

RAPPORT ANNUEL 1999

CONCLUSION COMMUNE DE NEUF MEDECINS DU TRAVAIL: HUIT MEDECINS DE SERVICE INTER DE BOURG EN BRESSE ET UN MEDECIN D'UN SERVICE DU B.T.P DE MACON

“ LA SANTE AU TRAVAIL: BESOIN URGENT DE DEMOCRATIE SOCIALE ”

“La santé n'est pas une marchandise, le travail n'est pas une marchandise ”

Lionel JOSPIN

Voilà six ans que nous travaillons collectivement, que nous écrivons collectivement. Pourquoi ? Parce que la société nous a placé dans le monde du travail pour veiller à ce que ceux qui travaillent n'y perdent pas leur santé. (C'est, en tout cas ce qu'elle déclare dans la loi de 1946 : nous interrogerons la réalité dans ce texte pour nous demander si elle le veut vraiment).

Les constats écrits dans nos précédents rapports sont, dans les grandes lignes identiques ; nous ne les détaillerons pas à nouveau, nous renvoyons en particulier à notre conclusion de 1998, bilan des cinq années précédentes, toujours aussi vrai, même en 1999. Nous reprendrons ici, les points nouveaux, nuances ou tendances un peu différentes, les points les plus forts, les plus marquants de l'année écoulée, non pour nous lamenter mais pour ouvrir les portes de l'action. En effet, quand on est médecin, avec la vocation de guérir ou de prévenir, on ne peut s'arrêter aux constats sans intervenir. Témoigner est indispensable mais insuffisant. Contrairement aux médecins d'autres spécialités médicales, nous constatons des souffrances, des altérations du corps et du psychisme dont la cause échappe à celui qui souffre et dépend de décisions et de responsabilités d'autres que lui. C'est pourquoi nos constats sont si difficiles à faire entendre ; c'est pourquoi, aussi il y a une dimension éthique dans notre témoignage.

“ Le témoignage ne livre pas un savoir –marchandise ; il donne matière à penser, matière à réflexion ; ce n'est pas un don ficelé, c'est un don ouvert, en attente de réflexion, de signification : il donne à penserà oser parler, et peut-être à vivre ” Lytta BASSET – Guérir du malheur

Le réel du monde du travail a interpellé notre responsabilité, a forcé notre action. Nous souhaitons que le témoignage que nous en avons fait interpelle les responsables actuels de la santé de la population française : nous espérons ardemment que chacun des partenaires responsables de la nouvelle organisation de la prévention de la SANTE au TRAVAIL en France, dans ce contexte de réforme annoncée, agissent **pour que cessent ces constats désespérants et que les salariés retrouvent la possibilité de construire leur santé au travail.**

Nous allons expliciter nos actions, montrer qu'à nos yeux il existe de réelles possibilités de prévention, **un réel métier de médecin du travail si la société lui délègue les mains et lui donne les outils adéquats.** A une époque où l'on parle toujours de coûts, les propositions que nous faisons nous paraissent réalisables et peu coûteuses : elles vont seulement “ coûter ” à toutes les instances, actuellement

responsables de la réforme de la SANTE au TRAVAIL en France, de sortir de l'**ambiguïté** qui mine toute possibilité d'action : tous les acteurs chargés de prévention en entreprise sont entravés dans l'injonction paradoxale : occupez vous de protéger la santé mais surtout ne touchez pas à la sacro-sainte loi de la rentabilité maximum au moindre coût : or, tous nos constats actuels d'atteinte à la santé découlent de cette " loi " ; tous les écueils sur lesquels nous butons sont soi-disant intouchables au nom de cette même loi. Le texte qui suit, prouvera, s'il est encore besoin, qu'une vraie réforme du système de santé au travail passera forcément par UN CHOIX CLAIR ENTRE LE PROFIT ET LA SANTE , choix accompagné de mesures efficaces et non ambiguës .

I - NOS CONSTATS : LES ACTIONS MENEES, LES ENTRAVES A L'ACTION, NOS PROPOSITIONS POUR UNE VERITABLE EFFICACITE :

1 - L'AERO-POLLUTION

Elle continue d'être un souci important pour nous en terme de fréquence et de gravité des risques dans nos entreprises de plasturgie, mécanique générale, mécano-soudure, décolletage, garages (automobiles, poids-lourds, mécanique agricole). L'atmosphère est polluée par les hydrocarbures aromatiques, tous les types de peintures et solvants, poussières métalliques, fumées de soudage et brouillards d'huile

ACTIONS MENEES :

* Nous avons listé les T.P.E que nous considérons comme particulièrement à risque, surtout quand elles ont déjà été sollicitées en vain; nous avons adressé aux chefs d'entreprise un courrier les informant des risques qui les concernaient, des responsabilités qui leur incombaient et des possibilités d'aide à la prévention à leur disposition.

* Tous les garages de notre secteur ont reçu une lettre détaillée concernant l'aéro-pollution et notamment le risque amiante avec les grandes priorités préventives, elle a été accompagnée d'un envoi systématique de la brochure I.N.R.S extrêmement précise sur le plan technique et législatif. Quelques mois plus tard, une lettre rappelait les risques et introduisait la demande impérative de radiographies pulmonaires.

Ce problème reste une des priorités de nos actions communes avec l'**Inspection du travail**. Inspecteurs et contrôleurs font leur possible pour visiter les entreprises concernées, assister aux C.H.S.C.T. en appuyant nos demandes.

Un pas en avant a eu lieu cette année, avec le renforcement de l'action coopérative grâce à la mise en place de réunions communes avec les techniciens et ingénieurs de la **C.R.A.M.** : l'aéro-pollution a été définie comme axe prioritaire commun ; ils apportent leur contribution spécifique à la prévention dans les ateliers, en particulier par leurs conseils en matière de ventilation aspiration et soutiennent également des demandes en C.H.S.C.T.

RESULTATS :

S'il ne sont pas nuls, ils sont malheureusement minimes: en dehors d'améliorations très ponctuelles à certains postes, globalement l'indifférence persiste vis à vis de ce problème. Très peu d'entreprises ont répondu : un responsable d'entreprise qui a appelé le médecin contestait simplement avec véhémence la demande de radiographie : les dix mécaniciens n'ont toujours pas pu bénéficier de cet examen prévu par la loi " car son coût met en péril l'entreprise "

LES ENTRAVES :

Malgré toutes nos argumentations développées parfois depuis des années, dans beaucoup de P.M.E, le chef d'entreprise ne se considère pas comme responsable de la santé des salariés, " les

préventeurs font ingérence dans ce qu' il considère un domaine où il a tout pouvoir " ; dans d'autres cas ou en même temps (comme ce directeur de garage qui refuse de payer dix radiographies pulmonaires) toute dépense concernant la prévention ou la santé est inadmissible ; dans beaucoup d'autres cas, si le comportement est plus nuancé et moins caricatural, on écoute poliment nos remarques, comme dans un certain nombre de C.H.S.C.T. , mais rien ne change.

NOS PROPOSITIONS :

Dans ce domaine, il nous semble que les solutions sont assez simples : nous avons en France, d'excellentes lois prévoyant que l'employeur doit assurer un air sain et non pollué dans les locaux de travail : à l'heure où l'on signe une charte pour lutter contre le cancer, on évitera ainsi un bon nombre de pathologies, dont des cancers professionnels, par le simple fait de considérer, que même au sein des entreprises, le chef d'entreprise est comme tout citoyen français soumis à la loi et à son application.

2 - LES APPRENTIS

Un exemple terriblement parlant va nous permettre de faire le point :

Il s'agit d'une jeune apprentie de cuisine : elle a à peine 16 ans, le médecin la revoit au bout de six mois de sa première année d'apprentissage : elle fait 9 heures de travail par jour du lundi au vendredi ; 9 heures 30 le samedi ; le matin de 8 heures à 15 heures elle est en cuisine et le soir de 17 à 20 heures elle revient pour être serveuse ; elle a cherché et trouvé un nouvel employeur mais l'employeur actuel a refusé son départ ; ils ont été aux prud'hommes où elle a perdu car sa période d'essai était terminée : elle n'a pas voulu abandonner cette première année ; quand le médecin la revoit, elle vient d'être arrêtée 15 jours car elle a fait un malaise avec perte de connaissance en cuisine. La seule réaction de l'employeur a été de contester l'accident du travail. Quant à la fiche d'aptitude, mentionnant la nécessité du respect strict des horaires légaux de travail, "il l'a déchirée!"

