



la **Revue** du **Journal** des Professionnels de la **Santé** au **Travail**

Santé au travail

résister et construire



Publication du SNPST

12, impasse Mas
31000 Toulouse
Tél. : 05 61 99 20 77
Fax : 05 61 62 75 66
contact@snpst.org
http://snpst.org
CPPAP : 1016 S 05549
ISSN : 1775-0318

Directeur de la publication :
Gilles ARNAUD

Rédacteur en chef :
Jean-Claude GUIRAUD

Illustrateur :
Gérard LUCAS

Ont participé à ce dossier :

PIERRE ABECASSIS
BRIGITTE BANNEROT
ERIC BEYNEL
ALAIN CARRÉ
CAROLINE CASTETS
MARIE-NOËL CHAPEAU
MARTINE DESBRUERES
MARCEL DRULHE
JEAN-CLAUDE GUIRAUD
DOMINIQUE HUEZ
PIERRE JANSOU
MARIE KAYSER
MICHEL LEDOUX
M.C CABRERA-LIMAME
ODETTE MARIANI
SOLEDAD MONTOYA
NATHALIE PARENTE

Publicité : SHUTAFEL

82 rue de l'Etoile
93000 Bobigny
Téléphone : 01 82 28 94 61
Télécopie : 01 72 70 31 48
shutafel.jst@hotmail.fr

Mise en page :
DHTL

Téléphone : 01 47 08 92 12

SOMMAIRE

- 1/ Editorial :
Résister c'est créer de la lucidité à la résistance. *Jean-Claude Guiraud* 5
- 2/ Culture de la Résistance : un a tout d'avenir. *Marcel Drulhe* 6

Les professionnels de santé face au travail

- 3/ Contre la réforme délétère de la médecine du travail :
résister tous ensemble. *Alain Carré* 10
- 4/ Infirmière de santé au travail.
"Le mot résister doit toujours se conjuguer au présent".
Marie-Christine Cabrera-Limame 12
- 5/ CRRMP et indépendance professionnelle : deux dossiers "chauds"
pour les Médecins Inspecteurs du Travail. *Pierre Abecassis, Brigitte Bannerot* 14
- 6/ Accompagner et résister santé/travail et médecine générale. *Marie Kayser* 15

Les luttes syndicales, juridiques et associatives

- 7/ Ne pas perdre sa vie à la gagner. *Eric Beynel* 19
- 8/ La juridiction des affaires de santé au Travail.
La place des victimes et de leurs associations. *Michel Ledoux* 21
- 9/ Affaires publiques. *Caroline Castets* 23

Les travailleurs eux mêmes

- 10/ Résistance ? Les retraités aussi ! Après la lutte pour l'emploi, le combat
pour la vie. *Soledad Montoya* 27

Résister en construisant pour la santé au travail

- 11/ Encourager l'entreprise à être en santé travail. Le "faire-faire",
rôle de l'équipe pluridisciplinaire. *Marie Noël Chapeau, Martine Desbrieres,
Nathalie Parente, Odette Mariani, Jean-Claude Guiraud, Pierre Jansou* 30
- 12/ Délibérer et construire le métier de médecin du travail. *Dominique Huez* 32

Résister c'est créer¹ de la lucidité à la résistance²

La santé des travailleurs ?

- cinquième roue de la charrette
- variable d'ajustement dans les négociations des « partenaires » sociaux

« Partenaires » !

La santé des travailleurs, un compromis gagnant – *gagnant* ?

ou

La santé au travail ne se négocie pas. La santé au travail chapitre oublié, occulté, du grand livre de la santé publique.

Santé publique,

Dans notre pays, on privilégie la maladie, les soins, la santé publique est la parente pauvre de nos systèmes. Alors que, gardons en mémoire la définition de l'OMS. « La santé ce n'est pas l'absence de maladie, c'est un état de bien être physique, mental et social ».

La santé des travailleurs est bien loin de cet horizon.

Alors ?

- longue marche, le long d'un grand fleuve qui n'est pas si tranquille que ça.
- la résignation ?

Stéphane HESSEL nous dit « LUCIDITE » : c'est quoi ?

L'analyse la plus exhaustive possible des contextes économiques, sociaux, politiques pour repérer dans ces mers agitées l'îlot de la santé des travailleurs ?

Quelle que soit cette lucidité, elle doit nous conduire à la RESISTANCE pour ne pas nous laisser imposer ce que nous croyons injustifiable. Les conséquences, les effets d'un petit opusculé modeste : INDIGNEZ VOUS nous montrent les forces, les volontés occultées qui ne demandent qu'à être éveillées ou réveillées.

RESISTER C'EST CREER nous dit Gilles DELEUZE, alors créons !

- de nouvelles pratiques
- de la réflexion pluridisciplinaire
- du soutien aux travailleurs à lutter pour leur santé
- de la veille jusqu'aux alertes
- de l'interpellation des élus

La création par définition est sans limites ! Alors repoussons nos limites ! La loi de juillet 2011 nous a assommés mais ne nous a pas laissés sans voix, c'est l'objet de cette revue.

La loi de 1946 abrogée, la démolition des lois conçues dans la fébrilité du Conseil National de la Résistance est en marche.

Cette démolition a été annoncée par KESSLER, éminence grise du patronat.

- La gouvernance des services donnée aux employeurs, le vœu du MEDEF a été exaucé.
- Diviser pour régner, les acteurs de la santé au travail
- Le silence des derniers gouvernements, il y a tant d'autres chats à fouetter.

Dans cette revue, nous avons donné la parole

- aux travailleurs
- aux syndicalistes
- aux infirmiers
- aux médecins du travail et généralistes
- aux chercheurs
- aux universitaires.

Cette revue, première pierre du mur de la résistance que nous avons toujours à construire.

Jean Claude Guiraud

1 Gilles DELEUZE

2 Stéphane HESSEL

LA CULTURE DE LA RÉSISTANCE : UN ATOUT D'AVENIR.

Marcel Drulhe, Professeur émérite des Universités
<http://marcel.drulhe.online.fr>

Pour promouvoir la prise en compte pratique de la santé au travail, revenir à la culture de la Résistance constitue aujourd'hui une démarche tant de salubrité publique que de santé publique¹.

Déjà initiée à l'aube de notre civilisation (l'homo sapiens qui crée des rites d'ensevelissement et des sépultures pour mettre la mort à distance et ouvrir un travail de deuil, les prophètes au sein du judaïsme antique pour s'opposer au carcan de traditions dont on avait oublié l'esprit, Socrate et Antigone au cours de l'antiquité hellénique pour rappeler que la puissance de la rhétorique et de la domination n'est pas la mesure de tout l'humain, etc.), la culture de Résistance a connu un nouveau bourgeonnement en France pendant la conflagration mondiale de 1939-1945.

Au moment où d'aucuns, tel Denis Kessler à la fin de 2007 (alors numéro deux du MEDEF), s'empressent de vouloir « réformer le modèle social français qui est le pur produit du Conseil National de la Résistance » (*Challenges*, octobre 2007) en balayant les institutions qu'il a contribué à mettre en place au regard des perspectives de contrat social qu'il avait élaborées au cours de la lutte contre le nazisme, comment ne pas réexaminer à nouveau frais la culture de cette Résistance qui a jeté les bases de notre démocratie sociale actuelle en puisant dans divers courants humanistes et socialistes qui ont alimenté une volonté réformatrice fondée sur un horizon de justice et de solidarité, permettant l'émancipation des citoyens. Pendant de la citoyenneté politique, la citoyenneté sociale donne aux individus la capacité d'une certaine indépendance sociale et

d'une certaine reconnaissance sociale par leur inscription dans des systèmes de protection².

Comment caractériser cette culture de la Résistance pour en tirer encore parti aujourd'hui ?

Le socle est constitué de la défense et de la promotion des valeurs fondatrices de la République : liberté, égalité, fraternité. Pour Lucie Aubrac, héroïne de la Résistance, celle-ci s'amorce sur de « larges perspectives : la notion de patrie s'oppose au nationalisme, celle d'antiracisme entraîne la défense de la démocratie. Agir en citoyen ouvert à toutes les idées humanitaires, n'est-ce pas donner tout son sens à notre devise républicaine : Liberté, Égalité, Fraternité³ ? » L'enracinement dans de telles valeurs permet un monde minimal commun de référence qui commence à donner sens à la vie. Des rescapés des camps de concentration (Primo Levi, et d'autres) témoignent de ce que leur survie a été souvent liée au sens qu'ils ont réussi à donner à leur existence, en particulier à travers leur refus de la volonté nazie de faire d'eux des sous-hommes. *Résiste, montre que tu existes*, comme le dit si bien la chanson. Ce qui donne sens est manifestement ce qui « fait vivre » mais aussi peut « faire mourir » (à travers un engagement qui conduit à prendre des risques). « Quand on trouve une chose insupportable, il ne faut pas la supporter » aime répéter Albert Jacquard.

Enraciné et/ou adossé à un tel univers symbolique commun, la résistance est un engagement à se tenir debout (racine

gréco-latine « sta » = fermeté, fixité, constance) et à faire obstacle, à s'opposer à des forces destructrices. Cela suppose de s'associer et de se lier à ceux qui se sont déterminés au même engagement (le « stemon » grec est la chaîne du tisserand ; la « circumstantia » est un ensemble d'éléments en corrélation, ce qui s'oppose à la « distantia », la séparation, ce qui ne tient pas)⁴. Mais l'opposition à ce qui peut détruire n'a aucune garantie d'un aboutissement favorable : faute de résultat tangible, elle peut dériver vers le cynisme ou le fatalisme, autant d'attitudes qui émoussent l'engagement et la volonté d'agir, finalement poussent au retrait.

Tous ceux qui renvoient cette culture de résistance aux antiquités et à un obscurantisme antimoderniste mettent en avant paradoxalement le caractère conservateur d'un tel mouvement culturel et social : il s'opposerait aux évolutions nécessaires à la mondialisation ; il s'obstinerait dans le *statu quo* et refuserait le changement. On ramène ainsi la culture de Résistance à un processus pathologique diagnostiqué et traité par la psychiatrie, en l'étiquetant comme forcément une incapacité d'évolution collective. La culture de Résistance est ainsi montrée du doigt par certaines élites comme suppôt des idées reçues et des habitudes qui donnent de fausses sécurités.

Or, l'histoire de la Résistance au cours de la période 1939-1945, montre au contraire qu'elle a été un formidable moteur de création et d'innovation : la reconnaissance de l'égalité entre hommes et femmes (se traduisant entr'autres choses par le droit de vote enfin octroyé aux femmes), l'architecture de la Protection sociale, etc .

1/ Anciens résistants et militants de l'économie solidaire appelaient récemment à un engagement citoyen pour « redécouvrir et créer des leviers redonnant envie de faire société ensemble et construire autrement notre destin commun... » Alphanféry C., Aubrac R., Dinét M., Hes sel S., *La République doit résister*, le Monde, lundi 2 avril 2012. L'un de ces leviers peut être la santé au travail comme composante essentielle de la santé publique (cf. ci-dessous).

2/ Castel R. (2011), Les ambiguïtés de la promotion de l'individu, in *La République des idées, Refaire société*, Paris, Ed. du Seuil.

3/ Aubrac Lucie (2005), Résister, témoigner pour ensemble vivre libre, *Empan*, n°57, mars 2005.

4/ Paturet Jean-Bernard (2005), Exister et résister, & *Empan. Dynamiques de résistance et travail social*, n°57.

Toute l'œuvre institutionnelle mise en place après guerre sous son impulsion témoigne de ce que la Résistance est une école d'interrogation des fausses évidences et des préjugés. Si le CNR a malheureusement fait l'impasse sur l'émancipation des peuples colonisés, son état d'esprit a contribué à la formulation de la Charte Universelle des Droits de l'Homme en 1948 (avec la contribution de Stéphane Hessel, résistant représentant la France) et, à la suite, a permis de reconnaître progressivement les méfaits du colonialisme, via l'indépendance de l'ensemble des peuples colonisés. Sur ce plan, laissons le dernier mot à Edgar Morin : « Essayer de réduire la cruauté humaine, c'est élever l'esprit, la conscience, pour pallier l'inconscience et l'ignorance qui produisent du mal, c'est introduire de la raison dans la passion pour empêcher le passage au délire et à la démesure de l'*homo demens*, c'est en même temps s'en prendre aux conditions qui font émerger la cruauté subjective. Résister au mal, résister à la cruauté, c'est résister à ce qui sépare, à ce qui éloigne, en sachant qu'ils gagneront finalement la partie, c'est résister à toutes les barbaries issues de l'esprit humain, c'est défendre le fragile, le périssable, c'est sourire au sourire, consoler les larmes... c'est résister à nous-mêmes, à notre mesquinerie, notre lassitude et notre découragement⁵. »

Par delà ce noyau sémantique, caractéristique de la résistance, qui indique l'ancrage de cette démarche et/ou de ce mouvement à la fois dans le symbolique et dans l'élaboration d'une solidarité (Morin parle d'une immersion dans une grande fraternité), on peut objectiver la résistance à la manière du sociologue américain Erving Goffman comme un « drame social » dont on peut décomposer la mise en scène.

Tout d'abord, supposant une « lucidité rigoureuse » (la résistance ne peut pas se fonder sur une dénonciation qui tourne à vide), elle est la remise en cause d'une situation censée être normale, légitime ou correcte, la remise en question de ce qui est habituel, routinier, de ce qui apparaît comme ordinaire.

Ensuite, pareille remise en cause en pensée et/ou verbale va éventuellement prendre la forme d'une action non-conforme (action qui ne correspond pas à ce qui était prescrit) : ainsi, elle interroge son cadre d'accomplissement (procédure, organisation...). Ce réaménagement de l'action peut être subreptice et quasi-inaperçu, prenant la forme du clin d'œil pour cons-

truire une complicité dans la subversion tacite de la norme (de ce qui est attendu). Il s'agit en somme de « mouiller » les partenaires dans un engagement. Ensuite vient forcément un moment de subversion ouverte et publique où s'engagent un ensemble de partenaires pour faire « bouger les lignes » et faire advenir de nouveaux codes, de nouveaux cadres. L'action subversive est alors forcément un acte déviant qui indique la possibilité de faire autrement (un acte d'avant-garde), qui offre l'esquisse d'un changement dans le cours de l'action voire dans son articulation avec d'autres cours d'action (tel ensemble ou sous-ensemble organisé). La subversion dans laquelle plusieurs partenaires sont impliqués (chacun y prenant sa part sans que quiconque agisse à la place d'un autre) appelle une ouverture de négociations : faute de quoi, la subversion cesse d'être un appel pour se transformer en rapport de force dont la montée en puissance peut engendrer une violence destructrice.

A ce risque s'en ajoute un autre : faute d'une ouverture qui aboutisse à une nouvelle convention quant à la façon de conduire les activités et leur contexte, l'échec de la transformation de la situation peut retourner l'effort de résistance soit en hyperconformisme (non seulement on fait comme avant, mais on en rajoute dans l'application), soit en indifférence (on « laisse courir » et on finit par supporter l'insupportable). Dans les deux cas, ce recul a pour effet de renforcer l'ordre social préalablement remis en cause et de produire un affaiblissement voire un délitement du mouvement social de résistance.

Transformation de la situation

		Réussite	Échec
Opposition	Faible	Déviance larvée qui aboutit : conforte une solidarité de type mafieux, faute d'être réfléchie	Coût final de cette opposition larvée : Hyperconformisme ou indifférence
Opposition	Forte	Mouvement social qui aboutit : renforce apprentissage de procédures de négociation et convention ; Euphorie, encouragement	Délitement du mouvement social de résistance et renforcement de l'ordre social

Mise en forme de la Résistance comme « drame social » et schéma ci-dessus sont inspirés de : McFarland D.A., *Resistance as a Social Drama : a study of change-oriented encounters*, *American Journal of Sociology*, 109- 6, pp. 1249-1318.

Pourquoi mobiliser la culture de Résistance pour promouvoir la santé au travail ?

Au cours de la dernière décennie en particulier, une tendance forte est constituée par l'invisibilisation des acteurs au service de la santé au travail : de différentes manières leurs activités sont réduites à la part congrue et déconsidérées. Leur résistance peut consister d'abord à obtenir une pleine reconnaissance de leurs fonctions et identités professionnelles respectives au service des entreprises et de ses membres : accomplir leur mission avec les moyens nécessaires et sans avoir à courber l'échine, sachant que ce sont moins des détecteurs de maladies que des veilleurs qui les anticipent. Mais pourquoi accorder tant de place à cette catégorie particulière d'acteurs de santé ?

