

Rédaction SNPST

12, impasse Mas

31000 Toulouse

Tél. : 05 61 99 20 77

Fax : 05 61 62 75 66

courrier@snpst.org

<http://snpst.org>

n° de la commission :

1011 S 05549

Directeur de la publication :

Gilles ARNAUD

Rédactrice en chef :

Françoise BLANC

Ont participé à ce dossier :

Fabienne ALCAIX

Gilles ARNAUD

Chantal BERTIN

Françoise BLANC

Patrick BOUET

Thierry BRAILLON

Philippe DAVEZIES

Annie DEVAUX

Luc GERSON

Frédérique GUILLON

Jean-Claude GUIRAUD

Dominique HUEZ

Pierre JANSOU

Michel LALLIER

Gérard LUCAS

Isabelle ROGEZ

Coralie TAISNE

Christian TORRES

Elisabeth TRESOL

Photographies :

Christian Guiraud

Publicité :

SHUTAFEL

47 rue Cartier Bresson

93500 Pantin

Téléphone : 01 75 43 82 89

Télécopie : 01 72 70 31 48

shutafel.jst@hotmail.fr

SOMMAIRE

- 1/ Editorial : Souffrances au travail : y voir clair *Françoise BLANC* 3
- 2/ La prévention, entre débat social et souffrance individuelle. *Philippe DAVEZIES* 4
- 3/ Evolutions des organisations : Quels enjeux pour la santé au travail ?
Isabelle ROGEZ 7
- 4/ De nouvelles organisations de travail à l'origine de la souffrance au travail :
Le dialogue de vente, les enquêtes clients mystère *Fabienne ALCAIX* 9
- 5/ Rôle infirmier face à un tsunami social *Coralie TAISNE* 10
- 6/ Souffrances au travail en milieu de soins *Patrick BOUET* 11
- 7/ Agir comme médecin du travail face aux suicides professionnels
Dominique HUEZ 12
- 8/ Autopsie psychiatrique des suicidés, un faux outil *Luc GERSON* 14
- 9/ Atteintes à la santé psychique liées au travail, des maladies à caractère
professionnel *Gérard LUCAS* 15
- 10/ Clinique médicale du travail et épidémiologie *Christian TORRES* 16
- 11/ R.P.S. Pour un changement sémantique *Jean Claude GUIRAUD* 18
- 12/ La standardiste était bavarde ! *Elisabeth TRESOL* 19
- 13/ Travail en réseau, clinique médicale du travail : des outils nouveaux pour
répondre aux problèmes de souffrance au travail *Annie DEVAUX* 21
- 14/ Avec le temps ... Du temps pour la clinique médicale du travail
Gilles ARNAUD 23
- 15/ Une méthodologie d'intervention pour agir sur le milieu de travail
Pierre JANSOU 25
- 16/ Rendre visibles ces atteintes invisibles à la santé...
Michel LALLIER, Frédérique GUILLON 26
- 17/ Souffrance au Travail, Réseau Régional d'Accueil et de Prévention
Thierry BRAILLON 28
- 18/ Les faux outils : Les tickets psy *Chantal BERTIN* 29
- 19/ Les faux outils : Les cellules d'écoute *Chantal BERTIN* 30



Vous êtes Président d'association ?
Dirigeant de comité d'entreprise ?
Vous recherchez un partenaire fiable
pour développer votre communication ?
n'hésitez pas à nous contacter !

Shutafel c'est une équipe de 15 ans d'expérience dans

L'édition d'annuaires institutionnels

La création de revues et guides professionnels

La commercialisation d'espaces publicitaires

Le conseil en stratégie publicitaire

47 rue Cartier Bresson
93500 Pantin
Téléphone : 01 75 43 82 89
Télécopie : 01 72 70 31 48
shutafel.jst@hotmail.fr

SOUFFRANCES AU TRAVAIL : Y VOIR CLAIR ...

N'y a-t-il que le travail dans la vie ?

C'est souvent la question que l'on se pose lorsqu'on apprend qu'un salarié s'est suicidé à cause de son travail... Cela paraît si incroyable que l'on a tendance à se rassurer immédiatement en se disant qu'« il était fragile » ou qu'« il y avait autre chose » ...

Pourtant, ces dernières années, la triste multiplication des cas de suicides nous a obligés à nous interroger...

Le déni n'étant plus possible, les autorités compétentes ont dû reconnaître le problème et se sont senties obligées de proposer rapidement des remèdes... Ainsi, ont fleuri les questionnaires, les enquêtes afin de mieux connaître le problème ; ainsi, les autopsies psychiatriques pour trouver les causes chez les suicidés ; ainsi, des solutions toutes prêtes ont été proposées comme les tickets psy, les cellules d'écoute... en évitant de s'interroger préalablement sur les vraies causes, les mécanismes, l'étendue des dégâts et les solutions vraiment adaptées.

La souffrance au travail, souvent dénommée pudiquement risque psychosocial, n'est pas traitée différemment des autres risques professionnels : c'est souvent de la faute du salarié qui est fragile ou qui ne fait pas attention ou qui n'a pas porté les protections ; et c'est donc sur lui qu'il faut agir et sur lui uniquement. Y a-t-il un risque toxique ? Il faut que le salarié porte le masque ! Ya-t-il des souffrances au travail ? Il faut envoyer le salarié chez le psy !

Les professionnels de la santé au travail qui côtoient quotidiennement les salariés dans les entreprises et dans leur cabinet médical **ont découvert autre chose** : oui, il faut pouvoir écouter les salariés ; oui, il faut tenir compte de leur psychisme mais pas en dehors du contexte du travail. L'écoute et l'analyse doivent être orientées, contextualisées, c'est ce que l'on appelle **la clinique médicale du travail**. Vous verrez que l'intérêt de ce qui se passe et ce qui se dit dans le colloque singulier entre un salarié et un professionnel de la santé au travail est très souvent développé dans les différents articles de cette revue ; non, parce que ce serait « la » solution aux problèmes des souffrances au travail (comme dans tout problème complexe, il y a plusieurs causes et plusieurs solutions) mais

parce que c'est le meilleur outil à la disposition des professionnels de la santé au travail.

Vous verrez comment cette écoute, qui demande du temps, permet de comprendre et de mesurer la profondeur des dégâts causés par les souffrances au travail puisque les êtres humains sont ainsi faits qu'ils ne sont pas constitués en tiroirs ; vous verrez comment la démarche d'analyse qui est faite au cours de ces longs entretiens est susceptible de soigner car elle aide le salarié à y voir clair et à prendre de la distance ; vous verrez comment seule cette compréhension permet d'apporter un conseil éclairé aux entreprises...

Vous ne trouverez pas dans ce dossier un tour d'horizon des diverses causes des souffrances au travail (de nombreuses publications ont déjà abordé ces questions) mais des points de vue des professionnels de la santé au travail qui parlent à partir de leurs expériences de terrain. L'analyse n'est pas absente et vous devinerez sans peine **notre conviction commune : ce sont avant tout les organisations du travail qui génèrent des souffrances**. Mais, comme nous le dit Philippe Davezies : « Il y a un niveau d'action qui vise à modifier les normes sociales à un moment donné et qui relève du politique, et un autre niveau où les professionnels de la prévention s'efforcent d'obtenir des améliorations à la marge » C'est de ce travail à la marge que nous vous parlons ici ; il passe essentiellement par la clinique médicale du travail que celle-ci soit pratiquée par les professionnels de santé au travail dans les entreprises ou par des réseaux associatifs.

Reste une question essentielle qui nous taraude et qui est **notre propre souffrance** de professionnels de la santé au travail : **la réforme envisagée va-t-elle tenir compte de ce travail qualitatif que nous réalisons à travers la clinique médicale du travail ?** Nous donnera-t-elle le temps et les moyens nécessaires pour réaliser notre mission et « obtenir des améliorations à la marge » ?

Françoise BLANC

LA PRÉVENTION, ENTRE DÉBAT SOCIAL ET SOUFFRANCE INDIVIDUELLE.

*Philippe DAVEZIES, Enseignant-chercheur en médecine et santé au travail.
Université Claude Bernard Lyon 1*

Les principes qui sont sensés orienter la réforme du système de santé au travail sont répétés depuis des années bien au-delà des pouvoirs publics. Il s'agirait de passer de l'approche individuelle centrée sur le cabinet médical à l'approche collective sur le terrain. Certes, il n'est pas possible d'abandonner purement et simplement le suivi individuel, mais une grande partie des acteurs engagés dans les négociations sur la santé au travail semblent convaincus de son inutilité. Ce point de vue était à nouveau exprimé dernièrement par le Ministre du travail, « Les enjeux en termes de santé au travail, à savoir les risques émergents (notamment le stress au travail) et le vieillissement de la population, nécessitent aujourd'hui de poursuivre le rééquilibrage de l'action du médecin du travail vers le milieu de travail ».

Les pouvoirs publics entendent donc « redéployer l'activité du médecin du travail vers le milieu de travail, ce qui lui permet de contribuer plus efficacement à l'évaluation des risques professionnels et de proposer davantage d'actions de prévention, de correction ou d'amélioration des conditions de travail ». Ces déclarations montrent que les personnes en charge de l'évolution des services de santé au travail ont une conception très naïve de la prévention. Il est donc nécessaire de revenir sur ses ressorts et ses modalités.

Cela devrait permettre de montrer en quoi le système est menacé par l'orientation actuelle et pourquoi il importerait, non pas de réduire, mais de développer l'activité clinique, non seulement vis-à-vis de la souffrance au travail, mais plus généralement sur l'ensemble des problèmes de santé.

1/ DIFFÉRENTS NIVEAUX D'ACTION ET DE RESPONSABILITÉ

Dans son activité, le professionnel de santé au travail est confronté à deux types d'atteintes à la santé : d'une part, des atteintes qui correspondent à l'état des relations sociales et des techniques à un moment donné ; d'autre part, des atteintes qui sont la conséquence de difficultés locales.

Le premier niveau correspond aux compromis sociaux établis à un moment donné. Il n'est pas directement accessible à l'action des professionnels de la prévention. Ainsi, les études épidémiologiques sur le stress professionnel comme les investigations cliniques font, du travail répétitif sous cadence, un risque important pour la santé. Ce type d'activité est logiquement donné par le code du travail comme une cible pour la prévention. Il n'en demeure pas moins que ni le médecin du travail, ni le préventeur de la Cram, ni l'inspecteur du travail ne sont en mesure de prendre de front un tel problème. S'ils s'engagent dans cette voie, ils apparaissent comme s'opposant aux ressorts mêmes de l'efficacité productive et ils n'ont à peu près aucune chance d'être entendus.

L'action préventive se développe donc essentiellement au deuxième niveau. Pour amorcer les transformations, il ne suffit pas d'alerter sur le caractère délétère des conditions de travail, il faut repérer les points où la logique productive se retourne contre elle-même. C'est en effet dans ces zones de turbulence, là où l'organisation grip-

pe et révèle les tensions qui la traversent, qu'il est possible d'amorcer des transformations.

Il faut intégrer les leçons de l'ergonomie. Cette discipline s'est constituée avec l'objectif affirmé de rechercher et de promouvoir, en situation, des transformations du travail allant dans le sens d'une meilleure santé. Or, l'intervention ergonomique ne prend pas d'emblée pour cible l'ensemble des problèmes de santé dénombrables dans une situation de travail ; elle développe une analyse qui vise à repérer précisément les espaces d'actions possibles à un moment donné. Il y a bien eu des entorses à ce principe : en 1976, le rapport Carpentier a, par exemple, attaqué de plein fouet le travail en 3x8 en soutenant qu'il ne pouvait pas être adapté à la physiologie humaine.

Cela s'est traduit, pendant quelques années, par des difficultés de financement pour le laboratoire du professeur Wisner, responsable de ce rapport, mais cela n'a nullement enrayer le développement du travail posté. Dans la suite, les efforts des ergonomes comme des autres professionnels de santé ont consisté à lutter pied à pied pour limiter les dégâts de ce type d'organisation.

En somme, les potentiels de transformation et de développement de la situation de travail ne sont pas accessibles à une description orientée sur le fonctionnement en général ; amorcer des transformations impose une recherche très attentive des situations où, justement, ça ne marche pas. Il s'agit d'un phénomène très général. Par exemple,

la distribution de fréquence des expositions toxiques ne suit pas une loi de Gauss et, de ce fait, la moyenne des expositions rend très mal compte de la situation. La loi de distribution est log-normale. Elle présente une dissymétrie avec, à gauche, un pic témoignant d'une fréquence importante d'expositions modérées, et une courbe qui s'aplatit et qui part loin vers la droite témoignant d'expositions, certes peu fréquentes, mais néanmoins inquiétantes parce qu'élevées ou très élevées. C'est particulièrement le cas aujourd'hui en raison de l'amélioration générale des conditions d'exposition. Les failles dans la prévention se situent aux marges, dans les phases de démarrage, dans les interventions sur les incidents, dans les opérations de nettoyage, etc ..., beaucoup plus que dans le cours du fonctionnement stabilisé. En règle générale, si le professionnel de santé vise directement le fonctionnement stabilisé, il est perçu, par la hiérarchie comme par les agents, comme attaquant le travail. En revanche, en abordant la situation par les phases mal maîtrisées du processus, il est en position de nouer des alliances, du côté des agents mais aussi dans la hiérarchie.

Il y a donc un niveau d'action qui vise à modifier les normes sociales à un moment donné, et qui relève du politique, et un autre niveau où les professionnels de la prévention s'efforcent d'obtenir des améliorations à la marge. « *Eviter toute altération de la santé du fait du travail* » est un objectif que peut se fixer la nation dans un moment

1 - Réponse du Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville à la question de Mme Patricia Schillinger, publiée dans le JO Sénat du 04/02/2010 - page 264.

d'euphorie ; il ne peut pas être sérieusement assigné à une institution technique telle que les services de santé au travail.

Dans cette perspective, la question du stress professionnel évoquée par le ministre est effectivement centrale. Mais la façon de l'envisager permet de dessiner des perspectives d'action et de transformation, ou au contraire, de conduire le système à la paralysie en entretenant la confusion des niveaux d'action et de responsabilité.

2/ L'ORGANISATION DE LA PARALYSIE : L'EXEMPLE DE STRESS PROFESSIONNEL

Sur le stress professionnel, comme sur la plupart des autres problèmes de santé au travail, l'opinion la plus commune soutient que le passage de l'individuel au collectif et du constat à l'action imposerait la mise en œuvre d'enquêtes quantitatives par questionnaire. Cela signifie que, face à la plainte qui s'exprime dans son cabinet, le médecin est incité, non pas à analyser finement le problème de la personne qui lui fait face, mais à lui imposer d'exprimer son problème dans les formules générales du questionnaire.

Les ressorts de l'action sont donc recherchés du côté de la généralisation. Le niveau visé est bien celui que nous avons caractérisé comme relevant de l'intervention politique : pour obtenir une action à ce niveau, il faut montrer que le problème est un gros problème.

L'orientation généralisante est particulièrement frappante dans le cas des questionnaires de stress. Lorsque, dans une entreprise, les salariés expriment de la souffrance, une pression sociale considérable oriente vers la mise en œuvre de ces questionnaires de Karasek et de Siegrist. Le modèle de Karasek mesure à quel point le salarié est dépossédé de son activité ; c'est un modèle de l'aliénation. Le modèle de Siegrist évalue le déséquilibre ressenti entre la contribution et la rétribution ; c'est un modèle du vécu d'exploitation. Les services de santé au travail sont ainsi instamment appelés à pointer et à évaluer les dimensions repérées depuis le XIX^e siècle comme les structures fondamentales du rapport salarial : l'aliénation et l'exploitation. Le troisième modèle qui a émergé dans la dernière période, le modèle de la justice organisationnelle, relève du même niveau d'analyse de la réalité.

C'est bien dans la mesure où ces modèles visent des structures fondamentales qu'ils sont susceptibles de s'appliquer aussi bien aux gardiens de prison d'Alabama, aux infirmières japonaises ou aux ouvrières des abattoirs de volaille de la plaine de l'Ain.

Le problème est donc bien posé au niveau politique et les acteurs ne s'y trompent pas. Les représentants du personnel y voient une légitimation de leur aspiration à un autre monde que celui proposé par la direction ; les représentants de la direction réagissent de la même façon en affirmant que la situation correspond, à quelques ajustements près, à l'état du monde réel.

Mais très généralement, la démarche n'ouvre sur aucune perspective de transformation. Elle tend plutôt à effacer les marges d'action. En effet, l'enquête a amalgamé l'expression des sujets souffrants avec celle des autres, satisfaits, voire bénéficiaires de la situation. Le traitement statistique a ensuite opéré un déplacement fondamental : on est passé de l'univers des individus à celui des variables. Comme le souligne Desrosières, l'action n'est plus envisagée du point de vue d'un acteur particulier. C'est la variable qui « *devient acteur, sujet éventuel de verbe* ». La variable agit, elle explique, elle est expliquée²...

À la place de la situation réelle, animée de tensions et parcourue de lignes de fracture, l'analyse propose un espace unifié et lisse caractérisé par ses valeurs moyennes. Autour de ces moyennes, la variabilité est considérée comme relevant de la distribution aléatoire des phénomènes biologiques, elle prend l'allure harmonieuse de la courbe de Gauss. La recherche des effets « *toutes choses étant égales par ailleurs* » postule l'existence d'un espace homogène dans lequel le facteur étudié aurait partout le même effet.

L'analyse décrit ainsi l'entreprise à l'image d'un organisme dont l'état de santé serait évalué à travers le suivi d'un certain nombre de paramètres quantitatifs. Cette vision globale et surplombante répond à la demande des directions qui souhaitent disposer de tableaux de bord permettant de piloter l'organisation. Il faut le dire clairement, ce type d'analyse consiste à traduire le problème dans les termes du pouvoir. C'est d'ailleurs un argument délibérément revendiqué par les promoteurs des analyses quantitatives : il faudrait répondre à l'appétence des directions pour les chiffres.

À partir de là, les élus du personnel sont en difficulté pour assurer le lien entre les résultats généraux et ce que vivent réellement les salariés qu'ils ont la charge de représenter. La direction se trouve en revanche sur un terrain familier ; elle réagit en termes de benchmarking³ : les résultats sont comparés à ceux d'entreprises plus ou moins équivalentes. Ainsi, la direction de Renault peut donner une interprétation rassurante à une enquête sur quatre établissements (amalgamant des salariés du siège, de deux usines et d'un magasin de pièces détachées) : il n'y aurait que 21,5 % de salariés en « *hyper-stress* », ce qui est inférieur au panel de référence du cabinet chargé de l'enquête. Elle peut donc titrer « *Un niveau de stress dans la moyenne européenne* ». Ce qui signifie à peu près « *la souffrance dont vous parlez correspond à un état du monde que nous subissons tous, que nous sommes prêts à déplorer avec vous, mais auquel nous devons nous adapter* ». Elle concèdera éventuellement qu'il y a quelque chose à faire si les résultats statistiques montrent que la situation dans l'entreprise est plus dégradée que dans les entreprises comparables. Il s'agira donc de rejoindre le niveau de pression socialement et politiquement toléré à ce moment.

Il y a donc bien des atteintes à la santé qui correspondent à un état du monde ; elles relèvent du débat politique et ne sont pas directement accessibles à l'action préventive des professionnels. Dans la situation évoquée, agir sur les 21,5 % de salariés en « *hyper-stress* » impliquerait de sortir des généralités et de revenir sur l'analyse clinique fine des situations singulières, alors que le principe du questionnaire est justement de prendre de la distance par rapport aux réalités locales. La probabilité que ce type d'enquête débouche sur de la prévention est minime.

Il faut donc revenir à de l'approche clinique qui constitue aujourd'hui un enjeu central en matière de prévention.