Il est inutile de décrire le sentiment de honte et de révolte du médecin, devant cette enfant déterminée à faire sa formation malgré la maltraitance des adultes à son égard, malgré le prix qu'elle paie de sa santé, malgré l'injustice de la société qui ne trouve rien d'autre que de la condamner !!!

ACTIONS :

Depuis maintenant plusieurs années, nous cherchons des solutions pour ce problème récurrent chez les apprentis serveurs, cuisiniers, boulangers. Nous avons envoyé des courriers à tous les employeurs expliquant les enjeux importants en terme de santé physique et psychique de ces jeunes en pleine croissance et en pleine construction identitaire. Les inspecteurs du travail ont pris le relais en exigeant des fiches d'horaires et en faisant des visites sur le terrain. Il y a eu quelques améliorations ponctuelles, en particulier pour le travail de nuit des boulangers, mais dans l'ensemble la situation perdure dans le secteur des métiers de bouche. Nous avons décidé de ne pas baisser les bras et de proposer une réunion avec les enseignants des centres d'apprentissage.

LIMITES RENCONTREES :

D'une part une" tradition "de certains corps de métier (en particulier, les métiers de bouche) considère qu'ils n'ont aucun compte à rendre : de certaines dérogations

obtenues au vue d'exigences professionnelles particulières, on en est arrivé au régime de la terreur : devant l'angoisse qu'ils ne trouvent pas de stage :parents et enseignants , le plus souvent laissent faire .

LES CONSEQUENCES :

"Il en va de l'humanité comme de la famille, lorsque celle-ci se réduit à deux termes, c'est à dire lorsque l'instance paternelle disparaît : l'ordre symbolique se for clôt. Dans un monde, ainsi structuré ou plus exactement déstructuré, car seule l'instance symbolique permet l'organisation d'une structure au sens moderne de ce mot, la notion même de l'homme disparaît. Plus encore sa réalité. La loi dont est porteuse l'instance symbolisante se confond avec le bon plaisir du plus grand ou du plus fort qui a force de loi. La porte est largement ouverte à la dictature dans la nation, à l'impérialisme dans le monde".

Denis VASSE " Le temps du désir "

Analysons bien les conséquences, sans complaisance; il s'agit là **d'enfants** confiés par des adultes (parents, enseignants) à d'autres adultes (employeurs) avec la caution d'autres adultes (médecins, inspecteurs du travail) : certes nous dit-on, il faut qu'ils apprennent la dureté du métier : de ce point de vue, mission accomplie, mais du côté de la construction de la santé et de l'identité : l'exemplarité de l'adulte est en totale défaillance : à la violence des uns répond le silence ou la peur des autres : reste la **loi** qui, normalement, **structure** les individus et **garantit** la vie en communauté, or là, elle donne tort au plus faible et se laisse bafouer quotidiennement au nom de cette fausse " loi du tout - économique ". Des enfants, en formation sont formés à la loi de la jungle ! Et l'on s'interroge sur la violence des jeunes, leur perte du sens des valeurs, du BIEN et du MAL, de la vie humaine et sur leur propre violence ?

La force et la combativité de la très jeune fille de notre exemple est remarquable et exceptionnelle :elle y a quand même laissé une partie de sa santé physique ; quant à la structuration de son identité, les modèles adultes ne l'auront pas aidée à grandir dans la confiance. Chez ces jeunes apprentis, peu se plaignent vraiment ; il existe assez souvent une certaine stratégie de défense avec banalisation du mal subi : "c'est pour mon bien, c'est le métier qui rentre " ; certains même, explicitent bien le cercle vicieux de la violence en disant qu'ils attendent leur tour ! Quelques parents rencontrés au fil des consultations expriment parfois leur inquiétude, tout en disant qu'ils se rendent compte que leurs enfants leur cachent ce qu'ils subissent vraiment ! Un certain nombre abandonnent : on les retrouve, parfois plus heureux dans un autre stage plus épanouissant et plus humain, parfois résignés...

PROPOSITIONS :

La loi sur les horaires et les temps de repos nécessaires des apprentis de moins de 18 ans est très précise et, encore une fois, nous ne comprenons pas pourquoi nous devons user d'une telle énergie, en pure perte et sans obtenir sa simple application... Sans ce premier niveau "basique" et légal, il est utopique d'imaginer aller plus loin dans les recommandations.....

Un autre exemple, moins dramatique, illustre bien, néanmoins que la formation des jeunes apprentis est centrée uniquement sur la logique des moindres coûts, qu'on leur enseigne toujours le dogme du moindre coût par rapport à la santé, à la

prévention. Ici, l'on frôle le ridicule, mais on forme, finalement l'apprenti à ne pas se protéger :

Il a 16 ans, il est apprenti coiffeur, et sa première année se passe plutôt bien ; un seul point noir : l'état cutané des mains présente un début d'altération et le médecin explique la nécessité d'une prévention régulière qui passe avant tout par le port de gants très systématiquement, si l'on veut éviter les irritations et eczéma, véritable risque spécifique à la profession, arrivant chez des gens, jeunes et souvent très attachés à leur métier. Le jeune est très convaincu mais explique au médecin qu'il n'y arrive pas, car il faut "recycler" les gants : l'employeur demande à l'apprenti de laver, sécher, et talquer les gants "jetables" après chaque utilisation pour qu'ils puissent être réutilisés !!!! On voit bien, que dans le contexte de course à la clientèle, le recyclage est impossible. Et pour quel profit ?

"Les moralistes les plus sérieux et les plus chevronnés se posent la question de savoir de quel côté se trouve la violence : du côté des pavés de l'insurrection qui en a l'apparence ou du côté des forces de l'ordre qui font respecter la loi ? La violence dit-on appelle la violence. Quand elle s'exerce d'un côté, c'est donc qu'elle s'exerçait déjà de l'autre sous le couvert du respect. On reconnaît l'arbre à ses fruits et ce n'est pas par hasard ou selon les formules officielles, du fait d'éléments incontrôlés qu'elle surgit dans tous les champs de l'activité humaine : dans la relation conjugale et dans la famille, dans la relation sociale et dans l'usine, dans les rapports politiques nationaux et internationaux, dans la relation pédagogique et à l'université, dans la sphère morale et dans l'Église.

En s'identifiant à la seule loi, l'homme devient loup. Les loups n'ont pas de père : pourtant ils obéissent à la loi de la jungle. Mais du moins ils n'agissent pas en son Nom et, à ses yeux, ils ne portent pas de Noms. Ils sont agis par elle".

Denis VASSE " Le temps du désir "

3 - L'Hyper sollicitation :

Nous voulons parler ici de l'hyper sollicitation au sens très large du terme. L'explosion des troubles musculo-squelettiques et pathologies rachidiennes n'est plus à démontrer mais nous confirmons l'envahissement de nos cabinets par ces pathologies qui débouchent inéluctablement, un jour ou l'autre vers l'exclusion à un âge souvent jeune (nous reparlerons de ce problème plus loin). Nous voulons donc parler des conséquences ravageuses d'un usage sans limite des hommes et des femmes qui touche tous les secteurs d'activités. Nous citerons ici deux types d'exemples particulièrement parlants : dans le secteur médico-social et dans le bâtiment.

SECTEUR MEDICO - SOCIAL :

Dans une M.A.S., que l'un d'entre nous suit depuis bientôt huit ans :

- En 1994 : premier rapport du médecin du travail à la direction : le médecin donne des chiffres sur l'ensemble de la population de pourcentages très élevés d'une part de pathologies ostéo-articulaires, d'autre part d'atteintes à la santé psychique.