Établies de manière incontestable, en France, dans les années 1960, par le docteur Aubenque et Febvay, les inégalités sociales de santé restent longtemps appréhendées officiellement comme un défaut d'accès au système de soins et une régulation inadéquate de la consommation médicale. Mais la démocratisation des soins s'avère impuissante à réduire les écarts sociaux de santé. Même si, peu à peu, la vision pasteurienne et bernardienne de la santé et de ses déterminants s'élargit (ce dont témoigne en particulier le rapport Soubie au début des années 1990), les urgences du moment ne permettent pas la décentration nécessaire pour saisir la complexité des relations entre santé et société⁶. Les discours dominants, relayés par les médias, nous rabâchent les effets dangereux pour la santé des « comportements à risques » de nos concitoyens, indi-

vidus inconscients livrés à eux-mêmes : leur tabagisme, leurs abus d'alcool, leurs excès ou leur gourmandise dans le domaine alimentaire, leur paresse devant la télé au lieu de se livrer à quelques activités physiques, leur réticence à se protéger au cours de « rapports sexuels à risques »,

5/ Morin Edgar (2004), *Ethique de résistance*, La Méthode 6, Paris, Edition du Seuil.

6/ Drulhe M. (2000), *Fin de siècle et inégalités sociales en France : l'amor ce d'un débat ?* in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Inserm et La Découverte.

leurs transgressions des limitations de vitesse et autres règles du code de la route... S'il ne fait pas de doute que ce sont là, incontestablement, des conduites qui affectent ou risquent d'affecter la santé à plus ou moins brève échéance, est-ce bien là l'essentiel ?

Au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, de nombreuses enquêtes ponctuelles tendent à montrer que le travail est essentiel dans la formation des inégalités sociales de santé. Ainsi, au cours de ce printemps 2012, les médias affichent ce constat : plus que partout ailleurs en Europe, les français font de vieux os, mais ils craquent de plus en plus tôt ! une façon imagée pour dire qu'en France, l'espérance de vie (EV) continue de progresser mais que l'espérance de vie sans incapacités (EVSI) régresse : nous vivons plus longtemps mais en moins bonne santé. L'épidémiologiste Jean-Marie Robine⁷ qui a effectué ces comparaisons et établi ces résultats a indiqué lors d'interviews à la radio que la régression de l'EVSI était liée aux conditions de travail, en particulier à l'augmentation de sa pénibilité. Mais il ne l'a pas écrit car il ne disposait pas de données suffisantes et adéquates pour le démontrer à travers un modèle statistique de régression permettant d'extraire le facteur de risque prépondérant, selon les protocoles de l'épidémiologie statistique. Cependant, s'il laisse entendre *mezzo voce* que l'hypothèse la plus vraisemblable est que ce facteur est le travail, c'est que de nombreuses observations convergent dans ce sens.

Depuis le milieu des années 1970, le contexte de l'activité s'est transformé : normalisation des emplois précaires ainsi que des temps et horaires de travail partiels et flexibles, diffusions de nouvelles divisions structurelles du travail (externalisation, sous-traitance, etc.), mouvement massif d'intensification du travail impulsée par une quête sans fin de productivité, développement de nouvelles méthodes de management. Ces changements, souvent

rassemblés sous le terme de « précarisation », sont au cœur des mutations actuelles du travail. En amont le chômage d'exclusion (chômage de longue durée) le dispute au chômage répétitif (qui est l'autre nom du travail temporaire). Au sein des emplois pourvus, selon la dernière enquête SUMER (SURveillance MÉdicale des Risques, DARES 2002-03), 7 ouvriers sur 10 sont exposés à au moins un facteur de pénibilité (contre moins d'un cadre sur 10). Au niveau de l'exposition chimique, la règle qui a largement prévalu pour montrer la toxicité d'un produit a été « la preuve par l'homme » (cf. affaire de l'amiante) : actuellement, pour 9 substances sur 10, les données toxicologiques sont inexistantes ou incomplètes. Au cours de 2007, la nouvelle législation européenne REACH (Registration, Evaluation and Autorisation of Chemicals) est entrée en application : si elle présente un progrès, beaucoup de substances cancérigènes, mutagènes et toxiques ne sont pas encore contrôlées et remplacées.

Et la tertiarisation de l'économie n'a pas que des retombées favorables pour les actifs : mal de dos, épaules coincées, articulations des membres supérieurs prématurément usées, problèmes ophtalmologiques liés à la surexposition aux écrans sont devenus des risques très diffusés. En ce début de siècle, un Européen sur trois souffre du mal de dos. Des recherches ont montré que ces « risques émergents » sont largement dus à l'absence d'ergonomie des postes de travail et plus encore à la pression organisationnelle. Ce dernier aspect indique que le travail est irréductible à un système hommes-machines-matières-premières : il inclut forcément des rapports sociaux. Les conditions relationnelles de l'exécution des tâches forment un certain type de rapport au travail, un « vécu » du travail pétri de plaisir, de crainte, de dégoût ou d'envies de mieux faire tout comme il est traversé par les qualités des interactions avec collègues et supérieurs (entraide, confiance, agression, ignorance réciproque, etc.). C'est au cœur

de ce « vécu » qu'émergent le stress le plus négatif et diverses formes de souffrance au travail. Si certaines conditions de travail se sont améliorées, les facteurs de risques psychosociaux se sont accrus, écrit l'OCDE⁸.

La première tâche d'une culture de résistance vise donc à informer et à faire reconnaître par les employeurs et leur hiérarchie combien ces difficultés, en détériorant le bien-être de leurs salariés, nuisent à l'entreprise et à sa productivité, finalement sont une bien plus grande source de pertes que de gains. L'enjeu est de constituer une « épreuve du miroir » à visée dérangeante qui permet de cerner au plus près ce qui devrait être modifié.

Ensuite s'ajoute à cette fonction d'alerte et d'interpellation des démarches appropriées d'échanges et de coopération en quête de solutions pour l'amélioration du bien-être en entreprise et plus globalement pour la promotion de la santé au travail. La dimension collective de cette résistance novatrice n'est pas indépendante de la restauration de collectifs de travail qui s'avèrent être le dispositif le plus approprié pour les régulations les plus efficaces face aux épreuves des situations de travail en favorisant rencontres, controverses et délibérations⁹.

Au terme de l'enquête Radio-France effectuée d'avril à septembre 2011, une tendance forte s'exprime : « trouver de nouvelles manières d'articuler temps de travail et qualité de travail apparaît désormais comme la priorité. » (Interview de Dominique Méda, janvier 2012). Pareille attente va dans le sens de la promotion de la santé au travail. Résister à ce qui la contraire peut susciter soutien et solidarité, en fonction de l'évolution de la crise de 2008 dont nous subissons encore les effets. Mais cela suppose d'avancer dans l'expérimentation de ces nouvelles manières d'articuler temps et qualité de travail. Impossible de résister efficacement sans produire de l'innovation sociale à petite échelle via de plus larges perspectives.

7/ Robine J.M., *Dernières données sur l'espérance de vie sans incapacité des 27 pays de l'UE*, Paris, INED, 19 avril 2012.

8/ OECD (2011), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*.

9/ Reille-Baudrin E. et Werthe C. (2010), le développement du collectif : un moyen durable de prévention de la santé au travail ?, *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°10, pp.209-221.

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ FACE AU TRAVAIL

Après avoir perçu la culture de la résistance comme atout de la visibilité du travail et une potentialité de progrès, ce sont des professionnels de santé au travail qui sont impliqués dans une telle résistance qui s'expriment dans cette revue.

Un médecin du travail, une infirmière en santé au travail, un médecin inspecteur du travail et aussi un médecin généraliste qui est aussi au premier rang des observations et des accompagnements.

D'autres professionnels des conditions de travail s'impliquent pour la préservation de la santé au travail, psychologues du travail, ergonomes, toxicologues, intervenants en prévention des risques professionnels, assistant(e)s en santé au travail... l'absence de texte finalisé ici ne doit pas nous faire oublier que c'est avec la synergie de nos compétences pluridisciplinaires que les travailleurs bénéficieront de nos ressources pour préserver leur santé au travail.



CONTRE LA RÉFORME DÉLÉTÈRE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL : RÉSISTER TOUS ENSEMBLE

*Alain Carré, juillet 2012
Vice-président du SMTIEG*

Comment exercer la médecine du travail dans le contexte réglementaire mis en place par les employeurs et leurs alliés politiques et administratifs sans y laisser sa santé ?

La question peut paraître excessive ou polémique mais elle mérite d'être posée si on considère la série d'incohérences, notamment juridiques, de déni de droit voire d'injonctions paradoxales aux praticiens en santé au travail (et non seulement aux seuls médecins) que recèlent la nouvelle réglementation, visiblement écrite dans l'urgence d'un changement prévisible de mandature.

Commençons par en dresser la liste :

- Le SST chargé auparavant d'assurer la logistique de l'exercice de la médecine du travail en est devenu le dépositaire. Dans ce cadre le médecin du travail n'est plus qu'un instrument d'un service de l'entreprise ou d'une association patronale. Le positionnement du SST jusqu'alors clairement situé du côté de la prévention médicale des altérations de la santé des salariés dans le cadre d'une mission d'ordre public social est abusivement positionné comme supplétif des obligations de prévention de l'employeur qui relèvent d'une mission d'ordre privé. Notons au passage que cette disposition est contraire à l'article 14 de la directive européenne de 1989.
- Le médecin du travail, notamment celui d'un SSTIE, exerçant dans une obligation de moyen se trouve contraint, dans ses choix et ses activités, par un plan pluriannuel de service élaboré dans une commission médico technique où il occupe une position minoritaire, lui-même inséré dans un contrat d'objectifs et de moyens souscrit dans des sphères où la réalité n'est que virtuelle et hors de toute influence de sa part. Sa responsabilité de moyen est ainsi transformée en obligation de résultat.
- Le médecin du travail est investi de la responsabilité managériale (c'est-à-dire dans une obligation exclusive de résultat) d'animer et de coordonner une équipe pluridisciplinaire disparate au plan de sa composition (membres relevant des dispositions du code de la santé publique et d'autres non) et de leur statut. Certains de ces professionnels n'ont aucune existence légale et leur statut d'indépendance est ignoré voire leur situation frise l'illégalité notamment en référence au code de la santé publique (médecins « collaborateurs » et « assistants des services de santé au travail »). Des injonctions faites au médecin du travail pour certains d'entre eux le mettent en situation de transgression du code de déontologie médicale (ainsi la protocollisation écrite imposée aux infirmiers de santé au travail qui ignorent leur rôle propre et atteint par conséquent leur indépendance).
- Les moyens de l'exercice de la clinique médicale du travail dans ses composantes individuelles et collectives sont systématiquement sabotés. Ainsi, l'inflation des effectifs et l'espacement des visites cliniques rendent illusoire la mise en place d'une surveillance clinique individuelle. Les motifs de surveillance médicale renforcée qui permettraient d'assurer une hiérarchisation des surveillances en fonction des risques ont été siphonnés. La durée des arrêts de travail induisant les visites de reprises a été allongée ce qui réduit encore la visibilité clinique individuelle. Même si l'action en milieu de travail est dorénavant décrite dans le code du travail, les moyens en sont limités par l'inflation des missions et des rôles du médecin du travail.
- Cette pauvreté de moyens devient un piège dès lors que le médecin du travail est investi d'une mission de traçabilité individuelle des risques et de leurs effets (définition de la visite d'embauche et de la visite périodique, contenu du dossier médical, devoir collectif d'alerte) mais

aussi de propositions de prévention, alors que, parallèlement, les obligations de traçabilité, notamment collectives, des employeurs sont minorées (diverses dispositions abrogées en matière de risque chimique, liste minimale des risques pour bénéficier de la surveillance médicale renforcée, traçabilité limitée et partielle des risques de « pénibilité »). Cette stratégie place le médecin du travail en première ligne de responsabilité pénale en qualité de « sachant ».

En mettant en place cette réglementation délétère, l'Etat et son administration attentent à deux droits fondamentaux des travailleurs : celui d'une surveillance efficace de leur santé au travail dans un but exclusif de prévention primaire et celui d'assurer leur droit légitime à réparation dès lors que leur santé est atteinte. Or, tout médecin se doit d'assurer les droits légitimes à ses patients. Notre riposte n'est donc pas seulement destinée à défendre notre exercice mais aussi et surtout à refuser que nos patients perdent leur vie à la gagnar.

Les moyens de défense de l'exercice dans ce domaine peuvent paraître inexistant si on considère l'ampleur des nuisances que met en œuvre cette « réforme ». Pourtant l'entreprise de démolition systématique et volontaire de la nature médicale de la médecine du travail porte en germe son échec.

Pour résister quelques axes stratégiques s'offrent à nous :

- Le premier axe d'une résistance coordonnée consiste à définir publiquement ce qui relève de l'exercice de la médecine du travail et ce qui n'en relève pas : Exercer la médecine du travail est une mission d'ordre public social. Un médecin du travail a pour obligation, envers chaque travailleur et la communauté de travail : de rendre visible les risques d'altération de la santé, d'établir le lien entre

l'altération de la santé et le travail, de proposer des mesures individuelles et collectives de prévention primaire susceptibles de prévenir les effets des risques, si nécessaire, d'assurer au travailleur les éléments médicaux et de traçabilité susceptibles d'assurer son droit à une réparation, enfin, de tracer publiquement, dans le respect du secret médical, les risques et les liens entre la santé et le travail. En aucun cas il ne procède à une sélection médicale des travailleurs.

La médecine du travail s'exerce sur la base d'une clinique : la clinique médicale du travail qui s'intéresse aux altérations de la santé au travail avant même que n'apparaissent des maladies dues au travail. Elle a pour objet d'identifier les liens entre l'activité de travail réellement déployée par le travailleur et l'altération de sa santé et d'y apporter remède en proposant de modifier le poste de travail afin de restituer au salarié son pouvoir d'agir en matière de santé au travail.

Seuls sont membres d'une équipe pluridisciplinaire de médecine du travail les professionnels qui respectent ces valeurs. Dans ce cadre ils bénéficient d'une indépendance technique garantie qui doit être défendue collectivement dès lors qu'elle est compromise.

Par conséquent n'en sont pas membres, notamment, les préposés de l'employeur en matière d'obligation de sécurité de résultat (experts hygiène sécurité et environnement par exemple), les médecins sans titre de spécialité de médecine du travail ou qui auraient une mission d'ordre privé, par exemple les médecins coordonnateurs de l'employeur (qu'il faut bien évidemment distinguer des délégués élus par leurs pairs) ou les auditeurs. Toute action commune commence par l'identification des missions et des principes professionnels de chacun préalable à toute coopération. C'est de son seul point de vue spécifique que participe, s'il l'estime possible, un médecin du travail, dont la responsabilité personnelle est alors engagée.

- Le deuxième axe est celui de la cohésion de l'équipe pluridisciplinaire de médecine du travail. Le médecin en assume la responsabilité notamment pénale.

Toutefois cela ne lui confère aucun pouvoir sur l'indépendance professionnelle légitime de ses membres. Même si la décision finale relève de la responsabilité du médecin du travail, cette décision doit prendre en compte la compétence et les initiatives des autres membres de l'équipe et notamment comporter une expression des divergences éventuelles. La protocolisation, quand elle existe, n'est que la résultante finale des débats professionnels et doit les refléter.

Dans le respect des règles régissant le respect de la vie privée et des données médicales, chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire participe plus particulièrement à la traçabilité des risques dans ses composantes individuelles et collectives.

- Le troisième axe concerne la revendication des moyens propres à l'exercice de la médecine du travail et de la pluridisciplinarité et consiste à tracer publiquement et collectivement les manques ou les entraves aux moyens des membres de l'équipe pluridisciplinaire de médecine du travail. Il convient par conséquent de signaler par écrit aux responsables des services et aux autorités publiques, ainsi qu'aux représentants des travailleurs, les carences ou limitations de moyens, de toute nature, à l'activité clinique ou en milieu de travail et au déploiement de la pluridisciplinarité. Ne pas le faire serait en assumer personnellement la responsabilité.
- Le quatrième axe concerne la nécessité d'une position rigoureuse du médecin du travail vis-à-vis des travailleurs et de leur représentation. Le médecin du travail, même salarié direct, n'est pas un préposé de l'employeur mais l'instrument du droit à la santé des travailleurs. Il exerce conformément au code de la santé publique. Il est médecin et le sujet de la relation clinique est le travailleur et sa santé. Par conséquent, il respecte ses droits et a des devoirs envers lui. Dans ce cadre, notamment, il doit refuser de pratiquer toute sélection du travailleur sur des critères de santé, mais bien, si nécessaire, adapter le poste de travail pour que le travailleur puisse y construire sa santé.