3/ L'ENJEU DE LA CLINIQUE

Développer la prévention dans l'entreprise, impose de porter l'analyse au plus près des conflits de logique, des contradictions et des dilemmes de l'activité dans ce qu'ils ont de plus concret. En ce sens nous ne pouvons que soutenir l'idée d'un rapport plus étroit avec le milieu de travail. Cependant, cela ne signifie pas que l'enquête doit être menée dans l'atelier ou le bureau. En effet, un passage sur le terrain ne donne qu'une vague idée des structures générales de la situation. Repérer les points d'attaque de la démarche préventive impose de parler avec les salariés. Le modèle sur ce point pourrait être celui de l'investigation policière : une fois familiarisé avec la géographie locale, l'enquêteur ne s'installe pas à demeure sur la scène de crime, il instruit l'affaire en parlant avec les acteurs. Or, dans cette direction, plusieurs obstacles se présentent. Il faut d'abord rappeler que la plupart des médecins du travail assurent la surveillance de centaines d'entreprises. Dans ces conditions, il est impensable d'assurer le niveau de présence sur le terrain nécessaire à l'intervention ergonomique. Rappelons que le diagnostic court de l'ANACT qui prévoyait trois jours de présence sur le terrain a été dénoncé dans les milieux de l'ergonomie comme radicalement insuffisant.

Mais surtout, d'une façon très générale, les salariés ne parlent pas lorsqu'on les rencontre dans l'entreprise. Et encore moins s'ils sont directement concernés par ces situations où les contradictions de l'organisation empêchent de travailler correctement. Or, ce sont justement ceux-là qui souffrent au travail. Lorsqu'ils parlent, c'est dans le cadre du cabinet médical et avec la garantie de la confidentialité. Les salariés en difficulté sont donc des informateurs extrêmement précieux pour repérer les zones de frottement, voire de glissement de l'organisation du travail.

Les enquêtes montrent que la proportion de salariés présentant des signes de détresse psychique est de l'ordre de 25 %. C'est face à eux que s'ouvre l'espace du travail clinique. Une nouvelle difficulté se présente alors. La souffrance prend la forme de manifestations dépressives, mais elle s'accompagne aussi d'un profond désarroi : tout le contraire d'une analyse claire et objective de la situation. Si le salarié souffre, c'est justement

2 - Alain Desrosières : Pour une sociologie historique de la quantification. I - L'argument statistique. Presses de l'École des Mines, 2008.

3 - Le benchmarking (en français : étalonnage ou analyse comparative) est une technique de marketing ou de gestion de la qualité qui consiste à étudier et analyser les techniques de gestion, les modes d'organisation des autres entreprises afin de s'en inspirer et d'en retirer le meilleur. C'est un processus continu de recherche, d'analyse comparative, d'adaptation et d'implantation des meilleures pratiques pour améliorer la performance des processus dans une organisation (Définition donnée par Wikipédia) NDLR

parce qu'il n'arrive ni à penser le conflit dans lequel il est pris, ni à soutenir sa propre position. Il exprime sa souffrance dans le registre des relations interpersonnelles - « *C'est le chef qui me...* » - et sur le mode de la généralisation « *C'est toujours pareil.* ». S'il adhère à ce discours, le clinicien se retrouve dans la même impasse que le salarié, alors que l'objectif est de l'aider à en sortir.

Le travail consiste donc à revenir ensemble sur les situations concrètes et les événements à l'occasion desquels le conflit s'est structuré : pour-quoi, tel jour, à tel moment, le salarié s'efforçait-il de faire B alors que son chef attendait-il A ?

Il apparaît, en général, que la situation impliquerait de faire A et B, mais que A et B sont plus ou moins incompatibles. L'analyse se déplace du conflit interpersonnel aux enjeux en termes de travail et aux contradictions de l'organisation du travail. Ce travail d'analyse permet d'aider le salarié à reconstituer sa capacité à argumenter son point de vue. Il lui permet de retrouver une position active. Il permet, dans le même mouvement, au professionnel de santé de repérer les points d'entrée pour une interrogation sur l'organisation du travail. Les questions qui surgissent alors ne sont pas de nature psychologique. Elles concernent aussi bien la façon de traiter le client ou les installations que les modalités de protection vis-à-vis du risque chimique ou les phénomènes d'hyper sollicitation.

Cependant, là encore, l'action ne consiste pas à sortir du cabinet pour proposer des actions de correction ou d'amélioration. Il y a une très grande naïveté à penser que le professionnel de santé pourrait expliquer, à des individus qui connaissent infiniment mieux le travail que lui, comment ils doivent faire face aux conflits de l'activité. Sa contribution ne se situe pas dans ce registre. À partir d'une écoute attentive orientée sur le travail, ses contradictions et ses dilemmes, il peut aider les acteurs concernés à définir le problème, à en discuter et à trouver des modes de compromis moins coûteux.

Si les salariés souffrent au travail, c'est parce qu'ils affrontent comme s'il s'agissait de questions individuelles, personnelles, des tensions de l'organisation du travail qui ne sont pas prises en compte par le débat social au sein de l'entreprise. L'espace de la clinique, c'est ce chemin qui permet de rapporter à la discussion collective ces problèmes que les salariés vivent comme des drames personnels. Au-delà de cette contribution

au débat social, les mesures de corrections éventuelles ne relèvent pas des compétences du médecin du travail, mais de l'expertise détenue collectivement par les acteurs concernés.

4/ LA RÉFORME : ENCORE UN PEU PLUS DE LA MÊME CHOSE ?

Nous avons caractérisé deux niveaux de responsabilité pour les acteurs des services de santé au travail. D'une part, ils doivent assumer une fonction d'alerte et alimenter le débat politique sur les atteintes à la santé, au sein de l'entreprise et au-delà, mais à ce niveau de généralité, le développement d'actions préventives dépend de logiques sociales qui leur échappent largement. D'autre part, il y a l'activité clinique en réponse à la souffrance exprimée par les salariés. Celle-ci ne se manifeste pas en référence aux caractéristiques stables de la situation. Elle apparaît lorsque le salarié perçoit que la situation elle-même appelle une réponse différente de celle qui est promue par la direction. Ce conflit signe l'actualisation d'une orientation qui n'existait jusque là qu'à titre de virtualité. Il indique une zone de développement potentiel.

Améliorer le système de santé au travail imposerait de réfléchir en distinguant ces deux niveaux d'action.

La fonction d'alerte a été très fortement renforcée ces dernières décennies sous la double influence de la législation européenne et du combat des associations de victimes de l'amiante. Les médecins du travail disposent de très nombreux dispositifs pour remplir cette fonction : fiches d'entreprises, rapports annuels, déclarations de maladies professionnelles, dispositifs permettant de rendre compte, au plan statistique, du matériel clinique recueilli au cabinet médical. Ils participent de plus aux systèmes de surveillance mis en place par la DARES (SUMER) et par l'InVS (Quinzaines des MCP, Observatoire des TMS, Enquête SAMOTRACE,...). Des choses doivent probablement être améliorées dans ce registre, mais il faut tout de même mesurer à quel point le dispositif de veille générale et d'alerte a été amélioré.

Or, toutes les discussions sur l'évolution du système de santé restent marquées par l'affaire de l'amiante et par l'idée que, si ce drame s'est produit, c'est parce que les systèmes d'alerte n'ont pas fonctionné. Le même raisonnement est appliqué mécaniquement aux pathologies actuelles dont les mécanismes sont pourtant radicalement

différents : les troubles musculo-squelettiques et la souffrance au travail ont explosé, il faudrait donc renforcer encore les capacités d'alerte. Comme si les pouvoirs publics, les représentants du personnel et la hiérarchie qui gère les problèmes au quotidien ignoraient que les salariés ne vont pas bien...

Il faut donc produire plus de descriptions à visée générale. Sous cette pression, les médecins sont incités à orienter leur activité clinique dans le sens d'un repérage toujours plus exhaustif des atteintes à la santé : produire des statistiques, non plus simplement sur les atteintes à la santé, mais sur les petits troubles susceptibles de les annoncer. Cette orientation ne poserait pas de problème si elle ne se présentait pas comme la seule modalité d'action possible et si elle ne s'accompagnait pas, au nom d'une exaltation de l'approche collective, d'une dévalorisation constante et massive de l'activité clinique telle que nous l'entendons.

Tout cela conduit à une situation de communication pathologique. Les acteurs politiques attendent, à juste titre, que les services de santé informent en permanence la société sur l'état de la santé au travail. Mais comme ils ne savent pas trop que faire de toute cette information, leur exaspération se retourne contre les médecins du travail sous la forme d'une exigence paradoxale : nous n'avons pas assez de signaux d'alerte ! Il en faut plus ! Toujours plus de la même chose !

Il ne fait pas de doute qu'une des missions des services de santé au travail est de produire de l'information et d'alerter sur l'ensemble des atteintes à la santé actuelles ou possibles. Mais il faut aussi admettre que le savoir ne transforme pas. La reprise politique des alertes dépend de logiques sociales qui sont hors de portée du préventeur en tant que professionnel. Quant à la reprise sur le terrain, elle suppose de construire l'analyse au plus près du travail et des dramatiques individuelles qu'il suscite. Mais c'est là l'espace de la clinique du travail que les orientations actuelles tendent à résorber.

En somme, penser la réforme de la santé au travail impliquerait de bien distinguer les niveaux d'action et de responsabilité. Et donc d'envisager sérieusement comment améliorer d'une part la fonction d'alerte générale, et d'autre part, l'activité de prévention dans l'entreprise. Ces deux orientations ne relèvent pas des mêmes logiques. Les confondre ne peut produire que des discours incohérents et conduire à la paralysie du système.

EVOLUTIONS DES ORGANISATIONS : QUELS ENJEUX POUR LA SANTÉ AU TRAVAIL ?

Isabelle ROGEZ, Ergonome, Chargée de mission à l'Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail. Nord Pas de Calais.

Depuis l'origine, l'objectif de l'ergonomie a été de montrer que l'homme qui travaille n'est pas celui pensé par Taylor. Ce n'est pas un robot qui travaille de la même façon quelle que soit l'heure de la journée et même de la nuit. Il est soumis à des rythmes biologiques. Il n'est pas un exécutant qui se contenterait de réaliser des bons gestes et d'appliquer des procédures afin que tout se passe comme prévu, il a un fonctionnement cognitif. Il pense. Il n'est pas motivé uniquement par l'appât du gain. Il a un fonctionnement psychique. Il ne fait pas que s'adapter, il interagit avec son milieu, il utilise les marges de manœuvre qui lui sont laissées ou qu'il se donne, pour résoudre les problèmes qui lui sont posés dans le réel, par le réel. Le propre de l'homme n'est pas de s'adapter à un contexte mais de fabriquer du contexte pour vivre. Et c'est dans ces activités créatrices qu'il existe en tant qu'être humain, qu'il fabrique sa santé. Selon Dominique Lhuillier¹, les troubles pathologiques sont l'expression d'un « empêchement du développement », marqué par une régression, une inhibition de la pensée et des affects. Un des enjeux de l'ergonomie est donc toujours de montrer que l'homme est efficace à certaines conditions ... de travail, à condition aussi de discuter « ce que travailler veut dire », de poser le travail réel au cœur de l'efficacité.

La question posée à l'ergonomie est celle d'une organisation du travail qui respecte le fonctionnement humain et en tire le meilleur c'est-à-dire sa capacité créatrice. Tout modèle d'organisation du travail est sous-tendu par un modèle de gestion et une conception de l'homme. Notre hypothèse générale est que nous n'avons pas changé de paradigme, que nous restons enfermés dans une conception réductrice de l'homme, tandis que s'accroît l'écart entre une logique gestionnaire qui ne voit du travail que son coût et ses résultats apparents et une logique du travail en prise avec le réel. Ce qui a changé par contre, ce sont les exigences dans le travail, les méthodes de management, la permanence des changements dans les organisations, réalisés au nom de l'efficacité. Mais de quelle efficacité parle-t-on ? Comment cette question est-elle posée dans les entreprises ? Comment les ergonomes la posent-ils ? Les salariés souffrent pourtant d'abord d'une impossibilité grandissante de faire un travail de qualité.

UN PETIT DÉTOUR HISTORIQUE ...

Depuis les années 80-90 nous assistons à des remises en cause très fortes du modèle taylorien, qui n'est plus en mesure, selon ses détracteurs, de répondre aux nouvelles exigences de réactivité, encore moins aux spécificités de la relation de service... Mai 68 est passé par là et les salariés revendiquent davantage d'autonomie dans le travail. Effectivement, ce modèle d'organisation avait été pensé pour répondre à une production en grande série. Il repose sur une acception de l'efficacité basée sur la réduction des coûts et en particulier du coût du travail, réputé être l'essentiel du coût dans une production de masse. Le gain d'efficacité s'y résume à l'addition des gains de temps. De nombreux chercheurs ont montré que ce modèle devenait inopérant pour répondre aux nouvelles exigences de compétitivité. Souplesse et réactivité deviennent les mots d'ordre. Autonomie des salariés, décentralisation des décisions, réduction des lignes hiérarchiques sont les principaux axes d'évolution des organisations. C'en est fini de l'exécutant de Taylor, cantonné à un poste de travail, avec des modes opératoires rigides.

A ce jour le bilan des évolutions réelles est mitigé et le débat n'est pas clos chez les chercheurs en sciences sociales : réactualisation des méthodes d'organisation tayloriennes ou émergence de nouvelles formes d'organisation plus qualifiantes ? Par contre, la question du dispositif d'évaluation de la performance reste entière. Le travail est un coût, pour le reste, c'est une boîte noire. Un nombre d'appels à l'heure est un critère purement taylorien qui ne dit rien du travail.

QUELQUES TENDANCES MAJEURES DE L'ÉVOLUTION DES ORGANISATIONS

Quand l'exigence du résultat masque la logique du travail.

Si sous le modèle taylorien, il y avait bien le souhait de réduire le coût du travail ; Taylor allait rechercher les gains sur le terrain, certes seulement avec un chronomètre, mais dans le détail des gestes et des temps. Aujourd'hui, dans certaines organisations, seul le résultat est prescrit. Ainsi une étude dans le centre de conception d'une grande entreprise automobile, nous a permis de montrer que dans des organisations matricielles du type « pilotage par projet », ce n'est pas l'organisation qui apparaît comme l'élément nouveau pour beaucoup de salariés mais cet impact de la logique financière et de la logique des coûts : « *La révolution c'est plutôt en terme de rattachement hiérarchique. C'est un rattachement à l'argent. On est un centre de frais* » nous confie un ingénieur. La référence à la réalité tangible repose essentiellement sur le « benchmarking », c'est-à-dire, ce qui se fait, ou même pourrait se faire, de mieux dans la branche. Ainsi tel département voit son budget amputé de 30%. Un salarié interrogé sur la possibilité d'atteindre ces résultats nous répond : « *Oui et non. Les moins 30, ils les ont mais la qualité du véhicule, elle s'en ressent. Alors, il y a un phénomène de balancier, l'année suivante, ils font un petit effort, ils réinsufflent un peu d'argent. Nous, on les résout souvent les problèmes, ils ne les voient pas. Tant qu'ils ont du bénéfice, ils s'en foutent, quand il y a des effets pervers, ils se posent la question* ». Les gestionnaires parlent « des détails de la technique » tandis qu'un ingénieur parle de la « force de rappel du réel ».

Derrière le fonctionnement par projet s'institue ici une nouvelle division du travail qui subordonne les métiers à la gestion, en lieu et place d'une soumission des « exécutants » aux concepteurs du travail dans le modèle taylorien.

Au delà des questions de charge et d'intensification du travail, Dominique Lhuillier évoque la « généralisation du sale boulot », cette impossibilité de faire un travail de qualité dans lequel le salarié puisse se reconnaître. Selon elle, la méconnaissance des situations de travail réel est croissante et ne relève pas d'une insuffisance d'information mais d'un déni, d'une intention active de ne pas savoir. La hiérarchie ne doit plus être experte dans le métier. Des outils de pilotage rendent compte de la conformité aux résultats attendus en temps réels. Dominique Lhuillier montre les stratégies de conformation à la norme, elle parle « d'activité de simulation » et de « dissimulation du travail réel » par les salariés eux-mêmes. Il s'agit de « faire malgré tout » en masquant les écarts. De là, résulte ce sentiment de faire un « sale boulot », source d'atteintes lourdes à la santé psychique.

L'exemple de ce bailleur social permet d'illustrer ce « travail de dissimulation ». L'entreprise affiche à ses locataires un délai d'appel dans les 48h pour la gestion des problèmes techniques (travaux de maintenance et de réparation à la charge du propriétaire). Dans l'outil de reporting l'indicateur est au vert, le délai est respecté mais il ne l'est que dans l'outil puisque les techniciens ne l'incrémentent qu'après l'intervention effective chez le locataire et non en référence au moment de son appel. Les agences sont évaluées sur de nombreux indicateurs de ce type. Ce qui est dans le « rouge » par

1/ LHUILIER, Dominique, "Travail, management et santé psychique" in Connexion 91/2009-1.

contre, c'est la charge de travail. Le travail se fait au prix d'une intensification ou de débordements horaires : « J'ai le sentiment de ne jamais avoir fini mon travail, souvent j'y pense la nuit » dit un technicien. Les techniciens travaillent dans l'urgence sans être satisfaits de leur travail : le travail de maintenance préventive ne peut plus se faire et vient, par un effet de cercle vicieux, accentuer la charge de travail par augmentation du nombre de pannes. L'insatisfaction du locataire pourrait venir comme « force de rappel du réel » mais celle-ci se manifeste par des voies détournées, une augmentation des « agressions » à l'encontre des gardiens d'immeuble, qui se trouvent être directement en contact avec les locataires. Elles sont mises sur le registre des « incivilités » liées aux caractéristiques de la clientèle, masquant ainsi une seconde fois les problèmes du travail.

L'enquête de la DARES² révèle qu'un salarié sur cinq dispose à la fois de temps, d'informations claires, de la possibilité de coopérer, de collègues disponibles, d'un matériel et d'une formation adaptée. Autrement dit, des moyens de faire un travail de qualité. Et selon l'enquête Samotrace, 13 % des salariés disent même travailler d'une façon qui heurte leur conscience professionnelle.

Quand la responsabilisation côtoie le manque de moyens, la participation ne peut être qu'instrumentale.

Prenons ici l'exemple du secteur hospitalier. Lorsque les salariés participent à la rédaction des protocoles pour la démarche d'accréditation, ils le font selon les règles de l'art (ce qu'ils ont appris). Au quotidien, leur travail ne se résume évidemment pas à cette prescription puisque les attentes des patients ne relèvent pas d'actes standardisés mais de leurs besoins du moment. Lorsqu'ils ne peuvent appliquer ces protocoles par manque de temps, ils font des compromis dont le coût humain peut rester longtemps invisible aux yeux de l'institution. Mais lorsqu'un problème survient (pour le patient ou pour le salarié), cette participation peut, dans certaines situations, venir se retourner contre eux. On pourrait parler de « double peine ». D'abord, ne pas avoir les moyens d'appliquer la norme, puis être responsabilisé de ne pas l'avoir fait. Le management n'y voit que des problèmes de comportement. Nous ne quittons pas le modèle taylorien. Pour le salarié, s'il intériorise cette culpabilité, c'est la perte d'estime de soi qui le guette. Au quotidien, ces compromis sont pourtant réalisés en permanence, les salariés en portent parfois seuls la responsabilité. Ainsi ce salarié qui tient la main d'une personne mourante dans une maison de retraite se voit reprocher, le lendemain, de ne pas avoir sorti la poubelle ; tandis que celui qui a réalisé sa ronde la nuit et retrouve une personne âgée décédée s'en veut de ne pas avoir pris le temps de lui tenir la main³. Nous sommes bien face à des injonctions paradoxales : quel que soit le choix réalisé, le salarié est pénalisé.

L'implication des salariés pour l'obtention des résultats passe par de multiples formes. Elle peut être garantie par contractualisation. Pour cet

ingénieur⁴ : « Les responsables projet s'engagent personnellement sur les objectifs. S'ils ne s'engagent pas personnellement, ils engagent leur carrière... ». Dans le travail à la chaîne, mais aussi dans le service, Jean Pierre Durand⁵ a bien montré comment c'est, cette fois, le flux qui fonctionne comme un procédé disciplinaire. Sandrine Caroly⁶ ajoute que dans les méthodes de type Kaisen, « la décentralisation des décisions, présentée comme une forme de démocratie, s'exerce dans le cadre d'objectifs généraux très strictement définis... au bout du compte les travailleurs « associés » aux choix sont mis en difficulté, notamment vis-à-vis de leurs collègues ».