Le rapport est bien reçu par la direction, un dialogue s'instaure pour rechercher des solutions. Un C.H.S.C.T va être créé, les résidents étant des handicapés très lourds posant de gros problèmes de manutention : les moyens techniques (lève-malades), informations, formations, vont se multiplier. Néanmoins, au fil des consultations médicales annuelles et de longues visites de reprise pour tenter de comprendre les mécanismes d'action des accidents de travail et des autres pathologies ; on en

arrive non pas à des problèmes matériels ou de formation insuffisante, mais au travail sous contrainte de temps, au manque d'effectif. Un cercle vicieux s'installe car les absents ne sont pas tous remplacés (le budget ne le permet pas) et ceux qui restent voient les contraintes peser encore plus lourdement sur eux. Les délégués au C.H.S.C.T feront des analyses poussées des accidents de travail, la direction chiffrera le coût des arrêts répétés et des limites budgétaires aux remplacements.

Point d'abus dans tout ça : le médecin est au contraire souvent obligé de freiner la volonté de reprise trop précoce des salariés qui aiment leur travail et sont solidaires les uns des autres car ils savent que leur absence pèse sur leur collègues. En soutien à toutes les actions de la direction, le médecin du travail ira rencontrer les responsables financeurs de l'instance de tutelle pour expliquer que quelques postes supplémentaires peuvent apporter un soulagement à ces salariés en danger, d'autant qu'il commence à craindre l'exclusion pour un certain nombre d'entre eux ; ce sera d'autant plus dramatique que l'investissement professionnel est extrêmement fort.

- En 1997, deuxième rapport du médecin confirmant l'aggravation de la situation, et cette fois les premières inaptitudes médicales sont tombées ! Pourtant la recherche de solutions continue dans une coopération sérieuse et acharnée. Pendant ce temps l'instance de tutelle a débloqué une forte somme d'argent pour déclencher un audit dans l'établissement. Passé le premier moment d'incompréhension car cette somme aurait pu couvrir le financement précieux de quelques postes, passée l'inquiétude devant le travail colossal supplémentaire qui est demandé aux salariés pour participer à l'audit (entretiens, réunion, listage et chronométrage tâche par tâche de tous les postes de travail...), chacun décide de mettre espoir et confiance dans cette étude : le travail de l'audit conclura au travail remarquable de l'équipe et à l'insuffisance quantitative criante en effectifs.

Parallèlement, le C.H.S.C.T. fera appel aux ingénieurs de la C.R.A.M. pour un avis complémentaire dans la recherche des solutions préventives : après avoir rendu hommage au gros travail du C.H.C.S.T., ceux-ci concluront que les premiers niveaux de prévention sont largement remplis ; ils vont proposer une étude ergonomique qui rejoindra les constats du médecin et de l'audit .

A ce jour toutes ces démonstrations n'ont abouti à aucune transformation, aucun effectif supplémentaire. La personne responsable du dossier à l'instance de tutelle n'a retenu qu'une petite phrase de l'audit qui parlait d'une éventuelle possibilité d'améliorer encore l'organisation du travail.....

Une réflexion sur le passage aux 35 heures a aussi donné un espoir, mais rien n'est possible car le financement des postes nécessaires n'est pas non plus accordé

La situation actuelle est plus que critique ; le découragement s'installe, pourtant il faut vraiment être à la dernière extrémité de l'usure pour envisager de quitter l'établissement : culpabilisé de s'être encore blessé chacun explique au médecin comment il a été dans l'impossibilité de se protéger pour venir en aide dans l'urgence à un résident qui était tombé ; ou pourquoi il n'a pas pu prendre le temps de seulement réaliser qu'il est dangereux de soulever un fauteuil électrique, parce qu'il a été appelé en urgence pour aider une famille alors qu'il était entrain de faire une toilette à l'autre bout de l'établissement. " C'est l'apocalypse : les résidents sont de plus en plus dépendants et ils ont pour s'occuper d'eux une équipe de bras cassés!!!!". Ce qui est probablement le pire, c' est que bien des familles, membres du conseil d'administration les considèrent comme des fainéants.

Pour terminer, l'instance de tutelle vient de retrouver de l'argent pour financer un consultant extérieur pour animer des débats sur le futur projet d'établissement. Que de niveaux de violence dans ce gâchis et ce Non - sens.

Le traumatisme dénié est comme une blessure qui ne peut jamais guérir et qui recommence toujours à saigner A MILLER *L'enfant sous terreur*

DANS LE SECTEUR DU BATIMENT :

L'existence de risques physico-chimiques graves nécessiterait d'adapter les conditions de travail à l'homme, de mettre en place des moyens de prévention efficaces qui, pour la plupart, sont déjà disponibles, ceci afin d'éviter les dégâts sur la santé, prévisibles à plus ou moins long terme. Mais les très fortes contraintes de temps auxquelles sont soumis dans bien des cas les travailleurs de ce secteur, ne favorisent bien sûr pas la mise en œuvre de telles mesures.

1) C'est l'homme qui doit, coûte que coûte, s'adapter au travail !

En effet le constat est unanime : *“ il faut aller vite ” “on n'a pas le temps ”, “ il faut sans arrêt courir ”*. La recherche de la performance économique maximale aboutit à une accumulation de contraintes.

Ainsi les difficultés, bien connues, de recrutement dans le BTP n'expliquent pas, à elles seules, la diminution régulière des effectifs des équipes de travail. Une véritable politique de “ DOWNSIZING ” est mise en œuvre dans certaines entreprises. Par exemple : dans une entreprise de travaux publics dont le client principal (une entreprise publique) exige qualité totale, disponibilité et délais très courts ainsi qu'une baisse régulière des tarifs. Cette entreprise a été rachetée par un grand groupe national qui exige, lui, une rentabilité accrue. Elle a donc réalisé cette année la réduction de ses équipes de chantier de 3 à 2 personnes (elles comptaient 5 personnes il y a quelques années...).

Par ailleurs le Niveau Général des Exigences auxquelles doivent se soumettre les salariés, devient très élevé. Il y a la multiplication des réglementations normatives (accréditation, qualité) que l'entreprise doit s'engager à respecter (sinon pas de marché !) mais qu'ils ont la charge, eux, de mettre en œuvre sur le terrain, souvent avec les “ moyens du bord ”. La réactivité obligatoire à la demande qui empêche pratiquement toute planification de l'activité, rend tout “ urgent ” et oblige à travailler dans la précipitation avec tous les risques qui en découlent. Les délais de réalisation raccourcis de manière déraisonnable (avec menace de pénalité financière en cas de dépassement) sur lesquels s'engagent les responsables mais dont le respect va reposer, finalement, sur l'intensification obligatoire du travail. De même l'éloignement des donneurs d'ordre, et même des organisateurs du travail, des réalités du terrain entraîne trop souvent l'attribution de moyens trop mesurés, insuffisants pour “ bien faire le travail ”, comme nous disent certains salariés.

2) Cette recherche de rentabilité peut même aller jusqu'à violer la loi de manière délibérée dans les domaines où, pourtant, il n'y a pas si longtemps la question de la santé au travail a largement débordé dans le domaine public comme dans le cas de l'AMIANTE. Ainsi d'après des confrères du Groupement National des Médecins du Travail du BTP, la majeure partie des opérations de désamiantage se ferait de manière irrégulière, voire clandestine, sans mise en œuvre de la stricte

réglementation en vigueur qui est pourtant justifiée par l'extrême gravité du risque à la fois pour les travailleurs concernés mais aussi pour le public en général.

Lorsque le manque de personnel est trop criant, le recours aux formes légales de travail précaire (CDD, intérim) est largement pratiqué et l'on connaît bien tous les risques inhérents à ces modes d'utilisation de la main d'œuvre. Mais, récemment, en Bourgogne l'Inspection du Travail et les services de prévention de la CRAM ont dénoncé une forme d'emploi frauduleuse de la main d'œuvre qu'est le recours à la Fausse sous-traitance. Cette pratique serait, selon eux, extrêmement répandue et quasiment systématique dans les entreprises de plus de 10 salariés. Il s'agit là de l'emploi de salariés dissimulés de l'entreprise principale qui, elle, en recueille tous les avantages économiques. Les travailleurs assument, eux, tous les risques en particulier dans les domaines de la sécurité et de la santé au travail. Cette catégorie de main d'œuvre ne bénéficie, bien entendu, d'aucun suivi en Médecine du Travail.

Nous donnerons deux chiffres.