Il conseille la représentation des travailleurs au même titre que l'employeur ce qui disqualifie des relations exclusives avec celui-ci. Dans le cadre du contrôle social il répond de l'exercice de ses responsabilités et notamment signale les difficultés ou les entraves à son exercice en mettant les parties devant leurs responsabilités dans ce domaine.

- Enfin, le cinquième axe est la légitime mise en responsabilité de l'employeur et de la puissance publique : il faut prendre aux mots (et aux maux) ceux qui ont choisi de détruire la médecine du travail. Nous proposons ainsi de développer des pratiques collectives d'identification des risques, de leurs effets et de leur traçabilité entre médecins du travail, dans et hors les services, et dans les équipes pluridisciplinaires en médecine du travail et mettre ces constats en visibilité dans le champ social. Cela aura pour résultat de mettre immédiatement en responsabilité les employeurs en matière d'obligation de sécurité de résultat et de réparation. La mise en visibilité mettra parallèlement en difficulté la puissance publique dans d'éventuelles alliances contre nature avec les employeurs. Nous proposons également de signaler systématiquement les absences de moyens, les pressions et les conflits qui naîtraient de la réforme ce qui ne manquera pas d'embarrasser ceux qui l'ont tenue sur les fonts baptismaux.

Dans toute action de résistance il y a trois principes incontournables :

Il ne peut y avoir de résistance individuelle sans résistance collective, ni de résistance collective sans alliance avec d'autres forces et enfin résister consiste principalement à mettre en visibilité les contradictions de ceux qui s'opposent à l'exercice de nos libertés et leurs responsabilités personnelles et collectives.

Dans un rapport de force défavorable l'intelligence rusée, la rigueur et les actions collectives sont les moyens de sa subversion. Nous proposons de les déployer ici et maintenant.

« Le mot résister doit toujours se conjuguer au présent. » (Lucie Aubrac)

M.C Cabrera-Limame, infirmière de santé au travail

Depuis de nombreuses années, les infirmières de santé au travail (IST) se sont engagées dans un processus de professionnalisation, notamment en élaborant avec trois enseignants de facultés de médecine le premier programme universitaire national du DIUST infirmier. La pénurie de médecins du travail offre l'opportunité à d'autres professions d'évoluer : IST, secrétaires médicales, assistants des services de santé au travail. De nombreux postes d'IST se créent en services inter. Des réflexions sur la coopération, sur le travail en équipe se mettent en place. Mais

Un état des lieux (plutôt pessimiste)

Le plus souvent, la fiche de poste de l'IST ainsi que les protocoles de « délégation de tâches » sont élaborés sans les infirmières concernées. Or les médecins du travail méconnaissent la culture infirmière, ce qui aboutit le plus souvent à des postes d'assistantes type « secrétaire améliorée » dédiée seulement à du recueil de données. Le rôle propre infirmier n'est alors pas pris en compte : le « pouvoir d'agir » de l'infirmière est limité, ce qui est source de souffrance professionnelle en lien avec l'appauvrissement du travail. L'infirmière ne serait-elle qu'un « passe-plat » ?

Les réunions de staff, indispensables à la coopération médecins/infirmiers sont parfois inexistantes. Se croiser dans un couloir ou se parler entre deux portes ne sont pas un facteur favorisant de travail en équipe !

De nombreuses formations universitaires se développent localement. Là encore, la place des IST dans l'élaboration des programmes et dans l'enseignement est réduite, le plus souvent, à la portion congrue. Les cours sont assurés par des médecins. Les tuteurs de formation sont des médecins, les jurys de mémoire : idem. Dans ces conditions, comment développer

des compétences infirmières spécifiques en santé travail ?

La formation par compagnonnage avec le médecin du travail référent est une étape du travail en équipe, avec un risque toutefois : celui de voir se créer les bataillons de « mini doc » qui feront en moins bien ce que font les médecins et qui se couperont de leurs racines infirmières : « Je déshabille le salarié pour l'examiner. Si anomalie à la bandelette urinaire, je l'oriente vers son médecin-traitant. »

L'évaluation des pratiques professionnelles peine à se mettre en place parmi les IST : seulement deux GAPEPs infirmiers au sein de l'association E-Pairs à ce jour. Comment élaborer nos règles de métier sans cet espace d'échanges, de co-construction ?

La recherche infirmière en santé travail est à la traîne : les mémoires universitaires infirmiers ne sont pas exploités et cette littérature « grise » prend la poussière dans des placards après la soutenance. Les infirmières françaises ne publient pas, contrairement à nos consœurs étrangères. Notre travail reste donc invisible le plus souvent...

Il y a fréquemment confusion entre « protocoles » et « questionnaires », entre « entretien infirmier » et « questionnaire fermé ». La plupart des démarches des services de santé au travail sont quantitatives et orientées vers les risques professionnels, au détriment de l'approche clinique et qualitative. La culture du chiffre est omniprésente. Sommes-nous encore des soignants ? Quelles compétences de professionnels de la santé mettons-nous à l'œuvre ?

Les aspects routiniers de nos pratiques ne sont pas questionnés : on transfère des médecins vers les IST l'abattage de rendez-vous périodiques, d'examen complémentaires systématiques. La durée des entretiens fait débat : sommes-nous au service de la santé des salariés ou bien assujetties aux gestionnaires des SST ?

Le microcosme de la médecine du travail vit replié sur lui-même, ignorant les expérimentations nationales de coopération et de délégation supervisées par le Professeur Berland. Il est vrai que le Ministère de la santé et celui du travail échangent peu... De même, notre vision exclusivement franco-française nous prive d'une analyse des réalisations et des évolutions à l'international. Il est en effet difficile de concevoir un travail de coopération dans un contexte de domination médicale sur des infirmières dont on attend soumission et docilité ...

Quant à la reconnaissance attendue par les IST après formation, elle est rarement au rendez-vous tant en terme de contenu du poste que de rémunération.

Aussi de nombreuses collègues quittent la médecine du travail en grande souffrance professionnelle.

Des pistes de solution (soyons optimistes)

Avant de se ruer sur les aspects organisationnels et techniques d'une coopération médecin du travail/IST, il faudrait aborder la question de fond : comment améliorer le suivi des travailleurs grâce au travail en équipe médicalisée ? Des médecins travaillant avec des IST se félicitent de cette nouvelle pratique, affirmant que le regard complémentaire apporté par une infirmière enrichit leur vision de la situation. Mais encore ? Des secrétaires médicales, des assistants ont eux aussi le souhait légitime d'évoluer. C'est donc une réflexion globale de projet d'équipe, voire de service, qu'il faut mener, afin de proposer aux salariés et aux entreprises un bouquet de compétences pluridisciplinaires dédiées à l'accompagnement des salariés fragilisés et au maintien au travail. Quelle plus-value apporte la synergie de différents professionnels orientés vers la prévention et la promotion de la santé au travail ? A partir de ces échanges, des protocoles pourront

être co-construits en équipe et validés par le médecin du travail.

S'adosser à la culture et à la formation infirmières permettra de profiter de compétences professionnelles acquises et en développement. Pour cela, les IST doivent s'affirmer, argumenter et démontrer. Présenter en réunion de service notre décret d'actes intégré au Code de santé publique est un premier pas et permet de lancer le débat. C'est aussi être présent aux Commissions médico-techniques des services inter-entreprises. C'est développer la vie des GAPEPs infirmiers et la recherche infirmière en santé au travail pour construire nous-mêmes notre métier. C'est aussi prendre le risque de s'exprimer par des communications et de s'exposer aux « petites phrases » corporatistes (« populisme du care », « des IST en service inter ? Autant remplacer les pilotes de ligne par des hôtesse de l'air ! » « Les infirmières enferment les salariés dans des tableaux. »)

Les IST ont intérêt à innover et à faire vivre des formations spécifiques, à l'image des mastères français de sciences infirmières (infirmières praticiennes en gérontologie, en cancérologie et de coordination de parcours de soins) afin de créer leur spécialité et de préserver une approche clinique infirmière.

Lever le nez du guidon et s'informer sur ce qui se fait ailleurs, en France comme à l'étranger. Ouvrir nos esprits à d'autres pratiques ...

Mener aussi la réflexion sur la notion de responsabilité technique et de travail en équipe, de coopération dans un rapport de domination : comment articuler le rôle de chacun dans la complémentarité et le respect de nos champs de compétences respectifs ?

Notre délégation syndicale défend les intérêts des professions concernées à la table de négociations des services inter. Les rencontres avec le Ministère de la santé sont décevantes à ce jour, nos inter-

locuteurs nous renvoyant vers celui du travail. Mais le SNPST est tenace !

En juillet 2012, le Bureau national du SNPST a créé un groupe de travail paritaire médecins du travail/IST pour préparer le congrès de novembre sur cette thématique. Le regard de Blandine Barlet, docteurante en sociologie, qui consacre sa thèse aux coopérations en service inter-entreprises apporte un regard pertinent sur cette question.

« Résister, reconstruire, transmettre »

Reprenant le conseil de Raymond Aubrac, nous avons donc à résister à l'invisibilité de notre profession, à construire nous-mêmes notre métier, à transmettre à nos pairs et aux médecins du travail notre vision infirmière de notre rôle et de nos missions en santé au travail.

(Bon, évidemment, c'est plus facile de copier/coller le questionnaire du service voisin et de cocher des cases...)

CRRMP ET INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE : DEUX DOSSIERS « CHAUDS » POUR LES MÉDECINS INSPECTEURS DU TRAVAIL.

Dr Brigitte Bannerot, Dr Pierre Abecassis, (Syndicat national des MIRT)

La mise en œuvre de « la réforme » applicable au 1^{er} juillet 2012, dans un contexte de difficultés de recrutement de MIRT qui persistent dans plusieurs régions particulièrement sinistrées, occupe et p^réoccupe actuellement l'inspection médicale du travail. Parallèlement, deux questions qui font débat au sein du corps des médecins inspecteurs, illustrent, à travers les difficultés de leur positionnement au sein de l'administration, les tensions qui sous-tendent la santé au travail.

Le CRRMP : un trépid bancal.

Au sein des CRRMP (Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles), les décisions sont prises par un collège de trois médecins. Le médecin conseil régional y apporte le point de vue du service médical auprès de l'assurance maladie, l'universitaire son expertise scientifique, le MIRT y est notamment porteur de la relation santé / travail qu'il s'efforce d'explorer, d'analyser et mettre en lumière. A l'origine de la création des CRRMP, on trouve une volonté affichée d'améliorer la réparation des maladies professionnelles en permettant la reconnaissance de pathologies hors tableau, et en établissant le lien entre conditions de travail et pathologies ne relevant pas de la présomption d'imputabilité. Alors que le médecin conseil régional est rémunéré dans le cadre de ses fonctions exercées au profit de l'institution qui l'emploie, et que l'universitaire perçoit une rémunération « à l'acte » (par dossier), le MIRT a été « oublié ». Officiellement, l'Administration aurait « confondu » comités techniques régionaux de la CARSAT (inscrits comme mission des MIRT dans le code du travail) et CRRMP...

Depuis 20 ans de création des CRRMP, les MIRT dénoncent cette injustice, cette discrimination, cette non reconnaissance, en revendiquant le même traitement que les universitaires. Sans véritable résultat. Tout se passe comme si l'expertise scientifique se voyait accorder par l'assurance maladie une « valeur » supérieure à la prise en compte de la réalité du travail et de son

impact sur la santé. C'est donc aussi la prise en considération de l'influence du travail sur la santé que les MIRT revendiquent. Ils ont décidé par conséquent d'alerter la CNAM puis, en l'absence de suite donnée à leur demande, de suspendre leur participation au CRRMP à partir du 1^{er} octobre, dans l'attente de jours meilleurs.

Au-delà, la question de la participation des MIRT au CRRMP fait débat chez les médecins inspecteurs. D'une part, leur présence apparaît comme une condition indispensable à la prise en compte du travail réel en dépit d'importantes inégalités régionales. Mais, d'autre part, certains MIRT s'interrogent : médecins de prévention primaire, ont-ils vraiment leur place dans une instance de réparation ? A l'évidence, les CRRMP ne sont pas à la hauteur de l'ambition qui a présidé à leur mise en place : la persistance d'une sous-reconnaissance importante des pathologies professionnelles en général, des cancers professionnels et des pathologies liées à la souffrance au travail en particulier. Dans ces conditions, la reconnaissance ne peut jouer son rôle de levier en prévention primaire, enjeu fondamental des CRRMP.

L'indépendance professionnelle au risque du « new public management » :

Fixation d'objectifs individuels chiffrés, entretiens individuels d'évaluation, prime de fonction et de résultats (PFR), restructurations en cascade dans le cadre de la révision générale des politiques publiques (RGPP), velléités de « toyotisme », la fonction publique est fortement impactée par les « nouveaux » modes de management, copié/collé des méthodes des entreprises privées et qui viennent heurter de plein fouet les valeurs du service public, son histoire, comme le sens du travail des agents. Les médecins inspecteurs du travail ne sont pas épargnés et garantir leur indépendance professionnelle, comme leurs moyens matériels d'action, devient pour eux, comme pour beaucoup de médecins de l'administration, un exercice quotidien. Le syndicat des médecins inspecteurs a ainsi donné la consigne à ses membres de refuser les entretiens individuels d'évaluation. Ces méthodes managériales, dont tous les

médecins du travail connaissent l'impact sur la santé des salariés, font obstacle à l'obligation déontologique faite à tout médecin de préserver son indépendance professionnelle, agissant exclusivement du point de vue de la santé, y compris quand des intérêts économiques, politiques ou administratifs sont en jeu. S'éloignant de Charybde grâce à ce positionnement collectif, les médecins inspecteurs se sont trouvés très vite en vue de Scylla.

En effet, afin de rendre le métier de MIRT plus « attractif » et de pallier le grave déficit dans certaines régions, le Ministère a quelque peu rehaussé les salaires et instauré... l'échelon le plus élevé accessible « au mérite ». Ainsi, la « manière de servir », appréciée par le Directeur régional, permet-elle à 2 MIRT - au plus - d'accéder chaque année à ce nirvana. La première année, cette promotion s'est faite à l'ancienneté, et l'administration a pris l'engagement verbal, la main sur le cœur, que seul ce critère serait réellement pris en compte.

En dépit de l'avis défavorable du Conseil national de l'Ordre qui s'inquiète du « fait du Prince », l'Administration persiste et signe, refusant de retirer son échelon exceptionnel face à celles et ceux qui doutent de sa parole versus les écrits qui, eux, restent. Au-delà de la question de l'indépendance professionnelle, c'est aussi la cohésion d'un groupe professionnel qui est menacée par cette mise en concurrence, par ce chacun pour soi. S'en tenant à l'engagement verbal de l'administration, le syndicat des médecins inspecteurs a décidé de ne pas s'engager collectivement dans la voie de la contestation de cette décision. Un groupe de MIRT réfléchit toutefois à l'opportunité de poursuivre l'action.

A l'heure de la mise en œuvre de la réforme, des projets de service et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), les réticences de l'administration du travail à respecter l'indépendance de SES propres médecins laissent mal augurer de celle des praticiens des SST qu'elle contrôle.

Un certain degré de « résistance » donc, dans un corps que l'Administration s'efforce de formater au nom de principes souvent incompatibles avec la déontologie médicale.

ACCOMPAGNER ET RÉSISTER

*Marie Kayser, médecin généraliste,
membre du SMG et de la rédaction de la Revue Pratiques*

Le médecin généraliste est souvent confronté aux pathologies de ses patients tant physiques que psychiques liées à leur travail et tout particulièrement aux nouvelles formes d'organisation de celui-ci.

Pourtant, il est en général mal préparé pour repérer les liens entre travail et santé ; quand il les repère, il se sent souvent impuissant ; quand il essaie d'agir il se trouve vite confronté, ainsi que son patient, à la complexité des démarches et se heurte aux obstacles mis en place par les employeurs mais aussi malheureusement par l'Assurance maladie.

Dans ce contexte comment le généraliste peut-il accompagner son patient et l'aider au mieux ? Comment peut-il résister ?

