique.

Cette évaluation des structures est avant tout de la responsabilité du contrôle social : c'est à lui d'en définir les modalités pratiques en référence à des critères réglementaires.

Il faut remarquer qu'**en matière d'évaluation en Santé publique, la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 définit les**

missions de l'ANAES qui englobent le secteur de la prévention, les médecins et les autres professionnels.

Il s'agirait de peu de modification en matière de rattachement de la Santé au Travail à un corps réglementaire ou d'extension des missions de l'Agence, pour que son domaine de compétence s'élargisse à la Santé au Travail.

Cela pourrait être une piste pour l'action du SNPST.

EN CONCLUSION

L'analyse bibliographique de la réflexion consacrée aux démarches qualité et à l'évaluation des pratiques en Santé publique conduit à retenir **les principes généraux suivants** :

- Le recours aux normes « qualités » est inapproprié en Santé au Travail. Démarche commerciale soumise par objectif à la rationalisation économique, elle contient en germe le risque d'une évolution possible de la Médecine du travail vers une médecine d'entreprise, au service du management, comme le suggère déjà la DPS mise au point par le CISME.
- Toute évaluation en Santé au travail, à distinguer de la normalisation, doit avoir pour seule référence l'intérêt de la santé des salariés et pourrait être intégrée, moyennant des adaptations, aux missions de L'HAS.
- L'évaluation des pratiques professionnelles et l'évaluation de l'efficacité des structures de santé au travail sont à distinguer. Cette dernière est de la responsabilité du contrôle social, en association avec les professionnels de santé au travail.
- L'évaluation des pratiques est l'affaire des praticiens, c'est-à-dire des médecins du travail prioritairement, en association avec les enseignants et les médecins inspecteurs du travail.

Claude GARCIA

MÉDECINE DU TRAVAIL ET APTITUDE AUX CMR : QUELLES PRATIQUES ÉVALUER ? QUESTION QUI POURRAIT ÊTRE ADRESSÉE AU PRÉSIDENT DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Considérant ce qui suit :

Le 1^{er} février 2001 le gouvernement français a publié un décret (n°2001-97) établissant les règles particulières de prévention des risques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction.

Dans son article 12, ce décret dispose qu'« un travailleur ne peut être affecté à des travaux l'exposant à un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction que s'il a fait l'objet d'un examen préalable par le médecin du travail et si la fiche d'aptitude, (...) atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux ».

Plusieurs syndicats et associations de médecins du travail français ont introduit un recours en annulation devant le Conseil d'État aux motifs que l'article 12 était contraire aux valeurs fondatrices et à la déontologie de la médecine du travail.

À cette requête, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité a notamment répondu que ces nouvelles dispositions : « (...) visent seulement à prendre en compte le "sur-risque" que présente un salarié, en raison de tel ou tel élément propre à sa personne, ceci conformément à la mission de prévention dévolue au médecin du travail... »

Le Conseil d'État, dans sa séance du 16 septembre 2002, a rejeté le recours en annulation, validant la position du ministère et ajoutant « que les médecins du travail disposent de plusieurs éléments d'ordre **génétique, comportemental ou historique** pour apprécier les risques particuliers que courent individuellement les salariés à être exposés à des cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (...) que le décret attaqué n'est pas entaché d'erreur manifeste d'appréciation en ce qu'il confie à ces médecins le soin de déceler les risques particuliers que peuvent présenter certains salariés ».

Le dit article 12 du décret 2001-97 reprend des dispositions antérieures anciennes et confirmées à maintes reprises par le Ministère du travail français (décrets pris en Conseil d'État pour le benzène, le chlorure de vinyle, les rayonnements ionisants...).