- ° Cette année, 16 maladies professionnelles ont été déclarées sur notre secteur ; 13 d'entre elles étaient directement en rapport avec l'usage excessif qui est fait des hommes sur les lieux de travail (troubles musculo squelettiques).

- ° Dans 23 cas l'inaptitude du salarié à continuer à occuper son poste de travail dans les conditions actuelles sans nuire gravement à sa santé, a dû être prononcée. Malgré toutes les possibilités théoriquement existantes aucun reclassement des inaptes relevant des entreprises du BTP n'a pu être réalisé dans aucune des entreprises où ils ont pourtant travaillé parfois pendant des années. Dans ce cas là l'action du Médecin du Travail ne s'apparenterait elle pas à une activité de " Traitement des Déchets " ? *" Allez à la Médecine du Travail vous faire mettre inapte, disait un Médecin de SECU récemment. "*

Cette recherche effrénée du profit, en faisant des coupes sombres, en particulier sur l'effectif, faisant pression sur ceux qui restent et ont "la chance d'avoir du travail" finit par dépasser l'entendement. Si du fait de l'hyper sollicitation qui en découle, on fait tout vite, on finit aussi par tout faire n'importe comment ; mais chaque fois que c'est possible, l'analyse des mécanismes des accidents de travail et des pathologies professionnelles, nous montre que le salarié qui ne peut tout assurer commence invariablement par faire des coupes sombres sur le temps de prévention ; beaucoup racontent qu'ils sont aussi obligés de faire un travail bâclé et ils en souffrent.

Tant qu'on ne touchera pas aux questions de l'organisation du travail sous-tendues par l'incessante tyrannie du profit sur la santé, sur la sécurité, on peut mettre les meilleures équipes de santé que l'on veut, elles seront en échec.

Les dernières affaires spectaculaires : l'amiante, l'ERIKA, le déraillement du train de PADINGTON, via les médias, déroulent sous les yeux d'un public traumatisé à chaque fois, **la face hideuse de la loi du profit** ; mais les prises de conscience sont fugaces et temporaires.

Nous, nous ne pouvons les oublier car nous sommes confrontés tous les jours à ces mécanismes délétères : la coopération Médecins du Travail – Inspecteurs et ingénieurs C.R.A.M. fonctionne bien dans les abattoirs de volailles de notre secteur

où le trio lutte pied à pied pour essayer de faire passer le discours préventif : mais le fond du problème, les cadences, reste un sujet intouchable : **dans une politique de prévention qui ne soit pas uniquement de façade, il faut que les équipes préventives qui ont fait leur constats, donné leur conseils selon les indices de gravité, puissent imposer des actions. Malheureusement , pour le moment , les pavillons de complaisance flottent au-dessus du monde du travail.**

4 – LES ATTEINTES A LA SANTE MENTALE :

Les constats et les mécanismes étant les mêmes nous renvoyons à notre rapport de 1998 . Ils représentent une part importante de nos consultations .

Deux points forts à noter :

- la souffrance éthique des professionnels de santé médicaux, para-médicaux et travailleurs sociaux : ne pas pouvoir remplir la mission humaine pour laquelle on a choisi ce métier, se voir toujours évalué sur des critères financiers alors que l'on se confronte quotidiennement à des situations humaines graves voire désespérées, se sentir témoin impuissant, être obligé de faire des choses que l'on réprouve : les infirmières, les aide-soignantes, les travailleurs sociaux vivent tout cela dans beaucoup de souffrance, décompensent parfois gravement, pour les plus investis ; certains sont obligés d'arrêter. Notre profession est loin de l'ignorer : il n'est pas éthique de mettre les gens en situation d'échec chronique , de mission impossible surtout quand ils ont des responsabilités humaines importantes : les médecins du travail que nous sommes en savent quelque chose!

- Il faut aussi signaler depuis un ou deux ans, qu'une stratégie défensive émerge : "pour ne plus y laisser sa peau on s'en fout", effectivement certains reviennent en consultation, moins perturbés, moins souffrants mais totalement désinvestis du travail ; ce sont généralement, ceux qui quelques temps avant ont "touché le fond " ! Nous le constatons : ce sont les plus engagés qui "décompensent le plus " : brillant résultat de l' organisation du travail qui décourage ceux qu' elle envoie en stage de motivation !

ACTIONS ET PERSPECTIVES :

Une soirée avec des membres de l'association AIN PSY a permis une présentation de nos constats, analyses, pratiques et des échanges de points de vue. Leur expérience confirme la nôtre du point de vue des atteintes à la santé mentale face à l'objectif unique de compression des coûts. Depuis, une collaboration individuelle s'est avérée plus facile en particulier pour éviter l'exclusion des sujets présentant des pathologies mentales. Un travail collectif, en particulier pour la prise en charge du harcèlement psychique reste à mettre en place.

2 - LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTE SUR LE MÊME MODE DE LA REDUCTION DES COUTS A TOUT PRIX : " ALLEZ VOUS FAIRE METTRE INAPTES PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL ! "

Cette gestion de la santé sous la bannière de la pensée unique de l'économique et de la primauté de l'objectif primordial de la compression des coûts à la fois de la prise en charge des soins et de l'arrêt de travail nécessaire à la restauration de la santé a rendu encore plus difficile notre activité de préventeurs de l'altération de la santé et aussi de l'exclusion. Un pan important de nos consultations

et de “ notre faux – tiers temps ” a été occupé cette année à gérer des situations inextricables où des salariés blessés, malades, non rétablis et donc incapables d’exercer une activité quelle qu’elle soit, arrivent affolés ou révoltés mis en demeure par le médecin de sécurité sociale (mais aussi par leur médecin traitant), soit de reprendre le travail soit de “ se faire mettre inapte ”.

C’est justement le cas de toutes ces pathologies d’hyper sollicitation par mouvements répétitifs et par efforts excessifs qui, il y a dix ans encore grâce aux soins et au repos nécessaire **finissaient toujours par guérir, sont maintenant pourvoyeuses d’incapacité définitive.**

Il faut d’ailleurs bien insister sur le fait qu’elles guérissent d’autant plus lentement et d’autant plus mal qu’elles ne sont pas reconnues, que la souffrance physique et morale qui a fini par aboutir à cette décompensation ne peut être entendue :

*Cette salariée turque en plasturgie travaille depuis plus de 20 ans dans la même entreprise ; elle n’a jamais fait parler d’elle, à chaque consultation avec le médecin du travail, elle est souriante et ne se plaint jamais : elle va se faire mal au dos en A.T., le chef d’atelier la rabroue et dénie l’accident, le médecin de sécurité sociale fera de même : puisque le scanner ne montre pas de hernie discale, elle abuse donc de ses droits, elle est sommée de reprendre ; le médecin du travail **cherchera à comprendre** ce qui a déstabilisé cette femme “sans histoire ”. Malgré les difficultés de la langue, il comprendra qu’elle est blessée dans son corps et dans son identité par l’injustice de la non reconnaissance de son mal ; il finit par savoir en insistant et grâce à sa fille qui vient servir d’interprète qu’elle ne dort plus ne mange plus et pleure toute la journée. Son histoire personnelle est aussi “accidentée” : il y a plus d’un an elle a perdu son frère, et depuis pour des raisons difficiles à comprendre par le médecin elle vivait déjà dans sa vie intime un sentiment d’injustice et d’exclusion (elle n’a pas pu rentrer dans son pays depuis !). Cette femme est usée, elle fait largement 20 ans de plus que son âge, a eu 8 enfants et travaille depuis l’âge de 7ans (dans l’agriculture dans son pays) ; actuellement, elle présente tous les signes d’une dépression nerveuse. Le médecin a fait un long compte-rendu de la situation et demande la prise en charge au titre de l’arrêt maladie dans un premier temps en expliquant la nécessité d’une prise en charge spécialisée. L’arrêt a été refusé par le médecin de sécurité sociale .*

Outre la dureté de ce comportement, on peut s’interroger sur cette interprétation sommaire et au bout du compte comptable de la médecine : nous le constatons dès que nous pouvons prendre un peu de temps avec les salariés en souffrance : bien des traitements, bien des scanners et autres examens para-cliniques coûteux pourraient être évités par une approche compréhensive de la souffrance. Malheureusement, le système de santé s’emballe du côté de la technique et du travail à la chaîne.