L'Ecoute

La symptomatologie exprimée par le patient peut permettre au médecin de faire assez facilement le lien avec le travail :

- Madame A vient pour une tendinite d'épaule, elle est conductrice de bus scolaire, elle a travaillé avant comme peintre en bâtiment pendant quelques mois.
- Madame B consulte pour des douleurs des mains prédominant la nuit. Elle travaille dans un abattoir, elle est déjà reconnue en maladie professionnelle pour une tendinite d'épaule.
- Madame C vient après un entretien d'évaluation qui s'est très mal passé et qu'elle a quitté avant la fin. Elle travaille dans la fonction publique territoriale, elle est dans un contexte de travail difficile où les directives données par sa hiérarchie sont en contradiction avec ses valeurs de métier ; elle présente depuis des mois du problème de sommeil, de tension psychologique, de ruminations incessantes autour de son travail.
- Monsieur D, a fait un malaise au travail. C'est l'infirmière de l'entreprise qui m'appelle car il a une hypertension à 22/10

alors que sa tension habituelle est dans la norme. Il venait d'apprendre au cours d'une réunion de travail que la mise en place du nouveau service qu'il préparait depuis plusieurs mois n'était plus d'actualité dans le contexte de réorganisation de l'entreprise.

- Madame E arrive en pleurs au cabinet. Je l'ai déjà vue à plusieurs reprises pour une symptomatologie anxiodépressive, mais elle s'est toujours investie dans son travail au point de refuser des arrêts de travail qui auraient pourtant été nécessaires. A son retour de congé, elle a appris qu'elle devait quitter la fonction particulière qu'elle avait toujours eue sur la chaîne d'emballage de plats cuisinés pour tourner entre différents postes et ateliers ; elle me dit qu'une tentative d'explication avec sa chef puis avec le directeur s'est soldée par des violences verbales et un geste de menace de la part du directeur. Il l'a ensuite adressée au médecin du travail qui me dit-elle a pris le parti de la direction.

Parfois la symptomatologie est énoncée par le patient sans qu'il ne fasse aucun lien avec sa situation de travail et c'est uniquement l'écoute et le questionnement qui permettront de faire le lien :

- Madame F a de violentes céphalées sur son lieu de congés et passe un scanner en urgence ; elle reprend le travail et consulte une semaine après pour troubles du sommeil et épuisement, elle me dit qu'elle est tellement fatiguée qu'elle n'arrive pas à bien faire son travail et se sent incompétente ; elle a beaucoup de soucis avec un de ses fils. C'est uniquement quand je lui demande : « comment cela se passe-t-il au travail ? » qu'elle me parle de la réorganisation survenue récemment : elle est responsable d'une cuisine de collectivité mais travaille pour une entreprise de restauration avec laquelle la mairie a passé un marché. Il y a eu agrandissement des locaux, augmentation de la charge de travail sans augmentation de personnel.

Ces histoires ne sont que quelques exemples de situations qui se présentent régulièrement en consultation. Une première

étape est de pouvoir faire lien avec le travail, pour cela il faut connaître le métier ou l'activité du patient au même titre que ses antécédents médicaux, écouter, penser à la dimension travail comme cause possible. En cas de souffrance morale, reprendre avec la personne son histoire au travail, le moment où cela a basculé, l'aider à envisager que ses symptômes ne sont pas en lien avec une incompétence de sa part mais avec les conditions d'organisation de son travail.

La mise à l'abri du patient : l'arrêt de travail.

C'est une deuxième étape la plus souvent indispensable et pourtant l'arrêt de travail est de plus en plus remis en question par l'Assurance maladie : campagnes contre « la fraude » à l'arrêt de travail visant à culpabiliser patients et soignants, conventions médicales entre l'Assurance maladie et les médecins avec engagements sur le nombre de jours d'arrêts collectivement prescrits, convocations des médecins par l'Assurance maladie quand leur profil de prescription est très différent de celui des médecins du secteur, référentiels de la Haute Autorité de Santé visant à établir la durée d'arrêt justifiée pour chaque pathologie (14 jours pour les pathologies anxiodépressives mineures, 1 jour pour la lombalgie commune sans port de charge et 7 jours si port de charge jusque 20 kg ...), possibilité pour l'Assurance maladie d'arrêter le versement des indemnités journalières sur avis du médecin contrôleur payé par l'employeur, primes collectives et individuelles des médecins conseils de l'Assurance maladie en fonction du nombre d'arrêts contrôlés mais aussi de leur baisse, mise en place d'un jour de carence non payé pour les fonctionnaires, tentatives de passer à quatre jours de carence pour les salariés du privé et d'instaurer un remboursement des indemnités journalières par le salarié si l'arrêt de travail est décrété a posteriori non justifié

Pourtant l'arrêt de travail est un véritable outil thérapeutique et la mise en arrêt est d'autant plus indispensable quand il s'agit de souffrance morale en lien avec le travail.

La reconnaissance du travail comme cause de la pathologie.

Pour mes deux patientes souffrant de troubles musculosquelettiques (TMS) une demande de reconnaissance en maladie professionnelle (MP) a été faite. Le patient et le médecin se lancent alors dans un parcours du combattant qui devient de plus en plus difficile : les restrictions récentes apportées à la reconnaissance des tendinites d'épaule (tableau 57 concernant les pathologies péri articulaires) vont obliger Madame A, conductrice de cars scolaires à refaire dans sa tête « le chemin de l'école » pour calculer le nombre de tournants obligeant son bras à dépasser l'horizontale. Au cours de l'instruction du dossier son état évoluera vers une capsulite rétractile de l'épaule, heureusement le médecin conseil contacté au téléphone n'a pas estimé nécessaire de refaire un dossier à ce titre. Finalement, Madame A n'aura sa reconnaissance en maladie professionnelle qu'après recours en Commission Régionale de Reconnaissance des Maladies Professionnelles. Reconnaissance pourtant fondamentale en terme d'indemnités journalières et facilitant la reprise (d'abord à temps partiel) sur un bus légèrement aménagé grâce à l'intervention du médecin du travail ; malheureusement la reprise à temps plein s'est soldée par une reprise des douleurs et de l'enraidissement et Madame A est actuellement au chômage suite à un licenciement pour inaptitude.

Madame B, suite à sa demande de reconnaissance en MP pour canal carpien va recevoir un questionnaire de plusieurs pages lui demandant de quantifier tous ses gestes de travail concernant toutes les articulations du bras depuis l'épaule jusqu'aux doigts, questionnaire que je n'avais jamais vu jusqu'à présent pour un problème de canal carpien, préfiguration des modifications du tableau 57 en ce qui concerne le poignet ? Elle vient d'être opérée, je l'ai vue avant sa reprise de travail et nous avons parlé ensemble de ce travail à la chaîne dans un abattoir de volailles et de ses pathologies : une tendinite d'épaule, une main opérée, une autre à venir, tendinite des doigts et de l'intérêt de faire un dossier de reconnaissance travailleur handicapé pour avoir plus de facilité pour une réorientation mais vers quel travail ???

Pour deux de mes patients pour lesquels il y avait souffrance morale au travail avec un fait brutal, j'ai fait un arrêt de travail en accident de travail avec pour diagnostic : « souffrance morale en lien avec les condi-

tions de travail ». C'est la reconnaissance du travail comme cause directe de la symptomatologie présentée. C'est une alerte lancée à l'employeur qui a connaissance du diagnostic dans les cas d'accidents de travail ce qu'il n'a pas en maladie.

Pour Madame C, cet arrêt en accident, avec l'appui du médecin du travail et la mobilisation du syndicat auquel elle appartient, a entraîné des modifications dans l'organisation, mais la reconnaissance a été contestée par la collectivité territoriale où elle travaille et elle a dû aller en commission de réforme pour avoir gain de cause.

Pour Monsieur D qui avait fait une poussée hypertensive, la symptomatologie aiguë et ses suites immédiates ont été reconnues en accident de travail mais l'hypertension qui maintenant doit être traitée ne l'a pas été. Pour lui aussi le certificat d'accident de travail a permis une alerte au niveau de l'entreprise et l'histoire s'est finalement plutôt bien terminée car le projet auquel il travaillait a été repris.

Cependant, Madame C comme Monsieur D ont vécu suite à leur accident de travail des moments très difficiles pendant plusieurs semaines avec des troubles du sommeil, une anxiété importante, un sentiment d'inutilité, une tendance à la dévalorisation.

Le fonctionnement en réseau.

La personne en souffrance physique ou psychique s'adresse souvent en premier à son généraliste. Même s'il essaie d'accompagner au mieux son patient, son champ d'intervention est limité et s'il ne veut pas se contenter d'essayer de le « réparer », il doit travailler en réseau.

• **Le médecin du travail** : C'est souvent le premier interlocuteur à contacter, avec l'accord du patient. Contact avant une « visite de pré-reprise » en cas de pathologie faisant penser que la reprise de travail risque d'être problématique sans aménagement de poste ; contact dans les cas de souffrance morale au travail puisque c'est l'organisation de l'entreprise qui est tout particulièrement questionnée ici et que si rien n'est aménagé on risque de déboucher sur une inaptitude avec licenciement qui est parfois malheureusement le meilleur « pis aller » pour le patient .

Souvent l'échange avec le médecin du travail est constructif, mais parfois d'emblée

celui-ci affirme qu'il a déjà tout essayé et que rien ne peut changer. Contacté pour Madame G qui travaille depuis des années pour un opérateur de téléphonie mobile, mais vient de craquer devant l'intensification du travail et le nouveau management, le médecin du travail m'a dit que l'entreprise avait déjà fait ce qu'elle devait en mettant en place un observatoire de la souffrance au travail ; il conseillera ensuite à ma patiente de négocier une rupture conventionnelle .

Exceptionnellement c'est une fin de non-recevoir comme dans le cas de Madame E dont le poste sur la chaîne d'emballage a été modifié sans concertation, le médecin du travail m'a clairement dit au téléphone que la faute venait de la salariée et qu'elle n'avait qu'à accepter ou démissionner .

Parfois, il n'y a plus de médecin du travail, dans les petites entreprises parce qu'elles n'ont pas payé leur cotisation, dans les grosses parce qu'elles n'en trouvent pas

• Le service de pathologie professionnelle du CHU

Lieu de recours pour faire le point sur les situations difficiles, et soutenir les patients en cas de souffrance morale au travail. J'ai une liste de consultants « préférés » issue de notre expérience collective au sein du cabinet et de notre groupe de formation continue.

Dans le cas de Madame E, le médecin de la consultation de pathologie professionnelle a fait un courrier au médecin du travail reprenant la situation et la souffrance au travail subie par la salariée, l'inspection du travail a enquêté dans l'entreprise et le médecin du travail a fini par prononcer une inaptitude pour cette patiente.

• Le service social de la Caisse d'Assurance maladie

Les assistantes sociales apportent un réel soutien aux patients pour les situations compliquées : elles explicitent le cadre administratif, suivent le dossier, aident à monter les demandes de reconnaissance travailleur handicapé auprès de la MDPH (Maison Départementale des Personnes âgées et Handicapées). Elles font aussi, en cas de problème, le lien avec le service médical de la caisse, l'expérience montrant que les médecins conseil « cassent » moins les arrêts de travail quand ils savent que tout est mis en œuvre pour accompagner le salarié au mieux de son état de santé.

• Le recours au collectif

Le médecin généraliste n'a pas de compétence juridique et n'est pas dans l'entreprise alors que les questions de santé au travail ne sont pas que des questions individuelles, elles renvoient au collectif, à l'entreprise et au cadre du contrat de travail.

Passer de l'individuel au collectif, c'est rappeler si besoin au patient l'importance de l'échange avec leurs collègues qui ont la même problématique qu'eux, l'importance d'en parler au médecin du travail pour sortir de la problématique individuelle.

C'est dire les recours existant dans l'entreprise : délégués syndicaux et des CHSCT Comités Hygiène Sécurité et des Conditions de Travail)

C'est faire connaître si besoin des recours à des collectifs comme le collectif « égalité-mixité CGT » sur Nantes qui accompagne sur les plan humain, syndical et juridique les salariés en souffrance au travail, ou les associations comme la FNATH (Fédération

National des accidentés du travail et des handicapés) ou l'ANDEVA (Association Nationale de Défense des Victimes de l'Amiante) qui font un gros travail d'étude de dossier, d'accompagnement individuel et de défense collective.

Résister ?

Cela suppose de connaître l'importance du travail comme constructeur mais aussi destructeur de santé, de prendre le temps de l'écoute et de l'accompagnement, ce qui n'est pas toujours évident pour le médecin dans le contexte actuel de démographie médicale, ni reconnu dans le système de paiement à l'acte qui récompense les médecins travaillant vite.

Cela suppose aussi de ne pas être isolé et de travailler en réseau.

Résister c'est aussi se former collectivement : nous avons organisé à plusieurs reprises dans notre réseau de formation

continue des séances avec l'aide d'un médecin inspecteur du travail et de membre du collectif « égalité mixité CGT » qui sont des « personnes ressources » pour nous dans les situations difficiles.

Résister c'est former les internes en médecine générale à avoir cette démarche : nous avons monté au département de médecine générale de Nantes une journée de formation intitulée : « le monde du travail en médecine générale ».

Résister c'est réfléchir collectivement, cela a donné naissance à un numéro de la revue Pratiques : « la souffrance faite au travail »

Mais cette résistance est loin d'être suffisante et bien souvent prévaut le sentiment de ne pas être grand-chose face à un système politique et économique où la compétitivité renvoie à une organisation du travail au détriment de la santé du grand nombre pour le profit de quelques uns. Alors résister c'est aussi agir collectivement chacun là où il est soignant comme patient pour que cela change.

LES LUTTES SYNDICALES, JURIDIQUES ET ASSOCIATIVES

Nous aurions pu juxtaposer les résistances de toutes les confédérations syndicales qui ont toutes à se battre pour la santé au travail. L'analyse des préoccupations concrètes d'un syndicat relate l'envie mais la difficulté, malgré toutes les observations et les alertes, de dépasser la feuille blanche des actions efficaces sur le terrain.

La judiciarisation des affaires de santé au travail est une étape de plus en plus indispensable à la reconnaissance du droit des victimes. Tant au civil qu'au pénal les affaires font progresser la jurisprudence, même si le code pénal, un peu vieux, mériterait des adaptations.

Il reste beaucoup à faire aux associations les plus engagées pour faire comprendre les impunités, les contournements, les lobbies et les cynismes qui occultent des crimes et désastres industriels...



NE PAS PERDRE SA VIE À LA GAGNER

Eric Beynel

Porte parole de l'Union syndicale Solidaires

Un peu plus de deux années après notre initiative « Et voilà le travail » qui avait réuni en mars 2010 plus de cinq cent militants de terrain des syndicats de l'Union syndicale Solidaires, issus du privé comme du public, de petites et de grosses entreprises, qui avaient ainsi pu échanger et débattre de leurs conditions de travail, de la santé au travail, du travail, où en sommes nous aujourd'hui ?

Du côté des travailleurs, la situation a continué à se dégrader de manière forte. Le modèle libéral à l'œuvre depuis plus de trente ans et l'accentuation de la crise et de ses conséquences ont accru l'intensification du travail, la mise en concurrence des salariés à la fois entre entreprises mais aussi à leur intérieur même. Précarité, sous-traitance, plans sociaux, Révision Générale des Politiques Publiques, c'est sous une pression constante que les travailleurs du public comme du privé essayent de faire face, tentent comme ils le peuvent de faire « leur » travail.

Les exemples sont nombreux et la situation de dégradation s'est étendue aujourd'hui à l'ensemble du salariat, y compris celui du public présenté par certains comme protégé. Quelques cas récents sont là pour souligner la gravité de la situation. C'est à Montpellier une enseignante qui s'immole par le feu en pleine cour de récréation devant l'ensemble de la communauté éducative. C'est dans le Nord, un inspecteur du travail qui, après une première tentative de suicide l'été dernier, est retrouvé pendu. Ce sont plusieurs postiers qui ces dernières semaines ont attenté à leurs jours. C'est encore ces derniers mois plusieurs douaniers qui utilisent leurs armes de service pour mettre un terme à leur vie. Malheureusement, nous pourrions poursuivre et multiplier cette comptabilité macabre.

Pendant ces deux années, nous ne sommes pas restés l'arme aux pieds et avons continué à construire un réseau de militants autour des questions centrales de la santé au travail. Ce réseau existe en interne avec une multiplication de formations syndicales, des outils pratiques mis à disposition avec un bulletin régulier, des fiches pratiques pour les militants et les travailleurs. Il existe en externe aussi avec

de nombreuses associations, des chercheurs, des médecins, des ergonomes, des professionnels de ces questions.

Dans de nombreux secteurs, l'action s'organise, dense et féconde, à l'inspection du travail, à l'Office national des Forêts, à la Poste. Ces premières batailles sont considérables après ce premier moment de stupeur qui nous avait tous frappés. Il s'agit pour nous désormais de les faire converger et s'amplifier pour ne plus perdre sa vie à la gagner.

Agir ensemble, passer à la feuille blanche :

Du côté des Directions, du management, les méthodes sont les mêmes à peu près partout. Les mêmes mots, les mêmes discours sur le "donnant-donnant", "la compétitivité sinon...", le "lean management..." Les plans se succèdent avec des conséquences que l'on connaît...