L'autonomie sans les moyens de l'assumer fait peser sur le salarié une responsabilisation délétère qui n'est en fait que la manifestation d'une déresponsabilisation de l'organisation vis à vis du salarié.

Quand les espaces de discussion n'existent plus

François Daniellou⁷ insiste sur la nécessaire confrontation entre les connaissances conceptuelles des organisateurs du travail et la connaissance singulière issue des situations de travail. Il cite, entre autres, les travaux sur le secteur hospitalier qui montrent deux approches du soin. D'une part, le « traitement » (cure) qui fait appel aux connaissances scientifiques universelles pour définir une attitude thérapeutique à utiliser face à une pathologie identifiée, d'autre part le « soin » (care) qui est la prise en compte globale du patient singulier, non limitée à sa pathologie et qui permet de redéfinir « le traitement » dans la situation singulière. Cette confrontation est nécessaire mais elle suppose de ne pas laisser dans l'ombre le fait que ces logiques sont hiérarchisées et que la logique de gestion est la logique dominante. Faire se confronter la logique du « cure » et la logique du « care » suppose préalablement de poser la question du projet de santé et des moyens de sa mise en œuvre.

C'est bien la question que posent Philippe Zarifian et Yves Clot dans un article récent du journal « le Monde »⁸ : « En matière de santé au travail, l'objet vital de la confrontation est sans doute là. La négociation doit donc porter sur les critères retenus pour dire si un travail est de qualité ou pas. L'intérêt de la chose c'est que les critères sont discutables par nature. Pourquoi, au lieu de remuer le couteau dans la plaie, cette question n'apparaît-elle pas dans le débat public ? ». Yves Clot parle d'une « amputation du pouvoir d'agir » pour les salariés. Il affirme que ce n'est pas le travailleur qui est trop petit pour l'organisation mais l'organisation qui est trop petite pour le travailleur : elle manque de ressources pour lui permettre de travailler correctement. L'organisation du travail est une construction sociale, un choix parmi des possibles en lien avec une finalité et des moyens. C'est bien le travail qui est source d'efficacité productive et c'est également le mépris de ce travail concret qui est la source de perte d'efficacité et d'une dégradation de la santé.

ECLAIRER LA BOÎTE NOIRE DU TRAVAIL

L'analyse du travail : un lieu d'observation privilégié, un point de vue qui manque au débat

C'est au poste de travail que se lit le fonctionnement de l'entreprise, c'est au poste de travail que l'on peut comprendre les contradictions dans l'entreprise, nous disent les ergonomes. C'est donc à partir de ce regard que nous devons re-fabriquer le lien entre le travail, la performance et la santé. Il s'agit de poser le débat sur l'efficacité à partir de l'analyse du travail. Ainsi dans notre centre de conception, les ingénieurs (métier) déplorent : « Chacun est poussé à devenir un fin stratège pour défendre sa chapelle et se couvrir tandis que la haute hiérarchie optimise sa carrière. Résultat : quand une solution coûte 1€ de plus au secteur A, 1€ de plus au secteur B et 10€ de moins au secteur C, et qu'on fait donc gagner 8€ à l'entreprise, les représentants du secteur A et du secteur B doivent s'y opposer sous peine d'avoir leur hiérarchie sur le dos et d'être jugés peu performants dans la tenue de leurs objectifs ». La performance ne peut être obtenue que collectivement. Aux prototypes, les salariés subissent les conséquences de ces décisions en termes de dégradation des conditions de travail, de perte de sens : « ils te disent de monter une pièce qui ne se monte pas. A la main, ça se monte toujours. Tu la meules, ça finit par se monter. Mais en série... ». Dans telle autre situation, on montrera que les salariés ont quand même rempli les 3/4 de l'objectif de production malgré un outil de production défaillant.

Montrer ce que l'on ne voit pas, ce sont également les processus de démotivation dans des « organisations trop petites pour les salariés ». Exprimé par cette salariée, cela donne : « Le processus est le suivant. D'abord, on garde l'espoir d'être reconnue. Puis, on se remet en cause : si je suis traitée comme ça, c'est que je le mérite. Je ne suis pas compétente. Enfin, on comprend que ça ne vient pas de soi. Et alors, on se protège ». Et, par cette autre salariée, à l'hôpital : « ce que l'on ne peut pas faire, c'est ce que l'on préfère : notre métier ».

Seule, cette position permet de mettre en place une réelle politique de prévention des risques intégrant la question des moyens du travail. Aujourd'hui, plus que jamais, le réel continue à « résister »⁹ à l'ordre du procédural. Dans ce même dossier du journal « Le Monde »¹⁰, des chercheurs en appellent à « négocier en priorité sur l'expression des salariés (...). La reprise de ce dialogue est un préalable indispensable pour repenser l'organisation et la finalité du travail » et de poursuivre « cette requête n'a rien de révolutionnaire ». Ils précisent que cela suppose du temps, le développement de pratiques syndicales au plus près du travail, de moyens nouveaux pour les CHSCT, mais aussi le respect du Code du travail qui précise, dans ses principes généraux de prévention qu'il faut « adapter le travail à l'homme ».

2/ Résultats 2005.

3/ Enquête réalisée dans les EHPAD en 2009 par l'Aract Nord Pas de Calais.

4/ Etude dans un centre de conception automobile.

5/ DURAND, Jean-Pierre, *La chaîne invisible*, Ed Seuil, 2004.

6/ Cité par DANIELLOU François, « Développement : désordre dans les organisations et fictions managériales »

7/ Daniellou François, « Développement : désordre dans les organisations et fictions managériales »

8/ Yves Clot et Philippe Zarifian, « Evaluation des performances, point aveugle » in « Le Monde » le 18 décembre 2009

9/ Selon l'heureuse expression de François Hubault.

10/ Daniellou, Davezies, Desriaux et Théry, « Il faut adapter le travail à l'homme et pas l'inverse » in *Le Monde*, 18 décembre 2009.

DE NOUVELLES ORGANISATIONS DE TRAVAIL À L'ORIGINE DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL : LE DIALOGUE DE VENTE, LES ENQUÊTES CLIENTS MYSTÈRE

Fabienne ALCAIX,

Médecin du travail dans un service commercial de transport

L'intensification et la désorganisation du travail ne sont pas responsables à elles seules de la souffrance au travail. La perte d'autonomie dans le travail est souvent le facteur principal de cette souffrance. Dans de nombreuses entreprises commerciales, la perte du pouvoir d'agir est intégrée dans l'organisation même du travail. Il en est ainsi du « dialogue de vente » de plus en plus imposé dans les professions en contact avec le public (agents d'accueil, agents commerciaux des transports, caissières des supermarchés, plates-formes téléphoniques ...).

LES CONTRAINTES DES DIALOGUES DE VENTE

Dans ces entreprises, où la contrainte organisationnelle du travail est souvent forte (horaires de travail, mobilité, jours de repos imposés), le salarié se voit imposer des mots précis à dire dans un ordre donné lors du contact avec le client (Bonjour, que puis je faire pour vous ? Avez-vous une carte de fidélité...) Dans ce dialogue, il est demandé au commercial de privilégier l'offre de prestations prescrite par l'entreprise (ex : Proposition d'un prélèvement automatique d'un règlement, proposition d'une carte de fidélité payante...) en lui interdisant par ailleurs de proposer d'autres services que ceux privilégiés par l'entreprise. Le dialogue de vente exige du salarié qu'il se colle à la tâche prescrite et celui-ci est confronté à un dilemme lorsqu'il perçoit, ou que le client lui fait remarquer, que le service proposé n'est pas celui qui convient le mieux, alors que le vendeur lui-même en est déjà convaincu, mais qu'il n'a pas le droit de proposer autre chose. Les consignes prescrites sont claires : « *Vendre en priorité les produits ou services préconisés par l'entreprise* » et « *A l'issue du dialogue de vente, le produit le plus adapté pour le client et le plus pertinent pour l'entreprise est vendu !* »

Au choix des mots, s'ajoutent des directives concernant la présentation et les mimiques que le salarié doit adopter face à son client (sourires, direction du regard...). On assiste d'ailleurs dans les entreprises depuis quelques années au développement de stages de « relooking » et d'expression corporelle dans lesquels des formateurs invitent les salariés à adopter des attitudes de service précises. Ces nouvelles contraintes de travail, qui touchent à l'identité même du salarié, engendrent souvent pour ce dernier un conflit entre ce qui lui est demandé par sa hiérarchie de dire et de faire et ce qui lui paraît honnête de dire ou de proposer à son client. Les salariés témoignent, devant le médecin de santé au travail, de leur souffrance à devoir suivre des procédures en contradiction avec leurs valeurs ou convictions personnelles.

LES ENQUÊTES « CLIENT MYSTÈRE »

Afin d'obliger le commercial à respecter le dialogue de vente prescrit et ainsi à proposer au client les prestations les meilleures pour l'entreprise,

celle-ci met en place, un contrôle à l'insu des salariés, sous la forme d'enquêtes « Clients-Mystères ». Ce sont des clients factices, payés par l'entreprise, qui au téléphone, au guichet ou dans les transports collectifs, se présentent comme des clients ordinaires et qui sont chargés par une inspection et une écoute attentive de rapporter à l'entreprise le comportement des commerciaux lors des prestations d'accueil, de vente ou d'annonces dans les trains. Ces enquêtes clients mystères font ensuite l'objet d'un entretien individuel entre le salarié et sa hiérarchie où tout écart constaté lors du dialogue de vente est analysé.

LES ENTRETIENS INDIVIDUELS : HUMILIATION ET NON PRISE EN COMPTE DE LA VARIABILITÉ DES SITUATIONS

L'encadrement qui réalise ces entretiens n'a en général aucune formation pour les réaliser ni souvent de qualité d'écoute, guidé lui-même par ses propres objectifs qui constituent souvent la seule trame de l'entretien. Pour le salarié, ces entretiens après enquête « client mystère » sont vécus comme infantilisans et comparés à des évaluations scolaires. Au cours de ceux-ci, le commercial est obligé de justifier les écarts entre le travail réalisé et le travail prescrit alors que c'est souvent ce dernier qui est en dehors de la réalité. Dans le travail réel, d'un simple coup d'œil au guichet, voire même dès les premiers mots au téléphone, le vendeur expérimenté est capable de détecter le client empathique et celui mécontent. Instinctivement, les mots pour accueillir cette personne sont différents selon les situations. Entre « Bonjour, que puis-je faire pour vous ? » et « Bonjour, vous semblez avoir des problèmes ? » l'enjeu est primordial pour la suite de l'échange. Le dialogue de vente méprise le ressenti souvent juste du commercial. Comment expliquer à son supérieur hiérarchique par des mots simples, qu'à ce moment là, les mots et attitude choisis pour initier le dialogue avec le client mécontent étaient les plus justes dans cette situation particulière ? Le dialogue de vente ne prévoit pas ces situations car la prescription sous estime toujours la variabilité de la situation réelle, et sur le terrain, le salarié est confronté à la contradiction permanente entre le prescrit et le

réel. C'est le salarié par sa capacité d'adaptation à la situation réelle de travail qui apporte les réponses à ce que l'organisation du travail n'a pas prévu, pour autant que cette adaptation instinctive ne soit pas pénalisante pour lui.

POLITIQUE DU « TOUJOURS PLUS » ET RÉMUNÉRATION « COLLECTIVE »

Ces écarts relevés lors des entretiens avec le supérieur hiérarchique, outre l'humiliation qu'ils entraînent pour le salarié, ont des conséquences non négligeables sur sa rémunération (suppression des primes individuelles). Les collègues, qui subissent les mêmes pressions de la hiérarchie, peuvent, dans un but de protection individuelle, préférer adhérer à la politique délétère de l'entreprise, en espérant une reconnaissance de celle-ci qui dans la grande majorité des cas ne vient pas, car l'entreprise est dans la démarche du « toujours plus ». Si l'objectif donné est atteint par quelques uns, c'est qu'il est possible pour tous ! Il existe donc pour l'entreprise, une marge de progrès et donc les objectifs suivants seront augmentés. Les salariés qui refusent ou ne peuvent pas atteindre les objectifs sont inévitablement stigmatisés par leur hiérarchie mais aussi par leurs collègues lorsque l'organisation du travail prévoit des « récompenses collectives » qui ont pour objectif déclaré de « booster » le collectif de travail mais dont l'effet pervers est de diviser les salariés. En effet, les primes sont souvent données à chaque salarié (pour une partie au moins) en fonction des résultats de l'ensemble de l'équipe. Une seule personne suffit à baisser la productivité de l'équipe entière et donc à diminuer les revenus de l'ensemble.

DESTRUCTION DU COLLECTIF DE TRAVAIL ET SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Tous les ingrédients sont installés pour détruire le collectif de travail. De plus, associé à l'intensification du travail et à la perte de l'autonomie, il y a disparition du soutien social qui constitue le dernier rempart avant la souffrance au travail. Celle-ci surgit lorsque le sujet, après avoir épuisé ses ressources personnelles pour tenir au travail, se heurte à des obstacles insurmontables (objectifs trop élevés, moyens insuffisants...) dans une solitude extrême.

L'ambivalence que le dialogue de vente entraîne chez le salarié par rapport à ses propres convictions, le délitement organisé du soutien social, l'absence de reconnaissance du travail accompli déstabilisent l'individu qui perd toute confiance en lui.

Plusieurs issues se présentent alors à lui : la maladie physique puisque c'est la seule qui soit entendue et qui bénéficie d'un statut reconnu (symptomatologie psycho somatique) et/ou la dépression qui peut prendre la forme d'une anxiété, fatigue, désintéret dans le travail et les activités personnelles (d'où la fréquence des conflits familiaux). Des passages à l'acte sont alors possibles : violence vis-à-vis des autres (agressions) ou de soi même (suicide).

Ces organisations entraînent un asservissement

du salarié, qui empêche celui-ci de s'investir dans son travail et de l'enrichir. Le travail lui échappe complètement.

REDONNER DU POUVOIR D'AGIR, VALORISER LES SAVOIR-FAIRE

Il faut redonner au salarié du pouvoir sur la façon de faire le travail. Au même titre qu'auparavant, l'artisan était valorisé en confectionnant un objet dont il était responsable tout au long de la chaîne de production, de la conception à la commercialisation, il faut redonner dans l'entreprise de la valeur au travail fait par le salarié. Non pas en parcellarisant les tâches comme aujourd'hui mais en redonnant au salarié, un espace d'autonomie lui permettant de montrer son savoir faire, d'échanger son expérience professionnelle, et ainsi lui donner la possibilité d'être reconnu dans son

travail par sa hiérarchie et ses collègues. Cette valorisation de l'individu est indispensable pour préserver son narcissisme et éviter la souffrance au travail. Les entretiens individuels doivent cesser d'être des examens de compétence mais devenir des lieux d'échanges basés sur la coopération. La notion d'objectifs doit être supprimée ou alors discutée entre hiérarchie et salariés pour décider ensemble de ce qui est possible dans le travail. De même, il faut changer le management « à la française », malheureusement réputé pour sa distance, son éloignement du terrain, son absence de concertation et apprendre aux hiérarchiques à valoriser le savoir faire et l'expérience acquise des salariés de leur équipe. Ce n'est que dans ces conditions que le salarié retrouvera l'épanouissement dans son travail et l'entreprise une meilleure productivité.

RÔLE INFIRMIER FACE À UN TSUNAMI SOCIAL

Coralie TAISNE, Infirmière de Santé au Travail

Depuis quatre ans, je suis infirmière sur un site industriel du Nord-Pas-de-Calais, classé Seveso seuil haut. L'entreprise dans laquelle je suis salariée appartient à un groupe industriel qui réorganise depuis trois ans ses activités européennes. Notre site industriel n'a pas échappé à la crise. Nous avons connu dans un premier temps la scission de l'entreprise en trois entités différentes, dans un deuxième temps le rachat et l'intégration d'une autre grande entreprise et enfin l'annonce du plan social en Mars 2009. Le malaise des salariés, initié par ces réorganisations successives s'est amplifié, obligeant l'I.S.T. (Infirmière de Santé au Travail) à faire face à des passages et à des demandes de soins et/ou d'écoute de plus en plus fréquents. Dans ce contexte de déséquilibre psychosocial, j'ai été amenée, en tant qu'I.S.T. en service autonome et sans l'aide systématique du médecin du travail (à temps partiel sur le site et en service inter entreprises), à réfléchir sur ma mission dans cette situation.

LA COLLABORATION AVEC LES INTERVENANTS DE L'ENTREPRISE

Dans l'intérêt de tout le monde et pour la bonne pratique de mon métier, j'ai le souci de travailler avec les différents acteurs de l'entreprise, sans oublier mon obligation de secret professionnel. L'employeur devrait être l'interlocuteur incontournable dans la mesure où il est responsable physique et moral de ses salariés. Cependant « il a quitté le navire » et les salariés ont été, durant de

longs mois, livrés à eux-mêmes. Les agents de maîtrise des différents services m'ont servi de relais, d'alerte et de soutien envers les personnes les plus touchées. Les membres du CHSCT ont été sollicités chaque fois que la situation le demandait. J'ai pu trouver auprès de certains un soutien supplémentaire dans les prises de décisions (assurer la sécurité sur le site, m'alerter de certaines situations, etc...).

LE BINÔME I.S.T./MÉDECIN DU TRAVAIL

Le binôme fonctionne en "harmonie" pour assurer la gestion du malaise psychosocial. Nous travaillons dans le même sens, dans le respect de la place de chacun. Afin d'instaurer un véritable climat de confiance, nous travaillons en collaboration pour la prise en charge des salariés. Par ma position privilégiée d'infirmière "sur place" et à temps complet, j'ai été plus à même de repérer les cas les plus urgents afin de pouvoir en discuter avec le médecin du travail ou orienter vers la psychologue du travail, en externe.

L'I.S.T. ET SON CŒUR DE MÉTIER

Par ce poste d'infirmière autonome et cette situation professionnelle, j'ai valorisé mon rôle propre et ma fonction de soignante. J'ai également pu poser des diagnostics infirmiers. J'ai appris à ne pas paniquer et à prendre le temps de mener un entretien pour rechercher la « vraie » cause de la plainte. Le salarié qui passe à l'infirmerie pour

réclamer un soin ou un médicament a en réalité le plus souvent besoin d'une écoute. Une prise de tension artérielle déclenche souvent le dialogue sur leur stress. Ma vigilance doit être accrue tant sur le plan paramédical que sur le plan sécuritaire car le site industriel dans lequel je travaille est classé Seveso.

MON BILAN À CE JOUR

L'I.S.T. en entreprise peut avoir un rôle primordial d'accompagnement et d'écoute. Ma disponibilité a été un facteur essentiel de la prise en charge de la souffrance. Mon temps de présence journalier est gage d'une relation de confiance avec les salariés. J'ai bien pris conscience de la nécessité d'agir en équipe, sans laquelle aucune démarche ne peut aboutir.

J'ai partagé des moments de colère, des moments d'incompréhension mais j'ai aussi connu des moments d'intense émotion. J'ai bien souvent remis en question la finalité de mon poste mais aujourd'hui, en toute objectivité, je reconnais que cette expérience m'a enrichi. Elle m'a fait comprendre la dimension humaine de ma profession. J'ai pu aussi mesurer mes manques et la difficulté de ne pas dépasser ses limites.

Même si je sais qu'il me reste du chemin à parcourir, celui qui est derrière moi a été une source réelle d'enrichissement et de progression professionnelle.

SOUFFRANCES AU TRAVAIL EN MILIEU DE SOINS

Patrick BOUET, médecin du travail du personnel hospitalier

De mise en visibilité relativement récente, la souffrance au travail fait payer un lourd tribut à la santé publique. Ces chiffres du Ministère du travail en témoignent : en dix ans, les troubles musculo-squelettiques sont passés de mille à trente cinq mille cas par an, deux millions de salariés subissent du « harcèlement moral » et cinq cent mille sont victimes de « harcèlement sexuel ». Le coût annuel des accidents du travail, des maladies professionnelles et de la maltraitance s'élève à soixante dix milliards d'euros pour l'Etat et les entreprises ; dix pour cent des dépenses de la sécurité sociale sont directement liées aux maladies professionnelles.