“ N’y a-t-il pas scandale à décréter pour autrui que ce qu’il éprouve comme un mal n’en est pas un et par là s’alléger soi du poids de sa souffrance puisqu’elle se voit déclarée vaine ? ”

Catherine CHALIER La persévérance du mal

“ La douleur est un pur éprouvé, dont la subjectivité radicale ne peut être objectivée.

La douleur n’est qu’à celui qui souffre, elle ne se voit pas, elle ne s’entend pas, ne se palpe pas. De ce fait, il n’existe pas d’accès direct à la douleur d’autrui. Toute approche de la douleur passe par la communication avec lui. Élaborer une communication avec le sujet qui a mal est le premier acte du clinicien qui veut tenter de le soulager....Tout ce qui est décrit comme douleur est une douleur. En l’absence d’un accès direct à la douleur de l’autre est considéré comme douleur tout ce que le sujet décrit comme telle. Le diagnostic positif de douleur repose, non sur la mise en évidence d’une lésion mais sur ce que le sujet dit. ”

A.GAUVAIN-PICARD et E. PICHARD-LEANDRI, pédopsychiatre et anesthésiologiste de l'Institut de cancérologie GUSTAVE – ROUSSY : “ La douleur chez l'enfant ”

- C'est le cas d'un salarié âgé de 58 ans et ne pouvant bénéficier d'une retraite anticipée, qui vient “sur les conseils ” du médecin de la sécurité sociale pour être déclaré inapte à son poste. En fait, il s'agit d'un homme usé, travaillant depuis l'âge de 14 ans, qui présente une poly pathologie : syndrome dépressif réactionnel à des événements familiaux couplé à une pathologie organique d'étiologie non professionnelle et qu'il aurait été légitime et médicalement justifié de prolonger en arrêt maladie ou de reconnaître en invalidité du fait d'une diminution manifeste de ses capacités fonctionnelles. C'est une notification de reprise qui l'a amené à consulter le médecin du travail... Un courrier au médecin conseil est demeuré sans réponse et les vaines explications que le médecin du travail tentait de donner au salarié ont été ressenties comme un refus à l'aide demandée... Pour finir, l'inaptitude a été prononcée pour que ce salarié ne se retrouve pas à la rue !. Certes, il était inapte à son poste de travail, mais il était avant tout dans l'incapacité de recouvrer une quelconque activité professionnelle, ce qui s'inscrivait donc plutôt dans le cadre d'une prise en charge par le système social.

- Madame B, 56 ans, est adressée par le médecin spécialiste traitant (qui refuse une prolongation d'arrêt maladie) au médecin du travail, pour prononcer une inaptitude alors que les symptômes douloureux persistent et que les examens complémentaires demandés pour évaluer une solution thérapeutique chirurgicale n'ont pas encore été réalisés... Le médecin du travail refuse de certifier un quelconque avis avant d'avoir les résultats des examens prescrits. Par ailleurs, il n'y a pas eu notification de reprise de la part de la sécurité sociale ce qui permet de se laisser le temps de voir. Devant “l'urgence à attendre ” signifiée par le médecin du travail, la prolongation d'arrêt maladie sera prescrite par un médecin généraliste traitant, le spécialiste estimant qu'il n'est pas de son ressort de prescrire le repos.

Monsieur V. myopathe, a pu tenir un poste durant 20 ans grâce à des aménagements financés par l'AGEFIPH. Puis son état a empiré, il devenait reconnaissable en invalidité II, le médecin – conseil a refusé sous prétexte que ce salarié n'avait pas eu d'arrêts de travail assez nombreux et il devait reprendre une activité devenue impossible pour lui

- Beaucoup d'autres exemples, ont exigé de nous beaucoup de temps et beaucoup d'énergie alors qu'en réalité, il n'y avait pas à la base un réel problème de médecine du travail : salariée en hypothyroïdie clinique et biologique, femme de ménage, pour laquelle le médecin refusait l'arrêt de travail alors que l'on sait bien que les problèmes endocriniens ont un fort retentissement sur l'état général et sont longs à se stabiliser : elle n'était pas inapte mais malade ! Elle a fini par être prolongée et après une “ relative ” consolidation , elle a repris son activité.

- Nous terminerons par le cas caricatural, de cette secrétaire qui a présenté des chirurgies pelviennes itératives. Elle garde des douleurs et des incontinenances anales qui l'obligent à des bains de siège réguliers ; le chirurgien envisage une reprise chirurgicale et a prolongé la salariée : le médecin de sécurité sociale trouve que cela dure depuis trop longtemps : il a demandé à la salariée de chercher un poste qui lui convienne !!!!!

Les statistiques récentes de la C.N.A.M. enregistrent une augmentation des Indemnités journalières de 6,6 % en 1998 / est- ce vrai ? Probablement, nous ne nous amuserons pas nous-même à pratiquer le déni. **La question est l'analyse que l'on en fait** : ce rapport dans sa totalité peut apporter bien des explications. Notre expérience de terrain nous prouve que les salariés vivent dans l'obsession de la peur du chômage, s'accrochent au travail dans les conditions délétères que nous décrivons depuis des années. Ils tiennent tant qu'ils peuvent, blessés non consolidés, non guéris, "ne dites rien, docteur, ne mettez rien sur la fiche d'aptitude ". Nous témoignons de leur PRESENTEISME. Mais il faut rappeler la REALITE : l'être humain a encore des limites !

Chaque année, **nos inaptitudes qui grossissent en nombre, ont les mêmes causes que celles que nous avons pointées comme priorités préventives** (hyper sollicitation, psychopathologie, aéro-pollution). Apporter donc pour toute analyse une déviance de la population (déviance des patients et déviance des soignants) paraît bien légère et rajoute encore une injustice supplémentaire, un degré de plus à la pensée unique "il faut comprimer les coûts". **Nous aimerions des études sur le coût caché de l'agressivité actuelle de cette lutte forcenée contre les coûts.**

3 - CONSTRUCTION D'UN POINT DE VUE SPECIQUE DE NOTRE METIER :

1) - Faire des constats, les analyser pour dégager des priorités préventives.

Nous l'avons développé ci-dessus l'une des tâches du médecin du travail est d'inventorier les risques, les atteintes à la santé, les entreprises, les populations à risque. Le médecin peut alors orienter les priorités d'action seul au sein d'un atelier ou d'une entreprise ; en coopération quand c'est nécessaire avec une équipe pluridisciplinaire où chacun apporte sa compétence et ses moyens d'action . **Si dans les grandes priorités que nous avons citées plus haut, chaque acteur avait vraiment les moyens de ses missions, avec l'équipe Médecins du Travail – Inspecteurs et ingénieurs C.R.A.M., nous aurions déjà déblayé un bon nombre de problèmes graves de santé au travail.**

2) - Travailler collectivement les constats pour qu'ils puissent déboucher sur l'action, la transformation, dans chaque entreprise.

Collectivement, nous recherchons les moyens d'améliorer notre action, d'une part, dans notre manière d'intervenir dans l'entreprise pour que les questions de santé puissent avoir une chance d'être réappropriées par hiérarchie et salariés, d'autre part dans notre prise en charge individuelle des salariés présentant des décompensations pathologiques en lien avec le travail.

Cette recherche permanente d'une plus grande efficacité, face aux énormes besoins en santé au travail, nous a conduit, pas à pas, à construire ce que nous considérons comme l'une des actions spécifiques de notre métier : la clinique du travail.

Que faire de toute la clinique amassée lors des consultations médicales et qui témoigne de la nocivité du travail, des atteintes à la santé liées au travail ?

Sous quelle forme l'entreprise peut-elle s'en saisir ?

Comment l'utiliser, en témoigner dans l'entreprise, afin qu'elle puisse lancer le débat sur la question de la santé au travail, l'instruire, provoquer des propositions d'amélioration de travail ?

Face à ces questions, nous travaillons en collectif à partir de problèmes concrets rencontrés dans telle ou telle entreprise ; travail régulièrement supervisé par un enseignant – chercheur, sous la forme d'un exposé fait par un des médecins, présentant :

- Soit l'analyse de l'histoire d'un salarié en difficulté,
- Soit l'analyse d'atteintes collectives à la santé dans une entreprise particulière.

