

# **COLLECTIF DES MEDECINS DU TRAVAIL DE BOURG EN BRESSE**

## **CONCLUSION COMMUNE AU RAPPORT ANNUEL 2000**

### **LA SANTE AU TRAVAIL : ENTRE DEMOCRATIE ET HYPOCRISIE SOCIALES**

Penser la réforme sous l'éclairage du «crime social» de l'amiante

#### **I – INTRODUCTION**

#### **II – LES CONSTATS**

- A – L'aéro-pollution
- B – L'hypersollicitation
- C – Le travail des jeunes
  - 1°) Les apprentis dans le métier de bouche
  - 2°) Les étudiants en restauration rapide
- D – La souffrance psychique décompensée
- E – Trois points méritent d'être développés cette année
  - 1°) Le travail de nuit
  - 2°) Les 35 heures
  - 3°) Secteur tertiaire
- F – L'ensemble de ces risques : Inégalité sociale de santé

#### **III – LE METIER DE MEDECIN DU TRAVAIL SOUS L'ECLAIRAGE DE LA REFORME**

- A - Exemples
- B - Commentaires
  - 1°) la question du métier de médecin du travail et de sa spécificité
  - 2°) la question de l'évaluation des risques par l'employeur, la question des salariés sans risque
  - 3°) la question de l'aptitude
  - 4°) la question de la consultation en santé au travail
  - 5°) la question de la démocratie sociale
  - 6°) la question de la transformation
  - 7°) la question de l'approche comptable poussée à l'excès
  - 8°) La transformation est-elle réalisable ?
- C - En conclusion

#### **IV – AU FINAL**

**V - EN ANNEXE** : lettre à Madame GUIGOU Ministre de l'Emploi et de la Solidarité.

Docteurs **CELLIER, CHAPUIS, CHAUVIN, DELPUECH, DEVANTAY, GHANTY, LAFARGE, LAUZE, ROI.**

Bourg-en-Bresse. Février 2001

## I - INTRODUCTION

Depuis huit ans, nous avons choisi le travail collectif parce qu'il nous paraît le plus approprié et le plus efficace vis à vis de nos missions. Comme nous l'avons démontré longuement dans nos précédents rapports, un médecin du travail honnête doit reconnaître que seul, dans les entreprises dont il a la charge, dans les conditions actuelles du monde du travail et du fonctionnement de l'institution médecine du travail, ses possibilités d'action sont très largement en deçà des énormes besoins en santé au travail. Nous considérons qu'il est de notre responsabilité de rendre compte dans l'espace public de tous les aspects des problèmes que soulève actuellement «la tentative de faire de la prévention en santé au travail» en France, de nos jours, cela en restant toujours au plus près de la réalité sous tous ses aspects. Avec à l'horizon toujours le souci d'améliorer la santé des salariés, il s'agit ici que nos savoirs cumulés viennent, comme le dit Pierre BOURDIEU en parlant du rôle de «l'intellectuel collectif», contribuer à créer «l'accumulation de l'immense savoir social sur le monde social dont le monde social est gros», «de porter la parole supposée des gens sans parole», «de contribuer à créer les conditions sociales d'une production collective d'utopies réalistes».

Nous annonçons :

1 - le caractère répétitif de nos constats : il a en lui-même une force d'information puisqu'il renvoie à la réalité qui se répète tristement en matière de santé au travail, et parce que cette répétition renvoie au drame de l'inertie de la prévention.

2 - que ce rapport sera rédigé dans le contexte d'une réforme imminente annoncée du système de prévention et surtout de la médecine du travail ; et qu'un certain nombre d'éléments dont l'accord signé par les partenaires sociaux et l'absence de débat public sur la question nous laissent craindre une fausse réforme qui, non seulement, n'apportera pas d'amélioration, mais au contraire risque de représenter un recul. Disons le tout de suite ici, on ne pourra parler de réforme sérieuse que si, d'une part, on procède à un rééquilibrage démocratique majeur dans la gestion des services de médecine du travail, qui puisse déboucher sur une représentation nécessairement minoritaire des employeurs et d'autre part si l'on supprime la notion d'aptitude. Cela va de soi, aussi, qu'il ne faudra plus entendre parler de ce fantasme patronal de démantèlement de la profession avec son projet de sous-traitance de la médecine du travail à la médecine libérale.

3 - que nos réflexions de professionnels viennent interpeller les instances de la vie démocratique, les responsables politiques à leur plus haut niveau car nous avons compris au fil de nos tentatives d'optimisation de nos actions, que c'est à ce niveau là que se jouent le sort et la santé des salariés que nous suivons.

4 - que c'est pour toutes ces raisons que nous mettrons en annexe à ce rapport le texte de notre lettre ouverte à notre ministre Madame GUIGOU ; nous considérons cette lettre comme une de nos actions importantes dans le cadre d'une démarche globale de recherche d'efficacité car nous pensons avec Jean-Paul SARTRE qu'«être libre, ce n'est point pouvoir faire ce que l'on veut, mais c'est vouloir ce que l'on peut ». Pour le dire autrement, il n'y a, jusqu'à présent pas eu de politique de santé au travail, et trop peu ont exercé en ce domaine la «liberté» de vouloir le

changement, la responsabilité qui leur incombent. Nous déploierons encore une fois notre énergie dans l'espérance et l'attente de cette «utopie parfaitement réalisable» d'une réforme à la hauteur des besoins qui découlent des constats parce que, pour nous, les victimes ont des noms et des visages.

## II - NOS CONSTATS. CHRONIQUE DES DIX DERNIERES ANNEES : LA CONCORDANCE DE NOTRE PETIT OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE AVEC LES ENQUETES NATIONALES ET EUROPEENNES.

Nous renvoyons urgemment à notre rapport 99 où descriptions et exemples donnés ont présenté au lecteur le plus haut niveau possible de la réalité. Nous ne rentrerons pas à nouveau dans les détails mais puisque nous ne faisons pas de la littérature mais un rapport d'activité en santé au travail, il nous semble qu'il y a une force, une valeur en soi de notre répétition depuis sept ans : le paragraphe des constats ne change pas parce que la réalité des problèmes de santé au travail n'a guère changé : un peu tout de même, nous en reparlerons plus loin.

Les grandes enquêtes nationales et européennes confirment malheureusement nos constats précédents et toujours actuels :

### A – L'AERO-POLLUTION

Ainsi pour élaborer son rapport sur la lutte contre la pollution atmosphérique en France le HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE a passé au crible les différentes études épidémiologiques sur le sujet ainsi que ce qui a été fait pour lutter contre les trente trois polluants de l'air répertoriés et il conclut «à un morcellement et à un manque de professionnalisme du dispositif mis en place» et surtout il pointe «le non respect de la loi sur l'air» (en particulier le droit à l'information des salariés) sur les lieux de travail, là où la pollution est la plus forte.

Cette aéro-pollution fait partie de nos soucis prioritaires, par l'importance en terme de gravité des risques, en terme du nombre des salariés concernés. Les solutions préventives ne sont pas toujours très compliquées mais demandent, bien sûr, un minimum d'investissement financier, ce qui est l'argument princeps avancé «au nom du réalisme financier» et au mépris du «réalisme de l'humain».

Quelques systèmes d'aspirations, quelques torches aspirantes ont pu être installés après force argumentaire et grâce à une ténacité sans relâche et à la coopération avec les

équipes de la C.R.A.M. et de l'inspection du travail.

Mais globalement, le résultat est très pauvre : les salariés des P.M.E. de la métallerie, mécano-soudure, décolletage, plasturgie, des garages ... respirent un air pollué de substances irritantes, allergisantes, toxiques, cancérigènes.

Dans une entreprise, une carrosserie industrielle de 150 ouvriers de production, on recense déjà 6 décès chez des ouvriers de moins de 50 ans ces 10 dernières années : 2 sont décédés d'accidents de

la route dont un en accident de trajet, un autre d'un infarctus à 43 ans, 3 autres de cancers des voies respiratoires non reconnus en maladie professionnelle alors qu'ils manipulaient tous les jours du styrène.

A ces morts, on rajoute des pathologies graves pour au moins 7 ouvriers tous âgés d'une cinquantaine d'années et ces pathologies sont liées aux conditions de travail.

Alors en novembre 2000 dans cette entreprise plusieurs salariés ont fait part de leur ébahissement à voir au journal télévisé les chimistes et écologistes dépêchés sur le naufrage d'un navire l'Evoli Sun, harnachés comme des astronautes pour traquer la moindre molécule de styrène qui remonterait à la surface de la mer. Ces salariés, eux étaient depuis des années de la résine contenant 50% de styrène sur les planchers de camions frigorifiques. La dernière couche est passée dans un espace confiné, le camion étant déjà assemblé. Malgré nos recommandations les masques sont peu portés. Il n'y a pas d'autres moyens de prévention que les équipements individuels de protection.

Dans une entreprise avec un risque chimique important, le ¼ des salariés de la production sont des intérimaires sur ces 3 dernières années. Personne, en dehors du médecin du travail n'y voit de problème : le suivi médical des expositions ne peut pas être réalisé, le turn-over est important, certains intérimaires ayant fui «devant des têtes de mort sur les containers», d'autres ayant eu des problèmes de santé rapidement, et ayant disparu dans la nature. Des jeunes femmes ont commencé à y

travailler en 3 x 8 et sont exposées au chromate de plomb pourtant interdit par la législation. Que peut y faire le médecin du travail ? Prononcer une inaptitude contre leur gré ?

Tous ces personnels, que deviendront-ils ?