TRAVAILLER, UNE EXPÉRIENCE QUI ENGAGE LE SUJET

Nous savons que travailler est une expérience qui engage le corps et qui mobilise l'intelligence et la subjectivité du sujet : le sujet qui travaille se transforme lui-même, convoquant l'affectivité et le conflit dans son fonctionnement psychique, dans une expérience de résistance du réel, expérience qui n'est pas prévue par l'organisation prescrite du travail.

L'écart entre travail prescrit et travail réel, qui est le propre du travail, entraîne de ce fait la rencontre inévitable de l'échec : par exemple, en milieu de soins, la mort d'un patient. Il y a un rapport primordial entre souffrance et travail. C'est par le dépassement de cette souffrance, par l'ingéniosité, l'habileté, la sensibilité, l'intelligence du corps, que le sujet va retourner la souffrance en plaisir, en affirmant son pouvoir d'agir et en obtenant reconnaissance de son travail par le collectif.

Mais le fonctionnement psychique du sujet est tributaire de l'organisation du travail : dans toute situation de travail, il faudra considérer et analyser les défenses mises en place, qu'elles soient individuelles (par exemple en s'empêchant de penser, ce qui a un coût psychosomatique important la plupart du temps) et surtout collectives. Ainsi, les études de Pascale Molinier ont montré que les stratégies mises en place par les infirmières se constituent en réaction à l'angoisse et au dégoût, provoqués par la confrontation aux douleurs du corps et à la mort. C'est souvent par l'ironie, l'autodérision, la mise en scène, la dramaturgie qu'est mise à distance la souffrance engendrée par l'activité du travail.

Il faut bien comprendre que les conséquences des organisations défensives engagent l'ensemble de la personnalité et retentissent sur la vie privée, sociale et familiale ; en particulier, le travail émotionnel engagé par les soignants peut altérer la disponibilité psychique et physique pour le(a) conjoint(e) et les enfants.

LA SANTÉ DES SALARIÉS DÉPEND DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Nous voyons donc que l'organisation du travail va déterminer en grande partie la santé des salariés. Le contexte des réformes entreprises dans les milieux de soins depuis quelques années va donc nous aider dans l'analyse des données de santé.

La nouvelle gouvernance a entraîné le regroupement des services en pôles, un renforcement du pouvoir des directeurs, un affaiblissement des chefs de service, du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement, une contractualisation des responsables de pôles avec délégation de gestion et une précarisation

du statut de praticien hospitalier.

Cela entraîne assez souvent une absence de synergie des pôles, regroupés parfois de façon hétéroclite, une complexification de la structure médico-administrative, une baisse d'attractivité pour les professionnels de santé et une indépendance professionnelle questionnée.

En outre, le financement à l'activité (T2A : tarification à l'activité) qui introduit la notion de rentabilité directe des actes modifie l'activité de travail, en ne prenant pas en compte le coût réel de certaines prises en charge : en oubliant, par exemple, le rôle de l'éducation thérapeutique, de la permanence des soins et de la précarité. La loi « Hôpital Patient Santé Territoire » renforce le pouvoir des directeurs, tend au rapprochement public-privé, regroupe les hôpitaux publics en « communauté de territoire » et précarise encore plus le statut des praticiens. Il s'agit d'une logique visant à optimiser les recettes et à limiter les dépenses, avec un risque sur la qualité des soins et la démographie médicale hospitalière.

Ces changements ont été introduits dans un cadre de réduction de temps de travail (35 heures), de complexification des soins techniques, mais aussi, de montée de l'exigence des familles, du droit des patients et de la culture de qualité.

INTENSIFICATION, POLYVALENCE ...

Il y a, de ce fait, une intensification du travail, responsable des pathologies de surcharge, en premier lieu les troubles musculo-squelettiques, qui représentent l'écrasante majorité des maladies professionnelles en milieu hospitalier et qui augmentent régulièrement ; mais c'est aussi l'épuisement professionnel ou « burn-out », qui est un épuisement physique et émotionnel entraînant une diminution du sentiment d'accomplissement personnel et une déshumanisation de la relation d'aide. Enfin, les études épidémiologiques ont insisté récemment sur les risques cardio-vasculaires. Les modèles convoqués ici sont ceux du « stress » (Karasek et Siegrist) qui insistent sur la demande psychologique (quantité, complexité, rythme), la latitude décisionnelle (autonomie, participation...), le soutien social et le déséquilibre entre effort et récompense (manque de reconnaissance). L'ensemble de ces pathologies est la conséquence de l'augmentation des contraintes de temps et de l'intensification des tâches. S'ajoute à ces facteurs, la polyvalence demandée aux professionnels de santé. En effet, la polyvalence au sein des pôles où les activités de service ne sollicitent pas les mêmes compétences, laisse chacun face à sa peur de n'être pas à la hauteur et du risque de faute professionnelle. De plus, le contexte est souvent celui du « flux tendu » et de la montée régulière de la charge de travail, avec rappels au travail sur temps de RTT, planning

bousculés et, par conséquent, difficultés pour organiser son temps et sa vie de façon autonome.

UNE ATTEINTE QUALITATIVE DU TRAVAIL

Mais il faut aussi tenir compte des changements qualitatifs qui ont affecté le travail, en particulier en milieu de soins. Augmenter la pression temporelle, c'est-à-dire intensifier le travail ne signifie pas faire le même travail plus vite, mais faire des choix, trier entre ce que l'on prend en charge et ce qu'on va négliger, en d'autres termes, se focaliser sur des objectifs jugés prioritaires et abandonner des éléments pourtant constitutifs du travail bien fait. Il s'agit là d'une atteinte qualitative du travail : pour l'agent, le sentiment de bien travailler est lié à la capacité à s'occuper du patient, à passer du temps avec lui, à le soigner avec humanité ... Mais le travail est d'abord jugé sur un certain nombre d'indicateurs statistiques de traçabilité, qui nécessitent de quitter le patient pour l'ordinateur, au risque d'alourdir les tâches au détriment du « cœur de métier ». Le risque est une dégradation ressentie et effective de la qualité du travail bien fait : il ne faut plus perdre de temps, trop parler avec les patients, réfléchir ; il faut débiter ! Or, là où la prescription, réduite le plus souvent à ses dimensions instrumentales, rend compte d'une situation type, le travail réel mobilise chez l'agent toutes les dimensions, non seulement techniques mais aussi sa sensibilité, son éthique, son humanité. Cette amputation de l'activité a des conséquences sur la santé : la répression de la subjectivité et de l'activité entraîne des effets sur les mécanismes de l'inflammation, notamment hypothalamiques (cytokines pro-inflammatoires).

Dans les cas d'hyper activismisme et de présentéisme, la saturation de la psyché, l'impossibilité de penser le travail et l'impossibilité, par manque de moyens et/ou par conflit éthique, d'élaborer du sens, peuvent aboutir à des sentiments de baisse d'estime de soi, à des troubles du sommeil, à des troubles anxio-dépressifs avec risque de décompensation.

LA PRÉVENTION PASSE PAR LA PRISE EN COMPTE DES RISQUES PROFESSIONNELS

La prévention commencera par la mise en visibilité des souffrances au travail, par l'évaluation des risques professionnels et l'actualisation du document unique, par des enquêtes, par la mise en débat auprès des instances représentatives (CHSCT, CME, etc ...), leur rattachement à l'organisation du travail et aux facteurs de pénibilité. Cela passe par la prise en compte des risques professionnels et en particulier « psychosociaux » dans les projets institutionnels et dans la sensibilisation des directions et des cadres à ces problèmes.

AGIR COMME MÉDECIN DU TRAVAIL FACE AUX SUICIDES PROFESSIONNELS

Dominique HUEZ, médecin du travail

En 2006, selon une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, ministère des affaires sociales) plus de 10.400 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Les suicides sont aux trois quarts masculins. Le taux de suicide, s'il a baissé de 20% en 25 ans, a pourtant diminué trois fois moins vite que le taux des morts violentes. En outre depuis 2000, il a augmenté pour les 45-54 ans, notamment pour les hommes. Pour les 25-34 ans, les suicides constituent la première cause de mortalité pour les hommes, la deuxième pour les femmes. Le taux de suicide augmente avec l'âge plus fortement pour les hommes que pour les femmes. Au sein de l'Europe de l'Ouest, la France présente les taux de décès par suicide les plus élevés après la Finlande.

LE RÔLE DU TRAVAIL FORTEMENT SOUS ÉVALUÉ

Habituellement, on envisage un lien entre suicide et travail lorsque l'acte survient sur les lieux de travail et que l'auteur y laisse également une explication. Sur cette base, le nombre de cas, en France, s'élèverait à 500 suicides par an. Ce n'est pourtant que le sommet visible de l'iceberg d'un phénomène social majeur et sans visibilité. On sait également que la surmortalité par suicide pour la catégorie des ouvriers par rapport à celles des cadres supérieurs et professions libérales est passée d'un rapport de 2,3 (de 1979 à 1985) à 2,8 (de 1987 à 1993) aux dépens des ouvriers et employés.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie a finalisé en 2009 un état des lieux des suicides pour lesquels elle a reçu une demande de reconnaissance comme accidents du travail, de janvier 2008 à juin 2009. Selon cette étude la CNAM a reçu 72 demandes, dont 39 ont été rejetées, 5 sont en cours d'examen et 28 ont donné lieu à une reconnaissance. Dans 85% des demandes reçues par la CNAM, les victimes étaient des hommes, essentiellement âgés de 40 à 57 ans et, dans plus d'un cas sur deux, le suicide est intervenu sur le lieu de travail.

Les transformations récentes du travail n'ont pas entraîné une dégradation générale de la santé au travail mais elles ont accru les inégalités et les risques. Les suicides en rapport avec le travail font écho à cette transformation de fond du travail. Il est fort probable que, pour un minimum de 25% des suicides des adultes en âge de travailler aujourd'hui en France, le travail soit effectivement l'élément explicatif direct et essentiel. Cela reste à démontrer. Il nous faut donc, comme médecin du travail, investiguer le lien entre le travail, où nous passons les trois quarts de notre vie éveillée en situation professionnelle, et le suicide.

UNE SOLITUDE CONSTRUITE SOCIALEMENT PAR UN MANAGEMENT DE LA DÉSPÉRANCE

La surcharge de travail, réelle et/ou vécue, quand elle casse les stratégies des coopérations antérieures, isole les salariés et les empêche de contribuer à transformer l'organisation de leur travail. Ils perdent leurs savoir-faire de prudence

professionnelle, donc la capacité de se préserver s'ils ne peuvent se désengager de leur travail. Ils sont alors envahis par la peur de fauter ou de perdre leur emploi. Les nouveaux modes de management prescrivent les résultats du travail et évaluent les performances individuelles sans rapport avec le travail réel. Ils génèrent l'effondrement des coopérations, des collectifs de travail, du vivre ensemble. Ils construisent l'isolement et ouvrent aux pathologies de la solitude. L'évaluation individuelle des performances culpabilise à l'extrême et atteint profondément l'estime de soi. Isolé, on se sent comptable et coupable de cela. Devoir mal travailler, devoir faire ce que l'on réprouve, la non prise en compte des difficultés pour la réalisation du travail, par un management privilégiant la gestion financière aux dépens du travail, appliquant des « normes » vides de sens, génère la souffrance éthique, la « dé-sol-ation », engendre la honte et la haine de soi.

INVESTIGUER LE LIEN SANTÉ-TRAVAIL

Un travail clinique est souvent essentiel pour comprendre les difficultés du « travailler », du faire ensemble. Son objet est d'investiguer, de comprendre le travail et ses enjeux subjectifs. Cette clinique médicale du travail n'est accessible que par la parole. Elle porte attention au corps engagé dans le travail. Elle prend en compte l'inscription dans le collectif, facilite le récit pour « comprendre avec ». Son projet est d'explorer le « travailler », le faire, le faire ensemble. La peur, la honte font souffrir. Le travail d'élaboration rend intelligible les conduites. Le médecin du travail doit permettre de sortir des dynamiques culpabilisantes et victimisantes, tout en donnant acte d'un passé maltraitant ou désespérant. Il est important de désingulariser pour nourrir le débat collectif et la controverse sur le travail. Cela permet de passer de l'individuel au collectif, de lutter pour préserver son pouvoir d'agir.

Le médecin du travail agit dans l'intérêt exclusif de la santé du sujet. Il permet le soin d'urgence, mais aussi l'ouverture à la compréhension du sujet du sens des événements. Cette posture de clinicien de première ligne, de veilleur et de témoin provoque légitimement de sa part une défiance pour des démarches de gestion de l'ordre public ou managériales qui procèdent d'aut-

res paradigmes. Le métier de médecin du travail est de différencier l'urgence du point de vue de la santé au travail, de l'urgence gestionnaire des risques. Il est d'ouvrir à de nouveaux espaces de transformation d'une organisation du travail plus respectueuse de la santé des hommes et des femmes. L'action du médecin du travail en prévention primaire des risques psychosociaux des organisations du travail est de préserver ou reconstruire un « espace de délibération » au travail pour reconstituer les bases relationnelles du vivre ensemble, d'y reformer les bases de la coopération pour y construire de nouvelles règles professionnelles.

Ces quinze dernières années, les médecins du travail ont construit une pratique clinique qui fait percevoir concrètement, dans nombre de parcours individuels, combien le travail peut expliquer des troubles anxio-dépressifs, des dépressions masquées à type de somatisation, comment il peut générer des pathologies de surcharge, provoquer des troubles cardio-vasculaires, déclencher des syndromes post-traumatiques. Certains d'entre nous ont pu appréhender le rôle premier du travail dans les suicides qu'ils ont pu rencontrer parce qu'ils avaient ancré leur suivi individuel et collectif depuis des années dans la clinique médicale du travail. Ce qui était impensable médicalement le devient.

C'est donc en « veillant médicalement » au quotidien auprès des collectifs de travail que les médecins du travail seront en mesure de prévenir les décompensations suicidaires, en repérant ce qui aggrave fortement telle situation collective de l'organisation de travail. L'effondrement de la santé de sujets « sentinelles », l'augmentation des symptomatologies de mal-être, troubles psychopathologiques ou somatisations nous incitera à agir. Le rétrécissement des coopérations, la perte du sentiment de communauté d'appartenance, les stratégies défensives psychiques pour ne plus penser un travail sans espoir peuvent nous faire percevoir l'imminence d'un risque délétère majeur pour une collectivité. Vient alors le temps d'une « alerte médicale » pour risque psychosocial issu d'une organisation du travail gravement délétère. Un « danger grave et imminent » peut-être médicalement nécessaire à énoncer en responsabilité.

DÉFINIR DES RÈGLES PROFESSIONNELLES FACE AU SUICIDE POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Schématiquement, les ressorts de la vie sont d'une part l'économie du désir dans des rapports à l'Autre (étranger au lien social et à la cité) et d'autre part l'économie du « Travailler » ; l'économie du désir ne concerne pas le médecin du travail professionnellement ; l'économie du « Travailler », du Faire ensemble s'exprime généralement dans le travail, mais aussi dans toutes les activités dans la Cité où chacun peut être reconnu pour sa « contribution ». L'effondrement de la dynamique de mobilisation psychique au travail, un « travailler » effondré, peut libérer la pulsion de mort. Si l'un de ces deux soutènements s'effondre, désir ou travailler, la vie peut basculer.

C'est cette Centralité là du travail que le médecin du travail doit penser avec les sujets dans les consultations, pour appréhender le risque de suicide professionnel. Les sujets qui mettent fin à leurs jours sont généralement ceux qui sont les plus mobilisés dans leur travail. Ils ont perdu la capacité de se désengager professionnellement pour prendre soin de leur santé. Or ces personnes ne laissent généralement rien paraître de la possibilité qu'ils auraient d'être envahis par la pulsion de mort. Le travail peut devenir pour elles activisme, pour faire face aux demandes sans fin des entreprises, pour fuir la peur, parfois la honte de devoir « travailler de cette façon ». Ils ne peuvent plus compter sur les collègues. C'est la désolation provoquée par un « travailler du non sens », un sentiment de solitude extrême où l'alternative ne serait que dans la disparition hors de ce monde. Ce qui aggrave alors le risque suicidaire au sein d'une collectivité de travail est justement la fragilisation du collectif, du travailler ensemble, le repli sur des micro-coopérations. Parfois, la maltraitance stratégique fait basculer les salariés que l'entreprise juge « en trop ». Ce fait construit socialement peut rencontrer une trajectoire individuelle fragilisée. Le projet suicidaire imprévisible individuellement peut advenir. **La multiplication des suicides résulte de l'expérience éprouvée individuellement du silence d'autrui. Le suicide en rapport avec le travail est principalement une pathologie de la solitude.** Il n'y a plus d'adossement possible au collectif de travail.

L'absence de réaction collective après un suicide peut avoir des conséquences désastreuses. Le silence aggrave le sentiment d'impuissance, de résignation, voire de désespoir. Il est particulièrement grave si le suicide est un acte d'accusation indiquant que le travail est en cause dans l'issue fatale. Du point de vue psychopathologique, l'absence d'élucidation est une erreur pratique et déontologique. Tout médecin du travail, au décours d'un suicide, a besoin de ré-investiguer son propre regard sur le collectif de travail de cette personne, en termes de difficultés organisationnelles spécifiques et potentiellement délétères. Le rôle du médecin du travail est d'inscrire d'éventuelles causes organisationnelles.

Si l'y a pas d'éléments d'évidence, invalidant tout rôle possible du travail dans le geste suicidaire, le médecin du travail pourra faire une offre de disponibilité pour s'entretenir avec la famille de la victime. L'objet en est de permettre à celle-ci d'avoir accès à des éléments de compréhension du côté d'éventuelles atteintes à la santé en rapport avec le travail préexistant au geste fatal. Il a aussi intérêt à ouvrir son cabinet aux collègues de travail de la victime qui voudraient trouver sens à ce qui est apparemment impensable.

Face à un suicide dans une collectivité professionnelle, le médecin du travail devrait pouvoir se poser deux questions :

- **D'une part**, dans le dossier médical de cette personne, y-a-t-il trace des éléments de fragilisation, mêmes ténus, de sa santé en rapport avec le travail ? En la matière, un médecin sait qu'il ne trouvera pas d'éléments de pathologie mentale très dégradés en rapport avec le travail, car, dans ce cas, il aurait agi plus tôt par tout acte de « préservation de la santé individuelle » qu'il aurait jugé approprié. La veille médicale peut apporter un éclairage singulier sur le contexte collectif de ce suicide, comme une éventuelle « *alerte médicale de risque psychosocial* ». La reconstitution compréhensive de la trajectoire professionnelle, individuelle et collective, confrontée aux éléments de la vie familiale et affective permet alors de mieux comprendre.

- **D'autre part**, dans les dossiers médicaux des autres membres de cette petite collectivité de travail, y-a-t-il des signaux d'alerte individuels dont le médecin du travail pense qu'ils ressortent des déterminants de l'organisation du travail. Peut-être que le médecin du travail a construit un système de veille en santé mentale en rapport avec le travail dont il rapporte certaines de ses observations collectives dans des lieux appropriés comme les CHSCT ou CE, lors des rapports annuels ou dans les fiches d'entreprise.

LE MÉDICO-LÉGAL POUR DÉSINGULARISER ET DONNER ACTE DU RÔLE DU TRAVAIL

Pour les suicides sur les lieux de travail, la déclaration en accident du travail est de droit. Pour les autres situations, le plus aisé juridiquement est la déclaration en AT d'un évènement initial, même apparemment peu grave vu de l'extérieur, qui peut avoir généré un stress post-traumatique responsable du geste suicidaire. Ce peut être un entretien d'évaluation qui se passe mal, une mise en cause irrespectueuse de la contribution dans le travail, une maltraitance morale devant témoin, qui est la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Dans ces cas, il n'est pas besoin de démontrer un lien direct et essentiel avec la santé, mais de caractériser précisément l'évènement initial du côté du travail et de rendre compte de l'atteinte progressive ultérieure de la santé avec des certificats médicaux, même rétrospectifs, si l'atteinte à la santé a été constatée médicalement antérieurement. C'est généralement un

état anxio-dépressif qui pourra médicalement être décrit.