Face à cette situation, il est possible de multiplier indéfiniment aujourd'hui les questionnaires, les observatoires, les enquêtes générales pendant que les politiques mettent en place des commissions au Sénat ou à l'Assemblée Nationale, les ministres commandent des rapports. Et rien ne change... ou, pas grand chose ! On peut même dire qu'on nous enfume!

Le travail syndical sur lequel nous pensons utile et nécessaire de réfléchir vise à reprendre une posture active, une logique de "contre-pouvoir" pour développer une pratique syndicale la plus proche possible des salariés. Il nous semble que la démarche interprofessionnelle est déterminante pour échanger sur les situations vécues par tous mais qu'elle doit trouver sa source dans un travail syndical au plus près du vécu. Sortir du local syndical et des réunions institutionnelles pour aller dans les services et sur les lieux de travail pas seulement avec les tracts de Solidaires (qu'il faut évidemment diffuser et continuer à écrire...), mais développer une pratique d'écoute. Passer du tract que l'on diffuse à la feuille blanche et au carnet où l'on écrit ce que nous disent les collègues. En échangeant sur les difficultés rencontrées au jour le jour, aux détails qui pourrissent la vie quotidienne au travail, on peut alimenter

et développer une action syndicale concrète qui est à notre sens la source du syndicalisme Solidaires et devrait être celle du syndicalisme en général.

Se former et mobiliser les moyens :

Les moyens syndicaux existent. Jamais assez mais quand même... Du temps syndical liées aux instances représentatives du personnel, des droits d'expressions pour les salariés, des droits d'alerte pour les CHSCT ou les DP, des possibilités de médiatisation, des jurisprudences et des décisions de justice qui vont plutôt dans le bon sens... Nous avons des moyens et du temps syndical mais nous devons réfléchir à leur utilisation, aux priorités que nous nous donnons et aux pratiques que nous mettons en œuvre avec les salariés. Il nous semble important de nourrir nos actions dans les instances par nos dialogues avec les salariés et non de nourrir nos échanges avec les salariés des débats tenus dans les instances.

Le développement des formations dans Solidaires sur les pressions et violences au travail permettent de comprendre les mécanismes à l'origine des souffrances des salariés mais également de susciter des mises à l'action et des initiatives. La dénonciation des situations inacceptables, la médiatisation de certaines situations intolérables sont insuffisantes et l'action syndicale que nous souhaitons développer sur le terrain doit permettre la mise à l'action des salariés.

Après une formation syndicale interprofessionnelle, les militant(e)s de l'ENS de Lyon font le constat de pressions très importantes dans le travail notamment auprès des personnels administratifs et techniques (près de 500 agents dans des services le plus souvent éclatés). Plaintes du personnel, tensions, collectifs de travail disloqués, pressions hiérarchiques, salariés qui sont en conflit entre eux... avec une difficulté pour les représentants au CHSCT et les militants syndicaux de prendre en charge ces questions.

Plutôt que de se focaliser sur les initiatives de la Direction (audits, recours à des consultants, plans...) ainsi que sur un discours général, l'équipe syndicale décide en

mars 2011 de prendre en charge un service (celui du ménage). Alors que la situation était assez compliquée avec des tensions entre les collègues et une description très "défaitiste" de la situation, l'écoute de la part des militant(e)s syndicaux permet progressivement d'échanger sur ce qui ne va pas et de comprendre avec les intéressé(e)s où il manque des moyens, ce qui ne fonctionne pas et très concrètement de retrouver du collectif et de la solidarité entre les personnes. En quelques mois, les résultats sont très importants... D'abord la rédaction d'un texte (cahier revendicatif) puis en octobre 2011 une grève de plus d'une semaine. Et avec au bout du compte des résultats concrets pour les salarié(e)s de ce service. On pourrait penser qu'il s'agit d'un conflit limité qui n'a pas beaucoup d'influences sur la situation à l'ENS... Or ce qu'a généré cette initiative d'une catégorie de personnel qui a été popularisée par la section syndicale (et en partie l'intersyndicale), s'est prolongée dans des assemblées générales de tout le personnel de l'ENS et à d'autres services et catégories qui bougent. C'est le cas par exemple des informaticiens, des services de sécurité... Tout n'est certes pas réglé mais au dire des intéressés, le collectif progresse et la pression sur la Direction s'accroît. L'enseignement que nous tirons de cette pratique syndicale de

terrain, de cette pratique d'écoute au plus près des salariés, c'est qu'elle permet d'inverser la tendance même s'il reste beaucoup à faire. La stratégie de contestation et de mobilisation globale est nécessaire mais elle n'est pas suffisante...

Poursuivre et amplifier :

De nombreuses autres équipes syndicales de Solidaires développent des initiatives qui peuvent sembler limitées mais qui permettent d'avancer... Ce sont les équipes de SUD PTT en Auvergne qui négocient la mise en oeuvre du droit d'expression pour les salariés, les équipes de SUD Rail à Lyon qui utilisent le droit d'alerte et les déclarations d'accident du travail face aux pressions de leur hiérarchie, les militants de la Poste de Dardilly dans le Rhône qui imposent une déclaration d'Accident du Travail suite à une crise de nerf ou les équipes de la FNAC qui se battent pour faire reconnaître la pénibilité du métier de libraire et développent une activité syndicale de terrain qui permet de développer du collectif. Nous pourrions multiplier les exemples de ces « petites » actions qui se font jour partout et commencent d'une part à reconstruire de la solidarité et du collectif et d'autre part de redonner confiance dans l'action syndicale.

Développer une stratégie syndicale active est un enjeu pour le développement du syndicalisme Solidaires et le syndicalisme en général. La pratique d'écoute pour mettre en visibilité ce que vivent au jour le jour les salariés est aujourd'hui possible partout par les pratiques d'enquêtes à développer. Les représentants du personnel (notamment en CHSCT mais pas seulement), ont des moyens qu'ils peuvent mobiliser pour cela... Il s'agit là aussi de remettre en débat nos pratiques syndicales et de reconstruire avec les travailleurs et travailleuses un syndicalisme de luttes à la fois locales et globales.

Les trente années passées ont mis au premier rang les questions de salaires et d'emplois, mettant de côté le travail, y compris sur les questions de temps de travail. Seules quelques luttes furent couronnées de succès comme celle contre l'amiante entamée il y a déjà plusieurs années alors qu'apparaissent déjà de nouveaux risques comme les pesticides, les nanomatériaux ou les ondes électromagnétiques. Il nous faudra conjuguer luttes pour la santé des travailleurs et luttes environnementales. L'affrontement avec le capitalisme ne pourra guère se faire si nous ne sommes pas capables de lutter pour faire cesser l'exploitation de nos vies et de nos corps à son seul profit.

LA JUDICIARISATION DES AFFAIRES DE SANTÉ AU TRAVAIL. LA PLACE DES VICTIMES ET DE LEURS ASSOCIATIONS

Michel Ledoux, Avocat à la Cour d'Appel de Paris

Chaque année, la Cour de cassation fait le bilan de son activité juridictionnelle et consacre un rapport à un thème particulier concernant toutes les chambres de notre Cour Suprême.

En 2011, c'était la prévention du risque professionnel qui a été choisie. C'est dire l'importance fondamentale de cette question depuis quelques années tant sur le terrain de la responsabilité civile que sur celui de la responsabilité pénale.

1. La responsabilité civile de l'employeur en matière de santé au travail :

Longtemps, l'obligation de sécurité de l'employeur dans ses relations avec ses salariés ne fut qu'une obligation de moyen. L'employeur devait finalement faire « de son mieux ». Les atteintes à la santé n'étaient civilement sanctionnées qu'en cas de « faute d'une exceptionnelle gravité ».

A l'occasion de l'un des plus grands scandales de santé au travail que notre pays ait connu, l'affaire de l'amiante, la Chambre Sociale de la Cour de cassation découvrit dans le contrat de travail, le 28 février 2002, une obligation de sécurité de résultat à la charge de l'employeur.

En effet, de très nombreuses procédures tendant à la reconnaissance de la faute inexcusable avaient été initiées, sous l'égide de l'ANDEVA (Association Nationale de Défense des Victimes de l'Amiante), à l'encontre de plusieurs entreprises utilisant massivement ce matériau.

Les « class action » n'existant pas dans notre droit, cette association avait malgré tout réussi à regrouper de nombreuses victimes, usine par usine, ce qui eut pour résultat de rendre visible le caractère massif et intolérable de la contamination.

C'est dans ce contexte que, bouleversant la définition de la faute inexcusable de

l'employeur, la Chambre Sociale de la Cour de cassation posa, le 28 février 2002, la règle suivante :

« En vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par ce salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise ».

Si, en dépit de cette définition et jusqu'en 2010, cette obligation de sécurité n'avait de résultat que le nom, en quelques années, le droit social a vu se dessiner les contours d'une authentique obligation de sécurité de résultat pesant sur l'employeur.

Cette obligation, née dans le champ du seul Code de la Sécurité Sociale et dans le petit périmètre de la faute inexcusable de l'employeur, a rapidement migré du domaine des maladies professionnelles et des accidents du travail, vers l'ensemble du contrat de travail (rupture du contrat, visite médicale de reprise, obligation de reclassement du salarié inapte, observation des préconisations du médecin du travail, harcèlement moral, etc...). Elle s'applique aujourd'hui non seulement aux relations individuelles mais également aux relations collectives du travail.

Elle dérive d'ailleurs désormais directement des dispositions de l'article L.4121-1 du Code du Travail qui dispose :

« L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la sécurité physique et mentale des travailleurs ».

Cette obligation de sécurité de résultat « inventée » par la Cour de cassation grâce à l'action de l'ANDEVA est désormais utilisée en permanence par les juridictions et elle est aujourd'hui interprétée très rigoureusement par la Cour de cassation.

Elle est notamment le support de nombreuses condamnations en lien avec le

risque psycho-social. Par exemple, l'indemnisation du préjudice « d'anxiété » ou du « sentiment d'insécurité » est fondée sur le non-respect de cette obligation

Le rapport présenté en 2011 par la Cour de cassation souligne les obligations qui incombent aux employeurs et, en particulier, celle, fondamentale aujourd'hui, d'évaluer les risques, d'intégrer cette évaluation dans le document unique, le cas échéant dans une fiche individuelle d'exposition à certains risques professionnels de pénibilité et d'adosser à cette évaluation un plan d'action qui doit notamment prévoir de former et d'informer les opérateurs à la problématique des risques professionnels.

Par ailleurs, à de nombreuses reprises, la Haute Cour a souligné que loin des déclarations d'intention, l'employeur devait désormais assurer l'effectivité de cette obligation de sécurité de résultat en s'intéressant au travail réel.

Le rapport rappelle également que désormais l'obligation de sécurité de résultat est passée de l'individuel au collectif.

En effet, en matière de harcèlement moral, par exemple, les méthodes de gestion mises en œuvre par la hiérarchie, dès lors qu'elles se manifestent pour un salarié déterminé par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet d'entraîner une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel, caractérisent le harcèlement.

Il faut souligner que la jurisprudence va très loin puisque la Cour de cassation a rappelé à plusieurs reprises que l'employeur, débiteur de cette obligation de résultat, doit assumer les conséquences du harcèlement même s'il a pris les dispositions en vue de le faire cesser. En quelque sorte, lorsqu'il intervient, il est trop tard, le mal est fait...

Il est également évident que cette obligation de sécurité de résultat va s'étendre à la problématique de la pénibilité au travail.

L'absence ou l'insuffisance des actions de prévention de la pénibilité va nécessairement engager la responsabilité de l'employeur. Il suffira de croiser l'obligation de sécurité de résultat avec, par exemple, une fiche individuelle de suivi (fiche de prévention) pour qu'une action contre l'employeur puisse être envisagée.

D'ores et déjà, la Cour de cassation a d'ailleurs décidé que, même en l'absence d'altération de l'état de santé d'un salarié, le simple fait de l'exposer à un risque qui avait été préalablement identifié, causait « nécessairement un préjudice au salarié » et permettait de lui allouer des dommages et intérêts.

Le harcèlement moral a servi ces dernières années de véritable laboratoire pour décliner les contraintes qui pèsent sur l'entreprise. Le mécanisme probatoire de ce harcèlement est d'ailleurs très symptomatique à cet égard.

La Cour de cassation a décidé qu'il résultait des dispositions de l'article L. 1154-1 du Code du Travail que la charge de la preuve d'un harcèlement moral ne pèse pas sur le salarié.

Celui-ci doit, dans un premier temps seulement établir les faits qui permettent de présumer l'existence d'un harcèlement moral. Au regard de ces éléments, le juge doit examiner l'ensemble des faits allégués, de rechercher s'ils sont établis et, dans l'affirmative, si, pris dans leur ensemble, ils sont de nature à laisser présumer un harcèlement moral.

A l'issue de cet examen, il appartient à l'employeur de démontrer, s'il le peut, que ces agissements ne sont pas constitutifs de l'infraction et qu'ils sont justifiés par des éléments objectifs, étrangers à tout harcèlement.

A défaut pour lui de rapporter cette preuve, le harcèlement moral sera réputé établi.

2. La responsabilité pénale de l'employeur en matière de santé au travail :

Sur le terrain de la responsabilité pénale

également, l'action des associations et en particulier de l'ANDEVA a permis de faire évoluer la jurisprudence.

La dernière illustration de cette évolution date du 26 juin 2012.

Plusieurs directeurs de la société ETERNIT ont été mis en examen pour homicides et blessures involontaires par un juge d'instruction du Pôle Santé Publique à la suite des plaintes déposées par un certain nombre de victimes de cette société et par l'ANDEVA.

Deux directeurs avaient demandé l'annulation de leur mise en examen devant la Chambre de l'Instruction de la Cour d'Appel de Paris et celle-ci leur avait donné raison.

A la demande de l'ANDEVA, l'arrêt de la Chambre de l'Instruction fut porté devant la Chambre Criminelle de la Cour de cassation qui, par arrêt du 26 juin 2012, a cassé et annulé la décision de la Chambre de l'Instruction.

Cette cassation a été prononcée à deux titres.

En premier lieu, si la Chambre de l'Instruction peut relever d'office les moyens de cassation, elle ne peut s'affranchir du principe du contradictoire.

Elle doit notamment respecter les dispositions de l'article 6 § 1 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et du préliminaire du Code de Procédure Pénale qui prévoit que « la procédure pénale doit être équitable et contradictoire et préserver l'équilibre des droits des parties ».

La Cour de cassation a estimé que la Chambre de l'Instruction aurait dû, avant de prendre position sur l'annulation des mises en examen, mettre les parties et en particulier les victimes et associations plaignantes, en demeure de débattre contradictoirement et de présenter des observations, ce qui n'avait pas été fait en l'espèce. Il s'agit ici d'une véritable avancée jurisprudentielle importante, revalorisant un peu plus le rôle des victimes et de leurs associations dans le cadre des procédures pénales en particulier en matière d'atteinte à la santé au travail.

Par ailleurs, la Chambre de l'Instruction

avait prononcé la nullité de la mise en examen en estimant qu'elle visait une période indéterminée et ne permettait pas de savoir exactement la date des faits reprochés aux directeurs de la société ETERNIT.

Selon la Chambre de l'Instruction, la mise en examen visait de surcroît des périodes qui ne correspondaient pas à celles durant lesquelles les victimes avaient été exposées à l'amiante.

Sur ce point également, la Cour de cassation casse l'arrêt de la Chambre de l'Instruction, estimant que le Juge d'Instruction avait fait correctement son travail en indiquant les qualifications juridiques présidant à la mise en examen et en visant les périodes durant lesquelles les mis en examen avaient involontairement causé les décès et infligé des blessures à des salariés des usines ETERNIT.

Selon la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation, ces renseignements étaient suffisants pour permettre aux mis en examen d'assurer utilement leur défense.

En définitive, les victimes et leurs associations ont acquis de haute lutte une place considérable dans le traitement judiciaire des affaires de santé publique.

Le fait de se regrouper au sein d'associations puissantes peut en effet dans un Etat de droit permettre un travail associatif et juridique de bonne qualité, ce qui permet souvent de rétablir le déséquilibre existant traditionnellement entre un employeur puissant et une victime isolée et démunie.

Quoi qu'il en soit, l'ambition des associations et en particulier de l'ANDEVA et de la FNATH est aujourd'hui d'obtenir une modification du Code Pénal afin que les catastrophes collectives puissent être traitées dans de bonnes conditions.