Un changement, indépendant de la volonté des préventeurs, malgré tout est survenu, faible mais leur d'espoir tout de même : la reprise économique, l'emploi plutôt florissant dans notre région a sorti certains salariés de leur obligation à subir n'importe quelles conditions de travail.

L'un d'entre nous surveille depuis quinze ans les salariés d'une carrosserie industrielle, celle-ci chroniquement largement polluée a vu son taux de pollution augmenter proportionnellement à son activité qui s'est multipliée par cinq avec le même nombre de personnes dans les mêmes locaux : le médecin a tout essayé : nombreux rapports, nombreuses interventions, sollicitations d'autres instances de l'équipe pluridisciplinaire en vain. N'ayant plus d'autres armes, il informe régulièrement les salariés des risques à rester des années durant dans de telles conditions de travail : ils ont dû l'entendre et grâce à la nouvelle conjoncture économique, il a eu la surprise d'apprendre, que cette année 40% des salariés ont quitté l'entreprise. C'est malgré tout loin d'être une généralité mais renvoie à notre appel de l'an dernier sur la nécessité d'une plus grande démocratie sociale intimement liée à une meilleure santé au travail.

## B - L'HYPERSOLLICITATION

° La Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail a dans le courant de l'année 2000, tiré la sonnette d'alarme : « aux anciens problèmes tels que la pénibilité et la répétitivité des tâches qui n'ont pas disparu, viennent s'ajouter désormais une accélération des rythmes de travail et un accroissement de la charge mentale. La valorisation des initiatives et de la réactivité et de la responsabilisation conduisent à des contraintes et à des prestations accrues pour le travailleur : le management par le stress ? (Rapporté par Bernard GAZIER économiste. Université Paris I et CNRS)

° Pour le Sociologue Daniel LINHART à la suite de différentes études dans des entreprises de téléphonie, et dans des C.A.F «les salariés subissent l'impact de deux logiques incompatibles : l'appel à la responsabilisation et la soumission aux contrôles. Ils doivent résoudre les problèmes qui se présentent, faire des diagnostics

de base, mais restent soumis à la pression temporelle et c'est aux salariés de traiter cette contradiction sinon ils sont «inemployables».

A ces nuisances nouvelles s'ajoutent d'autres beaucoup plus anciennes et dont les effets délétères sur la santé des salariés ne sont plus (depuis longtemps) à démontrer.

° Pour le commissariat général au plan dans son «rapport sur les perspectives de la France» (juillet 2000) : « les cadences de travail sont de plus en plus contraintes, loin de diminuer, le travail posté progresse, et il a fait son apparition dans des secteurs hier plutôt épargnés. Le nombre de salariés du tertiaire ayant des normes quantitatives à respecter dans une journée est passé de 19% en 1984 à 43% en 1998 ».

L'hyper-sollicitation reste également une de nos préoccupations majeures.

Elle continue de faire des ravages dans tous les secteurs d'activité. Nous maintenons nos constats 99 quant à l'envahissement de ce fléau. Les troubles musculo-squelettiques, les pathologies rachidiennes sont toujours de grands pourvoyeurs d'inaptitude en particulier dans les secteurs de la distribution, des paramédicaux dans les établissements de soins, maisons de retraite, maisons d'handicapés, et bien sûr toujours dans l'agro-alimentaire, en particulier les abattoirs de volailles.

L'hyper-sollicitation n'est pas que musculo-squelettique, mais concerne la personne dans son ensemble avec fréquence du surmenage, anxiété, troubles du sommeil et envahissement par les préoccupations professionnelles de la sphère affective et familiale. L'ensemble dans un déni actuel des limites physiologiques, le sujet fatigué ou malade étant maintenant toujours suspect de fainéantise dans l'entreprise et de plus en plus coupable d'irresponsabilité vis à vis des inéluctables économies de santé.

Signalons pour information, que là aussi, certaines entreprises particulièrement inhumaines et délétères comme les abattoirs de volailles, font l'objet d'une fuite de la part des salariés qui le peuvent.

Pour le descriptif et les exemples détaillés nous renvoyons à nos rapports 98 et 99. Citons cependant cette interaction de nos constats avec ceux d'autres professionnels :

- Dans un secteur comme la distribution de moyenne surface (supermarchés, «discounters») la polyvalence est de règle et le personnel masculin a pratiquement disparu, les postes de «réserviste» ou de «magasinier» n'existent plus. Le personnel féminin doit tirer des palettes et

manutentionner des charges bien au-delà des normes légales. Les moyens les plus efficaces pour soulager ces efforts ne peuvent, parfois, même pas être «autorisés» : un directeur de supermarché a interdit l'utilisation du transpalette électrique car d'après lui, son utilisation dans la surface de vente faisait courir un risque aux clients...Mais qu'en est-il du dos de ses salariées ?

- Lorsque «par malheur» (sic) une grossesse survient le problème devient insoluble comme dans cette entreprise (> 100 salariés) du secteur de la blanchisserie industrielle où le personnel féminin est largement majoritaire, avec une moyenne d'âge assez basse actuellement, rien n'est prévu, rien n'est conçu pour adapter certains postes de travail afin d'y affecter des femmes enceintes vers la fin de leur grossesse ; mais a contrario, on est frappé dans cette entreprise par tous les efforts et tous les moyens mis en œuvre :

- 1°) pour satisfaire les moindres désirs de clients de plus en plus exigeants  
- 2°) pour respecter les différentes normes sanitaires en vigueur dans le traitement du linge hospitalier mais rien pour éviter les risques engendrés par un travail trop pénible chez une femme enceinte !

- Autre milieu de travail où l'activité des femmes est très sollicitée, celui des établissements hospitaliers notamment ceux hébergeant des personnes âgées. Régulièrement les médias se font l'écho de sévices perpétrés par le personnel sur ces malades.

Pour Pascale Molinier psychologue du travail (CNAM Paris) au-delà de l'émotion suscitée, de tels actes interrogent sur les conditions réelles de travail de ces personnels. Car pour elle ce phénomène, très médiatisé est marginal, la violence ne faisant pas partie des issues pathologiques les plus répandues chez

les soignants. Il faudrait plutôt se demander pourquoi le personnel soignant ne «pète pas les plombs » plus souvent ! face :

1°) à la détérioration de ces conditions de travail : diminution des effectifs aggravant la charge de travail, destruction des collectifs de travail, polyvalence imposées par les politiques de gestion de plus en plus serrées des établissements hospitaliers.

2°) et face aussi à un énorme paradoxe : en effet l'essor prodigieux de la technologie médicale, largement médiatisé ne s'accompagne pas d'un déploiement de personnel à la hauteur de cette nouvelle médecine «les patients s'attendent à des miracles et parfois il n'y a même pas quelqu'un pour faire le ménage dans leur chambre » (Cf. Hôpital Georges POMPIDOU...)

Ce que nous recueillons lors de nos consultations confirme tout à fait ces dires.

*Ce recueil d'informations auprès des collectifs de travail, permettant une véritable épidémiologie locale, au sens des observatoires régionaux de santé, (qui eux sont une initiative intéressante), sera empêché par l'application de la proposition du M.E.D.E.F. d'éparpiller ces populations chez des médecins non spécialisés. Quand on sait comme nous, que même les risques prévus par la loi en surveillance spéciale (amiante, plomb, travail de nuit) sont rarement déclarés par les employeurs, nous doutons qu'aucune branche professionnelle vienne déclarer un jour que les salariés sont soumis à une hyper-sollicitation.*

## **C - LE TRAVAIL DES JEUNES :**

Alors qu'ils sont porteurs d'espoir et de créativité, nous ne comprenons toujours pas pourquoi dans certains secteurs d'activité on continue à les «casser» en les réduisant à l'état d'exécutants serviles, apeurés et abrutis de travail.

### **1°) LES APPRENTIS DANS LES METIERS DE BOUCHE :**

Ils sont depuis plusieurs années une priorité de notre coopération avec l'inspection du travail. Nous renvoyons là encore à notre descriptif 99 pour confirmer toute notre émotion de cette violence faite aux jeunes, sans raison humainement justifiée et avec la complicité de tous les niveaux de la société qui en sont responsables. Nous avons parlé de nos actions ; reconnaissons que, au final, sans coercition des instances qui doivent signifier la loi, point d'efficacité. Nous n'en sommes plus au stade de l'information et de la démonstration : les arguments donnés les années précédentes auraient dû, dans une société saine et responsable entraîner une réaction immédiate ! Il n'en a rien été ; nous n'avons plus le cœur de raconter encore des histoires tristes.

Un constat un peu nouveau : il n'est pas rare que lorsque nous demandions à revoir les apprentis de moins de 18 ans au bout de six mois d'activité, on nous apprenne qu'ils sont partis : certains s'en sortent bien puisqu'ils ont repris d'autres secteurs de formation «où la tradition est moins sauvage » ; d'autres par contre sont poussés de cette manière vers la précarité et l'intérim.

## 2°) LES ETUDIANTS TRAVAILLANT EN RESTAURATION RAPIDE

La restauration rapide, la «bien nommée» fonctionne surtout par «coups de feu » et exige une très grande disponibilité et flexibilité de sa main d'œuvre dont 80% travaille à temps partiel. Parmi ces salariés de nombreux étudiants qui doivent gagner leur vie. Les conditions de travail dans ces établissements se révèlent particulièrement pénibles pour eux, bien loin de l'image traditionnelle des «jobs pour étudiants»: forte pression temporelle, agressivité fréquente de la clientèle, parcellisation des tâches très répétitives, station debout, et à certains postes : chaleur par exposition aux vapeurs de cuisson.