La mise en commun, le partage des propositions aident le médecin à la poursuite de son action sur le terrain. Un retour régulier de l'évolution sur ce qui s'est passé dans l'entreprise, se fait en collectif.

Ce travail nécessite tout d'abord d'accepter de faire voir nos pratiques, au nom de la recherche d'un réel professionnalisme, puis d'accepter de prendre du temps pour revoir plus longtemps les salariés si cela est nécessaire, travailler les dossiers, mettre en forme un exposé et, phase difficile, faire l'analyse de tout ce dont nous sommes dépositaires. Ce travail a été possible et pourra continuer car depuis longtemps, nous nous sommes prononcés sur ce que sont nos règles déontologiques du métier : avoir pour seul objectif la santé des salariés.

Cette phase, déjà ancienne, de positionnement clair vis à vis de la déontologie, était une phase préalable indispensable à tout travail commun à venir, construisant entre nous la confiance, les valeurs professionnelles, ayant tissé les liens nécessaires à ce que chacun puisse exposer ce qu'il fait et recevoir en retour de la part du collectif, des réflexions, des propositions fidèles à ces valeurs.

Nous nous sommes également beaucoup posé de questions sur les limites de ce travail de la clinique ; limites temporelles tout d'abord, dans la situation d'engorgement où nous nous trouvons actuellement ; puis, limite d'efficacité comme nous le verrons dans l'exemple suivant : à un moment donné, lorsque le médecin est allé jusqu'au bout de ce qu'il pouvait faire, c'est à dire lancer dans l'entreprise le débat sur la santé au travail, il aurait été nécessaire que la question soit reprise, éventuellement par un autre professionnel de l'adaptation du travail à l'homme, ce qui signifie que le médecin ait la possibilité, quand le besoin est là, de faire prendre en relais son travail. **Nous avons ressenti à ce moment là, quel était vraiment le sens de la pluridisciplinarité**, qu'elle n'était pas un danger, ni une compétition entre acteurs de santé au travail mais bien une complémentarité nécessaire, un relais entre professionnels, toujours dans la recherche d'une plus grande efficacité. Enfin, il existe la limite déjà mentionnée plus haut : il faut qu'à un moment donné, le responsable d'entreprise accepte de réinterroger l'organisation du travail sous l'éclairage du questionnement de santé, veuille bien prendre en considération que la rentabilité rencontre parfois les limites de l'humain.

Le travail réalisé cette année à propos d'un atelier de couture illustre bien tout ceci : travail en collectif en plusieurs phases, soutenu par un enseignant chercheur, Philippe DAVEZIES, allers et retours entre le travail sur le terrain du médecin et la présentation au collectif. Il y a eu un certain aboutissement dans l'entreprise mais l'efficacité a été mise à mal par le manque de relais, travail au niveau de la branche professionnelle par exemple.

C'est la survenue de plusieurs cas de psychopathologie liée au travail qui a alerté le médecin du travail de cet atelier.

Les entretiens avec les salariées pointaient les fortes contraintes de temps qui pesaient sur elles, quelle que soit la phase de travail (il s'agit de courtes séries de vêtements, avec changement fréquent de modèles), contraintes de temps avec toutes les conséquences telles que : chronométrage fréquent, obsession du rendement chez certaines, les temps théoriques imposés (temps calculés sur logiciel) pour faire le vêtement étant souvent bas.

L'anxiété liée à ce travail, retrouvée chez beaucoup de mécaniciennes, a dans plusieurs cas, abouti à une décompensation avec syndrome dépressif. **Ces fortes contraintes de temps semblaient en partie déposséder les opératrices de leur capacité à mobiliser leur ingéniosité pour réaliser les modèles.**

Le médecin expose tout ceci au collectif, en propose une première analyse puis ce sera plusieurs allers et retours entre travail de terrain : (comprendre le travail, les temps imposés, le rendement, rencontrer la responsable d'atelier), et travail collectif, tout ceci aboutissant à la restitution à l'employeur de ce travail : les atteintes à la santé, les hypothèses d'explication, les propositions d'amélioration.

Au bout du compte, quelle efficacité dans l'entreprise ? Cette dernière bute sur un problème lié à la branche professionnelle : les temps théoriques calculés sur logiciel, ce logiciel étant l'une des bases de l'organisation de travail dans l'atelier.

Il faudrait aller voir plus en amont, par exemple du côté des ergonomes ayant à participer à l'élaboration de ces outils. Là sont rendues visibles les limites de notre action. Il a fallu tout cela pour le comprendre, pour, si nous le décidons, solliciter à d'autres niveaux, d'autres professionnels de la branche.

Il ne s'agit plus pour le médecin de retourner sur lui la culpabilité d'une soi-disant inefficacité personnelle, mais bien de démontrer que tout ce travail est nécessaire pour argumenter, créer une dynamique, susciter d'autres compétences, afin de faire le pas suivant : transformer le travail.

3) Travailler collectivement certains cas individuels pour permettre au salarié de se réapproprier ce qui, dans l'articulation santé-travail, a fini par aboutir à une décompensation.

Dans ce contexte, survenait dans le même temps, l'histoire particulière d'une salariée, mécanicienne, atteinte de façon importante par les contraintes du travail de l'atelier, et dont la présentation au collectif a permis l'élaboration d'une compréhension de la part du médecin, l'accompagnement plus professionnel de la salariée qui a pu ainsi repenser sa situation, comprendre un peu mieux pourquoi le travail avait un tel impact sur sa santé mentale ; tout ceci se faisant parallèlement au travail du médecin dans l'entreprise, tentant de moduler les contraintes de temps, en tout cas de proposer que les temps théoriques prennent en compte la réalité du travail.

Cet autre pan de l'action du médecin du travail nous paraît encore plus spécifique car plus **strictement médical mais nécessitant aussi l'attention de ce qui se passe au travail et de ce qui s'y joue pour l'individu** : c'est l'approche à travers **la parole du sujet** de sa souffrance, de ce qui, au carrefour de son histoire individuelle et de son aventure professionnelle finit, au terme souvent d'une lutte de longue haleine, à l'occasion d'un événement particulièrement déstabilisant par faire basculer le sujet dans la décompensation somatique, psychique, et souvent les deux à la fois. Cela sous-entend que l'on considère que la santé est quelque chose de dynamique, toujours à construire, toujours menacée, que le travail est l'un des lieux primordiaux de cette dynamique, qu'elle est strictement individuelle dans ses fondements et donc dans ses failles, que pour y avoir accès, il n'y a pas d'autre moyen que **l'attention à la parole de celui qui souffre**.

La prise en charge nécessite de prendre le temps d'entendre la parole de celui qui souffre. Citons l'exemple de cette salariée du secteur social qui viendra se précipiter dans le bureau du médecin du travail et parlera pendant plus de trois heures sans s'arrêter de ce qu'elle a investi d'elle-même dans son métier, depuis plus de 20 ans, du sens qu'il a pour elle, de ce que l'institution l'oblige à faire et qui va parfois à l'encontre de ses valeurs ; elle fera avec l'aide du médecin un va et vient entre vie personnelle et vie professionnelle ; la demande initiale, c'est un avis médical pour savoir si elle est malade ou non ; elle est malade avec des signes évidents de gravité. Un arrêt est nécessaire et le médecin du travail l'adresse au médecin traitant, avec demande d'avis spécialisé mais ce premier entretien a aidé à reprendre le fil de l'histoire, à identifier les éléments pathogènes dans l'organisation du travail et ce qui a tout fait basculer. Un repos de plusieurs mois, une rupture totale d'avec le milieu de travail et la parole avec le médecin traitant, avec le médecin du travail, avec la famille et quelques entretiens avec le psychiatre lui permettront de se rendre compte qu'elle n'est pas folle, elle a identifié l'"agresseur" dans les missions impossibles qu'elle gère depuis des dizaines d'années dans un contexte de déni et de culpabilisation. Elle a repris à mi-temps thérapeutique puis à temps plein, elle va très bien mais son investissement au travail a beaucoup changé.