Dans la section 1 du Code pénal français (Partie Législative, chapitre V du titre II du livre II), relative aux discriminations, il est stipulé, à l'article L.225-1, que « Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine (...) de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques... » ; l'article L.225-2 précise les peines encourues lorsque la discrimination est commise à l'égard des personnes et qu'elle consiste, entre autre, à refuser d'embaucher, à sanctionner ou à licencier une personne ; enfin, l'article L.225-3 ajoute que ces dispositions ne sont pas applicables aux « discriminations fondées sur l'état de santé ou le handicap, lorsqu'elles consistent en un refus d'embauche ou un licenciement fondé sur l'inaptitude médicalement constatée dans le cadre du titre IV du livre II du Code du travail ».

Aux termes de l'article L.122-45 du Code du travail français : « Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat en raison de son origine, de son sexe, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son âge, de sa situation de famille, de ses caractéristiques génétiques, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation ou une race, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales ou mutualistes, de ses convictions religieuses, de son

apparence physique, de son patronyme ou, sauf inaptitude constatée par le médecin du travail dans le cadre du titre IV du livre II du présent Code, en raison de son état de santé ou de son handicap. »

On peut en déduire :

- que la doctrine de l'aptitude, telle qu'elle est définie dans le droit français, demande aux médecins du travail d'opérer une discrimination – à partir d'éléments d'ordre génétique, comportemental et historique – afin d'interdire l'accès ou le maintien au travail des salariés examinés qui présenteraient un « sur-risque » théorique individuel d'atteinte à leur santé par rapport à un risque professionnel alors qu'ils ne sont pas malades.
- que l'inaptitude médicalement constatée dans le cadre du titre IV du livre II du Code du travail est qualifiée de discrimination dans le Code pénal mais, que cette discrimination a un statut dérogatoire et qu'elle ne constitue pas une infraction dans le droit français.

L'activité des médecins du travail français, qui sont les principaux acteurs des services de santé au travail, repose essentiellement sur la réalisation d'examens médicaux dont la finalité est la détermination de l'aptitude. Or, ainsi qu'il a été démontré, cette décision d'aptitude forme un acte de sélection.

Cette orientation est évidemment contraire aux principes éthiques qui fondent notre société. Elle contredit les textes de référence que sont la *Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne* et la *Convention d'Oviedo du Conseil de l'Europe sur les Droits de l'Homme et la Biomédecine*.

Le Comité Consultatif National d'Éthique consulté sur cette question a estimé que « (...) on devrait envisager, pour les postes à risque réel ou potentiel, de supprimer toute référence à l'aptitude » (Avis n°80 p.9).

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, interrogé sur les aspects déontologiques de cet article 12, a répondu qu'« il serait inacceptable d'un point de vue déontologique en particulier au regard des articles 3 et 28 du Code de déontologie médicale qu'un médecin soit tenu d'indiquer qu'une personne ne présente pas de contre-indication médicale alors même que les connaissances scientifiques actuelles ne permettent d'apporter une telle garantie ».

Plus d'un siècle après sa conception, cette doctrine de l'aptitude a été réaffirmée par les autorités françaises et le Conseil d'État sans qu'il soit tenu compte des évolutions éthiques, scientifiques et sociales. La tâche assignée au médecin du travail est donc une tâche de sélection. Et, si l'on suit le Conseil d'État, il doit écarter de nombreux postes les fumeurs, les salariés dont les parents ont présenté tel ou tel cancer, ceux qui ont été déjà exposés à des cancérigènes, mais aussi les jeunes, pour leurs comportements moins précautionneux, les âgés, qui font plus de cancers, les femmes, dont les risques pour la reproduction sont mieux connus, etc.

Dans la mesure où les salariés exempts d'éléments de fragilité ne constituent qu'une fraction minoritaire de la population et que ce sont les populations défavorisées qui sont précisément les plus exposées aux risques du travail, le médecin du travail se trouve placé devant un dilemme :

- soit il se conforme à la doctrine de l'aptitude définie par le Conseil d'État ; il doit alors se comporter en opérateur de sélection sur des critères de santé. Au-delà, du caractère éthiquement insupportable de cette position, il est à noter, qu'elle est souvent inapplicable.
- soit il refuse d'interdire l'accès à l'emploi aux personnes qui présentent déjà les stigmates physiques de leur situation sociale défavorisée, comme le font la grande majorité des médecins du travail. Il est alors en contradiction avec le droit qui organise son activité ; le certificat d'aptitude qu'il signe peut être considéré comme un certificat de complaisance ; il tombe, de ce fait, sous le coup de la loi.