Les horaires de travail du fait de l'organisation particulière de ces entreprises, se révèlent très perturbants chez de nombreux salariés : forte activité au milieu de la journée puis très tard en fin de soirée, notamment dans le cas des étudiants, le vendredi soir, samedi et dimanche.

Cette année nous avons relevé chez un certain nombre de ces jeunes salariés des signes de fatigue physique et nerveuse, avec troubles digestifs, prise ou perte de poids,

troubles du sommeil inhabituels à cet âge. Entre les cours et le travail certains accumulent une charge horaire hebdomadaire de travail très élevée : des forfaits de plus de 20H par semaine et encore plus pendant les vacances scolaires ne sont pas rares. En plus d'une amputation du temps de sommeil cette charge excessive entraîne en général une disparition des loisirs et sorties et même des difficultés pour trouver le temps nécessaire au travail personnel exigé par leur niveau d'étude. Le peu de temps libre étant consacré à la récupération des «capacités de travail». Il en découle le plus souvent de mauvais résultats scolaires avec allongement du cursus des études voire la démotivation et l'abandon définitif des études sans que, pour autant, il y ait une intégration réussie dans la vie professionnelle. Certaines filières les plus exigeantes, les plus sélectives sont même tout à fait incompatibles avec la pratique d'une telle activité salariée créant ainsi une véritable «sélection sociale» (rapport au Ministère de l'Education Nationale : « les étudiants en difficulté : pauvreté – précarité » mai 2000).

### **D - LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DECOMPENSEE. LES ATTEINTES A LA SANTE MENTALE.**

Nous avons pris la peine de les décrire longuement dans leurs réalités et dans leurs mécanismes en 98 et 99. Nous répugnons à recommencer la litanie des exemples qui sont toujours aussi importants en nombre et en gravité. Tous les secteurs et tous les niveaux hiérarchiques sont touchés. Il a fallu aller nous former complémentirement en psycho-dynamique du travail, il a fallu travailler collectivement pour tenter de comprendre, d'analyser, ce qui devient délétère dans une organisation de travail au point de faire basculer le psychisme ; il nous paraît encore très utile de nous réunir avec un enseignant pour qu'il nous apporte son savoir et son extériorité pour prétendre espérer apporter une aide individuelle au salarié en difficultés, voire collective aux populations professionnelles déstabilisées.

***C'est pourquoi les propositions de l'accord des partenaires sociaux qui organisent le démantèlement de toutes ces capacités de prise en charge au mépris de nos efforts et surtout de la dégradation de la santé des salariés qu'ils sont censés représenter nous laissent dans la stupéfaction et la colère.***

**E - TROIS POINTS MERITENT D'ETRE DEVELOPPES CETTE ANNEE :** les deux premiers (travail de nuit des femmes et 35 heures par leur relative nouveauté), le travail tertiaire parce qu'il apporte lui aussi son lot de retentissement sur la santé,

qu'il a occupé particulièrement certains d'entre nous, alors qu'il continue à être classé «sans risque» par le MEDEF et que l'accord des partenaires sociaux envisage pour les salariés concernés une sous-traitance aux généralistes.

### **1°) - Travail de nuit : égalité hommes – femmes pour les effets nocifs sur la santé.**

Les entreprises n'avaient pas attendu la loi française pour appliquer celle, européenne, qui permet le travail de nuit des femmes.

La loi européenne est décidément bien appliquée lorsqu'elle arrange la productivité. Par contre, lorsqu'elle impose par exemple, un repos consécutif de 11 heures entre deux postes de travail, l'application est du coup beaucoup moins consciencieuse, confère les dérives des horaires excessifs dans les métiers de bouche par exemple.

Au nom de l'égalité professionnelle hommes – femmes, la France, qui symboliquement résistait, a donc finalement adopté, en l'an 2000, l'amendement permettant le travail de nuit des femmes, se mettant ainsi en conformité avec la directive européenne.

Dans cette entreprise d'une centaine de salariés, le travail posté en 3 x 8 avait jusqu'alors épargné les femmes qui étaient en 2 x 8. Nombre d'entre eux ou d'entre elles trouvaient le travail du matin pénible, d'autant plus qu'ils avançaient en âge. Le démarrage des équipes à 5 heures avait, comme ils disaient, «l'avantage de ne pas commencer trop tôt», mais le décalage des repas pris après 13 h 00 et après 21 h 00 le soir, ainsi que le fait de ne pas pouvoir profiter de leur soirée (famille, activité sociale ...), leur avaient fait choisir, lors de la réflexion sur les 35 heures, le démarrage des équipes du matin à 4 heures, ce qui a été finalement abandonné car la fatigue liée à une plus grande privation de sommeil matinal en a surpris plus d'un. Le médecin du travail avait noté toutes ces difficultés à vivre les 3 x 8 ou les 2 x 8 ; il avait également noté qu'une sorte d'organisation inter équipes de l'atelier production s'était mise en place entre les hommes, «hors hiérarchie» : certains préféraient ne faire que les nuits, ce qui permettait à d'autres de travailler en 2 x 8. Il semblait que chacun et chacune avait pu, au prix d'une organisation quotidienne très inventive, très structurée sur le plan familial mais également très rigide, au prix d'une quasi-absence d'activité sociale ou sportive, au prix d'une dette fréquente de sommeil, au prix d'une fatigue régulièrement exprimée en consultation, chacun donc avait pu stabiliser sa situation et la rendre «tenable».

Dans un autre atelier, où les opérateurs étaient moins nombreux et où des stratégies d'organisation n'ont pas pu se mettre en place, un jeune père de famille, travaillant en 3 x 8 a présenté une décompensation psychique avec syndrome dépressif, troubles du sommeil majeurs à intégrer dans cette immense désorganisation physiologique que représente le travail posté. Ce jeune père ne pouvait plus TROUVER LE REPOS ; les difficultés d'endormissement, notamment lorsqu'il fallait dormir le jour, faisaient que l'heure où il récupérait ses enfants survenait alors qu'il avait à peine dormi. Il aura fallu un recours aux anti dépresseurs, anxiolytiques, somnifères, pour que la situation s'améliore un peu et que ce salarié puisse tenir, tout en restant dans un état limite : est-ce- là la santé au travail ?

Puis est venu le temps de la «négociation» à propos du passage aux 35 heures – le seul espace de réflexion accordé aux salariés a été, nous en parlions plus haut, un questionnaire sur le type d'horaire, «5 heures ou 4 heures le matin ? ».

Parallèlement, tous ont vu pendant cette période d'application de la loi des 35 heures, une rigidification de l'organisation de travail :

--- tout le monde passe en 3 x 8, y compris les femmes.

Disparition des possibilités «d'arrangements»

A aucun moment les femmes ne pourront s'exprimer, les salariées disent qu'on leur a parlé de licenciement dans le cas où il y aurait opposition.

--- la semaine de travail peut aller jusqu'au dimanche 13 heures

--- les équipes sont dédoublées en début de semaine et en fin de semaine

L'impact sur la santé des hommes et des femmes est catastrophique. Le médecin du travail note à quel point tous et toutes sont perturbés, depuis les opérateurs de terrain jusqu'aux responsables d'équipes et d'ateliers : intensification du travail, les jours où les équipes sont dédoublées ne correspondent pas toujours aux demandes productives.

Les responsables deviennent opérateurs pour essayer de pallier ce manque. Parallèlement à cela, la mise en place de la norme qualité en demande encore plus à tous.

Les femmes travaillant maintenant la nuit font preuve d'une grande ingéniosité pour que la

famille ne pâtisse pas de cette contrainte, mais c'est encore là au prix de leur santé.

Cette semaine de nuit pose réellement problème pour cette jeune mère ; dans son organisation familiale, elle fait pratiquement l'impasse sur le fait qu'elle doit dormir le jour. Décompensation avec arrêt de travail, traitement antidépresseur, anxiolytique. Comme c'est la seule femme chez laquelle les troubles ont été connus, il se dit facilement qu'elle avait d'autres problèmes...

Le médecin du travail intervient en CHSCT, il fait remonter collectivement tout ce qu'il a observé de l'impact de cette nouvelle organisation de travail sur la santé des

salariés. A sa demande de modifier le fait que le travail de nuit soit imposé aux femmes, on lui répond «de ne pas mettre des bâtons dans les roues », que le principe de l'égalité hommes femmes est à respecter, que cela favorise des emplois, que la stabilité des équipes est importante.

Aucun élément de cette réflexion n'apparaîtra sur le compte rendu de cette réunion qui n'a d'ailleurs pas été un débat avec les représentants salariés mais bien plutôt une fin de non-recevoir.

**La question plus générale de l'existence même de ce type de travail dans le milieu industriel, à des fins de rentabilité seule, obligeant hommes et femmes (ils sont plusieurs centaines de milliers à travailler ainsi ) à subir des horaires profondément anti - physiologiques, reste pour nous, médecins du travail, un important problème de santé au travail. Il faut qu'il soit réintroduit dans le débat social, il est actuellement très banalisé, il faut que les entreprises limitent au maximum ce type d'horaires.**

**N'était-il pas réservé, sur le plan légal, aux seuls travaux à feu continu ?**

## **2°) - 35 HEURES : ETAT DES LIEUX TRES MITIGE :**

Les 35 heures ont suffisamment marqué le paysage de nos entreprises pour que nous n'omettions pas d'en parler dans ce rapport. En terme de retentissement sur la santé, il est encore tôt pour tirer une conclusion générale. Il existe une grande variabilité de traitements des salariés d'une entreprise à l'autre et même à l'intérieur d'une même entreprise. On évolue des solutions les pires aux meilleures. De l'annualisation du temps de travail, anti physiologique à souhait, aux améliorations réelles des conditions de travail, toutes les situations sont exprimées.