"Ce dont on ne peut parler c'est aussi ce qu'on ne peut apaiser"

Bruno BETTELHEIM

Faire ce travail est passionnant et relève vraiment d'une responsabilité de médecins qui se veulent préventeurs en santé au travail. **Chacune de ces trois étapes nécessite du temps** pour recueillir les données, pour les analyser, pour les restituer. La difficulté est grande du fait de la complexité actuelle du monde du travail, du fait surtout de l'intense pression économique, c'est pourquoi la mise en commun des efforts est indispensable et très constructive. Malheureusement, nous ne pouvons que trop rarement mettre en œuvre ce type d'actions, embourbés que nous sommes par les obstacles grandissants alors que nous attirons l'attention sur eux depuis des années. Sont-ils vraiment là par hasard ?.

4- LES OBSTACLES à l'exercice du METIER DE MEDECIN DU TRAVAIL :

Ce texte a mis en visibilité que régulièrement, nous voulons dépasser les constats pour rechercher des solutions, des pistes d'action individuelles, collectives, coopératives pour diminuer (car éviter, nous en sommes loin) l'altération de la santé au travail. Il nous faut dire que pour arriver à mener de telles actions, bien insuffisantes pour être efficaces, **il nous faut en permanence "ramer à contre courant" de l'institution qui n'est absolument pas organisée pour assurer la mission princeps de prévention.**

1) LE SUREFFECTIF CHRONIQUE :

Depuis des années, nous déplorons, dans nos rapports, une surcharge en effectif totalement irrespectueuse du minimum légal. Nous avons essayé, il y a quelques années, d'attirer l'attention en faisant "la grève des chiffres" dans l'un de nos rapports. L'instance de tutelle ayant déploré cette action qui la privait d'une capacité d'analyse de la situation, nous les redonnons consciencieusement : chaque année, ils augmentent. Alors que cette pagaille est organisée par l'absence de formation de nouveaux médecins et le découragement de ceux qui sont en exercice, l'instance médicale de tutelle vient de nous proposer d'augmenter nos effectifs de tous les adhérents non pris en charge, en limitant notre action aux visites d'embauche et visites de reprise alors que la plupart d'entre nous est déjà très surchargée : **la Direction du Travail nous propose donc de ne pas respecter la loi** : dans sa réglementation précise (effectifs) mais pire encore, dans son sens premier : il est dans cette proposition totalement intériorisé que le médecin du travail n'est pas là pour éviter les altérations de la santé au travail mais pour distribuer des autorisations de travail, dédouanant l'employeur de sa responsabilité : " ils sont aptes ", et chargeant celle-ci sur les épaules du médecin du travail : " il les a mis aptes ". **Tout notre rapport montre bien la banalisation générale du NON-RESPECT de la LOI** mais bizarrement, dès qu'un employeur conteste une fiche d'aptitude sur les avis forts pointilleux de son conseiller juridique, la même instance vient vérifier scrupuleusement que le médecin a bien suivi toutes les modalités réglementaires ! Ce qui nous fait encore perdre du temps à des activités sans aucune vocation préventive. Malgré toute notre volonté à essayer de faire un travail sensé et efficace, ces derniers mois nous ont engloutis dans une activité de paperasserie médico-légale.

2) L'APTITUDE :

Sous l'égide actuelle du tout pouvoir de l'employeur et de la priorité absolue pour le salarié à conserver son emploi, cette notion loin de protéger la santé et même l'emploi a un fort relent de sélection qui se cache derrière l'étiquette faussement rassurante et très anti-déontologique du

“ pouvoir médical ”. Mais le médecin n’ayant aucun pouvoir en amont sur les situations de travail, il est obligé de donner une autorisation au salarié pour qu’il ne se retrouve pas dans la situation pire encore du non – travail ; et il donne donc (en tout cas aux yeux de la loi et de la société) quitus à l’employeur.

L’historique de l’apparition de la notion d’aptitude montre bien qu’elle n’a jamais été créée dans un souci de protection de la santé mais uniquement dans l’objectif de faire une “sélection biologique de la main d’œuvre”. Nous qui essayons malgré toutes les entraves institutionnelles, d’œuvrer à maintenir une santé correcte aux salariés, tout en respectant le droit de chacun au travail, nous sommes contraints, dans ce contexte de tyrannie de l’économie ultra libérale, de participer à l’élimination des blessés du travail pour leur assurer un minimum vital par le droit au chômage ; le reste du temps nous cautionnons l’usage abusif des hommes et des femmes pour préserver l’emploi. Nous participons donc contre notre volonté à cette sélection. **L’institution nous demande tous les jours d’enfreindre le code de déontologie** qui dit que la médecine ne doit pas s’exercer comme un commerce, qui dit que le médecin ne doit s’occuper que de santé .

Bien sûr, “certains lecteurs ” diront que ce descriptif est attristant et noir, c’est vrai ; ils diront aussi qu’il faut **positiver** (mot magique de ce début de millénaire), que nous sommes négatifs, pessimistes : c’est faux. Notre métier est de veiller sur la santé et alerter sur les risques ou les pathologies ainsi que de prendre en charge les salariés fragilisés : nous l’avons mis en visibilité dans les précédentes pages, nous essayons de faire au mieux. **Nous sommes “ positifs ”, non au sens craintif et pathogène en lui-même de ceux qui cherchent à enjoliver la réalité pour endormir la peur.** Nous sommes positifs, comme les cancérologues qui se réunissent, après avoir constaté l’ampleur des dégâts des cancers, pour mettre en œuvre, en coopération, des moyens à la hauteur de la menace qui règne sur leurs patients. Personne ne leur dit qu’ils sont pessimistes et tout le monde tombe d’accord pour dire qu’il faut leur donner le plus de moyens possibles pour éradiquer le mal. Comment se fait-il donc, que le discours des spécialistes de la santé au travail ne puisse pas être reçu, entendu ? **C’est que dans la genèse de la santé au travail il n’est pas question seulement de médecine, il est question de pouvoir économique.** Sauf quand il s’agit de cancers professionnels, dont on n’entend très peu parler, le cancérologue et son patient luttent ensemble contre la maladie sans mettre en cause de tiers. Quand le médecin du travail parle de pathologies professionnelles, il y a le patient , mais il y a aussi un responsable, et ce n’est pas le même. Il est donc préférable de faire taire le médecin, c’est plus confortable pour les responsables. **Notre texte montre bien depuis le début que le consensus social accepte depuis 50 ans qu’une institution soit mise en place pour faire semblant de s’occuper de santé alors que tout est mis en place pour qu’elle soit en échec.** Il est finalement “intéressant ” d’avoir sur place, dans le monde du travail, un médecin réduit à l’impuissance, discrédité, pour ne pas dire ridiculisé par des tâches sans vocation préventive mais qui peut remplir à merveille le moment venu, **la fonction de défouloir** : merveilleux “bouc émissaire”, bien décrit par René GIRARD, pour évacuer une violence qui n’a pas d’issue socialement.

CONCLUSION : “ LA SANTE N’EST PAS UNE MARCHANDISE ; LE TRAVAIL N’EST PAS UNE MARCHANDISE ” Lionel JOSPIN

Si nous partageons entièrement le point de vue de notre premier ministre : la santé, le travail ne devraient pas être des marchandises, nous devons témoigner que malheureusement, ils le sont. Mais cet état actuel n’est pas une fatalité. Il dépend de décisions politiques : que les questions de SANTE

(et ,nous l'avons vu, la santé au travail rejoint en ce moment les grandes questions de santé publique), cessent d'être l'objet de marchandage.

“ La santé ne se réduit pas à l'absence de maladie, elle concerne au plan individuel l'exercice de la liberté et au plan collectif le respect des pluralités ...En somme, la santé relève plus de la théorie politique que des compétences médicales ”.

Conférence Internationale d' OTTAWA 1986

C'est pourquoi en cette période de gestation d'une réforme de la médecine du travail nous interpellons solennellement notre ministre du travail qui est en charge du dossier sur ce qui nous paraît indispensable à une véritable politique de santé au travail.

A l'aube de l'an 2000, il est urgent de nous faire sortir d'un système archaïque et antidémocratique qui nous met en tête de l'EUROPE, sur certains indicateurs péjoratifs d'atteinte à la santé par le travail.