QUESTION

À partir de ce qui a été exposé sur la question de l'aptitude aux CMR, quels sont les critères à retenir pour évaluer la pratique des médecins du travail ? D'une façon plus générale, comment une pratique médicale peut-elle être évaluée quand il existe une antinomie entre d'une part, les connaissances scientifiques, les principes éthiques et les règles déontologiques et, d'autre part, les prescriptions réglementaires qui organisent cette pratique médicale ?

Philippe DAVEZIES, Annie DEVEAUX, Christian TORRES

HAUTE AUTORITE DE SANTÉ (HAS) ET MÉTIER : RÈGLES PRATIQUES ET RÈGLES COMMUNES QUEL CADRAGE ?

Compte rendu des débats

du Congrès de l'Ass. S.M.T. 3 et 4 décembre 2005

Depuis la loi d'août 2004, l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est devenue une obligation légale, sous prétexte de qualité et de scientificité, opposable à tous les médecins. **Elle relève de l'HAS (Haute Autorité de Santé) qui évalue les pratiques des médecins dont celles des médecins du travail.**

L'État met en avant une double nécessité :

- Une rationalité économique, qui est celle des entreprises. On retrouve là deux notions de l'économie de marché : « productivité » et « compétitivité ».
- Une mise en responsabilité des employeurs et des professionnels de santé : « La société » ne va pas endosser la responsabilité, celle-ci sera assumée par les professionnels.

Les enjeux sont politiques et médicaux. Ainsi tout en respectant le cadre, l'objectif est la subordination du politique à l'économique. La norme se substitue à l'éthique.

La finalité des Services de Santé au Travail (SST) est définie aujourd'hui par les missions des médecins du travail. Mais de façon progressive, les SST comme entités (dirigées actuellement par les employeurs) deviennent responsables des orientations globales et des perspectives d'action de leurs propres Services. C'est dans ce cadre-là que les employeurs des SST envisagent une « démarche qualité » qui peut être stérilisante ou inhibante pour les médecins du travail, mais qui, plus certainement, ouvrira un espace de confrontation à partir des exigences professionnelles de métier des médecins du travail, sur le cadre de la santé au travail. Cette confrontation peut aboutir à un projet de santé publique pour les SST.

Pour l'employeur la question politique est celle de l'offre de soins et du champ de déploiement de celle-ci. Le problème n'est pas le coût, mais la façon dont cela remet en cause son pouvoir dans l'entreprise. Les médecins ont des pouvoirs dérogatoires « inacceptables » d'où la logique de mise en place du nouveau dispositif.

Il existe une interrogation (nous sommes dans un système manipulateur) sur la procédure de l'évaluation. En effet le champ est laissé libre sur son contenu. Le cadre mis en

place, les critères de l'évaluation seront définis par les évaluateurs que nous aurons nous-même choisis.

LE CISME, LES EMPLOYEURS ET L'ÉVALUATION

Des pratiques sont développées par les directions de services interentreprises et les interventions du CISME :

- Courriers médicaux transitant par la direction, contrôle des moyens de communication, entretien d'évaluation individuelle des médecins, limites imposées aux formations extérieures aux services.
- Mise en place d'audit encadré par le CISME : sous le vocable de « démarche de progrès ». Cette traçabilité renforce le contrôle.

Il apparaît nécessaire de construire une visibilité des procédés du CISME pour peser sur les pratiques des médecins. Il faut éviter de confondre démarche du CISME et évaluation des pratiques. Pour l'employeur, la norme ISO s'applique au service, dans le but de peser sur nos décisions, afin que le médecin s'implique dans la gestion des risques. Essayons de subvertir les choses dans ce domaine : développons le **rôle des Commissions Médico-Technique** et veillons à l'obligation de la mise à disposition des moyens qui s'impose à l'employeur.