Notre Code Pénal, qui date de l'époque de Napoléon, n'est pas adapté aux catastrophes industrielles de notre temps. Il ne rend pas compte du caractère collectif et organisé de certains délits industriels pourtant susceptibles de provoquer des drames semblables à celui de l'amiante.

Un Code Pénal bâti pour traiter des accidents de diligences ne peut plus être utilisé à l'occasion de drames sanitaires, souvent transnationaux et susceptibles de provoquer 100.000 morts !

Santé au travail : « nous sommes face à une forme de crime organisé »

Caroline Castets

Du cynisme des industriels à l'inaction des pouvoirs publics, Annie Thébaud-Mony, directrice de recherches au CNRS, dresse un état des lieux sans concession de la santé au travail...

Moyenâgeuse et cynique. C'est en ces termes qu'Annie Thébaud-Mony qualifie l'attitude de certains industriels vis-à-vis de la santé et de la sécurité des salariés. Attitude qui, selon elle, expliquerait que l'on déplore encore chaque jour en France deux morts par accidents du travail et plus de dix des suites d'une exposition à l'amiante.

Une situation archaïque que cette spécialiste des questions de sécurité au travail dénonce depuis près de 30 ans en parlant non pas de négligence mais d'une authentique forme de "crime organisé" de la part de certains dirigeants qui, depuis longtemps, ont appris à sous-traiter non seulement les risques qu'ils génèrent mais aussi les responsabilités qui les accompagnent.

Face à cette manifestation de "pur cynisme industriel" dont les pouvoirs publics n'ont jusqu'alors pas pris la mesure, Annie Thébaud-Mony entend opposer deux mesures : l'interdiction d'avoir recours à la sous-traitance sur tout site dangereux et l'introduction des notions de crime industriel et de désastre volontaire dans le droit pénal. Seuls moyens, selon elle, d'en finir avec une situation qui persiste à placer l'intérêt économique au-dessus de la préservation de la vie humaine.

"Je viens de refuser la Légion d'honneur parce que ce n'est tout simplement pas le type de reconnaissance que j'attends au terme de toutes ces années d'engagement et de recherche scientifique sur les questions de santé au travail et de santé environnementale. Ce que j'attends, c'est que mon travail soit pris en compte et reconnu ; autrement dit, qu'il incite les pouvoirs publics à adopter un certain nombre de dispositions, ne serait-ce que pour faire respecter la loi.

Car pour l'heure, en ce qui concerne la santé et la sécurité, le code du travail n'est pas appliqué. Il pose un certain nombre de principes qui ne sont pas respectés, à commencer par le principal : l'obligation faite depuis plus d'un siècle aux employeurs de garantir la santé de leurs salariés. Cette obligation a pourtant été rappelée à l'occasion du drame de l'amiante en 2002, l'affaire ayant débouché sur une certaine prise de conscience en montrant qu'il existait un réel problème de prévention face à un risque qui, pourtant, était identifié depuis longtemps. En prenant la mesure de cette catastrophe sanitaire, la Cours de cassation a réactivé cette obligation des employeurs d'assurer la santé des salariés au quotidien.

Or je constate chaque jour que, sur ce plan, rien n'a changé. Que nous restons face à une situation d'urgence sanitaire qui n'est absolument pas prise en compte par les politiques. Voilà pourquoi j'ai refusé la décoration qui m'a été proposée. Parce

qu'elle aurait dû intervenir au terme de mon travail ; en marquer l'aboutissement. Et comment parler d'aboutissement alors que perdure cette situation d'urgence, que l'on attend encore que des décisions soient prises et des mesures adoptées ? Tant qu'il en sera ainsi, je ne pourrai ni me reposer, ni recevoir une médaille.

Sécurité versus rentabilité

Non seulement il n'y a aucune amélioration mais l'on voit s'installer chez les entreprises un discours fataliste fondé sur l'argument de la crise économique et consistant à dire : vu la situation catastrophique, nous avons d'autres priorités que d'améliorer les conditions de travail. Ce raisonnement prouve que la sécurité des salariés est perçue comme une dépense, non comme un investissement et que, dans un contexte tendu, elle devient une sorte de luxe que les entreprises estiment ne pas avoir les moyens de s'offrir.

Pire, elle est perçue comme une option alors qu'encre une fois, il s'agit d'une obligation. Résultat, ceux qui, comme moi, militent pour une autre gestion des risques sont uniquement perçus comme cherchant à alourdir les charges de l'entreprise. Pourtant on oublie une chose essentielle : c'est que l'assurance maladie – et par conséquent le contribuable – finance la négligence des industriels. Il faut savoir que dans le domaine des pathologies lourdes liées à l'environnement de travail, cer-



Annie Thébaud-Mony

tains médicaments valent 1 000 euros la dose. Ce qui explique que les maladies professionnelles représentent chaque année des dépenses de plusieurs milliards d'euros.

A défaut de parvenir à se faire entendre sur l'aspect humain de la situation, je n'hésiterai pas à avancer cet argument économique auprès des pouvoirs publics pour dénoncer l'attitude moyenâgeuse de certains industriels pour qui les gains escomptés de certaines réductions de coûts d'exploitation légitiment tout, y compris la mise en danger de la vie d'autrui.

Impunité

Cette situation est d'autant plus révoltante qu'elle s'est jusqu'à maintenant accompagnée d'une impunité totale. Celle-ci vient d'être remise en question il est vrai avec le jugement rendu contre AZF mais il aura fallu une catastrophe exceptionnelle et onze années d'un procès exceptionnel pour y parvenir, alors qu'on dénombre chaque jour en France deux morts par accident du travail, une dizaine des suites d'un cancer lié à l'amiante et, chaque année, des milliers d'autres décès liés au cocktail de cancérigènes et toxiques en tous genres que les travailleurs respirent et, au-delà, les riverains des usines, des centrales nucléaires, des lignes à haute tension, etc.

Pour illustrer la dangerosité de certains lieux de travail, il y a ce cas récent de deux salariés partageant un même bureau sur le site d'une centrale nucléaire et atteints tous deux d'une tumeur au cerveau. Ce type de concordance est fréquent et lorsque l'on commence à enquêter, il n'est pas rare que l'on découvre d'autres cas atteints de la même pathologie, ce qui rend le lien avec l'environnement de travail évident. Comme c'est le cas chez les dockers. Parmi les 130 dockers du port de Nantes – qui manipulent en continu et sans protection les caisses de bois traitées aux pesticides, les bananes traitées au chlore et la ferraille qui dégage de l'oxyde de fer – 35 cas de cancers du rein ont été dénombrés. Je ne vois pas comment, avec une telle proportion, on peut encore parler de hasard.

Travail de lobbying

Pour établir des liens entre environnement de travail et cancers, nous avons mené un travail dit de systématisation face à l'exposition, en nous appuyant sur des données chiffrées. C'est essentiel pour établir ce qu'on appelle des présomptions d'imputabilité permettant au salarié qui développe

une pathologie correspondant à une exposition propre à l'entreprise dans laquelle il travaille de la voir instantanément reconnue comme maladie du travail. Notre retard dans ce domaine s'explique par le fait que, pour établir ce type de tableau des maladies professionnelles, il faut un accord entre patronat et syndicat, ce à quoi, en France, un conflit d'intérêts évident nous empêche de parvenir.

Et pour cause : les experts du patronat emploient toute leur énergie à nier l'évidence. Exemple : on n'a toujours pas pu faire inscrire le cancer du larynx dans le tableau des maladies professionnelles alors qu'on le sait directement lié à une exposition à l'amiante et qu'il a été reconnu comme tel par d'autres organisations sanitaires il y a dix ans déjà. Dans ce domaine, nous nous heurtons à un véritable travail de lobbying qui, pour moi, justifie de parler de crime organisé de la part des grands industriels et des experts, doublé d'une situation de non-assistance à personne en danger.

L'amiante

Le traitement de l'amiante, qui est le plus connu des cancérigènes, est révélateur de cet état de fait. Les premiers cas sont identifiés à la fin du XIX^e siècle et, dès 1930, les industriels disposent de toutes les données scientifiques attestant de sa dangerosité. Trente ans plus tard, un chercheur américain rend ces données publiques et en 1971 les entreprises du secteur s'organisent pour entreprendre une véritable campagne de désinformation sur les effets sanitaires de l'amiante, le tabac devenant un formidable alibi invoqué pour expliquer les maladies contractées par les salariés et la notion d'"usage sécuritaire" de l'amiante étant avancée pour empêcher une réglementation sévère de son usage, ce qui n'est rien de plus qu'un slogan de propagande industrielle puisqu'il a été établi qu'une fois l'amiante extraite de la mine et réduite en poudre, il n'existait aucune possibilité de limiter sa dangerosité.

Et le déni continue. Pour preuve, cette véritable bataille judiciaire qui, de 1997 à 2012, a opposé mouvements associatifs et pouvoirs publics dans une affaire de déconstruction d'une ancienne usine de transformation d'amiante, à Aulnay-sous-Bois. Tout ce que demandaient les associations, c'était l'application stricte de la réglementation de 1993 sur l'enlèvement d'amiante, à savoir : le confinement total du site durant les travaux afin de limiter la poussière au maximum et donc, les risques de contamination. Pour obtenir qu'il en soit ainsi, autrement dit pour que la loi soit

respectée et appliquée, il a fallu plusieurs procédures judiciaires et surtout, il a fallu que la société civile se mobilise. Sans cela, on aurait démonté l'usine sans aucune précaution, ce qui aurait mené à une contamination des populations environnantes.

La sous-traitance du risque

Les secteurs présentant le plus de risques pour la santé des salariés sont connus. Il s'agit de la chimie et du nucléaire, bien sûr, mais aussi du BTP, de la réparation automobile, du travail des métaux, de l'imprimerie et de toutes les formes de maintenance industrielle. Le point commun étant que, dans l'ensemble de ces secteurs, on sous-traite les risques. La situation est simple : les entreprises considèrent que, à partir du moment où une activité est sous-traitée, la gestion des risques qui y est liée ne relève plus de leur responsabilité mais de celle de l'entreprise sous-traitante.

Et c'est là que l'on se heurte à un vide juridique. Le travail étant prescrit aux employés d'une autre entreprise avec laquelle le donneur d'ordres entretient une relation client-fournisseur, cela modifie les relations de travail entre le dirigeant de la première entreprise et les salariés de la seconde et, de ce fait, déplace les responsabilités. A cette situation déjà pernicieuse s'ajoute le fait que, bien évidemment, le sous-traitant en charge de cette activité de maintenance aura obtenu le marché parce qu'il aura répondu à un appel d'offres qui, au final, privilégiera toujours l'entreprise pratiquant les tarifs les plus avantageux. Et où les entreprises qui pratiquent ces tarifs avantageux parviennent-elles à faire des économies pour réduire leurs coûts d'exploitation ? Toujours sur les mêmes postes : la prévention et la sécurité des salariés.

AZF

Le drame d'AZF est un parfait exemple des situations parfois hallucinantes que l'on peut rencontrer dans l'univers de la maintenance industrielle. Le site utilisait des dérivés chlorés après avoir eu recours, des années plus tôt, à des engrais. Or il existe une incompatibilité totale et bien connue entre les nitrates contenus dans les engrais et le chlore. Ces produits n'auraient donc jamais dû être en contact. Mais l'entreprise ayant sous-traité la gestion de ses déchets sans alerter les personnes en charge sur la nature des produits et résidus qu'elles manipulaient, nitrates et chlore ont fini par se retrouver dans un même hangar, ce qui a abouti à l'explosion dans les minutes qui ont suivi.

On sait que, au cours de l'enquête, Total a tout fait pour éviter que cette piste chimique soit retenue ; c'est pourquoi le fait que le procès ait finalement abouti à la condamnation de l'industriel pour ne pas avoir géré les risques liés à ses activités de maintenance – activités qu'il a sous-traitées sans donner aucune consigne de sécurité ni même aucune information – est essentiel.

Pour moi, cela fait d'AZF le premier procès de la sous-traitance qui, j'espère, servira d'avertissement à tous les industriels qui se montrent totalement irresponsables dès lors qu'il s'agit de gérer leurs déchets. Tant qu'on est dans la production, ils s'en tiennent à leurs obligations légales : ils protègent leurs salariés et leur outil de travail. Mais dès lors qu'il est question de déchets, ils ne veulent plus dépenser un euro en prévention et gestion du risque car pour eux, la gestion des déchets, c'est typiquement ce qui coûte et ne rapporte pas. Résultat : 80 % de la dose collective d'irradiation, en France, sont supportés par des salariés du secteur de la sous-traitance.

C'est pourquoi je m'appête à présenter à Mme Duflot un cahier intitulé "Etat des lieux et propositions" dans lequel figure, entre autres, une demande de voir interdire le recours à la sous-traitance sur tout site dangereux, afin que le risque ne soit plus sous-traité mais géré en interne.

Stratégie de contournement

Chaque grande filière industrielle – la chimie, le nucléaire, la métallurgie... – a développé sur la gestion des risques une même stratégie de contournement par la sous-traitance, laquelle se traduit par une délégation du danger et de la responsabilité. Ceci, tout en incitant les entreprises de sous-traitance à réduire leurs coûts – et donc, à rogner sur la sécurité – afin de remporter leurs appels d'offres. Ce qui prouve que, pour l'heure, l'intérêt économique l'emporte sur la préservation de la vie humaine et confirme qu'en matière de santé et sécurité des salariés, nous sommes face à une forme de crime organisé.

Prenons l'exemple des centrales nucléaires qui sous-traitent des opérations à très hauts risques comme la décontamination des piscines où l'on refroidit les réacteurs – piscines qui, une fois vidées, restent tapissées de poussières radioactives. Il existe des robots capables de retirer une partie importante de ces poussières mais ils coûtent cher et c'est pourquoi beaucoup de responsables du secteur refusent de les utiliser, préférant sous-traiter ce travail à

des ouvriers qui se retrouvent à genoux au fond de la piscine avec un chiffon ! Bien sûr ils portent une combinaison mais la combinaison protège contre l'inhalation de la poussière.

Pas contre l'irradiation. Même chose chez France Telecom qui, durant des années, a installé un peu partout – sur les lignes, les poteaux, chez les abonnés... – des millions de parasurtenseurs contenant des sources radioactives. Lorsque l'utilisation des sources radioactives a été interdite, en 1978, rien n'a été fait pour les retirer et les salariés n'ont pas été avertis de leur dangerosité, si bien que beaucoup ont été irradiés. La situation a été dénoncée à plusieurs reprises et à plusieurs reprises France Télécom est parvenu à étouffer l'affaire.

Cynisme

Lorsque j'ai été auditionnée au comité sur la transparence du nucléaire sur la question de la sous-traitance, j'ai livré toutes ces informations en m'appuyant sur les différentes études attestant de l'exposition des travailleurs de ce secteur à un risque avéré. A la fin de la séance, les industriels ont expliqué que, si tout allait bien, ils seraient en mesure de réduire la sous-traitance dans quelques années ; ce qui n'est rien d'autre que la manifestation d'un cynisme intolérable. La preuve qu'une fois de plus, ils pensent et agissent dans un sentiment d'impunité total.

Paradoxalement, ils sont plus prudents sur les questions environnementales – sans doute parce que plusieurs cas récents, comme le procès de l'Erika, ont prouvé qu'ils s'exposaient dans ce domaine à un véritable effet boomerang – que sur celles de la préservation de vies humaines et même de la protection de certaines populations. Le comble étant que, pour économiser sur la prévention et la sécurité, ils sont prêts à engager des sommes folles dans des études scientifiques censées apporter la preuve qu'il ne se passe rien.

Crime industriel et désastre volontaire

Le fait que les industriels soient conscients des risques liés à leur activité et qu'en toute connaissance de cause ils y exposent certains salariés fait qu'il ne s'agit plus seulement de négligence mais d'une véritable organisation de la déresponsabilisation. Cela fait trente ans que je cherche à dénoncer cette réalité ; à rendre visible une situation que, côté industriels, tout le monde s'emploie à dissimuler et dont, de toute évidence, les pouvoirs publics n'ont

toujours pas pris la mesure. C'est pourquoi je m'appête à adresser au gouvernement des propositions très concrètes dont une visant à modifier le code pénal pour y introduire les notions de crimes industriels et de désastre volontaire sur lesquelles un tribunal italien a récemment condamné deux industriels de l'amiante, non seulement à verser de fortes indemnités mais aussi à des peines de prison fermes.