Faute de déclaration en AT, c'est jusqu'à deux ans après le suicide que les ayants droits pourront déclarer en maladie professionnelle une atteinte à la santé mentale à l'origine du geste fatal, généralement une dépression professionnelle réactionnelle, dont on devra alors prouver le « lien direct et essentiel avec le travail ». Le médecin du travail pourra utilement rédiger un certificat médical de maladie professionnelle et le rapport d'analyse du lien santé-travail que lui demandera le CRRMP (Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles) si les ayants droits font une telle déclaration de maladie professionnelle. Toutes les traces médicales attestant de ce lien à partir d'une investigation clinique, aussi bien par le médecin du travail que par le généraliste ou spécialiste seront des éléments de preuve. Si la veille médicale antérieurement pratiquée par le médecin du travail peut apporter un éclairage singulier sur le contexte collectif de ce suicide, ce point sera particulièrement important. Une éventuelle « alerte de risque psychosocial » tracée d'une façon ou d'une autre par le CHSCT sous forme de droit d'alerte, ou par le médecin du travail à travers un écrit professionnel antérieur individuel ou collectif sera aussi un élément déterminant.

LES ACTIONS DE PRÉVENTION

Elles passent par le fait de rouvrir la capacité des travailleurs à penser le travail à partir de l'expérience qu'ils en ont dans ses formes actuelles. Cela passe aussi par ce qui peut recomposer le vivre ensemble, donc par la parole, la mise en délibération collective des difficultés de contribution des sujets au travail. Cela nécessite de rendre les salariés acteurs de la transformation, de remettre le travail réel au centre de la discussion, d'intégrer l'encadrement intermédiaire aux débats, de faire repartir la délibération spontanée

Bibliographie

- *Dejours C. Conjurer la violence : travail, violence et santé, sous la direction de, Paris, Payot, 2007*
- *Dejours C, Bègue F, Suicide et travail que faire ?, Paris, PUF ; 2009*
- *Huez D, Une situation de décompensation psychopathologique collective aigüe dans un service de servitudes nucléaires de 75 personnes, in Actes du Colloque International de Psychopathologie et de Psychodynamique du Travail tome I, CNAM, Laboratoire de Psychologie du travail éditeur, 4^e trimestre 1997, p 77-86*
- *Huez D, Souffrir au travail, comprendre pour agir. Paris, Privé ; 2008*

AUTOPSIE PSYCHIATRIQUE DES SUICIDÉS, UN FAUX OUTIL.

Luc GERSON, médecin du travail

Au milieu des années 2000, les organisations syndicales du Ministère de l'Équipement ont alerté leur administration à partir de leur perception d'une augmentation du nombre de suicides parmi les agents. Elles avaient raison : 26 suicides en 2006, c'est-à-dire beaucoup plus qu'attendu statistiquement.

QUELLE PRÉVENTION DES SUICIDES ?

Interpellé au comité central d'hygiène et de sécurité (CCHS), le réseau des médecins de prévention proposait de mettre en débat une analyse des souffrances au travail qui sont en amont. L'administration leur a opposé un groupe de travail sur les suicides avec un psychiatre expert externe pour, d'une part, développer l'accompagnement des familles et des collègues de suicidé, et surtout, entreprendre une étude scientifique sur les suicidés du ministère « *car on ne sait pas pourquoi les agents se suicident* ». L'affichage scientifique a paru très convaincant, en tout cas bien plus sérieux que l'investigation des médecins du travail, pour engager le CCHS et le ministère dans « *une action d'avant garde* ». L'expert psychiatre, s'appuyant sur les publications d'une auteure Québécoise, promeut un partenariat avec un organisme de recherche psychiatrique pour entreprendre des autopsies psychiatriques des suicidés. Le principe consiste à interviewer l'entourage familial et médical du suicidé pour mettre en évidence les éléments diagnostics antérieurs qui auraient dû déclencher des mesures d'accompagnement et de prévention. Il est avan-

cé que, puisque des suicidés ont déjà fait des tentatives de suicide auparavant, toutes les tentatives de suicide doivent être suivies, traitées pour prévenir un nouveau passage à l'acte.

PRÉVENIR UN NOUVEAU PASSAGE À L'ACTE ?

Honorable compassion, mais cet a priori est particulièrement culpabilisant pour l'entourage qui n'aurait pas vu ou pas fait. Et l'hypothèse de pouvoir dépister un sujet susceptible de passage à l'acte est très étonnante notamment pour les suicidés du travail ; en effet, le passage à l'acte d'une grande partie de ceux qui sont identifiés ont surpris tous leurs entourages.

Certes on ne peut être opposé à une recherche sur les causes des suicides. Dans cette initiative de recherche par autopsie psychiatrique sur les suicidés du ministère, les médecins du travail qui ont été inclus dans le comité scientifique ont dû batailler pour y joindre des spécialistes de la psychopathologie du travail, de l'ergonomie et de l'épidémiologie, de la santé mentale au travail et aussi, pour que l'investigation du travail ne soit pas faite seulement par l'entretien avec le responsable hiérarchique au prétexte de « *ne pas traumatiser les collègues* ».

LA PRÉVENTION PASSE PAR LA TRANSFORMATION DES FACTEURS DU TRAVAIL

Un des éléments de connaissance fort de la

psychopathologie du travail est d'avoir repéré que les dysfonctionnements du travail ne provoquent pas de changements de structure du travailleur, mais sa décompensation. La prévention au travail passe donc avant tout par la transformation des facteurs du travail qui provoquent les décompensations, que le travailleur soit dépressif, anxieux, hypochondriaque, obsessionnel ou tendu.

En outre, le risque de ce type d'« autopsie » est de devenir un élément médico-légal pour ne pas reconnaître en accident du travail ou maladie professionnelle et ne pas mettre en cause le travail. C'est ce qui s'est passé avec la prestation de Technologia à Renault qui a bravé toutes les règles éthiques du secret médical.

Il semble donc bien plus pertinent de comprendre la prévention du suicide non par le dépistage d'un éventuel passage à l'acte dramatique, mais par la mise en cause de toutes les situations de travail où les travailleurs perdent leurs repères et leurs valeurs humaines.

Si suicide il y a, c'est l'investigation du travail qui est importante et sa mise en débat dans l'entreprise pour dépasser le silence sidéré sur le travail qui l'entoure trop souvent. Que ce soit par accident de travail, maladie professionnelle ou simple questionnement du travail, (*voir l'article de D.Huez*), surtout ne pas taire le travail pour partager la compréhension du côté du travail qui, elle, est acculturante et préventive.

Le SNPST, Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail, est ouvert à tous les professionnels de la santé au travail.

N'hésitez pas à aller sur notre site pour mieux nous connaître :

<http://snpst.org>.

Ou à nous contacter par mail : courrier@snpst.org

ou par téléphone : 05 61 99 20 77

**Si l'avenir de la santé au travail vous préoccupe,
rejoignez nous.**

Pour vous abonner à la revue et au journal,

téléphonez au secrétariat du SNPST

ATTEINTES À LA SANTÉ PSYCHIQUE LIÉES AU TRAVAIL, DES MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL

Gérard LUCAS, médecin du travail

D'après la loi, tous les médecins et particulièrement les médecins du travail sont tenus de déclarer les maladies à caractère professionnel (MCP) en faisant parvenir une déclaration anonyme au MIRTMO. Le but de cette loi (Code de la sécurité sociale Art L 461-6*) est de contribuer à l'élargissement du tableau des maladies professionnelles. La pratique en est restée très faible, épisodique, non coordonnée. Tous les médecins sont donc susceptibles d'être poursuivis pour manquement professionnel au Code de la sécurité sociale ! En réalité cette exhaustivité exigée par la loi est impossible à pratiquer. La construction de données de santé au travail passe par des études orientées, ciblées, échantillonnées. L'Institut de veille sanitaire (InVS) a mis en place, au début des années 2000, un dispositif qui concentre l'effort demandé aux médecins du travail sur une ou deux quinzaines de jours par an, en standardisant les recueils. Concrètement, pendant 2 semaines, chaque médecin du travail volontaire recense l'âge, le sexe, le métier, le type d'entreprise de tous les salariés qu'il voit en visite pendant cette période et pour chaque pathologie en lien avec le travail remplit une fiche de signalement toujours anonyme avec le diagnostic et l'exposition au travail en cause. La contrainte est réelle, mais, de toutes les enquêtes c'est certainement la plus légère ; désormais, cette enquête est pratiquée dans plus de 10 régions. Les pathologies sont codées ensuite selon la CIM10 (Codification Internationale des Maladies 10^{ème} édition). et les facteurs de travail, selon une catégorisation validée, en une trentaine d'item physiques, chimiques, biologiques et organisationnels.

« LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES SALARIÉS EST UN PROBLÈME DE SANTÉ MAJEUR »

Selon l'InVS, à partir des analyses de 2006 et 2007, où la prévalence atteint 2% chez les femmes et 0,9% chez les hommes. Toutefois, la prévalence est probablement sous estimée, car de nombreux praticiens participant aux enquêtes ne signalent pas encore ces pathologies comme maladies à caractère professionnel. Au ministère de l'Équipement, devenu celui de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement Durable et de la Mer (MEEDDM), le réseau des médecins de prévention s'est impliqué dès 2005 avec l'InVS dans un recensement des MCP pendant une quinzaine de jours par an. De 2005 à 2008, sur 1374 travailleurs du ministère vus par les médecins, plus de 4% ont fait l'objet d'un diagnostic d'atteinte psychique à leur santé du fait de leur travail, avec une progression à 7% et 6% en 2007 et 2008. La part des médecins signalant ce type de MCP progresse, mais n'en représente (encore ?) que la moitié.

Les diagnostics de la soixantaine de signalements sont dans plus de la moitié des cas des dépres-

sions, le plus souvent qualifiées de réactionnelles mais aussi parfois de graves, sévères, majeures. Dans un tiers des cas, des troubles de la sphère anxio dépressive avec angoisses, insomnie, irritabilité, panique, et dans 1 cas sur dix des troubles moins bien étiquetés de stress, de souffrance morale ou, 2 fois, de décompensation délirante. La nature du lien avec le travail est un apport essentiel de la participation des médecins du travail à cette enquête MCP. Les causes alléguées de ces décompensations psychiques ont trait le plus souvent à 3 items de l'organisation du travail : les surcharges de travail, où les agents ne font plus face ou surinvestissent ; les réorganisations ou restructurations avec manque d'effectifs, perte de travail ou perte de sens du travail ; et les dysfonctionnements managériaux avec manque de moyens, de ressources, de reconnaissances et perturbation des relations de travail. Bien sûr ces trois facteurs interagissent souvent.

LA VEILLE, INDISPENSABLE, N'EST PAS L'ACTION

Ce ne sont pas les études elles mêmes qui vont aider les travailleurs à ne pas souffrir. Ils ont besoin de soins, mais le traitement des maladies, des symptômes seuls n'a que des effets limités et transitoires. La compréhension par le sujet des éléments du travail qui ont favorisé ou été déclencheurs de sa maladie est incontestablement un facteur thérapeutique nécessaire à long terme. Il permet d'agir sur soi avec plus de lucidité surtout s'il ne s'accompagne pas de victimisation. Mais l'idéal est de pouvoir agir aussi sur l'organisation du travail elle même si elle est délétère. Il me semble que cette action devient plus difficile car les transformations gestionnaires des organisations du travail des dernières décennies ne laissent pas de place, derrière des arguments comptables et réglementaires, à la mobilisation collective c'est à dire concertée par le débat et le conflit. Les agents (c'est ainsi qu'on appelle les travailleurs dans la fonction publique) du MEEDDM subissent, depuis 2006, une série de transformations majeures de leurs administrations. Plus de trente mille agents, soit près d'un tiers, ont quitté le ministère en 2007 pour les Conseils Généraux, effaçant ainsi l'identité de l'exploitation de la route symbolisée par les DDE. L'ingénierie publique de prestations aux collectivités territoriales est abandonnée. En 2009, les organisations départementales sont associées à l'agriculture (DDEA) troublant aussi l'identité d'appartenance du ministère de l'agriculture. En 2010, elles deviennent des Directions Départementales Interministérielles sous l'ordre direct des préfets échappant en grande partie à la ligne hiérarchique ministérielle. Seuls les directions régionales (DREAL) et quelques services déconcentrés restent au ministère avec une nouvelle mission de

développement durable, symboliquement plutôt gratifiante, mais dont la culture et les pratiques restent à conquérir. Le fort taux de MCP psychiques est-il dû à ces changements ou à une plus grande sensibilité des médecins de prévention ? C'est l'enjeu d'une émulation de la pratique des médecins sur ces pathologies du travail peu élaborée dans nos formations initiales.

LES MCP CONSTITUENT UN DES MEILLEURS ÉLÉMENTS D'OBSERVATION DES ATTEINTES À LA SANTÉ PSYCHIQUE AU TRAVAIL.

L'approche « par risque » symbolisée par les Documents Uniques (DU) des entreprises restent très pauvres sur le sujet. Tout au plus certains DU mentionnent-ils quelques prises en compte de risques psycho-sociaux. Mais n'y a-t-il pas là une dérive sémantique de l'approche par risque ? À côté du risque physique, chimique, biologique le terme juste ne serait-il pas celui de risque organisationnel ? Ce sont bien tous les facteurs organisationnels potentiellement pathogènes qu'il faudrait mettre en débat dans les DU, et que les signalements de MCP ont à ré-interpeller.

L'analyse des accidents du travail (AT) est un acquis relativement bien développé, impactant bien la sécurité et la réparation mais peu les conditions de la santé psychique.

Les longs arrêts de travail, sont sans doute peu accessibles au questionnement sur la santé psychique au travail par l'absence des intéressés dans l'entreprise. Il est certainement très utile de se poser des questions sur les relations d'un suicide avec le travail, mais ce n'est pas seulement à partir de quelques cas dramatiques que l'on pourra construire une politique globale de prévention. Les maladies psychosomatiques sont insuffisamment explorées du côté de la souffrance psychique au travail, alors que leur prévalence est sans doute importante. L'apport n'est pas attendu du côté des chiffres qui seront contestables, mais plutôt du questionnement des travailleurs et de leur prise de conscience du lien avec leur travail.

Enfin il y a tout le domaine des souffrances pré-cliniques, qui ne font pas l'objet de diagnostic et dont l'identification et les dénombrements par des études du « vécu » par morceaux de Karazek, sont toujours impressionnants. Mais les chiffres banalisent et stigmatisent plutôt qu'ils ne mobilisent sur les conditions de travail. C'est bien à ce niveau de pression pourtant quand le corps fait encore face qu'il faut avoir les moyens d'agir pour prévenir des hyper sollicitations, des pertes de marge de manœuvre ou des pertes de sens et des manques de reconnaissance. C'est ainsi que pourrait s'adapter interactivement, par le débat et le conflit, les conditions de travail et permettre la construction de la santé.

* Art L 461-6 : En vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux, est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel, après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel. La déclaration prévue aux deux alinéas précédents est établie et transmise selon des modalités fixées par voie réglementaire.

CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL ET ÉPIDÉMIOLOGIE

Dr Christian TORRES, médecin du travail

Les questions de santé mentale et travail sont bien souvent abordées à partir de données produites par les analyses statistiques et épidémiologiques. Cependant les liens établis par ces disciplines ne permettent pas d'appréhender totalement les phénomènes sous-jacents, leur portée est limitée quand il s'agit d'examiner une situation singulière. L'analyse clinique présente ici toute son utilité ; la connaissance vers laquelle elle tend a pour but « *de délier et de transformer un monde muet en un monde qui nous parle* »¹. Pour les médecins du travail l'intérêt de la clinique^{2,3} est double : assister les personnes qui souffrent et guider les actions de prévention.

La clinique médicale du travail que nous défendons s'appuie sur un modèle de l'homme où la perception, l'action et la cognition sont inséparables. Dans cette perspective, ceux qui pâtissent de leur travail souffrent d'une amputation de leur pouvoir d'agir. Ils présentent des manifestations anxio-dépressives marquées par un désarroi, une confusion et une dégradation de leurs capacités d'expression⁴. L'analyse clinique propose alors d'aider ces hommes et ces femmes à reconquérir leur pouvoir d'agir en réamorçant le développement de la boucle action-cognition-perception.

Le retour sur les événements localisables en temps et en lieu prend alors toute son importance. En effet, l'action ne se contente pas de réagir à l'évènement elle le devance⁴ et c'est dans les mobiles de cette anticipation refoulée que se trouve la clef de cette souffrance. C'est par une attention centrée sur les objets, sur les détails concrets des conflits que vont émerger les mobiles investis dans l'activité. Cette analyse clinique dans laquelle l'agent est invité à s'engager lui permet de penser son intentionnalité sur le monde et de défendre ainsi son pouvoir d'agir.

Pour discuter ces questions nous proposons de les illustrer par deux vignettes cliniques.

L'HISTOIRE DE MONSIEUR R.

Monsieur R. est un maçon de 50 ans qui, il y a un an, a été victime d'un accident du travail. En décrochant le timon de la bétonnière il a ressenti une vive douleur au bas de son dos. Bloqué par une lombo-sciatalgie droite hyperalgique il est rapidement hospitalisé. Après 3 semaines d'hospitalisation Monsieur R. regagne son domicile. Cependant des lombalgies particulièrement invalidantes persistent et empêchent la reprise du travail. En fait, c'est le mouvement dépressif qui a pris le dessus; une hospitalisation dans un service de psychiatrie a été envisagée mais Monsieur R. l'a refusée.

Monsieur R. nous consultera à un moment où « *tout va mal* », il apparaît désespéré par sa situation. Lors de son accident le nouveau chef le « *harcelait* », lui « *mettait la pression* » et il a conscience que ce contexte professionnel explique son état actuel. Il recherche une voie juridique qui lui permettrait d'obtenir réparation de ce préjudice et de cesser son activité. Il travaille depuis l'âge de 16 ans et comme l'a dit le radiologue en voyant l'état de sa colonne la « *machine est bien usée* ».

Comment, en tant que clinicien, répondre à cette plainte, à cet appel de Monsieur R. ? Nous lui proposons de discuter ensemble son histoire⁵ en formulant l'hypothèse que dans ce récit apparaîtront des éléments de compréhension qui pourront l'aider.

Monsieur R a été embauché dans cette entreprise familiale d'une trentaine de personnes il y a vingt ans. Au début il était polyvalent puis on lui a confié progressivement des chantiers plus délicats comme l'enfouissement des réseaux. Ceci est généralement effectué avec des matériels standard préfabriqués mais, dans certaines situations (exiguïté de certaines rues, contraintes architecturales, implantation du réseau ...) les ouvrages doivent être confectionnés par les compagnons. Leur implantation est généralement déterminée au cours du chantier en fonction de l'environnement. Ces travaux sont préférentiellement attribués à Monsieur R. qui, du fait de son expérience, était le maçon le plus qualifié de l'entreprise pour les réaliser.

Monsieur R. décrit comment il évaluait intuitivement les dimensions et l'implantation des ouvrages qui devaient être à la fois discrets dans ces rues piétonnières tout en étant suffisamment résistants au passage des camions de livraison et surtout facile d'abord pour les futurs utilisateurs. Il n'était pas peu fier quand il faisait ses courses de constater que ces regards « *n'avaient pas bougé* ».

Tout a changé quand l'entreprise est passée sous assurance qualité. Un directeur de la qualité a été recruté. C'est ce dernier qui organise désormais les chantiers et qui est le responsable direct de Monsieur R..

A l'occasion de visites de chantiers, le responsa-

ble reproche régulièrement à Monsieur R. de ne pas respecter les normes d'ingénierie et de prendre des libertés avec le plan initial. Il lui demande aussi, dans un souci d'économie, d'utiliser plus fréquemment des matériels préfabriqués. Monsieur R a essayé de défendre sa conception du travail en avançant que « *ça ne tiendrait pas* » si on respectait strictement le cahier des charges.