QUELS REPÈRES POUR NOS PRATIQUES ?

Certes l'évaluation est légitime. Nous sommes dans une logique de responsabilité professionnelle et d'évaluation des connaissances et métiers. Il nous faut travailler sur l'évaluation de la pertinence des pratiques, tout en sachant ne pas être l'évaluateur « gendarme » contraignant les pratiques, ce qui risquerait d'entraîner des procédés pernicieux du côté de la mise en place de normes. Il faut participer à l'évaluation sans laisser le normativisme en découler.

Des questions se posent :

- Certaines normes sont-elles acceptables ? Par exemple interroger sur le parcours professionnel lors du premier entretien ? Et pour les autres ?

- Un danger existe d'uniformisation des pratiques sous l'égide de la normalisation, pouvant entraîner un désengagement individuel avec abandon de toute inventivité et implication du médecin du travail.

Il existe un dirigisme vers un système « client-fournisseur », peut-on évaluer sans critère économique et financier ?

Mais une certitude demeure : Il n'y a pas d'espoir de subvertir la norme ISO.

COMMENT CONSTRUIRE

Nous nous inscrivons dans un système, nous devons revendiquer le caractère médical de nos structures. Notre seule protection est la logique de l'HAS. Toute évaluation de nos pratiques médicales qui se ferait en dehors de l'HAS, devrait entraîner une plainte pour atteinte à l'indépendance professionnelle.

Les professionnels doivent s'approprier leur évaluation :

- Il faut entrer dans l'évaluation, cela permettra d'encadrer les mesures.
- Le constat est que l'HAS tient le socle scientifique des connaissances.

Les risques :

- La naissance de structures de type CPA (Comité permanent amiante) dont toutes les ficelles seront tirées par l'employeur, on peut penser que le patronat cher-

chera à encadrer les pratiques grâce à des scientifiques. Il faudra combattre cela.

- L'HAS fonctionne selon un système de médecine de preuves, or les preuves ne sont pas toutes de l'ordre des sciences dures. Il faut craindre le risque du réductionnisme scientifique à la pensée unique validée par l'Université.

Il est donc nécessaire de faire émerger une structure :

- Pouvant faire la preuve de son indépendance (n'ayant pas de lien financier avec l'employeur).
- Qui ne soit pas appuyée sur des hommes mais sur des bases communes autour d'une charte, de principes fondateurs.
- Où l'on puisse travailler en logique de responsabilité, à la construction de référentiels entre pairs, capables de penser des pratiques, de revisiter les connaissances.
- Avec des scientifiques indépendants déjà présents dans des structures professionnelles (sociétés de médecins du travail par exemple).

Sur cette base une proposition de démarche commune sera faite au SNPST. La réflexion permanente sur nos pratiques, engagée au sein de l'Ass. SMT depuis 1982, valide notre place dans cette structure.

Alain RANDON, rapporteur

EPP (ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES) ET « DÉMARCHE DE PROGRÈS » DU CISME

Compte rendu des débats

de la Journée de Printemps de l'Ass. SMT du 18 mars 2006

CONTEXTE

Suite aux critiques émises en 2005, ayant souligné l'incohérence des pratiques d'agrément des SST (Services de santé au Travail) par les directions régionales du travail, le CISME, plutôt que de se voir imposer une méthodologie par des organismes tels que l'HAS (Haute Autorité en Santé), a préféré développer sa propre méthode d'évaluation des SST. Cette méthode s'inspire en grande partie des normes « de qualité » ISO 9000 et utilise un logiciel nommé « BLUMEDY ».

La méthode aurait été présentée à la DGS qui serait restée très prudente « On va voir... ».

LE CADRE LÉGAL DE L'EPP (ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES)

C'est une évaluation qui peut être pratiquée par des pairs (médecins), individuelle ou collective, selon un protocole validé par l'HAS.

Voir aussi le projet collectif de Charte sur l'EPP auquel a participé la SMT.