Introduire ces deux notions dans le code pénal français, voire européen, impliquerait que, dès lors qu'un risque est connu, y exposer qui que ce soit fasse l'objet de sanctions pénales. Cela permettrait d'aller au-delà de la notion déjà existante de mise en danger de la vie d'autrui – qui doit être démontrée pour chaque plaignant – en plaçant d'emblée la plainte sur un niveau collectif. Comme cela a été le cas en Italie où la notion de désastre volontaire a été instruite pour quelque 6 000 parties civiles et où le procureur en personne a ouvert l'instruction, permettant à la justice italienne de s'autosaisir de ce drame de l'amiante. Alors qu'en France, cela fait quinze ans que le procès contre les industriels de l'amiante attend d'être ouvert."

Bio express

La militante

Sociologue du travail et chercheuse à l'Inserm, Annie Thébaut-Mony se spécialise dans les maladies professionnelles et la sécurité des salariés dès le début de sa carrière. Trente ans plus tard, elle continue à dénoncer, en bloc, les effets de l'amiante et de la radioactivité, l'inertie des pouvoirs publics et l'impunité des industriels dans un engagement sans faille qui, le 31 juillet dernier, la poussera même à refuser la Légion d'honneur.

Directrice du Giscop (Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle), responsable d'un programme d'études comparées en santé du travail et membre de l'IRI (Institut de recherches interdisciplinaires sur les enjeux sociaux) elle est, en outre, présidente de l'association Henri Pézerat sur les liens entre santé, travail et environnement, porte-parole de BAN Asbestos France, un réseau international de lutte contre l'utilisation de l'amiante et auteure de plusieurs ouvrages sur la santé au travail dont L'Industrie nucléaire, sous-traitance et servitude paru en 2000 et, 7 ans plus tard, Travailler peut nuire gravement à la santé.

LES TRAVAILLEURS EUX MÊMES

Ce sont les meilleurs combattants pour leur santé, même si la mise en place de combats solidaires et durables sont encore bien trop rares pour la santé au travail.

Celui des verriers de Givors, même retraités, en est un qui est remarquable.



RÉSISTANCE ? LES RETRAITÉS AUSSI !

10

« Après la lutte pour l'emploi, le combat pour la vie ! »¹

Soledad Montoya

L'Association des anciens verriers de Givors s'est créée suite à la fermeture en 2003 du site d'Owen Illinois Manufacturing. Dans la mémoire givordine, cette verrerie restera sous le nom de VMC du groupe Danone. Elle fut l'un des principaux employeurs de la commune. Il y avait du bruit, les 5 x 8, des produits chimiques nauséabonds mais le recrutement était familial, les salaires corrects et la municipalité fermait les yeux sur les rejets de fumées bleues ou jaunes selon les jours ...



« La cheminée de la verrerie de Givors »

Le repreneur, OI, juge ce site non rentable et démantèle puis rase l'usine dont il ne reste aujourd'hui que la cheminée : très polluée, sa destruction coûterait trop chère. Des salariés sont reclassés dans d'autres usines du groupe ; la plupart partent en retraite ou en pre retraite et au chômage. La constitution en association leur permet de négocier les tarifs de la mutuelle, d'organiser des sorties, bref de créer un réseau. A la permanence du vend-

redi matin, les copains donnent des nouvelles : cancer, mort subite, pathologie cardiaque. Le nombre élevé de malades et de décès alertent les militants qui comment à collecter des informations à partir des documents issus de l'historique de la verrerie comme les procès-verbaux de CHSCT. Un questionnaire est envoyé à tous les adhérents : 208 réponses sont exploitables et confirment un taux élevé de pathologies graves² et de décès dans une population de « jeunes » retraités. L'association se mobilise pour obtenir des attestations d'exposition de leur ancien employeur³. Grâce à leur ténacité et à de nombreuses actions militantes, les anciens verriers obtiennent 278 attestations d'exposition à l'amiante. La Sécurité sociale accorde le suivi post professionnel pour l'amiante, la silice et le trichloréthylène. Des procédures judiciaires sont en cours, notamment au TASS et aux Prud'hommes pour établir officiellement l'exposition aux produits chimiques manipulés à la verrerie et pour la reconnaissance du préjudice d'anxiété. Si, pour de nombreux retraités « il est trop tard » tous insistent sur la nécessité d'informer et de sensibiliser les collègues verriers encore en activité : des collègues de verreries françaises étaient invités au colloque du 13 octobre 2012 à Grigny, colloque qui a réuni 150 participants. Une étude sur les fumées est diligentée par la CARSAT Rhône Alpes dans les verreries en activité de la région. Des liens se sont créés avec le GISCOP 93 qui analyse des curriculum laboris d'anciens verriers malades et propose un partenariat pour l'élaboration d'une fiche métier « verrier ». Dans le cadre d'un programme européen sur la sous-déclaration des maladies professionnelles, un universitaire demande un financement pour une recherche historique sur les verriers de Givors. Un conseil scientifique s'est constitué et accompagne l'Association pour la reconnaissance de l'origine professionnelle des pathologies. Une formation des médecins

généralistes givordins se met en place afin de faciliter les démarches administratives et médicales des patients. Enfin, le 13 octobre a eu lieu à Grigny l'inauguration du Centre municipal de santé Christian Cervantes (militant syndical et associatif très investi dans ce combat et décédé en 2012) Cette maison de santé proposera des consultations notamment aux anciens verriers.



*Christian Cervantes,
militant décédé en 2012*

Les « anges blancs » des anciens verriers

Alors que les verriers sont des hommes, ouvriers et durs au mal (ainsi qu'en atteste le court-métrage tourné en 2002 sur les conditions de travail dignes de Zola) la mémoire collective retiendra que c'est l'épouse d'un ancien verrier, Mercedes Cervantes qui a donné l'alerte face à la liste toujours plus longue des adhérents malades. Les militants qui avaient lutté pour la préservation du site étaient inquiets de l'image négative renvoyée par cette interpellation sur les effets du travail passés sur la santé (ou la maladie) présente. Mais devant l'ampleur des données collectées, une prise de conscience s'est faite, avec le sentiment d'avoir été trahis et abandonnés alors qu'ils étaient fiers de leur outil de travail, de leur production. Dans ce combat, comme dans celui de l'a-

1/ Slogan du site des anciens verriers de Givors

2/ Notamment des cancers pulmonaires, ORL et prostate

3/ Avant la fermeture du site, le médecin du travail avait préparé les documents que l'employeur avait refusé de signer et de diffuser

miant, des femmes sont présentes, actives, mobilisées, à l'instar de Marlène Cervantes déclarant au colloque de Grigny : « A ce jour nous enterrons nos pères, alors luttons, pour que demain nous n'enterrions ni nos maris, ni nos enfants... » Elles soutiennent et accompagnent leur proche dans leur chemin de croix médical et administratif, réalisant à la maison des soins lourds et pénibles, passant leur temps dans les hôpitaux, patientant au téléphone avec la sécurité sociale, se scandalisant des interrogatoires intrusifs : « Combien de fois alliez-vous au restaurant ? » « Et au lit, ça se passait comment ? » « Tabac, alcool ? » Mais rien sur le travail... Elles portent une partie de la mémoire professionnelle familiale, bien utile lors des reconstitutions de carrière lorsque l'époux souffre de métastases cérébrales. Puis elles se retirent dans la cuisine pour « refaire du café » afin que

leur mari ne les voit pas pleurer. Elles interviennent publiquement au nom de leur malade s'il est trop faible pour prendre la parole ou après le décès. Et s'inquiètent (un peu) pour elles qui pendant des années ont lavé les bleus de leur « homme » à la maison, avant d'organiser une paella collective destinée à provisionner des fonds pour les frais de justice destinés aux actions juridiques en cours.

Santé au travail et santé environnementale

Les résidents à proximité du site s'interrogent : ils constatent de nombreux cancers parmi eux. Or la verrerie dégageait des odeurs désagréables, des fumées de couleur (jaune : soufrée par exemple) Parfois, la peinture des automobiles garées à proximité de l'usine étaient piquées par des produits chimiques. Enfin, en 2005, le rap-

port des experts chargés par la Préfecture du Rhône d'analyser les sols note un haut niveau de pollution des sols, rendu impropres aux activités « sensibles » (crèche, école, établissement sanitaire ou encore résidences)⁴ L'étude relève notamment des taux élevés d'arsenic et de benzène. Pour les riverains, il leur est interdit de creuser un puits en aval du site pour l'arrosage des jardins potagers.

A l'issue du colloque de Grigny « Contribution à la reconnaissance des maladies professionnelles des verriers exposés aux produits toxiques » le mot de la fin revint à Laurent Gonon, coordinateur du dossier « Maladies professionnelles » pour l'Association :

« On continue ! »

Les retraités sont là, qu'on se le dise ...

L'amiante à la verrerie de Givors :

« A chaque changement de fabrication, on changeait les réfractaires à chaud et on les calorifugeait.

Il fallait changer les joints amiantés et les faire tenir avec du ciment.

On cassait les réfractaires endommagés pour les remplacer.

Il fallait s'isoler de la chaleur : on se protégeait avec des plaques d'amiante qu'on avait coupées nous-mêmes.

Par la suite, l'amiante a été remplacée par du Kerlane. »

Amiante ETERNIT : dans les plafonds, les murs, les tapis transporteurs de verre, les bleus, les gants de travail, certaines lunettes de sécurité. Des opérateurs devaient s'habiller en vêtements amiantés pour intervenir sur les Feeders : chemins de verre qui apportent le verre en fusion (1 700 à 1800°) sur la machine. Mêmes vêtements amiantés pour graisser les machines. Port des gants amiantés : en continu. Bleus amiantés portés 8 heures/par jour. Le bras articulé (main de ripage) avait un guide amianté qui frottait et libérait des particules d'amiante : à changer tous les jours ou tous les 2 jours. La barre de poussoir des pots était en amiante.

Les produits chimiques manipulés à la verrerie :

- silice
- oxyde de sodium
- oxyde de calcium, de magnésium et d'aluminium
- décolorants (cobalt, sélénium)
- colorants (oxyde de fer, chrome, manganèse, cobalt)
- oxydes et réducteurs (sulfates, charbon, sulfures)
- oxydes de titane ou d'étain à partir de tétrachlorures
- acides gras, émulsions de polyéthylène
- hydrocarbures aromatiques polycycliques
- braies de houille et de suies de combustion de charbon
- arsenic
- chromates
- amines aromatiques

4/ Arrêté préfectoral du 6 mars 2006

RÉSISTER EN CONSTRUISANT POUR LA SANTÉ AU TRAVAIL

Comment dans les services de santé au travail, que la réforme de 2011 a désorientés, retrouver un sens d'amélioration de la santé au travail aux actions des équipes pluridisciplinaires ?

Tel est l'enjeu d'une équipe sur le terrain.

Nous éviterons dans cette revue tout prosélytisme ; mais la santé au travail aura toujours besoin, et de plus en plus, malgré le démantèlement des services de santé au travail, d'un bon déploiement d'une clinique médicale du travail à mettre en délibération pour tous les acteurs de la santé au travail.

La réforme des services de santé au travail reste à faire.



ENCOURAGER L'ENTREPRISE À ÊTRE ACTEUR EN SANTÉ TRAVAIL

11

Le « Faire - faire » RÔLE DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

*Marie Noël Chapeau, Martine Desbruères, Nathalie Parente (IPRP),
Odette Mariani, Jean-Claude Guiraud Pierre Jansou (Médecins du Travail).*

Depuis maintenant trois ans, quelques acteurs de la santé au travail regroupés en équipe pluridisciplinaire (EP)¹ essaient de développer des pratiques innovantes comme le proposait le décret 2004 tout en anticipant la loi de juillet 2011. Il s'agit principalement de développer l'action sur le milieu de travail (AMT) pour mieux l'articuler avec le suivi santé. Au fur et à mesure du développement de ces pratiques, la notion d'accompagnement grâce à des relais dans les entreprises est apparue comme essentielle pour la prévention des effets du travail sur la santé des salariés. C'est ce que nous appelons le « faire-faire ».

Notre communication consistera à partir d'un constat et des rapports s'y référant d'en préciser le cadre légal. Ensuite, nous en préciserons le contenu en passant en revue les différents outils mis en œuvre. Enfin, dans un troisième temps, nous examinerons la manière de les utiliser en fonction du rôle et du positionnement de chacun des membres de l'équipe.

1/ Un constat et un cadre réglementaire

Nous partons du constat d'une plus grande efficacité des actions de prévention dès que ces dernières sont relayées dans l'entreprise, soit par la mobilisation de l'encadrement, soit par un dialogue de qualité avec les salariés à travers les instances représentatives quand elles existent. Notre objectif a été de développer ces différents relais.

Va dans le même sens, l'élaboration par William Dab dans un rapport à la demande du ministre du travail d'un cahier des charges pour 30 h de cours sur la santé au travail dans le cursus de formation des ingé-

nieurs et des gestionnaires. Le rapport LACHMANN « bien être au travail » reprend entre autre cette même notion : former les encadrants de proximité au management d'équipe.

Le « faire-faire » de plus permet à l'employeur comme le prévoit l'article L4121.1 du code du travail de prendre les « mesures nécessaires pour assurer la santé physique et mentale des travailleurs ». Il s'agit de l'obligation de résultat. On peut y ajouter l'article L4624.1² de la loi du 20 juillet 2011 qui demande à l'employeur de désigner et de former une personne ressource dédiée à la prévention des risques professionnels.

2/ En quoi consiste-t-il ?

2.1 – Au niveau de l'équipe pluridisciplinaire, c'est un réflexe lors de la mise en place du plan d'activité et de toute action de prévention : rechercher les relais au niveau de l'entreprise. Cela entraîne automatiquement un positionnement des membres de l'équipe qui ne porte plus l'action de prévention elle-même mais la précède et l'accompagne.

- D'abord impliquer les directions, créer des comités de pilotage même réduits.
- Ensuite accompagner, en menant les actions de prévention en double avec la personne ressource avant de lui passer la main.
- Enfin assurer un suivi régulier pour que l'action se poursuive d'elle-même.

Il s'agit, bien entendu d'un schéma idéal.

En même temps il s'agit de **s'assurer d'un dialogue certain** entre les salariés et leur encadrement, direct dans les TPE, il repo-

se sur la fonction HSCT dans les 10-50 et, sur le CHSCT dans les plus de 50. Instaurer le dialogue, l'affirmer, le développer telle est la mission principale de l'EP. De toute manière, il est basé sur la formation obligatoire des membres de CHSCT qui devrait être étendue au représentant du personnel porteur de la fonction HSCT dans 10-50.

Dans son ensemble, une relation de coopération type empathique doit se développer entre les membres de l'EP et les acteurs internes de la santé au travail dans l'entreprise.

2.2 – Ainsi lors de l'analyse AT-MP, il s'agira pour l'IPRP grâce à une grille simple de former une personne ressource afin que tout AT déclaré soit analysé et de la même manière dans le cadre de l'évaluation du risque chimique à l'aide d'un support simple type GERC, CLARIS.

2.3 – La **présentation du rapport LACHMANN** pour prévention du risque psychosocial (RPS) démontre les rôles dévolus à l'EP et à l'entreprise : à l'EP l'implication de la direction et accompagnement du CHSCT, à l'entreprise ensuite la présentation du rapport par petits groupes à l'ensemble de la ligne hiérarchique.

2.4 – Comme le prévoit l'axe 3 du plan national santé-travail **élaborer la Fiche d'Entreprise (FE)** dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels (ERP) et donc du document unique (DU). Si le DU n'est pas fait, il s'agit de proposer le cadre de l'ERP. Si le DU est réalisé, rappel de ce qu'est le processus dynamique et complétement d'identification si nécessaire. Il se termine par le plan d'activité de l'EP qui accompagne le programme d'action de prévention de l'employeur.

1/ La pluridisciplinarité a été mise en place pour aider, accompagner les employeurs à prévenir les risques professionnels.

2/ Son interprétation dans les SIST devrait faire l'objet de discussion en terme de prestation et de positionnement de l'IPRP.

2.5 – En terme d'éducation pour la santé en santé-travail, **mettre en place des sensibilisations - informations** pour les personnes ressources et le représentants du personnel portant la fonction HSCT (CHSCT-DP) afin qu'ils puissent jouer leur rôle de préventeurs de premier niveau sera la préoccupation principale de l'EP. Les sensibilisations peuvent se conjuguer avec des études-actions s'articulant avec les 4 points cités précédemment tout en restant continuellement participatives.

3/ Comment

Les différentes grilles citées dans le chapitre précédent sont renseignées, utilisées par un membre de l'EP et la PR à partir d'un cas concret concernant l'entreprise de ce dernier. Il doit s'approprier petit à petit l'outil. Il s'agit d'analyser le travail. Dans un second temps, il faut montrer comment utiliser la grille renseignée comme élément de communication au niveau des équipes de terrain et de la ligne hiérarchique. On se sert du terrain de l'entrepri-

se, du travail au quotidien pour lui apprendre, réapprendre à communiquer sur la santé au travail. Cette technique s'inspire très largement de la stratégie Sobane-Deparis. On peut la qualifier de pédagogie active.