Dans une entreprise de la métallurgie comptant plus de 400 salariés, avec un travail physique dur et la fréquence du travail en 3 x 8, la vingtaine de jours et plus de jours de congés supplémentaires apporte un réel repos, un peu plus de vie personnelle, un peu moins de nuits à ne pas dormir et globalement, donc permet de retrouver une marge de gestion de son propre équilibre. Cela a été possible grâce aux rapports de force sociaux beaucoup moins défavorables aux salariés dans cette entreprise que dans la majorité des autres P.M.E.

Nous avons eu aussi la surprise de voir des entreprises d'une dizaine de salariés s'organiser sans difficultés pour libérer les salariés une journée tous les quinze jours ou une demi-journée par semaine. Les entreprises où l'embauche est venue compenser les 35 heures sont rares.

Enfin, dans un nombre de cas non négligeables, les 35 heures sont venues aggraver les conditions dures et l'intensification existante.

Certaines constatations sont des appels au secours, chez des salariés représentants du personnel en état de détresse aiguë, avec des manifestations d'attaque de panique, d'anxiété

majeure. Ces sujets doivent faire face à la fois au mécontentement des employeurs à qui l'on impose une réorganisation profonde des horaires de travail, mais aussi au

mécontentement du personnel face aux décisions prises. Ces contraintes, qui viennent se surajouter aux impératifs de travail quotidien, aboutissent parfois à des situations d'urgence thérapeutique. Les modifications de rythme de travail sont souvent l'occasion d'une restructuration complète en terme d'organisation du travail. Le travail posté en 2x8 ou même en poste de nuit est parfois instauré à cette occasion, avec un minimum de pauses et un maximum de rentabilité pour compenser cette diminution du temps de travail hebdomadaire. Ces modifications ne permettent plus l'adaptation des sujets les plus vulnérables médicalement ou socialement. Les horaires de travail sont un facteur important d'équilibre pour les sujets porteurs de pathologies chroniques. L'exemple typique est celui du sujet diabétique, qui n'a pas la possibilité de s'injecter son traitement sur le lieu de travail. Les horaires décalés vont alors être un facteur de déséquilibre de son diabète. Une autre salariée, atteinte d'une pathologie

inflammatoire chronique digestive ne pourra pas tolérer des prises de repas irrégulières et des écarts de sommeil et devra quitter l'entreprise pour ne pas risquer d'aggraver sa pathologie déjà invalidante.

Certaines entreprises du secteur industriel, qui fonctionnaient déjà en horaires postés, vont adopter le système de la modulation d'horaires en fonction de l'activité. En période de forte activité, les salariés seront sollicités au maximum de leurs capacités avec un minimum de temps de récupération, les horaires hebdomadaires dépassant souvent les 45 heures. Les repos et les congés sont pris en période creuse, soit en fonction de la productivité et non des besoins de chacun. La santé et la vie sociale en sont affectées. Les accidents de travail augmentent. Les salariés qui tombent malades en période haute sont pointés du doigt et se culpabilisent d'avoir été absents quand il ne fallait pas.

***Un bien pour les uns, une catastrophe pour d'autres, il est certain en tout cas que les salariés des P.M.E. sont inégaux devant les 35 heures.***

### **3°) SECTEUR TERTIAIRE : POPULATION SANS RISQUE ?**

Les salariés du tertiaire sont communément considérés comme population protégée des risques professionnels. S'il est vrai qu'ils ne sont pas exposés à des risques physico-chimiques, il est par contre tout à fait faux d'imaginer qu'ils ne subissent aucune contrainte de travail. Ils subissent de plein fouet les risques liés aux nouvelles organisations de travail. Prenons l'exemple d'une de nos entreprises pour laquelle nous allons pointer les contraintes principales et les atteintes à la santé :

- Pressions en cascade exercées par la hiérarchie (qui s'opère du cadre dirigeant jusqu'à l'opératrice de saisie),
- Nouveaux sites de travail en plate-forme (style des grands bureaux paysagers à la mode de l'Amérique des années 30), avec de ce fait, bruit et difficultés de concentration qui peuvent aggraver les contraintes environnementales d'installation parfois précaire du fait du partage des bureaux.

- Astreintes dues à la charge de travail qui va croissante expliquée par plusieurs facteurs : diminution des effectifs avec non remplacement des départs en retraite, embauches de CDD en *turn over* pour pallier les débordements qui devraient être occasionnels mais sont en fait permanents, ce qui accroît encore la charge de travail de par la nécessité de formation des nouveaux CDD qui remplaceront ceux qui partent une fois opérationnels, application des 35 heures qui ne se fait pas toujours sans douleur («faire en 35 ce que l'on faisait en 39 ! »),

- Accueil téléphonique ou physique qui nécessite une disponibilité et de plus en plus de «prendre sur soi » devant la généralisation de l'agressivité des demandeurs.

Les atteintes à la santé constatées lors des consultations concernent presque exclusivement ou sont à mettre en relation avec la santé psychique :

- Troubles du sommeil qui peuvent prendre de multiples formes : difficultés

d'endormissement, réveils nocturnes, rêves professionnels ou réveils prématurés : « je ne sais pas si j'ai envie de retrouver le sommeil car durant mes insomnies, il m'arrive de trouver des solutions à des problèmes que je n'ai pas su résoudre dans la journée du fait du bruit et des appels téléphoniques qui me gênent pour réfléchir (!) ».

- Troubles digestifs de type gastralgies ou spasmes des colopathies fonctionnelles accompagnés de signes cliniquement chiffrables par la perte ou la prise de poids

- Atteintes cutanées avec poussées de psoriasis ou d'eczéma

- Asthénie physique et psychique

- Dépression déclarée nécessitant la médication d'antidépresseurs et /ou d'anxiolytiques

Dans tous les cas ou presque, refus de prendre des arrêts maladie par conscience professionnelle, par peur d'aggraver les retards pris et surtout par respect du collectif de travail en ménageant les collègues et en refusant de leur laisser son propre travail.

Ces atteintes ne peuvent être comprises, exploitées et argumentées que dans un contexte de consultations professionnelles de santé au travail, car seul le médecin du travail a droit d'entrée au sein de l'entreprise et seul ce dernier peut tenter d'analyser les situations et les conditions de travail susceptibles d'engendrer les troubles constatés. Par ailleurs, et outre la connaissance du milieu de travail et de ses contraintes organisationnelles dont seule la mise en articulation avec l'état de santé des salariés peut être exploitable, il est impératif d'avoir une vision d'ensemble et une étude épidémiologique ne peut avoir valeur que si toute la population est connue.

Comment un médecin n'ayant pas cette vue d'ensemble pourrait-il comprendre et proposer des pistes de solution dans l'objectif d'améliorer la santé des salariés ? Comment pourrait-il expliquer la survenue d'une dépression nerveuse dont l'étiologie serait le démantèlement d'un collectif de travail (comme c'est de plus en plus souvent le cas) s'il n'a pas connaissance de ce collectif ? Comment enfin un médecin généraliste, non préparé à cette spécialité exclusive qu'est la santé au travail, pourrait-il trouver un sens à une mission déjà suffisamment complexe malgré l'acquisition des connaissances théoriques et l'accès aux connaissances pratiques du médecin du travail quand ce dernier n'y arrive que difficilement ?

Quel serait le sens de ces consultations ? Emettre un certificat de bon état physique spécifique à chaque salarié sans pouvoir restituer le constat santé /travail de l'entreprise ?

De la même manière que l'on ne peut parcelliser un individu en organes différenciés, on ne peut parcelliser une entreprise en salariés. La santé tient compte de la globalité de la personne, l'entreprise considère la globalité des salariés et toute désolidarisation, tout découpage rendrait alors vide de sens et dans l'incapacité de découverte de solution bénéfique pour la santé au travail.

Ce principe d'exercice de «l'ensemble », de «la globalité » est tellement vrai que les médecins du travail éprouvent la nécessité de solliciter les confrères surveillant les salariés d'une même entreprise à disparité géographique pour mieux appréhender la politique organisationnelle de la société mère. Cette année cette coopération a été mise en œuvre dans deux grandes entreprises.

Mettre en correspondance atteintes à la santé et conditions de travail ne peut avoir de sens et ne peut être possible qu'exercé par un spécialiste en santé au travail ayant les connaissances théoriques et pratiques nécessaires.

Il n'est donc plus besoin de prouver l'absurdité et la non recevabilité de déléguer, de sous traiter certaines consultations à des confrères «non qualifiés ».

**F- L'ensemble de ces risques, de ces conditions de travail délétères aggrave les inégalités sociales :**

Il s'agit du rapport de l'INSERM : Inégalités sociales de santé, rendu public le 12 septembre 2000, de l'étude du Bureau International du Travail pour 2000 portant sur le coût de la santé mentale provoqué par les nouvelles exigences professionnelles et aussi des conclusions de l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail qui publie fin 2000 un nouveau rapport mettant en évidence les risques en matière de santé et de sécurité auxquels les travailleurs sont exposés en France.