LA DÉMARCHE DU CISME

Officiellement c'est une évaluation du fonctionnement du service, mais il est écrit « ref.49 p.32 » : « *Seules les condi-*

tions organisationnelles des examens médicaux sont concernées ; la responsabilité du contenu incombe au médecin du travail. » Les lignes suivantes sont en contradiction avec ce qui précède puisqu'il est énoncé des procédures pour les examens médicaux. Comme si l'organisation de l'examen médical et des examens complémentaires pouvait être détachée de l'examen lui-même.

LE CHAPITRE IV-2 P.44

« **L**a Démarche de Progrès repose sur l'évaluation de l'amélioration des pratiques sur l'ensemble des secteurs d'activité. Une politique d'évaluation commune permet de définir les objectifs du Service, d'analyser l'incidence des actions entreprises, de mettre en place des ajustements. »

Suit tout une série de « normes » selon lesquelles « les professionnels médicaux et leurs instances évaluent la pertinence de leurs pratiques ». Cela suppose la comparaison à un référentiel adopté soit dans le service soit à l'extérieur (norme de qualité du CISME).

Toute l'activité du médecin doit être tracée, ce qui permet de relever d'éventuelle déviance par rapport aux références énoncées

Ref.7.a « Les enjeux liés aux différentes prestations sont identifiés. » Par ex : Cela voudrait dire qu'il faudrait justifier un examen complémentaire destiné à une déclaration de maladie professionnelle ?

VOCABULAIRE

Des expressions telle que « service rendu à l'entreprise » sont utilisées sans en donner la définition. Cela permettrait toutes les dérives médico-commerciales possibles.

43.g. « Une évaluation de la satisfaction des différents acteurs permet d'optimiser les pratiques. » Qui sont les « acteurs » ? Les intervenants médecins ou les employeurs ? C'est la satisfaction qui est recherchée dans une logique consumériste. Qu'en est il de la réalisation des missions légales pas toujours « satisfaisantes » pour les acteurs ?

Le mot « utilisateurs » est souvent écrit mais le contexte ne précise pas s'il s'agit d'un professionnel du SST ou du « client » que pourrait être soit l'entreprise, soit le salarié.

POURQUOI DES MÉDECINS ACCEPTENT-ILS CE SYSTÈME ?

La méthodologie demande l'engagement par la signature du médecin. Dans une grande entreprise de transports de la région parisienne, il est demandé aux médecins de produire leurs critères d'évaluation, ils ont ainsi l'illusion de contrôler le processus.

Certains croient pouvoir conserver leur indépendance puisque la certification ne franchit pas la porte de leur cabinet médical.

Nombre de collègues pensent que la traçabilité renforce le contrôle. Certains s'interrogent pourtant s'il serait illégitime de rendre compte de l'action des SST ?

Actuellement les médecins du travail laissent peu de traces de leur activité. Serait-il choquant que les SST aient une démarche de politique de santé au travail ? Mais où trouve-t-on la définition réglementaire de la responsabilité des SST hors celle de la mission du médecin du travail.

La circulaire du 7 avril 2005 prévoit une démarche de contractualisation entre les SST et les DRTEFP, mais elle n'a pas de support réglementaire solide. Les SST doivent-ils rendre compte de leur politique de santé au travail ?

Ne doivent-ils pas aussi rendre compte des moyens mis à disposition des médecins et des IPRP ?

Certes les médecins du travail ont à rendre compte de leurs observations, mais qu'est ce qui autorise les directeurs à organiser cette restitution ? Les médecins veulent être évalués uniquement sur leur action en santé au travail.

La contrepartie de l'indépendance des médecins du travail n'est elle pas l'évaluation de nos pratiques professionnelles ?

Qui nous garantit que l'EPP préconisée par l'HAS ne va pas stériliser nos pratiques ?

Quand il y aura conflit entre le médecin et l'employeur sur l'évaluation, ce serait à l'inspection du travail de trancher. Mais quels seront les critères de choix de l'inspecteur du travail ? Ceux de l'employeur ? Ce seront les premiers à exister (CISME) qui vont peser subjectivement sur les pratiques professionnelles des médecins du travail avant ceux des organismes d'EPP reconnus par l'HAS. C'est peut-être tout l'enjeu de La démarche de progrès du CISME.