4/ Rôle de l'équipe pluridisciplinaire

Composée de 3,5 équivalent temps plein, comprenant 1 IPRP, 1 assistante médicale, ½ temps d'infirmière et d'un médecin, elle prend en charge 5000 salariés.

L'action sur le milieu de travail est confiée à l'**IPRP** mais aussi à l'**infirmière**. En effet, cette dernière a besoin pour les entretiens médico professionnels de comprendre le travail des salariés qu'elle a en face. De plus, elle est amenée plus particulièrement à présenter les différents modules d'éducation pour la santé au travail et peut remplacer le médecin en CHSCT. L'IPRP développe l'ensemble de l'AMT. À l'heure actuelle, ces deux acteurs assurent leur propre secrétariat. L'assistante médicale n'ayant pas le temps de prendre en charge

cette tâche étant beaucoup plus sollicitée par les visites périodiques et visites à la demande.

Le médecin du travail paradoxalement peut aller moins sur le terrain mais doit passer plus de temps à animer et coordonner l'EP ; les différents membres doivent partager et articuler les informations recueillies par chacun afin d'avoir une même compréhension du travail et cela pour des actions de prévention cohérentes.

Conclusion

Le « faire-faire » se décline donc comme un accompagnement, une reconstruction des actions de prévention avec la ligne hiérarchique. Il nécessite pour l'EP proximité, dialogue avec l'entreprise et compréhension du travail. Elle est en quelque sorte instructrice, institutrice apportant à la ligne hiérarchique plus des pratiques que des connaissances en santé-travail.

Pour cela, il faut que l'EP soit d'abord une équipe avant d'être pluridisciplinaire.

DÉLIBÉRER ET CONSTRUIRE LE MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL

Dominique Huez, président de l'association Santé et Médecine du Travail

L'association SMT est née à la fin des années quatre-vingt. Elle est l'héritière du SMT né en 1979, qui, avec le SMG, a échoué dans le projet d'Union syndicale de la médecine. Mais un lieu de mise en débat des pratiques professionnelles en médecine du travail y a émergé.

Les premiers acquis du Réseau SMT des années quatre-vingt sont multiples. Plusieurs problématiques y sont conjointement en travail :

- **Le rôle central du travail** pour comprendre et agir en médecine du travail. Le réseau SMT contribue au rassemblement des connaissances à travers l'ouvrage *Les Risques du travail* paru en 1985. Il y rencontre la psychopathologie du travail en refondation (Christophe Dejournès) et consolide ses connaissances sur les cancérogènes professionnels pour contribuer à faire émerger cette question en priorité de santé publique en santé au travail. Après avoir découvert les connaissances sur le travail empruntées à l'ergonomie via les fameux « TP-B » du Pr Wisner, beaucoup de ses animateurs à partir de 1985 concluent à l'impossibilité d'exercer conjointement les deux activités de médecin du travail et d'ergonome pour conserver un ancrage médical clinique.
- **La reconnaissance d'une prévention médicale primaire** assise sur l'exercice de médecins du travail de première ligne. La médecine du travail de conception médico-légale, médecine experte sans prise en compte de la question sociale et des inégalités sociales de santé au travail, généralement médecine d'organe, y est rejetée. La médecine du travail de première ligne paraît essentielle à développer par travers une pratique clinique à refonder. Nous y confrontons déjà les premières monographies cliniques.
- **La question de l'organisation et de la gouvernance de la médecine du travail.** Pour le SMT elle doit sortir de la gestion patronale vers un service public de médecine du travail dont les contours naitront du débat politique. Les lieux d'exercice devront être au plus proche des besoins des personnes, les Unités Sanitaires de Base regroupant des pro-

fessionnels de première ligne relevant du code de la santé pouvant être un de ces lieux.

Tout au long de ces années, ce petit réseau SMT fonctionne comme un groupe de pairs avant l'heure, et sa faible taille facilite l'échange concret sur les pratiques professionnelles adossées à l'expérience clinique.

L'association SMT est née au tout début des années quatre-vingt-dix en s'appuyant sur ces acquis. Pour renforcer sa propre réflexion, l'ancien réseau s'est élargi aux confrères qui souhaitaient un lieu spécifique pour refonder leurs exercice médical. Les statuts de l'ass.SMT en 1990 lui donnent alors « 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 ». Les Cahiers SMT, Revue annuelle de cette association depuis 1990, ont retracé systématiquement à travers 26 numéros, l'état des réflexions cliniques, des pratiques et délibérations sur le métier, des questions sociales et organisationnelles du point de vue du médecin du travail dans l'intérêt exclusif de la santé des salariés. Trois de ces numéros correspondent à des ouvrages rassemblant la réflexion autour de trois thèmes majeurs. Le premier concerne en 1994 la Précarisation du travail dans l'ouvrage « *Souffrances et précarités au travail, paroles de médecins du travail* » ; son instruction est concrètement adossée à la clinique médicale du travail naissante. En 1998, en rassemblant ses travaux depuis plus de 10 ans, l'ouvrage « *Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat* », fait l'état des pratiques, règles professionnelles et références éthiques d'un réseau beaucoup plus large que ses propres membres. En 2000 est abordée pour la première fois la question du genre en médecine du travail dans l'ouvrage « *Femmes au travail, violences vécues* ». Ces trois ouvrages font encore références.

Plusieurs problématiques d'élaboration sur le métier de médecin du travail traversent depuis lors le fonctionnement de ce réseau ouvert :

1- Le déploiement d'une clinique médicale du travail issue de la délibération sur les pratiques cliniques.

Ainsi en 2001, Odile Riquet et Denise Renou-Parent écrivent : « *Quand nous cherchons à comprendre l'activité et le rapport que chacun noue avec elle, il se peut que le dialogue, aussi argumenté et instructif qu'il soit, n'offre pas de prise, comme si nous restions à la surface de ce qui fait énigme dans l'articulation de la souffrance au travail, jusqu'à ce que, au détour d'une phrase ou d'un mot, l'évocation d'une expérience enfouie puisse resurgir, ouvrant de nouvelles clés à la compréhension et par là de nouvelles perspectives d'action pour le sujet et nous-mêmes. Nous revenons ces histoires de résistance à l'action qui s'enracinent dans des expériences singulières au travail, parfois depuis longtemps recouvertes.../... Mais cet état a ses limites, il ne peut être que transitoire, et le retour à la délibération permet au sujet de retrouver sa place. Après « le silence du regard », il nous faut nous garder, dans un désir compulsif d'agir et de prescrire, de réduire au silence celui qui doit rester acteur. Pouvoir proposer des issues possibles sans barrer celles qui pourraient être élaborées par le sujet dans un cheminement de la pensée qui va se poursuivre sans nous. Savoir aussi accompagner la mobilisation devenue trop difficile quand la liberté de parole et le pouvoir d'agir ont été provisoirement ou trop longtemps entravés. Accepter que, dans cette consultation de médecine du travail, l'acte médical n'agisse sur le réel, amenant un changement si infime soit-il, que si la relation intersubjective entre le médecin et le salarié construit un nouveau point de vue sur le travail et que si elle permet de faire émerger, à travers l'émotion, quelque chose de l'énigme nouée pour chacun de nous, entre l'engagement subjectif dans le travail et le monde social* ». Cette référence clinique pratique est depuis largement partagée.

2- La visibilité sociale des questions de santé au travail dans l'entreprise comme moyen de prévention collective.

En 1995 nous écrivions : « Rendre compte dans l'espace public de l'entreprise devient alors la pierre angulaire de l'évolution des pratiques en médecine du travail. Cela permet, nous l'avons vu, à travers l'information des acteurs sociaux de préciser la demande et les problématiques, d'initier des pratiques préventives, de définir des stratégies de prévention. Cela permet également de faire connaître les obstacles que rencontrent les médecins du travail dans l'accomplissement de leur mission. Par exemple, dans le domaine de l'écoute clinique de la souffrance des salariés, l'objectivation des problèmes de santé psychique et leur mise en lien avec l'organisation du travail, à travers le compte rendu qu'en fait le médecin du travail est parfois désagréablement vécu par les organisateurs du travail. Dans cette situation, ne rendre compte qu'à l'employeur est non seulement peu conforme à la réglementation mais aussi dangereux pour le médecin car c'est prêter le flanc aux pressions en empêchant le débat social de jouer son rôle protecteur. Si l'on considère l'élargissement de la notion de collectivité de travail et l'impérieuse nécessité du travail coopératif entre médecins du travail du noyau stable et des entreprises sous-traitantes ou tout simplement confrontés aux mêmes problématiques, rendre compte ne peut se limiter à l'espace interne de l'entreprise ».

3- Les règles concrètes d'exercice en médecine du travail.

Claude Schucht fait un point en 2000 des propositions concernant l'obligation de moyens du médecins du travail en ce qui concerne son propre cadre d'exercice : « Le temps de consultation nécessaire à une écoute en corrélation avec le droit à l'expression du salarié prime sur l'obligation de voir l'ensemble des effectifs sur l'année .../... - Toujours privilégier le droit au choix des individus et les considérer en adultes, tout en leur donnant les informations nécessaires à l'exercice de ce choix. Ne réserver l'imposé qu'à des catégories bien définies, motivées,

et faisant l'objet d'un consensus social. Si, dans certains cas le principe d'efficacité doit primer, se battre pour qu'il en soit tiré toutes les conséquences pour l'employeur et non pour le seul salarié. - Restituer aux salariés les informations tirées de ces dépistages, que l'entreprise ait un CHSCT ou pas .../... Peut-être faudrait-il aller vers une autre règle : considérer l'autre en adulte responsable, avoir un devoir de conseil et d'information, pas un devoir de décision ; et puisqu'on n'est pas, actuellement, dans un cadre qui le permette, avoir chaque fois que c'est possible, la démarche de laisser la décision au salarié .../... Nous pouvons alors proposer une nouvelle règle : il existe un devoir de restitution des informations que nous collectons et ce devoir doit s'imposer à nous quel que soit le contexte de notre travail. C'est une question de respect envers les capacités des salariés à agir pour l'amélioration de leurs conditions de travail. Pour ce faire, nous ne devrions plus balancer entre temps médical et tiers temps, même en période de pénurie. Les deux sont indispensables, non parce qu'ils sont obligatoires, mais parce qu'ils sont dus à nos interlocuteurs. »

4- L'empêchement d'agir de « l'aptitude réglementaire ».

Depuis le début du réseau deux éléments essentiels concernant l'ambiguïté de l'aptitude et son empêchement à penser y sont débattus. La prise en compte du consentement éclairé du salarié pour les décisions médico-légales sauf sauvegarde d'un travailleur « empêché psychiquement d'agir ». Le rejet de pratiques eugéniques et sélectives pour l'intérêt de l'entreprise, mais l'utilisation de préconisations médicales pour aménager le travail dans un sens compatible à sa santé. En dernier recours une inaptitude de sauvegarde avec l'accord du salarié peut être employée. Le débat sur la notion de l'aptitude comme risque pour le sens des pratiques en médecine du travail s'est structuré en 1995. En 2000, Pierre Abécassis fait le point de ce débat : « Finalement, lors du colloque singulier que le salarié a eu avec le médecin du travail, il s'est produit un échange d'informations réciproques permettant au médecin

du travail de saisir l'adéquation entre l'état de santé du salarié et son poste de travail. Cette adéquation n'est rien d'autre qu'un diagnostic clinique, et ce diagnostic induit éventuellement un traitement. Ce traitement, comme tout traitement, nécessite pour être efficace l'information du « patient », sa coopération, sa compréhension. Comme tout traitement, il induit des effets secondaires sur lesquels le salarié doit être informé et que le médecin évalue avec lui en termes de risques. .../... En fin d'examen, celui-ci se trouve donc dans la situation classique du médecin devant rédiger l'ordonnance visant à formaliser ses conclusions et à formuler ses prescriptions. Comme cela devrait être le cas dans toutes les spécialités médicales, mais comme c'est particulièrement vrai en médecine du travail, il ne peut être question que cette ordonnance soit rédigée sans l'accord et l'information du « patient », sans son consentement éclairé. Outre les conseils qui relèvent d'une pathologie ou d'un facteur de risque apparemment indépendant du travail et naturellement confidentiels, il s'agit d'examiner avec le patient ce qu'il convient de signifier à l'employeur, pour une large part responsable de l'exécution de l'ordonnance puisque générateur du risque. .../... ».

En 2001 nous écrivions : « L'aptitude médicale au travail dévoyée par la sélection biologique et comportementale de la main d'œuvre doit être totalement repensée. La perspective de sélection génétique donne une nouvelle acuité à ce dévoiement des pratiques médicales de prévention. À la notion « d'aptitude médicale au travail » doit être substituée une « fiche de consultation » permettant des conseils d'aménagement de poste, tout en conservant la possibilité de délivrer des certificats d'inaptitude dans une perspective thérapeutique de sauvegarde des personnes. La « non inaptitude » médicale réglementaire inique à l'exposition aux cancérigènes, doit être remplacée par une attestation de suivi médical de travailleur exposé, qui laisse des traces, engageant la responsabilité du médecin et formalisant ainsi son désaccord possible avec l'évaluation faite par l'employeur. Elle permet information et débat, et peut contribuer à préserver les droits des salariés. L'aspiration des médecins du travail est de

contribuer à changer le travail pour en faire un facteur de santé. Pour cela, il est nécessaire de favoriser un travail porteur de sens, de citoyenneté, de lien social, ouvrant à chacun la possibilité de construire son identité. .../...».

5- L'urgence d'une réforme de la médecine du travail dont les déterminants politiques puissent être discutés.

En 2001 les Cahiers SMT font un bilan de ce débat : « Il y a trois contradictions à résoudre pour inscrire la Santé au travail dans un projet de santé publique :

1- Autonomiser la santé au travail organisationnelle et environnementale de la gestion des risques de la responsabilité des seuls employeurs, par l'octroi d'un statut d'indépendance aux professionnels de la santé au travail non médecins, et par une gestion non majoritairement patronale des structures où ils exercent. Il faudrait aussi développer le contrôle social de leur intervention, sinon de leur exercice individuel..../...

2- Supprimer la subordination des pratiques professionnelles des médecins du travail à la sélection biologique et comportementale de la main d'œuvre par l'aptitude. .../...

3- Instituer la gestion des services médicaux du travail par une majorité de salariés, avec les représentants des victimes (mutualistes, FNATH, ANDEVA...) puisqu'il s'agit d'accompagnement médical individuel, au cœur du système de santé. .../... Si la médecine du travail ne sort pas rapidement de l'emprise patronale, il n'y aura plus bientôt de médecine du travail exercée dans l'intérêt des salariés. Cela entérinera l'actuel déploiement forcé « d'une médecine d'entreprise » conforme pour le patronat et ses chantres, à la subordination de la société toute entière à l'économique. Le projet de substitution de services de santé au travail en remplacement de services de médecine du travail ne répond à aucune de ces trois nécessités. De fait il est un nouveau cheval de Troie de la subordination de la santé au travail à l'économique, faute d'avoir le courage d'ouvrir un débat politique sur la démocratie sanitaire, sur la place de la santé au travail dans la santé publique, sur le traitement social et politique des questions d'ordre public social jusque dans le fonctionnement des entreprises. Il faut en urgence ouvrir un débat politique sur la santé au travail, l'ampleur de sa détérioration, définir les politiques, structures et professionnels nécessaires à une véritable politique de santé publique en santé au travail ».

Ceci reste totalement d'actualité.

Résister professionnellement

Le médecin du travail accompagne la construction de la santé de chacun au travail. Pour cela il doit pouvoir être veilleur, témoin, " passeur ", laisser des traces, alerter éventuellement. Son exercice contribue à permettre l'action pour la construction de la santé au travail. Il assure pour cela les diagnostics des atteintes à la santé du fait du travail, individuellement et collectivement. Il peut attester médicalement du lien entre les pathologies et le travail. La prévention exercée par le médecin du travail permet un suivi médical individuel de la santé au travail pour tous, différencié si besoin. Il s'y adosse pour la prévention collective. Cette pratique permet au médecin du travail d'accompagner les collectifs de travail, d'ébaucher des pistes de compréhension sur les effets délétères d'organisations ou de relations du travail et ainsi de rendre compte des causes professionnelles des atteintes à la santé. Le médecin du travail est alors un professionnel dans l'intérêt exclusif de la santé au travail. Il y est ainsi aussi citoyen.