Un jour le responsable de la qualité lui impose de se conformer au projet et de placer un regard à proximité d'une vitrine. Monsieur R. tente vainement d'expliquer que choisir cet emplacement était dangereux. Il a du mal à exprimer son point de vue. A bout d'arguments il fait remarquer au directeur de la qualité que, depuis vingt ans, il n'a jamais essayé un seul reproche dans son travail et qu'aucune malfaçon n'a été constatée. Il lui est répondu : « *Tu as eu beaucoup de chance jusqu'à présent* ». Cette phrase résonne encore en lui, c'est comme si on lui avait « *tiré dans les genoux et qu'il avait été fauché en pleine course* ».

C'est à partir de cet événement que Monsieur R. avait l'impression que dans son travail tout « *s'était arrêté* ». Il ne comprenait plus comment il devait conduire ses chantiers. Progressivement on lui a retiré les travaux d'enfouissement pour l'affecter dans une activité polyvalente dans laquelle il ne se sentait guère à l'aise. Il a vécu cette mesure comme une sanction. Il est devenu irascible, a fui la compagnie de ses collègues.

1/ Strauss E. *Du sens des sens - Contribution à l'étude des fondements de la psychologie*. Grenoble : Éditions Jérôme Million, 2000

2/ Davezies Ph, Deveaux A, Torres Ch. *Repères pour une clinique médicale du travail*. Arch Mal Prof. 2006; 67: 119-125. Texte en ligne sur <http://philippe.davezies.free.fr>. (2006).

3/ Davezies Ph. *Stress, pouvoir d'agir et santé mentale*. Arch Mal Prof. 2008; 69: 195-203. Texte en ligne sur <http://philippe.davezies.free.fr>

4/ Berthoz A, Petit JL. *Nouvelles propositions pour une physiologie de l'action*. Intellectica, 2003, 36-37, pp. 367-372

5/ Ricœur P. *La souffrance n'est pas douleur - Autrement "Souffrances"*, 1994, n°142 : 58-69

Monsieur R. avait le sentiment que son nouveau chef voulait le virer : « *Sans doute je coûtais trop cher avec mon ancienneté !* ». Pour l'humilier et le faire craquer il l'affectait sur des chantiers qui n'étaient « *pas du travail mais de la bricole* ». Il servait de « *bouche-trou* », les chantiers étaient mal préparés et il devait souvent interrompre son travail pour aller renforcer une équipe. C'est dans ces circonstances qu'est survenu son accident. Il avait commencé à monter un mur quand son chef lui a téléphoné pour lui ordonner de cesser immédiatement son chantier afin de rejoindre une autre équipe qui avait pris du retard.

Il a essayé d'argumenter, il lui aurait seulement fallu deux heures pour terminer son mur. Le ton a monté son chef a menacé de le sanctionner. Il a quitté son chantier sans avoir le temps de nettoyer correctement ses outils et la bétonnière. En arrivant sur le nouveau chantier il était passablement énervé, il a voulu déteiler rapidement la bétonnière sans attendre l'aide de ses compagnons. Il n'avait pas eu le temps de nettoyer la cuve et il avait peur que le résidu de béton sèche et devienne trop difficile à décoller. C'est alors qu'est survenu son accident. Depuis il rumine cet événement et ne cesse d'être en colère contre son chef.

Au cours de l'entretien l'attitude de Monsieur R. évoluera. Initialement il avait une posture figée, grimaçant de douleur au moindre mouvement de sa colonne. Par la suite, il se détendra progressivement dans son siège pour retrouver un semblant de mobilité. Par instant, la tristesse et la désolation s'effaceront pour laisser place à une lueur de satisfaction. Alors que Monsieur R. était sidéré par ce sentiment d'injustice qui l'envahissait, c'est un être capable d'action qui s'est progressivement révélé dans les événements professionnels qu'il nous a relatés.

Les risques liés à l'utilisation du lève-plaque à proximité d'une vitrine, Monsieur R. les percevaient, les sentaient dans son corps. Dans le cours de son récit, le positionnement d'une trappe à proximité d'une vitrine a d'abord été présenté comme l'illustration d'une attitude hostile de son responsable. La demande de son chef était absurde et nous ne pouvions implicitement que partager son point de vue : « *une trappe devant cette grande vitrine ça craignait* ». Notre questionnement s'est orienté sur cette « *crainte* » qu'il exprimait pour cette vitrine. Pourquoi un regard ne pouvait pas être implanté devant une vitrine ?

C'est un univers complexe que nous a décrit Monsieur R. : la vitrine avec sa fragilité qui ne supporte pas les chocs et sur laquelle on ne peut prendre appui, la trappe qui de ce fait ne pouvait être déposée que dans la rue, les techniciens qui allaient devoir se contorsionner pour l'ouvrir, le risque d'accident pour les techniciens et les passants, le dommage qui pouvait être occasionné à la vitrine ... Univers incarné qui s'était développé au cours de son expérience et qui lui permettait de percevoir et de guider ses actions, mais qui jusque là semblait être resté à un stade pré-conceptuel faute de pouvoir être adressé à un interlocuteur.

C'est cette dynamique où s'entremêlent l'action, la perception et la cognition qui s'était dégradée

dans son travail pour se figer au moment de son accident.

C'est à une timide reprise de cette dynamique que nous avons assisté au cours de la consultation. Dans un double mouvement Monsieur R. a accru ses capacités d'argumentation pour défendre l'implantation de cet ouvrage et, dans le même temps, il a opéré une ouverture sur le point de vue de son responsable. Son chef avait-il vraiment « *le choix de faire autrement ?* »

Un an après cette consultation, Monsieur R. nous donnera de ses nouvelles. Il a repris une activité professionnelle à mi-temps thérapeutique comme préparateur de chantiers. Il souffre encore de lombalgies mais le repos vespéral lui permet de tenir et il a bon espoir de pouvoir un jour reprendre à temps plein.

INCIDENTS VIOLENTS AVEC LA CLIENTÈLE DANS UNE BOUTIQUE DE TÉLÉPHONIE

A la suite de violents orages, les boutiques de cet opérateur de téléphonie sont prises d'assaut par des clients mécontents qui ont eu leur modem ADSL endommagé. Privés d'accès à Internet, ils arrivent très énervés dans ces boutiques. Ces clients ont souvent passé plusieurs heures avec les conseillers des plateformes téléphoniques de SAV de cet opérateur qui, après plusieurs tests laborieux, ont conclu que le modem ADSL était endommagé. On leur conseille de se rendre à la boutique la plus proche de leur domicile afin de changer le dit modem. Excédés par ces démarches, ils arrivent dans les boutiques où la file d'attente est souvent importante.

Après avoir patienté plusieurs dizaines de minutes, ils se voient souvent répondre qu'il est impossible d'échanger leur modem en raison d'une rupture de stock. Les intempéries ont détruit un grand nombre de modem ADSL et l'approvisionnement en matériel neuf n'a pas suivi. Les clients mécontents agressent les vendeurs des boutiques et ces incidents violents ont des répercussions sur leur état de santé.

Devant l'importance de ces incidents violents, la question est débattue en CHSCT. Plusieurs actions préventives sont mises en place :

- envoi d'un parafoudre aux clients pour protéger leur installation,
- modification du processus d'approvisionnement pour faire face aux variations saisonnières des demandes en modem ADSL ;
- formation des vendeurs aux techniques de gestion du stress et des incidents violents ;
- élaboration, avec la participation du SST, d'un protocole de prise en charge des victimes d'agression (déclaration en AT, débriefing, analyse des incidents...).

Les débats du CHSCT ont lieu dans une ambiance assez fataliste. Malgré ces décisions tout le monde semble persuadé que ces mesures ne changeront rien à la situation. Dans d'autres circonstances, cette question de la prévention de la violence en boutique a déjà été abordée. Plusieurs plans d'action ont été déclinés mais leurs effets

semblent limités. Tout le monde paraît résigné « *on ne changera pas l'évolution de la société, les clients sont de plus en plus agressifs et exigeants, ils ne supportent pas d'être privés d'Internet* ».

Nous partageons aussi ce pessimisme sur l'efficacité des actions décidées. La formation à la gestion du stress et les protocoles de prise en charge de victimes d'agression constituent tout au plus une action de prévention secondaire et, en pratique, les effets de ces actions s'estompent rapidement. Nous décidons d'instruire cette question par un abord clinique lors des examens médicaux des vendeurs.

Les incidents violents ont surtout eu lieu dans un secteur géographique semi-rural. Dans cette zone le turn-over des vendeurs est faible. Il s'agit donc de professionnels confirmés qui ont connu, dans le passé, des situations de crise similaires sans pour autant exprimer un tel degré de souffrance dans leur travail.

Très rapidement apparaît au cours des entretiens cliniques un élément nouveau dans l'organisation du travail qui interfère avec l'accueil des clients mécontents. Depuis peu, la Direction Générale a décidé de standardiser la relation client, les vendeurs doivent tenir un discours et suivre un script codifié dans les moindres détails. Désormais, les vendeurs doivent toujours accueillir les clients par cette phrase « *Bonjour, que puis-je pour vous ?* ». Ils sont régulièrement évalués sur le respect de cette consigne soit par le manager direct soit par des clients "mystère". Cette évaluation a des conséquences sensibles sur leur rémunération. L'utilisation de cette phrase est présentée aux vendeurs comme une « *bonne pratique* » censée les aider à progresser dans leur professionnalisme.

Du point de vue de leur activité, l'utilisation systématique de cette phrase d'accueil est problématique surtout lorsque le client paraît insatisfait. Les vendeurs sont capables d'identifier un client contrarié dès son entrée dans le magasin avant même qu'il n'ait exprimé la moindre demande. Ils ressentent l'état d'esprit et les intentions des clients mécontents, ils anticipent l'interaction possible avec ces derniers et se préparent en conséquence. Dans ce type de situation, le vendeur va, avant même que le client ait exprimé ses griefs, adapter sa phrase d'accueil pour désamorcer l'agressivité potentielle qu'il perçoit.

C'est généralement par une phrase du type : « *Bonjour, vous avez l'air d'avoir des problèmes, je vais essayer de vous aider* » qu'il entame la conversation. Dans le même temps les autres vendeurs de la boutique sont aussi mobilisés. Ils ont repéré qu'un client agressif est dans la boutique et qu'un incident peut survenir à tout moment. Tout en menant leur activité, ils demeurent attentifs aux échanges de leur collègue et sont prêts à venir s'interposer. Ils savent que le changement d'interlocuteur désamorce le conflit. Cette règle est partagée par les vendeurs.

En accueillant un client mécontent avec « *que puis-je pour vous ?* » ils savent qu'ils ont toutes les chances de se trouver en difficulté. Le client va être invité, par cette phrase introductive, à décharger toute son agressivité. Il va aussi retro-

uver dans ces énoncés stéréotypés le comportement du conseiller SAV avec qui il a déjà eu tant de difficultés. Prononcer « *que puis-je pour vous ?* » c'est aussi introduire une difficulté dans le collectif des vendeurs. Tous ne partagent pas ce renoncement aux règles du métier pour augmenter la part variable du salaire

Curieusement les perturbations de l'activité liées à l'introduction de ces « *bonnes pratiques* » n'étaient jamais apparues. C'est en reprenant le fil des agressions au cabinet médical que nous avons vu apparaître cette dimension jusque là occultée. La prévention des incidents violents a pris une forme inattendue. Les nouvelles « *bonnes pratiques* » portaient en germe des éléments délétères qui n'ont pu être identifiés que par un travail d'élaboration avec les vendeurs au plus près de leur activité et dans ses dimensions les plus concrètes.

CONCLUSION

A travers ces deux exemples nous avons voulu montrer que le matériel clinique, recueilli à partir du récit de l'expérience des salariés, permettait d'aider les personnes qui souffrent de leur travail et de conduire des actions de prévention efficaces. C'est en référence à un « *corps en mouvement* »⁶ qui élabore constamment des réponses, perçoit et guide ses actions que nous interrogeons cette clinique. C'est dans l'attention que nous avons portée aux liens qui unissaient Monsieur R. et les vendeurs aux objets de leur travail que nous avons aidé ces hommes et ces femmes à produire une analyse de leur activité et à ainsi retrouver des capacités d'action.

Ces deux exemples nous éclairent aussi sur la distance qui existe entre les interprétations spontanées, abstraites, conventionnelles et l'écoute clinique soucieuse du travail et de ses enjeux. Les

données statistiques communément diffusées sur la pénibilité au travail, l'usure professionnelle, les agressions et le stress pourraient offrir un cadre d'interprétation à ces deux histoires. Pourtant l'analyse clinique révèle des dimensions jusque là inexplorées dans les enquêtes épidémiologiques. Ce n'est pas seulement de contrainte de temps, de latitude décisionnelle, de soutien de la hiérarchie dont il est ici question. C'est aussi simultanément de perception, d'action et de cognition dont il s'agit. Monsieur R. et les vendeurs « *sentent* » qu'il faudrait agir autrement et ils éprouvent un malaise, une révolte intérieure, un sentiment d'injustice à ne pouvoir le penser, l'exprimer et le défendre. Comment traduire sous forme de questionnaire les mauvaises surprises que nous réservent ces nouvelles organisations (qualité, bonnes pratiques) qui laissent « *sans voix* » face au réel ?

« R. P. S. »

POUR UN CHANGEMENT SÉMANTIQUE ...

Mais d'où vient cette appellation ?

Qui est à l'origine de ce concept opaque, dont on sait qu'il peut faire l'objet de tractations laborieuses de définitions et de contours, au sein des entreprises et lors des rencontres entre partenaires sociaux ?

Le temps passé à définir est du temps « *gagné* » sur l'analyse des réalités et surtout sur la mise en place d'actions de prévention !

Risque

Psycho ?

Social ?

Bonne façon de noyer le poisson ...

Responsabilité de l'individu dans sa fragilité psychique ?

Responsabilité sociale du groupe ?

Mais quel groupe :

- Les clients ou usagers ?
- Les collègues de travail ?
- La direction et ses « *sbires* » ? ...

Et qui mesure les RPS ?

- Les DRH ?
- Les cabinets extérieurs « *spécialisés* » ?

Tableaux de bord, enquêtes... Et à partir de quelle quantité, le fameux RPS doit-il entraîner des actions de prévention ?

En fait, que veut-on cacher dans cette auberge espagnole du RPS ?

C'est tout simplement : la SOUFFRANCE AU TRAVAIL dont on sait qu'elle est générée par des DERIVES ORGANISATIONNELLES et/ou RELATIONNELLES !!

Alors, pourquoi tourner autour de ce triangle des Bermudes : R. P. S. ?

Et ne pas annoncer fortement :

Les origines : l'organisation du travail

Les conséquences : la souffrance au travail !

Jean Claude GUIRAUD

6/ Berthoz A. *Le sens du mouvement*. Paris : Odile Jacob, 1997.

7/ Clot Y. *Clinique de l'activité et répétition*. Cliniques méditerranéennes, 2002; 66 : 31-53.

LA STANDARDISTE ÉTAIT BAVARDE !

12

Elisabeth TRESOL, médecin du travail

Cette monographie rapporte une situation de souffrance au travail instruite par une investigation de clinique médicale du travail. L'entretien clinique, écrit pour être analysé au sein d'un groupe de pairs, a permis de préparer l'alerte santé et l'accompagnement de la salariée vers la récupération de son pouvoir d'agir.

EVA EST STANDARDISTE DANS UNE ENTREPRISE COMMERCIALE

Entreprise en plein développement : grâce au rachat de plusieurs entreprises sur la région, l'effectif de l'entreprise a doublé en quelques années, pour avoisiner 150 salariés. Le médecin du travail a rencontré quelques difficultés avec la D.R.H., connue pour son management autoritaire.

Avant sa retraite, la standardiste précédente avait consulté le médecin du travail pour se plaindre de harcèlement moral. Au vu des récriminations alléguées et de la personnalité de la salariée, le médecin n'avait pas su, pas pu, pas voulu intervenir !

Au moment des faits rapportés, Eva est âgée de 40 ans ; son ancienneté, de 22 ans, est due à son emploi précédent dans l'entreprise rachetée par l'employeur actuel ; après une formation de sténodactylo, elle est embauchée à 18 ans sur un poste de secrétaire commerciale incluant la fonction standard. En 2003, au moment du rachat de son entreprise, elle est mutée sur un poste qui ne lui convient pas et licenciée suite à une transaction amiable ; mais l'inspection du travail juge la démarche illégale et demande sa réintégration. Elle est alors affectée au standard par le biais d'une permutation de poste avec une collègue qui trouve le poste trop pénible. Ces événements sont vécus douloureusement avec arrêt maladie de 20 jours et traitement antidépresseur.

Eva, de nationalité portugaise, est l'aînée d'une fratrie de 6 filles ; elle est mariée, sans enfant ; son mari a une fille de 10 ans avec qui elle s'entend bien. A l'occasion des visites qui ont précédé la décompensation, elle se plaint du stress de son poste de travail et de difficultés de santé, instabilité pondérale avec tendance au surpoids et douleurs lombaires à répétition ; elle évoque plusieurs fois un désir de grossesse mal assuré, car elle se sent toujours en insécurité professionnelle.

En janvier 2006, elle téléphone au médecin du travail en larmes ; il y a eu un clash au travail, elle va très mal et sollicite un rendez vous. Elle est reçue quelques jours plus tard pour un entretien de clinique médicale du travail.

L'ENTRETIEN DE CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

Le travail clinique s'intéresse au premier abord à l'incident en cause dans la décompensation.

Eva assure la totalité des fonctions, standard et

accueil. Elle a droit à une pause de 15 minutes par jour. Quatre employées sont désignées pour la remplacer pendant ses pauses ; elles prennent la permanence pour la semaine entière. Eva profite de sa pause pour aller aux toilettes. Le jour de l'incident, elle appelle sa remplaçante L. qui n'est pas à son poste. Elle appelle P. le responsable de L. qui répond que L. n'est pas avec lui dans son bureau. Elle lance plusieurs appels au micro sans résultat. Elle téléphone à plusieurs reprises sans succès. Personne ne peut la remplacer. Elle ne peut pas quitter son standard malgré l'envie pressante d'aller aux toilettes. Peu avant 11 heures, un collègue lui dit : « quand P. aura terminé avec L., tu me fais signe, j'ai besoin de lui parler ». A ce moment là L. arrive ; P. voulait finir une offre de prix avec elle. Eva comprend qu'on lui a menti et prend conscience du manque de considération à son égard.

Eva : « J'avais tellement attendu, j'étais tellement tendue, que j'ai du me rasseoir sur le siège à 5 reprises pour vider complètement ma vessie. Ensuite j'ai ressenti une douleur de ventre, puis un blocage au dos. Cela m'arrive souvent quand il y a beaucoup d'appels, que les collaborateurs ne décrochent pas et que je suis stressée. »

Elle ajoute : « Il y avait la tension du poste, la tension liée au besoin d'uriner, la tension du manque de considération... et puis ce mal de dos. J'étais très mal. J'ai appelé mon responsable pour lui dire que je ne pourrai pas venir travailler l'après midi en demandant s'il m'autorisait à prendre une demi journée de congés ou s'il voulait que je fournisse un certificat médical. Il m'a demandé si je pouvais tenir le poste jusqu'à midi et m'a accordé le congé. J'ai tenu malgré mon mal de dos ».

A midi, Eva arrête le standard et au moment de quitter son poste, la DRH, informée de la demande d'absence d'Eva, descend le courrier à affranchir. Eva prend le temps de l'affranchir afin de ne pas le laisser à sa remplaçante.

Le lendemain, en arrivant, son responsable la remercie d'être là. La veille, en la voyant partir, il lui avait dit : « Reposez vous, vous n'avez pas l'air bien ». Il l'informe que la DRH lui a envoyé un mail, mail adressé également au chef d'entreprise et au responsable commercial (mais pas à elle!), et il cite : « Eva est une hystérique, c'est une malade imaginaire! ». Eva fond en larme.

Son responsable l'informe qu'il est intervenu auprès de la hiérarchie pour la défendre. Eva insiste pour être reçue par le chef d'entreprise en

présence de la DRH mais celui-ci répond « affaire classée ! ».

Malgré son caractère anecdotique, cet incident a profondément déstabilisé Eva : elle est dans un état de souffrance morale caractérisée, elle a du mal à retenir ses larmes ; elle ne dort plus ; elle a mal au dos. Son médecin traitant lui a prescrit un traitement antidépresseur mais elle refuse de prendre des médicaments comme en 2003 « pour tenir au travail ». Elle dit être incapable de poursuivre ce travail plus longtemps.