L'association SMT pense qu'elle a légitimité à intervenir dans le débat sur l'EPP, car seuls des « repères professionnels » sous forme de références pour penser nos pratiques peuvent faire contrepoids à la démarche particulièrement ambiguë du CISME. Forte de sa longue expérience concernant la mise en discussion des règles professionnelles, elle pense qu'elle a légitimité pour intervenir avec d'autres pour faire en sorte que l'EPP contribue à améliorer et prévenir la santé au travail.

Benoît DE LABRUSSE

BIBLIOGRAPHIE

- Référentiel d'autoévaluation des services inter-entreprises de santé au travail.
- Version expérimentale – V05 18 octobre 2005.
- Document Services interentreprises de santé au travail – CISME.

STRATÉGIES POUR L'ÉVALUATION DES PRATIQUES

Compte rendu des débats

de la Journée de Printemps de l'Ass. SMT du 18 mars 2006

L'ÉTAT DES LIEUX

Les nouvelles dispositions du Code de la santé publique mentionnent, dans le cadre de l'obligation de formation médicale continue, que les médecins effectuent une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles. L'article D.4133-23 parle d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Ces textes concernent avant tout la médecine de soins, la médecine du travail se rattachant à cet édifice législatif, mais sans avoir pris en considération que la santé n'est pas l'objet de fonctionnement d'une entreprise.

L'association a-t-elle légitimité à se lancer dans l'EPP ? Si oui, quels sont les pièges à éviter ? Doit-on jouer le jeu de la Haute Autorité de Santé (HAS) ?

Sur la légitimité de l'association SMT, il est rappelé que les différents thèmes abordés et débattus à la SMT depuis 1982, sont repris par les institutionnels (*cf.* le colloque récent sur SUMER). Reprendre tout ce qui a été « labouré » par l'association et le mettre en visibilité est une façon d'entrer dans la démarche d'EPP.

Le premier risque est de tomber dans le « travers » de l'HAS, c'est-à-dire de professionnaliser les évaluateurs à un point où ils ne seraient plus praticiens de terrain, même si les évaluateurs devront être financés pour cette activité (temps médecin du travail et temps évaluateur à définir).

Le second est d'abonder dans une pléthore de Références Médicales Opposables, de normes, de « sur-prescriptions » du travail, ne permettant pas d'être une aide à penser sa pratique professionnelle.

Dans un contexte où le terrain de l'EPP est investi par le CISMÉ, les universitaires (Société Française de Médecine du Travail en cours d'agrément auprès de l'HAS), avec une logique de rationalisme scientifique pur et dur sans « pollution sociale » avec traçabilité très formalisée (nombre de stages/an, etc.), il semble important, *via* la création d'une association, de permettre aux collègues de choisir un organisme d'EPP avec des référentiels qui ne soient pas qu'une aide à agir.

LA PROPOSITION D'UNE CHARTE

Dans le cadre de la préparation d'une réunion entre les sociétés de médecine du travail du Centre, de Poitou-Charente, le SNPST, la SMT, des universitaires et des observateurs institutionnels, Gérard LUCAS présente des critères de base en vue de la création d'un organisme d'EPP. Les différents points de cette charte sont débattus et aboutissent à cette proposition finale :

- L'EPP est une évaluation par les pairs et non par les SST ou autres institutions.
- L'EPP est l'évaluation de mise en œuvre des pratiques et non seulement des connaissances.
- L'objet de l'EPP est l'accompagnement des médecins du travail pour l'évaluation des savoirs et des savoirs faire et non la sélection des médecins du travail.
- La mission de préservation de la santé au travail est l'élément fondamental de toute pratique de médecin du travail, les pratiques de sélection notamment par l'aptitude sécuritaire sont incompatibles avec le médecin du travail.
- Les règles de métier exigent à la fois le respect du secret médical professionnel et d'information aux membres de la communauté de travail.
- Les bases de la pratique en médecine du travail sont fondées sur le développement de la clinique médicale du travail qui implique à la fois les recherches sur la santé et le travail et la mise en lumière de leurs liens objectifs et subjectifs.
- Les règles professionnelles contribuant à l'EPP doivent aider les médecins du travail à articuler les différents champs réglementaires et leurs différentes missions professionnelles en prenant en compte la réalité concrète de leur exercice.