Nous connaissions depuis longtemps ce que nous confient les salariés, lors des consultations, à propos de la morbidité et la mortalité de leurs parents, surtout lorsqu'il s'agit de salariés de milieu précaire, les difficultés familiales auxquelles ils sont soumis dès l'enfance souvent. Il n'est pas rare qu'un ouvrier avant la trentaine ait déjà perdu son père, disparu avant l'âge de la retraite par une mortalité liée soit à un cancer, soit une maladie cardio-vasculaire, soit encore d'accident ou de suicide. Alors quand l'INSERM publie son rapport cet automne, nous ne sommes pas vraiment étonnés par ses résultats. Ce rapport nous dit : les catégories socioprofessionnelles défavorisées présentent un risque plus élevé de problèmes de santé. Le rôle des conditions de travail et des expositions professionnelles à des produits toxiques est mis en avant. L'étude sur l'espérance de vie est révélatrice sur ces 20 dernières années, elle a augmenté sur l'ensemble de la population, mais elle n'a pas été identique pour tous. Aujourd'hui, les experts de l'INSERM montrent que l'espérance de vie d'un ouvrier de 35 ans est inférieure de 6,5 ans à celle d'un cadre ou d'un actif d'une profession libérale de même âge et cela se calcule scrupuleusement sur l'échelle sociale. Une autre étude sur la surmortalité avant 65 ans donne le même résultat avec la même hiérarchie des professions. Ces différences face à la santé commencent dès le début de la vie et s'aggravent si la scolarité ne donne pas de bons résultats.

### III - LE METIER DE MEDECIN DU TRAVAIL SOUS L'ECLAIRAGE DE LA REFORME

Puisqu'il s'agit d'un rapport d'activité, nous dirons ce que nous faisons, ce que nous pouvons faire, ce que nous ne pouvons pas faire, ce que nous pourrions faire si les auteurs de la réforme voulaient vraiment ce qui est possible.

#### A – EXEMPLES

##### PREMIER EXEMPLE :

Il s'agit d'une entreprise de décolletage de cinquante salariés qui a été l'objet récemment d'un changement de direction et d'une

restructuration avec la venue d'une quinzaine de salariés nouveaux qui ont été délocalisés sur le site. Le médecin est déjà antérieurement

intervenir plusieurs fois pour informer sur les risques : bruit, huiles minérales avec leur retentissement cutané et respiratoire, silice lors du meulage. L'entreprise est sur la liste des priorités en matière d'aéro-pollution donnée aux ingénieurs C.R.A.M. et à l'inspection du travail. La nouvelle organisation de travail, en supprimant tout le secteur des tours traditionnels apporte une diminution du niveau sonore, et peut faire penser qu'il va y avoir une atténuation de la densité des brouillards d'huiles mais ceci reste à vérifier autrement que lors d'une visite ponctuelle de l'atelier. Quelques mois avant, le médecin a fait une demande de prise en charge en maladie professionnelle pour un cancer du poumon décelé chez un ancien tourneur qui a travaillé plus de vingt ans sur les tours traditionnels. La nouvelle organisation a aussi apporté beaucoup d'angoisse et de difficultés face aux changements de process, à l'arrivée de nouveaux, aux départs d'anciens : démissions ou licenciements. L'histoire actuelle survient dans ce contexte : c'est un appel téléphonique du directeur au secrétariat du médecin du travail «pour qu'il nous conseille dans le changement de l'huile utilisée ». L'enquête du médecin du travail commence : il apprend alors qu'un certain nombre de salariés se sont rendus compte qu'ils présentent les mêmes symptômes ; le directeur veut changer l'huile afin «d'éviter la psychose ». Il a fallu recevoir très rapidement en consultation l'ensemble des salariés concernés, prendre un temps de consultation suffisant par personne pour analyser les symptômes respiratoires, cutanés, les deux ; rechercher le lien avec l'activité : changement de machine, de façon de travailler, rechute ou aggravation après le week-end ou les congés, faire des courriers aux spécialistes ou aux médecins traitants, faire l'examen clinique en relation avec les symptômes, rassurer mais aussi entamer le dialogue pour la recherche d'amélioration car ceux qui travaillent et qui sont victimes du travail sont aussi les mieux à même de trouver des solutions s'ils se sentent considérés dans leur compétence professionnelle et dans leurs problèmes de santé et non jugés. Ces entretiens ont permis de comprendre qu'il existait dans certains cas un lien avec le défaut d'entretien de certaines machines, que pour un cadre ne travaillant pas dans l'atelier, son bureau était imprégné d'huile et qu'il n'avait pour toute fenêtre qu'une ouverture

donnant sur l'atelier, que les symptômes étaient accrus lors de l'utilisation de certaines machines. Une visite de l'atelier a permis de constater l'absence complète de ventilation générale (les gaines d'aspirations existantes ayant été supprimées car fonctionnant mal ? ), l'ouverture directe de certains bureaux sur l'atelier, les bouffées de brouillards d'huiles se dégageant de certaines machines à chaque ouverture. Après obtention de la composition précise de l'huile pour cibler les composants suspects et après dialogue constructif auprès de l'ingénieur chimiste de la C.R.A.M., il s'avère que le changement d'huile s'il peut être utile, ne peut être suffisant. Le technicien C.R.A.M. du secteur, informé par le médecin viendra lui aussi donner des conseils pour améliorer les captations de brouillards d'huiles à la source. Cette enquête du médecin du travail a donné lieu à un courrier à la direction rappelant les risques et les modalités préventives passant forcément par des aspirations efficaces et réclamant la création d'un C.H.S.C.T. ; la fiche d'entreprise a été réactualisée et va dans le même sens ; sept déclarations de maladies professionnelles ont été faites et remises aux salariés par le médecin du travail, une seule à notre connaissance a été transmise par le salarié à la sécurité sociale. Le seul changement a été le changement d'huile, cette dernière présentant des composants chimiques de même famille que la première mais, il est vrai assorti d'un protocole d'utilisation et de renouvellement beaucoup plus rigoureux. Parmi les sept personnes revues par le médecin du travail au bout d'un mois : aucune n'a voulu s'arrêter malgré les courriers dans ce sens au médecin traitant, les symptômes ne sont, dans l'ensemble pas améliorés, la plupart sont toujours sous traitement ; l'un des plus angoissé a cette fois un discours beaucoup plus banalisant sur le risque mais il a aussi eu une promotion. Le médecin les a mis «aptes sous réserve d'amélioration rapide des conditions d'aspiration au poste de travail » ! Il les reverra dans trois mois. Parmi les autres salariés convoqués (rapidement) en « visite annuelle », il y a d'autres personnes présentant des symptômes cutanés ou respiratoires, un certain nombre d'anomalies à l'E.F.R..

## DEUXIEME EXEMPLE :

Deux médecins du travail mettent en commun leurs réflexions à propos de pathologies lourdes observées chez des salariés d'une même entreprise dont les agences sont réparties sur l'ensemble du département. Il s'agit de pathologies graves d'hypersollicitation (hernies discales opérées, ruptures tendineuses) chez des gens dont la culture professionnelle proche des travaux publics est plutôt de considérer que la plainte est une faiblesse. On se tait jusqu'à « la rupture » Pour chaque médecin sur son secteur plusieurs problèmes se posent pour faire correctement son métier de médecin du travail :

- les pathologies sont graves puisqu'elles aboutissent à des interventions chirurgicales laissant des séquelles importantes amputant gravement les capacités fonctionnelles de ces travailleurs manuels : çà, il peut l'affirmer de par sa compétence médicale.

- les pathologies touchent un nombre important de salariés environ 80%, mais l'effectif est petit : une dizaine de salariés sur chaque secteur

- la petitesse de l'effectif lui pose un autre problème : comment faire un retour de ce problème de santé au travail dans l'espace public interne de l'entreprise sans cibler certains salariés et trahir le secret d'autant que l'ambiance est à la peur ? Plusieurs déclarations d'accidents du travail ou de maladies professionnelles n'ont pas été faites par le salarié de peur d'être « mal vu » ; de même le médecin du travail, lors des visites de reprises n'obtient pas l'autorisation du salarié pour faire figurer sur la fiche d'aptitude des demandes d'aménagement du poste de travail « car on risque de me licencier ou de me muter loin de chez moi ».