Pour ne pas en rester au stade du conflit relationnel, l'exploration clinique mérite que l'on instruisse le travail dans toute sa dimension.

Eva explique qu'elle commence à 7h 45 le matin mais arrive à 7h20 car cela lui permet de prendre de l'avance dans son travail car elle n'arrive pas à traiter les tâches annexes entre les appels. Elle prend le standard de 8 heures à 12 heures puis de 13h30 à 17h30. Elle est assujettie à son poste mais elle a droit à une pause de 15 minutes par jour ; elle prend 10 minutes le matin et 5 minutes l'après midi. Elle profite de sa pause pour aller aux toilettes mais aussi pour dispatcher différents documents aux services concernés, stratégies qu'elle a développées pour remplir l'ensemble des tâches qui lui sont assignées.

Le nombre d'appels se révèle particulièrement important : il se situe entre 700 et 1000 appels par jour, chiffres confirmés par les listings informatiques. Cette charge de travail est aggravée par le manque de considération de la fonction. Depuis un récent plan social, tout le monde est stressé par la charge de travail, nombreux commerciaux laissent sonner avant de décrocher, parfois de façon systématique ; tout est vérifiable sur les listings : les horaires, les appels, les absences de réponse... ce sont toujours les mêmes qui ne décrochent pas. Elle cite un commercial en train de discuter avec un collègue devant l'accueil, elle insiste pour lui passer un client, il répond : « Tu vois bien qu'on discute ! ».

Actuellement, il y a des problèmes d'organisation dans le service logistique, les clients sont agressifs car ils attendent leurs commandes. Ils appellent pour se plaindre auprès d'elle de ne pas avoir été rappelés. Pourtant Eva a une bonne mémoire, très utile dans son travail. Si un collègue passe lui dire qu'il s'absente jusqu'à telle heure, elle stocke l'information et renseigne le correspondant. Mais beaucoup ne le font pas et le téléphone sonne en vain.

Quand elle n'est pas là, ses collègues s'en sentent mal et beaucoup d'appels sont perdus. Aussi, personne ne veut la remplacer. Quand elle doit s'absenter, c'est terriblement compliqué. Pour une journée d'absence, pour accompagner sa mère se faire opérer, elle a dû informer par mail 11 personnes ! Elle énumère : le service du personnel, ses remplaçantes, leur chef respectif, ...

Quant au salaire, elle n'a eu aucune augmentation depuis son intégration, après le rachat de son entreprise. Pour la direction, les salaires antérieurs étaient trop élevés. Mais les charges augmentent et son revenu baisse. Tous ont eu droit à la prime de qualité, sauf ceux de son ancienne entreprise. Quand elle a demandé une augmentation, on lui a répondu qu'elle était assez bien payée pour le standard !

Eva est dans l'incompréhension totale de ce qui lui arrive. Elle est en permanence sous les caméras qui surveillent l'entrée, tout ce qu'elle fait est contrôlable, toutes ses difficultés sont vérifiables ... alors pourquoi ce mail assassin, cette réponse inacceptable : « affaire classée ! ».

QUEL ACCOMPAGNEMENT POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL ?

Un travail en groupe de pairs, mis en place autour de la clinique médicale du travail, va permettre la mise en débat de l'histoire clinique. Le médecin du travail, inquiet pour la santé d'Eva, veut rencontrer l'employeur, mais sent implicitement que le dossier est délicat sur le plan relationnel.

Le médecin de l'entreprise est dans une posture d'alerte sur un risque psychologique lié au comportement de la DRH. Il est englué dans des états d'âme personnels, empreints de culpabilité (il n'a pas pris en considération la plainte de l'ancienne standardiste), de révolte devant l'histoire d'Eva, mais aussi d'amertume car la DRH a cherché à le déconsidérer en réunion et ses propos lui ont été rapportés.

Le débat est vif car le médecin tient sa posture : dans les situations de harcèlement moral, la responsabilité de l'employeur doit être rappelée. Les pairs réussissent à le convaincre d'orienter l'intervention sur la pénibilité du poste. Il ne faut pas penser la situation en termes de conflit interpersonnel. Il faut recentrer l'alerte sur le risque lié à l'organisation du travail, à la forte charge mentale du poste, au manque d'autonomie procédurale.

Si le fort investissement déployé par Eva répond aux objectifs de l'entreprise, il ne lui apporte pas de satisfaction personnelle en termes d'utilité sociale et de réalisation de soi. Pour ne pas penser sa souffrance au travail, Eva se met dans un

processus d'auto accélération, elle travaille pendant les pauses, elle diffère ses propres besoins physiologiques. A défaut de reconnaissance au travail, elle décompense sur un mode anxio-dépressif avec troubles somatiques.

Dans l'entretien du médecin avec l'employeur, l'inquiétude pour la santé d'Eva sera la préoccupation prioritaire. Eva est compétente dans sa fonction, le standard est un poste stratégique pour l'entreprise, sa qualité doit être conservée. Le médecin souligne que le nombre d'appels est particulièrement important par rapport à d'autres standards. L'expérience ayant montré que le profil de la clientèle ne se prête pas à une automatisation de certains appels, malgré les possibilités offertes par l'outil actuel, il faut donc trouver d'autres moyens pour diminuer la pénibilité du poste.

QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION SONT ÉVOQUÉES :

Ne pourrait-on pas alléger le nombre de tâches annexes ? Revoir l'organisation des pauses ? Sensibiliser les commerciaux sur la difficulté du standard, la nécessité d'être plus réactif ? Sensibiliser le personnel sur la nécessité d'être plus respectueux de la fonction ? ...

Mais aussi, ne pourrait-on pas accéder à la demande d'Eva qui souhaite changer de poste, pour tenir compte de son épuisement professionnel et des répercussions actuelles sur sa santé ?

L'entretien s'est bien passé ; l'employeur a pris acte de la nécessité d'améliorer les conditions de travail du standard et se dit prêt à étudier une éventuelle mutation sur un poste moins sollicitant. A la fin de l'entretien, il ose quand même dire : « Le problème d'Eva, c'est qu'elle est bavarde ! ».

EPILOGUE

La mutation d'Eva sur poste d'assistance commerciale a été brève. Les agences intérimaires sollicitées ont envoyé plusieurs standardistes, toutes plus expérimentées les unes que les autres, qui ont toutes jeté l'éponge au bout de quelques jours. Eva est seule à pouvoir tenir le poste. Avec quatre années de recul, toujours au poste de standardiste, il est intéressant de constater qu'Eva va plutôt bien. Sur le plan organisationnel, le nombre de tâches annexes a diminué. L'organisation des pauses a été revue et elle ne les consacre plus au travail. Le personnel a été sensibilisé à la pénibilité du standard et le responsable d'Eva veille à limiter les dérapages.

Sur le plan matériel, des efforts ont été fait sur l'ergonomie du poste : acquisition d'un siège de

bon confort ergonomique, amélioration de l'outil informatique, protection contre les courants d'air... Chaque demande est immédiatement prise en considération.

Eva conserve un fort investissement dans son travail ; la charge mentale est toujours importante mais elle reconnaît aimer ce travail et se sent à l'aise dans son poste. Ses remplaçantes s'étonnent de sa capacité à gérer. Sa santé s'est améliorée, elle a stabilisé son poids et ne se plaint plus de son dos.

QUELS ENSEIGNEMENTS NOUS LIVRE CETTE HISTOIRE CLINIQUE ?

L'investissement d'Eva reste énigmatique ; elle impose à son corps de telles exigences (comme s'interdire d'abandonner son poste pour aller aux toilettes) que la seule crainte de perdre son emploi ne peut expliquer. Il y a peut-être dans l'histoire d'Eva, une raison à cette hyperactivité que l'entretien clinique n'a pas permis d'identifier.

Le temps de parole proposé par le médecin du travail a pu permettre à Eva de mesurer la complexité de son travail. L'écart est grand entre le travail prescrit et la mobilisation mise en œuvre pour tenir ce standard. Elle fait preuve d'une sensibilité particulière pour analyser en temps réel les demandes. Elle déploie compétences et stratégies personnelles. Elle a pris conscience d'un savoir faire qu'elle est seule à maîtriser.

La récupération de son pouvoir d'agir lui permet de se défendre : elle rapporte en consultation quelques anecdotes significatives : elle tient tête au comportement directif et sans nuance de la D.R.H., elle se bat pour obtenir un aménagement temporaire d'horaire afin de pallier à un problème familial ...

En conclusion, à travers une histoire clinique banale, cette monographie témoigne de l'intérêt de la clinique médicale du travail et de l'évaluation des pratiques entre pairs, pour aider le médecin du travail dans ses missions : éviter les atteintes à la santé, prévenir la désinsertion professionnelle. L'analyse approfondie de l'activité, en prenant en compte l'investissement subjectif d'Eva, a permis de dépasser le stade du conflit relationnel pour instruire le travail dans son intégralité et mettre en relief les difficultés intrinsèques du poste de travail en lien avec l'organisation de travail.

Grâce au regard extérieur des pairs, le médecin du travail a pris le recul nécessaire pour construire une alerte pertinente et recevable par l'employeur pour la recherche de solutions.

Dicton d'employeur : « Standardiste, cessez vos bavardages, mettez vous au travail ! »

TRAVAIL EN RÉSEAU, CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL : des outils nouveaux pour répondre aux problèmes de souffrance au travail

Annie DEVEAUX, médecin du travail

Médecin du travail en secteur semi rural depuis 30 ans, j'ai le privilège de travailler avec le même réseau, restreint en nombre, de confrères médecins généralistes, dans un secteur très dépourvu de psychiatres libéraux, de psychologues et psychothérapeutes.

Dans le contexte actuel de pression sur les indemnités journalières, les salariés qui expriment une souffrance au travail auprès de leur médecin traitant, se voient conseiller, pour ceux qui ne se sont pas adressés d'emblée spontanément au médecin du travail, de prendre contact avec le service de santé au travail. De plus, la surcharge de travail liée à une démographie médicale préoccupante, amène les mêmes médecins généralistes à nous adresser tous les patients présentant des problèmes de santé liés au travail, pour tous les aspects de leur prise en charge qui ne relèvent pas de prescription médicale (indemnités journalières, traitements). C'est ainsi que nous sommes adressés les patients pour leur suivi, en cas de souffrance au travail, comme en cas de toute autre maladie professionnelle. Il est vrai que nous avons toujours assumé de rédiger tous les certificats de maladie professionnelle. Il nous arrive donc aussi d'avoir à refuser de recevoir des salariés qui veulent prendre rendez-vous, mais qui ne relèvent pas de notre service de santé au travail (fonction publique d'état, par exemple).

UNE APPROCHE PROFESSIONNELLE SPÉCIFIQUE : LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

Au fil du temps et en fonction des compétences construites progressivement, face à une demande de plus en plus fréquente, notre posture professionnelle a évolué et nous avons construit un mode de « prise en charge », mais aussi de prévention, basé sur un travail clinique propre à notre spécialité, la clinique médicale du travail. Nous récusons, il y a quelques années, toute forme de suivi « thérapeutique » au prétexte que notre mission exclusivement préventive nous interdisait toute prise en charge thérapeutique, mais surtout, il faut bien l'avouer, faute de nous autoriser à risquer une approche professionnelle spécifique à notre métier, approche professionnelle qui nous amènera hors des sentiers battus de l'exercice traditionnel organisé et prescrit par le Code du Travail, autour de l'aptitude au poste de travail.

J'ai encore en mémoire l'appel de ce médecin généraliste, me demandant conseil en urgence pour une éducatrice spécialisée, amenée, effondrée dans son cabinet dans un contexte de stress post traumatique aigu. J'ai conseillé de faire une déclaration d'accident de travail, proposé de recevoir cette salariée le soir même, en fin de journée, et, de fait, j'en ai assuré le suivi au fil du temps ; le médecin généraliste assurant la prescription de l'arrêt de travail et les traitements ad hoc et le médecin du travail effectuant un travail clinique avec cette salariée, à partir de sa trajectoire professionnelle jusqu'à cet accident. Plusieurs entretiens permettront d'analyser, à partir du travail, les réactions du collectif, de la direction, de préparer le retour au travail, alors qu'au départ, pour cette salariée, il était inenvisageable de reprendre ce métier, en raison de cet accident : obtenir que cet accident s'intègre à son

histoire professionnelle, comme un échec du travail ce jour-là mais surtout comme une expérience professionnelle. Ce travail conduira cette éducatrice à plusieurs publications sur cette expérience vécue puis partagée avec ses pairs, contribution professionnelle au débat sur son métier. Il convenait alors de déconstruire le phénomène « victimologique » très en vogue pour en faire un « échec du travail ». Le travail clinique permettra à cette salariée de faire le lien entre « l'activité rêvée » et l'activité réalisée, mais aussi de faire le lien entre ce qui dans son histoire personnelle l'avait conduite à choisir ce métier et en quoi l'échec du travail ce jour-là (l'accident grave d'un membre du groupe qu'elle encadrait) résonnait avec son histoire personnelle et son engagement dans le travail.

D'autres fois, il s'agira de dédramatiser des situations de tension, pour permettre un retour au travail et répondre, par une prise en charge très ponctuelle, à un courrier de médecin généraliste évoquant une situation de harcèlement au travail. Un clash avec le directeur de la grande surface avait amené cette jeune fille d'une vingtaine d'années, dans son premier emploi de responsable du rayon traiteur, à quitter son poste pour se rendre chez son médecin traitant qui prescrivit alors quelques jours d'arrêt de travail. Le PDG du magasin avait téléphoné à sa mère, évoquant un caprice et prévoyait un entretien avec elle à son retour.

L'analyse de la situation de travail des différents protagonistes mettait en évidence une période difficile pour tous : un agrandissement du magasin, une réimplantation, des travaux de peinture, la vente se poursuivant avec, tous les jours, des zones à protéger ou à déplacer. Jusque là, les relations avec le directeur avaient été excellentes, cette jeune fille adorait son travail et s'y investissait beaucoup. Elle ne comprenait pas ce

« coup de gueule » devant des clients, qu'elle avait pris totalement pour elle... Reprendre les mots prononcés ce jour-là par le directeur, mots gravés dans sa mémoire, permettra de montrer qu'il fallait interpréter ces mots adressés à tous les témoins (et donc surtout les clients), comme une manifestation de la « souffrance au travail du directeur ». Ces mots ne s'adressaient donc pas à elle. Elle put alors retourner au travail, rassurée sur ses compétences professionnelles, munie de quelques conseils stratégiques, comme de refuser toute intervention de sa mère auprès de la direction du magasin ; elle avait compris le risque de l'alliance des adultes (sa mère et le PDG) pour interpréter sa fuite temporaire comme un caprice de petite fille.

CRÉATION D'UN RÉSEAU RÉGIONAL « SOUFFRANCE AU TRAVAIL »

Le contexte de l'exercice professionnel des médecins du travail n'évoluant guère, malgré des perspectives démographiques préoccupantes ; l'intérêt dans le métier totalement renouvelé par cette approche clinique, l'efficacité indiscutable de cette approche, y compris dans une meilleure connaissance **des situations concrètes de réalisation du travail** et donc en efficacité préventive des atteintes à la santé, m'amènera naturellement à répondre à la demande de la Mutuelle Centre Est pour participer à la création et au fonctionnement d'un réseau régional Souffrance et Travail, qui entame sa 4^{ème} année.

L'accueil téléphonique y est réalisé alternativement par les 3 médecins du travail du réseau ; il permet de préciser le cadre de la situation de souffrance au travail et d'orienter si besoin d'emblée vers un conseil juridique. Une proposition d'entretien clinique est faite, comportant un premier rendez-vous dont la durée minimale est d'environ 2 heures.

Le premier constat de l'accueil téléphonique est la diversité des représentations du médecin du travail qu'ont les salariés, puisque nous leur demandons assez systématiquement s'ils ont évoqué leur situation avec leur médecin du travail. C'est aussi la diversité des réactions des médecins du travail, quand les salariés ont pu les joindre, entre ceux qui recevront volontiers un salarié en souffrance et ceux pour qui, il faut attendre la reprise de travail. Il y a aussi tous ceux qui ne savent pas qu'ils peuvent prendre contact avec leur médecin du travail ou qui ne savent pas où le joindre. Nous découvrons également que les appelants sont très satisfaits de l'existence d'un « lieu » où réfléchir sur leur situation de travail, sans que le clinicien ait de possibilité d'intervenir directement sur cette situation.

Les patients sont majoritairement adressés par leur médecin généraliste ce qui prouve bien toute l'ambiguïté de la position actuelle du médecin du travail et l'entrave que constitue l'avis d'aptitude, qui empêche souvent le travail clinique avec le salarié et qui suscite également la méfiance des soignants. D'autres salariés sont adressés par les CMP, les assistantes sociales, l'inspection du travail. Beaucoup de salariés ont découvert le réseau via Internet.

La consultation part de la trajectoire professionnelle (dont le choix ou le non choix du métier) pour arriver à la situation actuelle et ses tensions. On observe des différences entre hommes et femmes, sur ce qui rythme, versus vie privée, le travail : pour les femmes, les enfants et les changements d'emploi pour suivre le conjoint ; pour les hommes, les ruptures professionnelles et les divorces. Le récit permet d'accéder à la situation de travail ; ne pas connaître l'entreprise, ne constitue pas un handicap, au contraire parfois. Le récit permet d'accéder à l'activité concrète, à ses développements possibles ou empêchés et donc à l'origine des conflits ou des difficultés. Par activité, nous entendons l'activité telle qu'elle est définie par Yves Clot : l'activité réelle comprend l'activité réalisée mais aussi

l'activité rêvée et l'activité empêchée. Le récit met en scène les objets du travail : les outils, mais aussi les collègues et leur activité, la hiérarchie, le cadre de travail.

QUELLE DIFFÉRENCE ENTRE LA CONSULTATION « SOUFFRANCE ET TRAVAIL » ET LA CONSULTATION DE MÉDECINE DU TRAVAIL ?

La première différence, qui n'est pas toujours un handicap, bien au contraire, tient à ce qu'il n'y a pas d'implicite : nous ne connaissons l'entreprise, les collègues, l'histoire que par le récit qui nous est fait, ce qui permet de faire préciser autant que de besoin. Il s'agit toujours de faire raconter les conditions concrètes de réalisation du travail, les difficultés rencontrées, les conflits de métier.

On nous objectera qu'une telle durée de consultation est impossible dans un service : en fait on apprend beaucoup plus sur les situations de travail, leurs difficultés, les conséquences en termes d'atteintes à la santé, par quelques entretiens cliniques sollicités par des salariés que par les consultations systématiques de tous les salariés d'une entreprise. Cette connaissance et cette compréhension prendront tout leur intérêt en prévention primaire, lors des visites d'embauche, de jeunes diplômés par exemple, et guideront également une activité de tiers temps efficace, dans le cadre par exemple de troubles musculo-squelettiques. Ces consultations n'auront le plus souvent aucune « visibilité administrative » : pas de courrier, pas de fiche de visite (ce qui n'est pas sans poser de problème à l'heure de l'évaluation toujours exclusivement comptable de l'activité du médecin du travail).

La deuxième différence tient à ce que nulle intervention de la part du clinicien n'est attendue ou sollicitée : ceci constitue plutôt un avantage, car nous savons tous combien l'intervention directe du médecin peut-être fragilisante pour le salarié qu'elle prétend protéger. L'action du médecin du travail, c'est essentiellement le travail clinique,

mené avec le salarié sur son activité concrète : le médecin pourra établir alors un certificat médical attestant d'une maladie professionnelle (TMS par exemple), le salarié utilisant ce certificat s'il n'a pu faire évoluer (individuellement ou collectivement) une situation de travail délétère.

Développer cette activité clinique, amène à tenir un dossier médical, bien différent de celui qui nous a été enseigné et finalement assez proche de celui recommandé actuellement par la HAS : le dossier médical, c'est la trajectoire professionnelle, (dont les petits boulots étudiants, l'étonnement suscité par le premier travail et l'effet du travail), avant les antécédents médicaux personnels, le métier des parents avant les antécédents médicaux familiaux.