Jean-Louis ZYLBERBERG, rapporteur

ASSOCIATION SMT

– LE BILAN 2005 –

RÉUNIONS TENUES

- Journée de Printemps le 22 mars 2005 : *Consultation Médico-Professionnelle et Santé publique au Travail*
- 26^{ème} Congrès annuel les 3 et 4 décembre 2005 (Paris) :
 - ♦ *Haute Autorité de Santé (HAS) et métier : règles pratiques et règles communes. Quel cadrage ?*
 - ♦ *Médecin du travail et espace politique de la Santé. Sens pour le sujet et espace public ; addictions et Santé publique...*
 - ♦ *Clinique médicale du travail : de l'infraclinique à la somatisation.*

PARTICIPATIONS ET ACTIONS

- Au sein du Collectif Santé-Travail : contributions aux débats ; conférence de presse du 19 décembre 2005 : « *Alerte de risque de sélection médicalisée aux postes dits de sécurité* »
- Signature de l'Appel de Paris : « *Déclaration internationale sur les dangers sanitaires de la pollution chimique* »
- Courrier à la Haute Autorité de Santé : demande de rencontre.

PUBLICATIONS

- Le *Cahier S.M.T. N°20* a été tiré à 1 600 exemplaires, juin 2005
- Communication : le site Web a-smt.org, régulièrement enrichi, est très consulté.

DÉCISIONS D'ORGANISATION

Il a été procédé le 4 décembre 2005 à l'élection du Bureau et du Conseil d'administration.

Présidente : Annie LOUBET-DEVEAUX (42)
Vice-président(e)s : Alain CARRÉ (75) – Josiane CRÉMON (38) – Dominique HUEZ (37) – Jocelyne MACHEFER (49) – Denise PARENT (49) – Nicolas SANDRET (75)
Secrétaire : Alain RANDON (94)
Trésorier : Jean-Noël DUBOIS (2B)
Administrateur du site Web : Denis TEYSSEYRE (86)
Conseil d'Administration : Pierre ABÉCASSIS (21) ; Fabienne BARDOT (49) ; Chantal BERTIN (49) ; Marie-Andrée CADIOT (59) ; Jean-Marie EBER (67) ; Alain GROSSETÊTE (69) ; Claire LALLEMAND (37) ; Nicole LANCIEN (72) ; Gérard LASFARGUES (37) ; Gérard LUCAS (44) ; Brigitte PANGAUD (75) ; Rhina RAJAONA (28) ; Odile RIQUET (69) ; Gilles SEITZ (75) ; Mireille THÉVENIN (2B)

ORIENTATIONS 2006

- Publication du *Cahier S.M.T. N°21*
- Journée de Printemps le 18 mars 2006
- Congrès National de Santé au Travail de Lyon : tenue d'un stand.

27^{ème} CONGRÈS ANNUEL

LES 9 ET 10 DÉCEMBRE 2006 À PARIS

- ♦ *Précarité : la banalisation. Enjeux pour la santé et la sécurité.*
- ♦ *Clinique médicale du travail : l'examen physique en médecine du travail, sa place, ses mobiles, ses buts pour le salarié et pour le médecin.*
- ♦ *Somatisation : monographies (suites).*
- ♦ *Évaluation des pratiques professionnelles : le potentiel des groupes de pairs.*

(Voir page 39 pour les pré-inscriptions)

Alain RANDON

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 2006
- Je suis adhérent à l'association et je règle ma cotisation 2006

Ci-joint un chèque bancaire ou postal de 90 €, à l'ordre de Association Santé et Médecine du Travail

Nom : Adresse :

Prénom :

Courriel :