En « tiers-temps collectif », l'un des médecins abordera la question : un de ses confrères est exactement dans la même situation. Ils décident donc de travailler à deux pour améliorer la pertinence de leurs constats, les hypothèses des mécanismes d'action délétères et donc leurs propositions d'améliorations. Une première entrevue où chacun revient avec une analyse quantitative et qualitative des constats aboutit à une convergence complète : même pourcentage de salariés atteints, mêmes pathologies d'hypersollicitation, et aussi mêmes peurs, mêmes stratégies défensives rendant difficile la parole sur le travail, la compréhension de ce qui est devenu délétère. Les deux confrères ont le même questionnement : ce travail,

certes physique était jusque là assez bien toléré ; il faut reconnaître qu'il y a eu des améliorations techniques et matérielles des conditions de travail, or les problèmes explosent ? Bien sûr certains travailleurs vieillissent mais aucun des deux médecins n'est convaincu que c'est une explication suffisante ; leur échange aboutit à la construction d'hypothèses du côté de la réorganisation récente du travail : ils décident de repartir vers leurs salariés respectifs pour tenter d'étayer leurs hypothèses : vu le contexte de méfiance et de peur, les salariés seront interrogés sur leurs nouvelles organisations de travail à l'occasion d'une visite de reprise, d'une vaccination, ou même d'une rencontre informelle. Petit à petit les positions défensives du « tout va bien docteur » vont tomber devant l'insistance malgré tout respectueuse des silences de chacun ; chaque médecin expliquant qu'il est en train de faire un travail collectif, garantissant le secret et témoignant ainsi le souci de la santé, et de l'avenir professionnel des salariés qui lui sont confiés, sans dénier pour autant le contexte de violence sociale des P.M.E., mais sans non plus baisser les bras a semble-t-il réussi à gagner la confiance : les langues se sont déliées, apportant un flot d'arguments confirmant les hypothèses des médecins : travail sous contrainte de temps, élargissement des secteurs géographiques sans augmentation du nombre aboutissant de plus en plus souvent à un travail seul, sans connaître le terrain, sans connaître les autres intervenants : les salariés décrivent le morcellement de l'équipe, la solitude ou la responsabilité vis à vis d'un plus jeune ou d'un précaire qui est une charge plus qu'une aide : les règles langagières, les savoir-faire de prudence sont démantelés (c'est la résistance au changement nous dira-t-on en C.H.S.C.T. !) Un rapport commun et co-signé par les deux médecins affirmera les constats, leur gravité, et donc la nécessité d'une réflexion sur ce thème dans l'espace public interne de l'entreprise ; pour alimenter cette réflexion il posera quelques jalons comme base de réflexion à discuter avec direction et salariés : ces pistes de réflexion questionneront la nouvelle organisation de travail. Le rapport sera envoyé à chaque responsable d'agence et à tous les membres du C.H.S.C.T. centralisé. Cet écrit est dès sa réception une source d'agitation dans l'entreprise, provoquant des réactions défensives et la convocation à un CHSCT extraordinaire dans la semaine qui suit.

Que s'est-il passé lors de ce CHSCT auquel les médecins n'ont pu se rendre, nous n'en

saurons rien. A l'occasion du CHSCT suivant, où sont réunis les médecins, les représentants du personnel, la direction, le responsable de sécurité et le DRH, quelques éléments apparaissent néanmoins. Dans un premier temps, tout ce que contient le rapport est rejeté en bloc, nié jusque par les représentants du personnel qui semblent avoir très mal vécu le fait que les médecins aient été l'objet d'une confiance qu'ils n'obtiennent pas eux-mêmes (l'explication sera donnée plus tard, par leurs collègues : « ils sont du côté du patron : d'ailleurs, ils ne sont plus sur le terrain ,avec nous , on leur a retiré les tâches difficiles ».) Les courbes d' A.T .qui sont à la baisse ,les chiffres, tout concourt à prouver que tout va bien Les méthodes d'étude des médecins sont même remises en cause.

C'est la manifestation d'un déni total de la réalité, il n'y a alors plus aucune place pour la mise en débat. Les médecins assurés par tout le travail préalable, débattu collectivement, qu'ils sont dans leur rôle et qu'ils doivent le tenir jusqu'au bout, ne céderont pas aux différentes pressions et intimidations. Devant leur fermeté et leurs explications insistantes, petit à petit, au cours de la réunion, les masques semblent tomber ; la rigidité de l'organisation, l'intensification du travail, les contraintes de temps, les difficultés vécues surtout par les anciens, sont abordées mais se terminent par l'affirmation du responsable que

cette organisation est nécessaire à l'entreprise. Puis la réunion évolue vers des thèmes à fort consensus, tels que l'amélioration de la manutention, ce qui est également un point important de la prévention et qui était d'ailleurs réclamé dans le rapport des médecins Par contre, aucune avancée sur le champ de l'organisation ne pourra se faire ;celle-ci demeure intouchable, l'homme doit s'y adapter.

Un des salariés ,virulent contre les médecins ,pendant le C.H.S.C.T. parlera avec souffrance lors de sa visite médicale annuelle, de sa mission impossible de délégué qui ne se sent pas soutenu par ses collègues ;son discours , par moment totalement contradictoire, presque incohérent rend compte d'une réelle souffrance psychique à ne pas arriver à tenir une position éthique .Il semblera au moins un peu rassuré de pouvoir s'exprimer sans se sentir jugé de ce qui s'est passé.

Bilan pour le moment :

- pas d'avancée sur l'organisation du travail, mais un débat même conflictuel semble réamorcé, ce qui est sûrement un pas vers une meilleure santé au travail, même si nous ne nous leurrons pas quant au pouvoir du rouleau compresseur du tout économique

- une petite avancée dans la possibilité de parler de la nécessité d'envisager des postes à moindre charge physique pour les blessés du travail

## **B - COMMENTAIRES :**

Analysons maintenant ces exemples, comme annoncé précédemment sous l'éclairage de la réforme : il s'agit de problèmes de santé au travail type dans les P.M.E. dont nous avons la charge, rien d'extraordinaire ni dans l'organisation du travail, ni dans le type de management.

Dans le premier cas, le risque est inventorié, connu, il existe des tableaux de maladies professionnelles ; et pourtant ...

Ces exemples ne sont pas cités pour leur originalité mais au contraire parce qu'ils sont représentatifs à la fois des gros besoins en santé au travail mais aussi de la carence des outils qui nous sont donnés pour être efficaces :

### **1°) La question du métier de médecin du travail et de sa spécificité :**

Connaître les risques mais aussi en quoi l'organisation de travail les potentialisent ou les atténuent, cela passe par la formation de base enseignée lors du C.E.S. de médecine du travail. Pour être capable de comprendre le travail réel et

d'argumenter pour donner de vraies pistes de transformation, il a fallu aller chercher des compléments d'information plus approfondis, en ergonomie, en psychodynamique du travail pour ne pas faire fi de la complexité de l'engagement de l'identité et de la santé dans le travail, pour tenir compte des stratégies défensives professionnelles et éviter des conseils à l'emporte-pièce totalement désinsérés du réel. Grâce à toute cette recherche de perfectionnement de notre professionnalité et aussi grâce au travail de construction des règles collectives en interne au service ou dans les échanges réguliers avec d'autres médecins du travail, nous avons appris à faire évoluer la demande, à déjouer les pièges et ne pas se laisser détourner vers d'autres objectifs que la santé.

Dans le premier exemple, le médecin a complété son analyse en faisant appel à d'autres professionnels (technicien, ingénieurs chimistes C.R.A.M.), ainsi qu'à ses confrères du collectif pour soutenir les différentes étapes de l'enquête, étayer les différentes pistes de solutions, valider le rapport écrit. Dans le deuxième cas, le travail de réflexion à deux puis débattu collectivement a permis aux médecins de ne pas se laisser impressionner par la violence du déni érigé sur la base du tout économique.

C'est pourquoi nous sommes consternés de voir dans les faits et dans les projets de «réforme», l'embauche de médecins peu, mal ou non formés, simplement pour «boucher les trous organisés par le numerus clausus de longue date»; alors que nous avons passé les uns des C.E.S.(certificat d'études spécialisées) les autres des D.E.S. par la voie de l'internat; que nous-mêmes, insatisfaits, de l'incomplétude de ces formations, nous sommes allés chercher d'autres clefs d'intelligibilité en ergonomie, psycho-dynamique du travail, alors que nous avons dû nous soumettre à une commission de spécialisation, et que certains ont été obligés, en optant pour la médecine du travail, d'abandonner d'autres spécialisations pour un exercice exclusif! Nous avons trouvé cela normal car nous pensons que cette spécialité à part entière requiert de mobiliser l'énergie de toute une carrière. Quelle injure pour nous, quel mépris pour la santé des salariés de proposer, comme le fait l'accord des partenaires sociaux, une sous-traitance à la médecine de soins! Après l'avis d'une commission où il n'y a même pas de médecin du travail. Ces dix dernières années, toute une frange active et mobilisée de la profession a su démontrer la pertinence de ces constats et l'efficacité potentielle de ces analyses malgré toutes les embûches institutionnelles: que le MEDEF cherche à démanteler la profession n'a rien d'étonnant mais que penser des autres acteurs sociaux qui lui emboîtent le pas!!!!

## **2°) La question de l'évaluation des risques par l'employeur, la question des salariés sans risque :**

Comme l'ont montré nos rapports annuels depuis des années, la plupart du temps pour les employeurs des P.M.E., il n'y a pas de risque: la différence entre notre évaluation et la leur, est colossale. Qui plus est, dans le premier cas ci-dessus, le salarié tenant un poste administratif n'était a priori pas soumis à risque. Il en est de même pour les problèmes de santé des salariés du deuxième exemple: les pathologies d'hypersollicitation qui envahissent nos cabinets n'entrent pas dans des catégories légalement à surveillance particulière et donc d'après les propositions actuelles des partenaires sociaux, ces salariés pourront relever d'une visite médicale chez un généraliste. Celui-ci, non formé, ne connaissant pas les postes de travail, les produits utilisés, le changement de l'organisation de travail, et n'ayant pas accès à une intelligibilité en terme de santé au travail via les recueils collectifs des

informations, recherchera des allergies végétales ou domestiques comme étiologie à cet asthme de toute évidence non professionnel, survenant chez un employé de bureau, ou conseillera comme nous l'entendons parfois à une femme de ménage ou à une aide-soignante d'arrêter le tennis qu'elle n'a jamais pratiqué : l'action santé au travail est démantelée !!! Le recueil des constats en santé au travail n'existe plus et donc les possibilités de prévention sont nulles. Le MEDEF aura ainsi contourné les gêneurs que nous sommes avec la bénédiction de certains représentants de salariés.