PROPOSITIONS :

1 - si la société ne décide pas qu'il y a **des limites au libéralisme forcené**, si à un moment, l' État ne décide pas qu'il y a des limites à l'aliénation de l'humain, à la quête du profit, on peut s'arrêter à ce paragraphe, la meilleure équipe de santé ne pourra rien faire. “ La santé n'est pas une marchandise ” : cela doit être un objectif en face duquel on se donne des moyens d'action. **Il existe déjà des lois excellentes dans bon nombre de cas : il faut donner à l'inspection du travail et à la justice, la mission et les moyens sans ambiguïté de les faire appliquer .**

Il faut aussi s'arrêter là dans les propositions si comme nous le laisse subodorer le comportement de certains acteurs de la vie sociale, la mort de la médecine du travail est programmée dans le non-dit : c'est aussi ce que peut signifier le désintérêt pour le manque de médecins voire le mépris pour notre profession. Il serait alors honnête de l'annoncer ouvertement : comme nous le disions plus haut, **il finit par être immoral de laisser des professionnels dans une situation d'échec organisée.**

2 - **En finir avec l'aberration démocratique de la gestion patronale des services de médecine** du travail ; avec toutes les affaires d'atteinte à l'indépendance, l'organisation centrée sur les visites, le financement à la visite... Plus n'est besoin d'argumenter la nécessité de l'indépendance des professionnels de la santé au travail : les C.R.A.M. se présentent maintenant comme des assureurs prestataires de service, les chercheurs de l'I.N.R.S sont sommés de refaire leur copie si leurs résultats sont trop dérangeants. Plusieurs d'entre nous on déjà vécu cela à maintes reprises, de l'intimidation au retrait d'entreprises car nos avis dérangeant un peu trop. Plus besoin d'argument, on ne peut être juge et partie surtout dans le contexte de violence économique actuel. La gestion patronale unique étant une aberration, la gestion paritaire ayant fait la preuve de ses faiblesses : la proposition forte, faite par le S.N.P.M.T. d'une agence départementale présentant les garanties d'équilibre de gestion, avec, bien sûr, les partenaires sociaux, mais aussi des professionnels, des associations comme la F.N.A.T.H. ou des mutuelles qui ont fait preuve de leur intérêt pour les questions de santé au travail, nous paraît très sérieuse et réellement constructive. Il est nécessaire qu'il y ait de vraies représentativités avec une vigilance sur la manière dont les gens sont nommés ; que l' État vienne lui aussi jouer son rôle, puisqu'il est toujours au bout du compte, le responsable de la santé des populations.

3 - Proposer un **financement indirect**, avec un prélèvement santé au travail par un organisme extérieur de type URSAFF en fonction du risque comme il existe pour les accidents du travail ou maladies professionnelles. ce qui évitera de jeter le médecin en pâture à la vindicte populaire, cessant d'associer le financement à une prestation de consultation de dépistage ...Cela s'associe avec **la suppression du bilan corporel vétérinaire systématique** qui a fait la preuve de son inutilité pour le remplacer par une **consultation de santé au travail, avec de véritables demandes de la part du salarié**. Il faut maintenir l'obligation faite à l'employeur d'accorder un temps de santé au travail, le salarié restant libre de disposer de cette prestation. De toute façon, il faudra bien rappeler que la diminution du systématisme ne doit pas être organisée pour éponger un excédent d'effectif qu'il faudra continuer de voir de manière "taylorienne" mais bien pour faire un vrai travail de prévention : nous l'avons développé tout au long de ce rapport , cela demande du temps .

4 - En finir avec l'APTITUDE : qui obsessionnalise médecins et employeurs autour d'une notion qui n'a rien à voir avec la santé, rien à voir avec la prévention, qui est une atteinte au droit des hommes à disposer d'eux-mêmes, qui est anti-déontologique et qui contribue fortement à empêcher la communauté des médecins du travail à se construire autour des vrais enjeux d'une profession de santé. Ceci n'empêcherait pas d'établir de véritables protections contre le licenciement de salariés présentant des contre-indications à telle ou telle tâche : cette démarche étant, bien sûr dans ce cas, une véritable mission de médecin du travail.

5 - Du fait de l'inadéquation actuelle de la profession : organiser une formation adaptée pour tous, donnant les vraies clefs d'intelligibilité pour un métier de prévention en santé au travail. Notre parcours dans cette recherche là, nous permet de dire que la formation de la faculté de médecine enrichie de formation C.N.A.M. ergonomie pour tout ce qui touche au travail, et en psycho-dynamique du travail pour tout ce qui touche aux relations santé- travail, nous paraissent d'excellents outils de départ. Cela va également avec la remise en question de l'organisation du système de santé au travail sur la base de l'intériorisation de la nécessité d'un numerus clausus. Il faut partir des besoins et former les professionnels (médecins et non médecins) en fonction de ceux-ci.

Cette formation adéquate en nombre et en qualité évitera de faire n'importe quoi (visites à la chaîne sans aucun but préventif), avec n'importe qui (non formés, non diplômés).

6 - Les salariés de nos entreprises souffrent d'un déficit majeur de dialogue social Il faut imaginer une augmentation de l'expression des salariés dans les P.M.E ?. On a parlé de préventeurs syndicaux, l'inertie étant la règle actuellement, cette idée paraît intéressante car il est important qu'il y ait des relais mais cela sous-entend qu'ils soient bien formés, avec du temps pour leur mission. N'oublions pas qu'actuellement, nous avons sur environ 20000 salariés surveillés dans 2000 entreprises , une vingtaine de délégués syndicaux et une cinquantaine de C.H.C.S.T. !!!!

Il faut une fois de plus refuser le marchandage qui met en balance préventeurs syndicaux et médecins du travail en tablant sur la mort lente de la Médecine du Travail. Chaque rôle est important et la coopération est indispensable Cela rejoint la question de la :

7 - PLURIDISCIPLINARITE : Bien sûr, d'autres acteurs en santé au travail pourraient enrichir avec bénéfice de vraies équipes préventives (épidémiologistes, ergonomes, psycho-dynamiciens du travail) ; mais nous insistons sur l'urgence à donner des moyens à ceux qui tentent déjà d'exercer en coopération (Inspection du Travail, Caisse Régionale Assurance Maladie, Médecine du Travail)

Il faut maintenant tirer les leçons de 50 ans d'aberration démocratique : la médecine du travail a été en 1946 le produit d'un très médiocre compromis entre ETAT - PARTENAIRES SOCIAUX - PATRONAT. L'affaire de l'amiante a permis de mettre sur la place publique tout le drame de la santé au travail, ce constat délétère de santé au travail s'est installé ; c'est prouvé, même les chiffres détenus par le ministère du travail vont dans ce sens. Même si on en appelle à la négociation et au dialogue social, tout se termine en rapport de force et en marchandage ; nous ne sommes donc pas du tout rassurés quand on entend que le ministère renvoie la responsabilité de la réforme de la santé au travail aux partenaires sociaux : Allons nous retomber dans un nouveau compromis pour encore 50 ans, que les salariés paieront de leur vie ? Le paritarisme en France a incontestablement sa place dans la démocratie sociale mais on sait qu'il est très affaibli et dans sa représentativité et du fait de ses divisions. Il a besoin assurément d'être vivifié et complété. Il faut d'autres garde-fous, si l'on ne veut pas recommencer à faire semblant. Le débat social secrète des lois sociales, entachées de beaucoup trop de compromis comme le montrent celles qui concerne la médecine du travail. L'État ne doit plus se défaire de ses responsabilités quand il s'agit de la santé de la population : il doit jouer son rôle d'arbitre, éviter la loi du plus fort et protéger les plus faibles pour que la citoyenneté ne s'arrête pas à la porte de l'entreprise pour qu'une véritable démocratie sociale permette une véritable politique de santé publique : alors la santé et le travail ne seront plus une marchandise.

En tout cas, comme le disait une responsable de la lutte contre la faim dans le monde, cela est vrai maintenant de la gravité des questions de santé au travail :

“ On ne pourra pas dire que l'on ne savait pas, on ne pourra pas dire qu'il n'y avait rien à faire ”.

Mars 2000

Docteurs	Antoine Cellier Chapuis Chauvin Delpuech Lafarge Lauze Ghanty Roi
----------	---

41 boulevard VOLTAIRE
01000 BOURG EN BRESSE