### **3°) La question de l'aptitude :**

Après information des risques, envoi pour bilan et soins au généraliste ou au spécialiste, il faut remplir la fameuse fiche d'aptitude !! De même que par peur de se faire mal voir ou de représailles éventuelles, dans le cas numéro 1, six déclarations sur sept n'ont pas été jusqu'à la sécurité sociale, de même les salariés n'ont pas voulu prendre un arrêt même temporaire ; bien sûr, nous dira-t-on, la fiche d'aptitude nous permet de mettre des recommandations en terme de poste de travail : nous en usons depuis des années sans que cela ne change rien !

Pour le moment ils ont été déclarés «aptes sous réserve d'amélioration des aspirations au poste de travail ». On voit bien ici l'absurdité de cette notion d'aptitude de la personne alors que c'est le poste de travail qui est en cause. On voit bien la situation anti-déontologique et insupportable pour un médecin d'être en permanence confronté au «choix de Sophie » : laisser apte avec une menace pour la santé, ne pas laisser apte et menacer l'emploi et donc la santé : allant ainsi à l'encontre de la notion d'accompagnement médical éclairant mais non autoritaire de notre déontologie. En effet, la société française, et finalement chaque salarié ont intériorisé comme «normal » le fait de laisser sa santé au travail ... On va donc jusqu'au bout ; tragédie parfois poussée à l'extrême qui en arrive à faire dire au salarié de cette même entreprise, atteint de cancer du poumon : « je suis content Docteur, car je ne suis plus obligé d'aller au boulot » !!!

Dans le cas numéro 2 : même problématique infernale : on ne peut même pas aborder la question de la prévention puisqu'il faut faire toujours plus vite avec les mêmes moyens ; les possibilités d'aménagement sont amenuisées par la peur panique des salariés renvoyés au travail du fait des économies de santé (comme l'un d'entre eux qui a les deux biceps suturés et la colonne fragilisée ). Mais celui qui aura signé la fiche d'aptitude c'est le médecin du travail qui porte ainsi seul l'indignité d'un système hypocrite où , à aucun échelon, les responsabilités ne sont assumées clairement. Seul système en Europe à conserver cette notion d'aptitude, nous perpétons une sélection biologique scandaleuse et même illégale puisqu'il ne peut y avoir , d'après la loi ,de ségrégation sur des critères de santé.

### **4°) La question de la consultation en santé au travail en articulation avec la gestion des services de médecine du travail :**

Dans le premier exemple, il a fallu annuler en urgence des consultations programmées à l'avance pour libérer du temps : temps de consultation par personne plus long qu'à l'habitude, pour faire le point sur les symptômes, leur gravité, analyser s'ils avaient un lien avec le travail et lequel, faire les déclarations, les courriers, prendre les contacts utiles, visiter les postes de travail, rencontrer les responsables hiérarchiques pour réexpliquer le rôle du médecin du travail, et tenter de convaincre sur les vraies pistes d'amélioration ; faire un rapport, refaire la fiche d'entreprise ; reconvoquer les gens pour assurer une surveillance tant que le problème n'est pas

résolu. Même chose dans le deuxième cas où nous avons décrit toutes les étapes nécessaires.

Nous sommes loin de la «visite médicale » vétérinaire, rapide et sans parole sur le travail et ce qu'il fait au vécu et à la santé du salarié : notion périmée ? Certes non : elle persiste encore lourdement dans les mentalités de certains médecins du travail, de salariés qui n'ont pas eu dans leur parcours l'occasion d'être confrontés au sens vrai de la médecine du travail, d'employeurs (qui eux ont intérêt d'entretenir cette image) »vous coûtez plus cher que le généraliste », de nos responsables de service qui nous considèrent comme irresponsables si notre premier souci n'est pas de faire des actes pour alimenter le service. Mais soyons honnêtes jusqu'au bout : le mode de gestion et de fonctionnement actuel des services ne permet pas que tous les médecins fassent en permanence de la santé au travail et il entretient donc ce fonctionnement minimaliste : le salarié a eu une visite systématique, il a sa fiche d'aptitude, on peut faire payer l'employeur (ouf !!! ) Même les plus motivés, les plus formés, les plus conscientisés d'entre nous, sont actuellement obligés de «mutualiser » en quelque sorte leur activité, allant très vite dans les cas qui leur semblent peu problématiques pour libérer du temps comme dans les cas précédents. Cela leur fait courir le risque d'être traité de « je m'en foutiste » par ceux qui n'auront eu droit qu'à une consultation rapide, et qui appartenant à de très petites entreprises, n'ont pas eu l'occasion de toucher du doigt le rôle d'analyse et de prévention du médecin du travail. Ce « programme minimum de fonctionnement pour fonctionner » donne maintenant des arguments aux détracteurs de la médecine du travail à ceux-là même qui font comme s'ils n'avaient pas entendu nos cris d'appel pour nous donner les moyens de travailler dignement ; la logique du non sens se poursuit : si c'est le programme minimum qui prime, pourquoi pas la consultation en médecine libérale ? Pourquoi pas rien du tout ? Pour faire semblant comme on nous le propose depuis cinquante ans ? Non, chaque salarié a droit à une véritable consultation en santé au travail.

Une gestion honnête d'une véritable santé au travail doit passer par une indépendance des services de médecine du travail vis à vis du patronat, avec un prélèvement à la source chez ceux qui génèrent le risque de type indirect comme pour les A.T., M.P. Mais l'utilisation de ce financement doit se décider en fonction des priorités des constats ; les décisions étant prises par un conseil d'administration où ceux qui subissent les risques sont majoritaires, avec bien sûr aussi une représentation patronale, ainsi qu'une représentation de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail pour éclairer les décisions : allons-nous tirer enfin les leçons du passé où pendant près d'un siècle le lobby de l'amiante a fait fi des constats et, plus extraordinaire encore, est arrivé à chloroformer tous les acteurs du côté du contre pouvoir à moins que ceux-ci se soient laisser chloroformer tout seuls.

##### **5°) La question de la démocratie sociale :**

Nous l'avons beaucoup dit dans nos précédents rapports, et ces exemples le montrent encore, la démocratie sociale est agénésique dans les P.M.E. Les représentations salariales sont rares et le plus souvent «truquées », manipulées dans le jeu du management par la peur. Même si cette situation peut être «soft », ce qui est le cas dans nos deux exemples qui sont loin d'être au nombre des entreprises les plus inhumaines que nous connaissions, malgré tout, la règle tacite mais scrupuleusement respectée, est que tout ce qui vient remettre en question l'organisation de travail est un empêchement à la bonne marche de l'entreprise et donc ceux qui sont porteurs de questionnements, de demandes de mise en débat

sont des entraves à la bonne marche de l'entreprise, et donc, à faire taire par tous les moyens.

L'accord signé par les partenaires sociaux est en cela positif, en prévoyant un renforcement de la dynamique sociale mais nous insistons sur la nécessité d'envisager très concrètement les moyens de lever les verrouillages car il faut le redire, l'absence de débat social, l'absence de contre – pouvoir, la loi unique du tout économique sont incompatibles avec une véritable démarche de santé au travail.

#### **6°) La question de la transformation :**

Nous avons déjà fait des propositions dans nos précédents rapports en particulier celui de 99. Nous l'avons dit, à notre niveau, humblement mais sans fausse modestie, il nous semble que le travail collectif nous a permis d'avoir une bonne approche de l'inventaire des priorités des problèmes de santé au travail de notre secteur géographique. Un premier niveau de responsabilité important nous semble atteint ; d'autant que nous en avons informé toutes les instances susceptibles d'être concernées.

Reprenons notre exemple : les huiles minérales sont connues pour leurs différents risques respiratoires et cutanés, pour leur cancérogénicité. L'employeur est informé et la loi dit qu'il doit assurer un air sûr et sain dans son entreprise. Nous n'en sommes plus au principe de précaution : des pathologies sont déclarées, certaines nécessitent un traitement important et sont susceptibles d'hypothéquer l'avenir de ces salariés. L'origine d'un cancer du poumon est fortement suspecte d'être professionnelle. Jusqu'à quand, le médecin devra-t-il reconvoquer les salariés pour constater les dégâts, et continuera-t-il à mettre apte sous réserve ?

Même chose dans le cas des pathologies d'hypersollicitation : lorsque 80 % d'une population présente des pathologies graves plutôt que de mettre inaptés les victimes, ne faut-il pas DECIDER que les limites physiologiques sont dépassées et arrêter le massacre !

Les risques étant identifiés, les constats délétères étant faits, il faut prévoir une instance indépendante, groupe pluridisciplinaire comme Inspecteurs du travail, C.R.A.M., médecins du travail, ayant des missions et des moyens sans ambiguïté pour décider que la limite du tolérable est franchie et avoir un réel pouvoir de coercition : sans cela, les instances en question n'ont guère d'utilité sinon d'alimenter l'hypocrisie sociale dans un faire semblant scandaleux et jouer (le cas échéant quand cela tourne mal ) les parfaits boucs émissaires.

#### **7°) La question de l'approche comptable poussée à son excès : elle est un déterminant majeur de l'impossibilité de prévention :**

La pression sans limite sur les coûts au mépris des limites de l'humain dans les entreprises, également pratiquée par l'Etat pour les économies de santé a abouti, dans cette vision comptable poussée à l'extrême à un numerus clausus qui a énormément aggravé les problèmes. Tout cela est bien incompréhensible dans un pays riche comme la France.

#### **8°) La transformation est-elle réalisable ?**

Nous aimerions comprendre pourquoi elle est possible même quand elle a un coût **sauf quand cela concerne la santé au travail :**

Nous avons été les témoins, à plusieurs reprises, de mobilisations de tous pour obtenir rapidement et concrètement des transformations en vue de protéger la santé du consommateur.

Dans les années 80, début 90, les chefs d'entreprises de nos abattoirs n'ont pas discuté et ont obtempéré rapidement pour exécuter les normes exigées par les vétérinaires et pourtant cela coûtait cher : carrelages, réorganisation des chaînes nécessitant parfois jusqu'au déménagement de l'entreprise ; fin 90 et début 2000 nous sommes un peu «pitoyables» de devoir nous mettre à trois avec les C.R.A.M., Inspecteurs du Travail pour obtenir des sièges assis – debout pour les salariées de ces mêmes abattoirs et il est toujours inimaginable et «irréaliste» de faire un peu diminuer les cadences responsables de tant de T.M.S. Pourquoi ne nous confère-t-on pas les mêmes pouvoirs coercitifs (via l'inspection du travail ou la justice ) que les vétérinaires, pour améliorer un peu la santé des salariés ? La même personne est ainsi curieusement respectée quand elle va acheter son poulet dans un supermarché mais totalement méprisée quand elle va s'installer sur sa chaîne d'abattage.

Actuellement, nous revivons la même chose en ce qui concerne «la vache folle». Nous ne critiquons pas, bien au contraire, le principe de précaution concernant le consommateur ; mais il y a un tel décalage entre le nombre de cas d'E.S.B., et la quantité de catastrophes en matière de santé au travail que nous voulons encore attirer l'attention et essayer d'obtenir un changement des attitudes des acteurs sociaux incroyablement «légères» et méprisantes à l'égard de la santé des salariés au travail.

Prenons le témoignage de ce médecin d'une entreprise d'équarrissage : celui-ci s'interroge pour savoir si «la vache folle» est plus dangereuse pour la consommation que pour les salariés des abattoirs et autres manipulateurs de viande des équarrissages ? Bien sûr il n'en est rien et pourtant la médiatisation comme les mesures réglementaires n'intéressent que la santé des citoyens alors que les conditions et risques professionnels restent dans le domaine du non dit. Les mesures gouvernementales concernent les mesures préventives à adopter pour protéger la population de la société de consommation sans se préoccuper des salariés exposés. (Sous prétexte qu'ils sont rémunérés pour cette prise de risque ). C'est à l'employeur et au médecin du travail qu'il revient de protéger les salariés professionnels de la filière viande, les contrôles concernent les mesures d'hygiène pour la consommation mais aucune réglementation ne concerne la protection des travailleurs. Le dépouillage des bêtes contaminées, poste de travail à risque, continue d'être autorisé par l'Etat et pratiqué par l'entreprise qui argumente avoir besoin de cette compensation financière que réalise la vente des cuirs pour continuer son activité, insuffisamment indemnisée par l'Etat.

Rappelons l'autre cas étonnant que celui des éthers de glycol :

Les Pouvoirs publics ont interdit les éthers de glycols, en raison des dangers qu'ils peuvent présenter à long terme, dans les produits grand public et continuent à les autoriser dans les produits industriels sous prétexte que dans les entreprises «toutes les mesures de prévention sont prises... » alors que nous sommes bien placés pour savoir qu'il n'en est rien.

## **C - EN CONCLUSION :**

Ces dix dernières années ont permis aux professionnels de démontrer les ravages de la loi du tout économique et du système hypocrite de prévention qui n'apporte pas les solutions à la hauteur des enjeux. Elles ont aussi permis aux professionnels que nous sommes de travailler pied à pied la mise en place d'une véritable efficacité en adéquation avec la demande à la condition expresse de bien vouloir tirer les leçons des drames comme celui de l'amiante, de sortir de toutes les hypocrisies institutionnelles organisées uniquement pour faire semblant. La France est lanterne rouge en Europe en matière d'indices de santé au travail. Il faut probablement incriminer toute cette hypocrisie : il n'est pas encore trop tard pour organiser une réforme à la hauteur des très gros besoins archi-démontrés et parfaitement réalisable si les acteurs sociaux le veulent et l'exigent de nos représentants de l'Etat !

L'avocat des employeurs dans les procès de l'amiante construit sa défense non sur un déni de la responsabilité de ceux-ci mais sur le fait qu'ils étaient loin d'être seuls à savoir et à laisser faire : médecins, inspecteurs du travail, syndicats, représentants de l'Etat ...ne pouvaient pas ne pas savoir.

Allons nous encore récidiver ? Nous espérons que non et que les conclusions seront enfin tirées de nos résultats pitoyables sur les indices de santé au travail dans le palmarès européen. Pour cela il faut accepter de corrélés ceux-ci avec un certain nombre de tares qui entravent toute prévention :

- l'absence de démocratie sociale,
- l'approche uniquement comptable de la gestion d'entreprise et de l'organisation de la santé,
- l'absence de véritable prévention primaire due au fait que la gestion des services de prévention est confiée non à ceux qui y laissent leur santé mais à ceux qui génèrent le risque ; que les médecins du travail ont une activité canalisée par la pression de faire « tourner » leurs services et une activité détournée de l'objectif de santé par la notion d'aptitude du salarié et non du poste de travail.
- l'absence d'une prise de responsabilité des élus de la Nation en fonction des constats et qui renvoient l'organisation de la santé au travail à un marchandage inadmissible : pauvre laissée pour compte sur l'autel de l'emploi, des 35 heures, de la retraite....

## **IV - AU FINAL :**

Il a été plus que démontré qu'il y a d'énormes besoins en santé au travail, combien les salariés ont payé et paient le lourd tribut à la loi frénétique de l'enrichissement maximum. La fragilisation du droit au travail a été un facteur de dégradation terrible des conditions de travail que notre système de prévention totalement inadéquat n'a aucun moyen de contrecarrer. On aurait pu s'attendre à ce que, tout naturellement, d'un côté, les tenants de la logique économique fassent montre d'humilité et amende honorable devant autant de dégâts humains, s'inclinant ainsi devant la mémoire des victimes du crime social de l'amiante et de l'autre côté les acteurs responsables de la

régulation démocratique, y puisent de la détermination pour insuffler sans frilosité aucune une vraie réforme. Or, à notre stupeur, que voyons-nous ! Se dérouler devant nos yeux ces derniers temps : la tragi-comédie d'un monde social à ce point déséquilibré qu'il œuvre bien en deçà de tous ces constats. Pire encore nous sommes époustoufflés de voir un patronat plus conquérant que jamais et bien décidé de tirer encore plus loin du côté de l'hyperlibéralisme, démarche mollement amortie par un contre pouvoir morcelé et essoufflé. Cette démarche régressive au plan social et humain, nous est annoncée comme un pas de plus vers la modernité ; Cette véritable « doxa paradoxale » dont parle si bien, Pierre BOURDIEU, sociologue, propose avec cynisme, la «liberté » de vivre dans le droit contractuel en cassant le droit institutionnel ; cette disparition de la loi, (qui, elle, fait référence à d'autres valeurs que le simple profit immédiat ), fait le lit de la «liberté » pour le plus fort d'écraser le plus faible (Cf. notre rapport 1999) dans un contrat où celui-ci a la grande « liberté » de s'engager à travailler de nuit, selon des horaires flexibles, en respirant des cancérigènes ou bien d'aller voir si on lui propose mieux ailleurs. Nous insistons auprès du lecteur : ces conclusions au plan social, ne sortent en aucun cas de notre champ professionnel médical et de nos missions ; en effet, l'analyse étiologique de chaque constat nous ramène toujours au fait que chaque dose d'hyperlibéralisme ajoutée apporte avec elle sa dose de souffrance, de pathologie, et d'inégalités sociales. Au nom de la même fausse modernité, de la même caricature de dialogue social, la réforme de la prévention est renvoyée «aux négociations des partenaires sociaux » dont nous voyons bien que les salariés de terrain sont totalement exclus et qui ne sont qu'un marchandage dans lequel la santé est encore et toujours La sacrifiée confirmant en cela les craintes de notre Premier ministre « que la refondation sociale ne devienne une destruction sociale ». Nous ne sommes pas les seuls professionnels à déplorer la perte de règles, de lois : Alain SUPIOT, dans son livre «Au-delà de l'emploi », décrit les dégâts humains des normes ultra-libérales et de « la contractualisation de la société ».

En tant que, professionnel de santé, nous avons «joué le jeu de nos missions jusqu'aux limites » ; nous avons validé des savoir-faire et prouvé qu'une prévention est possible. Nous ne sommes pas les seuls et l'avons déjà dit : faire évoluer la santé au travail c'est déclencher des synergies à plusieurs niveaux. Mais si l'on veut un changement, il ne faut plus faire semblant, il faut permettre à chaque professionnel de croire à ses missions, ce qui n'est pas le cas actuellement : il faut qu'inspecteurs du travail, médecins, délégués de prévention soient sans ambiguïté impartis de missions claires. Il faut aussi et en premier arrêter les dérives d'un libéralisme qui n'en a que le nom, mais est en réalité une «réactivation des manières féodales de tisser le lien social » A.SUPIOT, sans quoi les constats continueront à s'aggraver et les professionnels que nous sommes n'y pourront rien. S'agissant de la réforme en préparation de la médecine du travail, nous interpellons tous les acteurs de la vie démocratique sur les dangers imminents des fausses transformations annoncées comme réforme, là encore véritable « doxa paradoxale qui fait passer des régressions pour des réformes ou des révolutions. »

V - EN ANNEXE : lettre à Madame GUIGOU Ministre du Travail et de la santé.