Le dossier médical, c'est bien sûr, noter les expositions et les conditions d'expositions aux différents risques physiques, chimiques, mais c'est aussi repérer dans une trajectoire d'une part les compétences construites et d'autre part les développements empêchés (et le cortège des manifestations somatiques souvent associées comme une HTA ou des gastralgies), bref ce qui permettra, lors des examens d'embauche d'anticiper certaines difficultés prévisibles. A noter que c'est l'entretien clinique qui permet de se faire préciser à postériori les conditions d'expositions aux risques chimiques et physiques.

A ce jour, nous ignorons quelles seront les conditions d'exercice de notre métier. Une certitude, personne ne croit plus à une prévention possible basée sur la délivrance d'avis d'aptitude, dont il n'existe nulle définition d'ailleurs. Il reste de notre responsabilité de défendre et de développer « le métier de médecin du travail » en développant la clinique médicale du travail qui permet d'accéder à la compréhension des situations de travail et par là, à une reprise des débats collectifs source d'évolution de ces situations. Le développement de consultations « souffrance au travail », à l'initiative du mouvement social, permet en tout cas de montrer « les manques » de l'organisation actuelle des services de santé au travail.

Du temps pour la clinique médicale du travail

Gilles ARNAUD, médecin du travail

La spécialité de médecine du travail a fortement évolué au cours des dernières décennies. Au départ, elle s'est très largement construite à partir de l'héritage de la médecine légale, de la médecine d'usine, et le mouvement social, issu du Conseil National de la Résistance notamment dans son programme de 1943, en a fixé la traduction législative et réglementaire. C'est sur ces premières bases que les dimensions de dépistage, de réparation et de sélection ont été instaurées.

Par la suite, suivant l'évolution du travail, la médecine du travail s'est rapprochée des préoccupations de prévention primaire reprenant ainsi la mission initialement annoncée en 1946, malheureusement sans s'émanciper vraiment de la sélection, du dépistage et de l'action d'adaptation des travailleurs aux conditions de travail prédéterminées.

Dans un premier temps, grâce à l'apport de disciplines comme la physiologie du travail, l'ergonomie, l'épidémiologie, la sociologie et plus récemment la psychodynamique du travail, la spécialité, dans son enseignement, s'est émancipée de la stricte pathologie du travail. Aujourd'hui, ces divers apports tendent à structurer la spécialité vers un exercice dont la clinique médicale du travail et l'action en milieu de travail constitueraient le socle.

1/ QU'EST-CE QUE LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL ?

Certains parlent de clinique du travail, d'autres de clinique de l'activité. Le propos de ce texte n'étant pas de s'occuper de la dimension sémantique de cette activité, nous nous contenterons d'essayer de définir la clinique médicale du travail, puis dans un deuxième temps nous essaierons de la situer dans la description de l'activité couverte par la spécialité médecin du Travail. Enfin nous discuterons des conditions nécessaires à l'exercice de cette activité, et à son développement.

Une pratique

La clinique médicale du travail n'a pas encore de définition bien précise. S'agit-il d'une pratique, d'une spécialité ? Pour ma part, je pense à une pratique de prévention en santé travail. Une pratique, car elle est issue du terrain et le fruit de la mise en commun par les professionnels de leurs observations, de leurs manières de travailler...

La clinique médicale du travail s'exerce dans un lieu bien précis, le cabinet médical ; dans un cadre défini, l'entretien médico professionnel, quel que soit son motif. Elle s'élabore entre un professionnel de santé et un travailleur, dans le cadre d'un colloque singulier. Cette consultation est couverte par le secret médical et le Code de déontologie.

De fortes particularités

Elle se présente avec des particularités très fortes. Les pathologies en lien avec le travail, lorsqu'elles sont diagnostiquées, à part quelques cas particuliers, ne diffèrent pas fondamentalement des pathologies courantes observées en médecine. Par exemple, syndrome dépressif, tendinite, cancer... Ces pathologies présentent très souvent l'unique particularité d'avoir une étiologie relevant de l'activité de travail. Néanmoins, elles sont parfois multifactorielles, si bien que les étiologies hors activité de travail sont, la plupart du

temps, retenues de manière prépondérante voire exclusive. C'est ainsi qu'un cancer broncho-pulmonaire sera attribué plus facilement au tabac qu'à une exposition professionnelle à l'inhalation de fibres d'amiantes ou de fibres de céramique.

Enfin, il faut souligner que le lien entre ces pathologies et le travail est souvent difficile à établir (même lorsque l'étiologie principale est le travail) pour de multiples raisons :

- latences entre la maladie et l'exposition professionnelle
- absence de traçabilité des expositions professionnelles ou simplement des lacunes.
- difficultés à établir la réalité des choses dans un milieu de travail où les relations sont souvent conflictuelles et où les employeurs sont prêts à minimiser, voire à nier la réalité des expositions professionnelles (pour des raisons le plus souvent juridiques mais aussi pour des raisons d'idéologie défensive de métier, de déni du risque).

Des impacts sur les conditions de travail

Cette clinique médicale du travail, pratiquée au cabinet médical, a des développements en termes d'impacts sur les conditions de travail. En effet, c'est bien grâce à la clinique médicale du travail, relayée par les actions juridiques et les associations de victimes, que des pathologies comme les suicides sur les lieux de travail ont été reconnus comme pathologies professionnelles.

Un autre aspect, concerne la mise en visibilité de conditions de travail délétères en termes de souffrance mentale. Celle-ci a pour conséquence soit un retrait de l'exposition des travailleurs en souffrance soit une instruction très précise du travail réalisée au cabinet médical, suivie d'une restitution, d'une mise en débat et d'une réorganisation du travail.

En effet, c'est bien souvent, au cabinet médical, avec la porte d'entrée de la souffrance au travail que l'analyse très détaillée des déterminants est réalisée. La souffrance psychique des travailleurs

qui est souvent exprimée au départ en termes de difficultés relationnelles avec notamment la hiérarchie, se retrouve, après analyse, liée à des questions d'organisations du travail avec tous les déterminants identifiés à ce jour (identification du travail, travail par objectifs, manque de moyens, manque de reconnaissance, conflits éthiques...)

Une consultation de clinique médicale du travail est différente d'une consultation de médecine du travail : parce que la consultation en clinique médicale du travail va interroger de manière très détaillée les déterminants en santé au travail ; parce que cette consultation va déboucher sur des conseils en matière de conditions de travail ; parce qu'elle va avoir des suites en matière d'observation des conditions de travail avec pour objet :

- une alerte sur les conditions de travail auprès de l'employeur
- des conseils en matière d'amélioration
- la rédaction d'annexes à la fiche d'entreprise
- des demandes d'actions des pôles techniques dans le cadre de la pluridisciplinarité

Nous sommes bien au-delà d'une consultation de médecine du travail qui a des objectifs plus réduits de dépistage et d'avis d'aptitude.

2/ LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL EST DIFFICILE À DÉVELOPPER ACTUELLEMENT

Plusieurs raisons expliquent ces difficultés :

- Il est difficile de privilégier cette activité à un moment où il est question, sous la pression européenne, de traiter des conditions de travail de manière hygiéniste, c'est-à-dire dans une orientation complètement différente de celle de la France depuis 1946. En France l'action médicale, par essence individuelle, a été privilégiée tandis qu'en Europe du Nord l'accent a été mis sur l'action collective. Celle-ci, en préconisant un environnement de travail conforme, est présumée faire face aux atteintes individuelles à la santé.

- La pénurie de médecins du travail organisée autour de l'idée de l'économie de la santé, visant à réduire le déficit de l'assurance maladie, est une catastrophe en termes de prévention. En effet, assimiler des spécialités visant la prescription de traitements des maladies et des spécialités visant la prévention des maladies n'est pas logique. Car, la prévention, à la différence de la médecine curative, va générer des économies de santé !
- De manière générale, il est plus commode d'agir sur les comportements individuels que sur les causes des pathologies. C'est ainsi que la position du professionnel est plus simple lorsqu'il prescrit, en tant qu'expert et sachant, l'abandon du tabac ou la pratique d'activités sportives ou le port d'équipements individuels de protection ... Par ailleurs, l'intervention dans le domaine des conditions de travail demande beaucoup plus d'énergie, de temps et d'humilité, tout en étant source de conflits potentiels avec les employeurs.

3/ LA NÉCESSITÉ DE DÉVELOPPER LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

On est actuellement face à une nécessité de développer la clinique médicale du travail. **Il est donc indispensable de se pencher sur les moyens nécessaires à l'exercice de cette clinique médicale du travail. Au même titre qu'il est reconnu, depuis les décrets de 1978 et 2004, que l'action en milieu de travail est une priorité, il est aujourd'hui nécessaire de déterminer la priorité de la consultation Santé Travail.**

Les expériences en cours, menées dans des conditions satisfaisantes, montrent qu'il est nécessaire, pour aborder le contenu du travail au cabinet médical, de disposer d'un temps de consultation adapté : temps et disponibilité pour l'écoute ; auquel s'ajoute un temps important pour la rédaction de monographies, de courriers d'alertes, de compilations de témoignages ...

Ce temps de consultation, destiné à recueillir des informations à la fois sur les indicateurs de santé

et sur le contenu et l'organisation du travail, va se dérouler dans un lieu clos au cours de colloques singuliers.

Cette pratique est gourmande en temps et il est nécessaire, dans le cadre des orientations préventives, de décider si elle doit être maintenue et développée.

Il serait dommage de perdre toute cette richesse d'expression et ces éléments d'analyse qui permettent de remettre le travail au centre des problématiques de santé individuelles et qui, de plus, sont souvent une porte d'entrée principale pour la restauration de l'action en termes de travail.

Dans le cadre d'une réforme annoncée, ne faut-il pas commencer par déterminer les besoins en prévention Santé Travail ? La clinique médicale du travail pourra alors légitimement apparaître comme une nécessité.

Dans un second temps, la mise en place politique et réglementaire des moyens appropriés nécessaires à son exercice s'impose.

La question se présentera alors de deux manières :

- soit on abandonne la notion d'effectifs de travailleurs confiés à une équipe médicale du travail : dans ce cas, il faudra travailler par objectifs sans que les moyens ne soient forcément en adéquation. On sait que les notions de travail par objectifs et de priorités, qui sont issues du monde marchand, ne peuvent pas être transposables en matière de santé.
- soit on maintient la notion d'effectifs confiés : il est alors possible de diviser le temps de travail en action en milieu de travail et en consultations ; les deux parties peuvent être bien identifiées et bien séparées. On évite alors de faire appel aux notions de priorités et d'objectifs et il est possible de réfléchir aux besoins humains correspondants.

Face à un déficit chronique et aggravé de temps médical, relevant d'une pénurie démographique construite dès la formation initiale des médecins du travail, il s'ouvre plusieurs réponses. Tout d'a-

bord, augmenter la formation initiale des médecins du travail et mettre en place immédiatement des passerelles entre les diverses spécialités médicales. Ensuite, mettre en place des équipes médicales coopératives incluant des infirmières en santé au travail.

4/ CEPENDANT, IL EXISTE DES OBSTACLES DE TAILLE :

Les représentants des employeurs ont des objectifs précis :

- maîtriser et diminuer les coûts de la prévention en santé au travail.
- développer une politique de prévention basée sur la sécurisation juridique des entreprises.
- organiser la prévention en santé au travail en participant activement aux objectifs des services et ainsi en ayant la main mise sur l'indépendance des médecins du travail.
- faire cesser les témoignages des professionnels qui mettent en cause l'organisation du travail.

5/ EN CONCLUSION

La clinique médicale du travail apparaît sans aucun doute comme une nécessité pour les professionnels de la santé au travail, pour les usagers et leurs représentants. Elle est le lieu unique d'expression et d'analyse de la souffrance psychique des travailleurs. Elle permet aussi de faire émerger des pistes d'actions pragmatiques au plus près du terrain et des réalités du travail.

Mais, en santé au travail comme dans tous les domaines de la santé, l'attention qui doit être portée à chaque salarié et à chaque situation de travail nécessite du temps et donc des moyens appropriés.

Cette pratique dont nous commençons à mesurer toutes les richesses et l'importance fondamentale pour comprendre les problématiques de la santé au travail va-t-elle vraiment pouvoir se développer ? Si elle n'est pas encore morte, qu'advient-elle, dans le contexte actuel et plus encore avec le temps des réformes ?

**N'HÉSITEZ PAS À VISITER NOTRE SITE :
HTTP://SNPST.ORG.**

Vous y trouverez une rubrique « SOUFFRANCES » dans laquelle vous pourrez voir :

- *Les prises de position du SNPST sur cette question depuis 2009*
- *Une revue de presse*
- *Un forum de discussion*

Rendez-vous sur le net ; n'hésitez pas à nous faire part de vos réactions, vos expériences ...

15 UNE MÉTHODOLOGIE D'INTERVENTION POUR AGIR SUR LE MILIEU DE TRAVAIL

Une interview¹ de Pierre JANSOU, Médecin du Travail

FB : Tu es médecin du travail en service inter-entreprises depuis de nombreuses années, peux-tu nous expliquer comment tu en es arrivé à la démarche dont tu veux nous parler ?

PJ : Depuis longtemps, j'ai eu recours à des réunions de salariés pour les faire échanger sur leurs difficultés, particulièrement dans les structures associatives et dans le secteur du travail social. J'ai pu apprécier l'apport positif de ces réunions que j'animais avec l'accord de l'employeur et du CHSCT.

De fil en aiguille mon rôle de médecin du travail s'est transformé : il s'agit pour moi de négocier d'abord avec le CHSCT puis avec l'employeur la possibilité de réunir des groupes de salariés afin qu'ils puissent s'exprimer sur leurs difficultés et sur les marges de manœuvres plus ou moins importantes, qu'ils ont ou qu'ils n'ont pas, pour les surmonter ou les subir. De plus en plus, j'avais le sentiment de devenir médiateur.

Par ailleurs j'ai souvent été insatisfait des résultats des « audits sociaux ». Ils disent tous la même chose, en restant à des généralités (manque de reconnaissance, le travail n'a pas de sens, le salaire est insuffisant), pointent rarement des problèmes spécifiques et débouchent peu sur des actions de prévention. On pourrait presque parler de voile d'ignorance : « maintenant on vous a écouté, on continue comme avant ».

FB : Qu'est-ce qui t'a donné l'occasion d'engager une démarche que l'on peut qualifier d'innovante ?

PJ : J'ai en charge une entreprise de plus de 100 salariés, qui fait partie d'un grand groupe. La production implique des contraintes de travail diverses : travail en 3x8 du lundi au vendredi, manutentions, répétitivité, travail à la chaîne, bruit, poussières...

Au-delà des atteintes physiques à la santé (ex : les TMS), le stress au travail était de plus en plus important. Pour moi, je crois qu'il s'agit surtout d'un vécu de plus en plus douloureux face à un

management de plus en plus « moderne » (Lean manufacturing, toyotisme). L'absentéisme augmentait mais aussi les altercations verbales toujours plus violentes entre les salariés et leur hiérarchie...

Les salariés ont saisi l'inspecteur du travail qui, à l'occasion d'une réunion du CHSCT a rappelé à l'employeur l'obligation d'évaluation du risque psychosocial.

L'employeur et le médecin coordinateur du groupe m'ont demandé mon avis et nous nous sommes mis d'accord pour une intervention qui favoriserait des outils qualitatifs (entretiens collectifs) plutôt que quantitatifs (questionnaire).

Il a donc été fait appel à une intervenante psycho-ergonome qui a travaillé de cette manière là. Son intervention a duré pendant trois mois. Trois groupes d'expression ont été constitués : le comité de direction, les membres du CHSCT et les cadres de proximité. L'intervenante est venue trois fois pendant deux jours consécutifs : chaque fois se tenait une réunion de chaque groupe (3 demi-journées) puis une réunion de synthèse.

FB : Quels ont été les effets de cette intervention ?

PJ : On a recommencé à se parler, à discuter, beaucoup a été dit. Tout en parlant on est passé des réactions affectives à l'objectivation de multiples situations de travail et de problèmes pour lesquels on aurait pu faire des études de poste complémentaires. D'un « vague » risque psychosocial on est arrivé aux difficultés concrètes du travail. En fait, il semble qu'ici le risque psychosocial traduit les modalités du vécu des conditions de travail.

On s'est rendu compte que le stress était souvent lié à l'inadéquation des moyens face aux objectifs surtout en mode dégradé ; le plus stressant c'est quand les opérateurs se retrouvent seuls sans les moyens de faire face aux aléas. La nécessité de revenir au travail en équipe pour y répondre était manifeste. Grâce à cette intervention le dia-

logue a repris ses droits, une certaine dynamique a été créée.

FB : Comment t'es-tu situé dans cette intervention comme médecin du travail ?

PJ : Le problème du médecin du travail, c'est de se glisser dans cette dynamique. Pour ma part j'ai regretté qu'aucune étude de poste n'ait été faite pendant cette intervention.

Un groupe de travail a été formé pour mettre à jour périodiquement un certain nombre d'indicateurs santé-travail qui sont les mêmes que ceux de la fiche d'entreprise ; derrière la mise en place des indicateurs, il faut susciter une interrogation des responsables de la prévention : tel est un des rôles du médecin du travail ; cela se traduit par des analyses de la situation de travail, des études de poste qui sont toujours participatives et les plus pédagogiques possibles.

On s'aperçoit que le risque psychosocial et l'absentéisme sont toujours plus importants sur les postes les plus difficiles, qui posent le plus souvent problème en termes d'aptitude, autrement dit les postes où la pénibilité est la plus grande.

FB : As-tu essayé de transposer la démarche dans d'autres entreprises ?

PJ : Parallèlement à ce qui s'est passé dans cette entreprise, je me suis formé à l'enquête de terrain (sociologie interventionnelle). Le syndicat, par sa section régionale, a d'ailleurs participé à l'élaboration du contenu de cette formation afin qu'elle soit le mieux adaptée possible aux professionnels de la santé au travail.

Cela m'a permis de mettre un cadre plus précis à cette articulation entre entretien collectif et étude de poste. Avec l'aide d'une infirmière et d'une technicienne santé j'ai mis au point un diaporama qui présente cette démarche ; à l'heure actuelle, je l'ai utilisé dans cinq entreprises. Je fais toujours cette démarche en relation avec le CHSCT, cela enclenche ensuite les actions de prévention elles-mêmes.

RENDRE VISIBLES

CES ATTEINTES INVISIBLES À LA SANTÉ ...

Michel LALLIER, Frédérique GUILLON

*ASD-PRO (Association d'aide aux victimes et aux organisations
confrontées aux suicides et dépressions professionnels.)*

Etre exposé aux atteintes à la santé mentale au travail, c'est s'exposer à un risque doublement invisible : d'abord parce que le danger « ne se voit pas » et peut provoquer des « blessures » elles aussi invisibles. Première difficulté pour les victimes. Mais c'est aussi un risque actuellement très peu reconnu des institutions chargées de décider au final si l'atteinte à la santé mentale, certifiée par un professionnel habilité, provient ou non du travail.

Cette double invisibilité des atteintes à la santé mentale constitue l'une des difficultés majeures auxquelles se heurtent à ce jour, les diverses tentatives de prévenir le risque psychosocial.

Ce texte est rédigé à partir de l'expérience acquise au sein de notre association, au fil des dossiers qui nous sont confiés par les personnes et les organisations qui nous contactent.

Tous les secteurs d'activité sont concernés, tous les groupes socioprofessionnels aussi.

A partir de ce constat d'invisibilité pénalisante pour la prévention, ce texte vise à faire émerger des pistes d'action collective afin de dépasser les résistances qu'opposent en général ceux qui ont le pouvoir sur l'organisation du travail à ceux qui le subissent.

L'INVISIBILITÉ, UN OBSTACLE AU PRINCIPLE D'ALERTE

Le principe d'alerte « avant qu'il ne soit trop tard », lorsqu'il s'applique aux risques classiques, physiques, est déjà difficile à faire fonctionner : ceux ou celles qui se sentent en danger et qui souhaitent alerter, risquent de se heurter à des résistances que l'on connaît bien dans le monde du travail. Le principe de précaution qui prévaut derrière l'acte d'alerter n'est pas très bien vu dans un monde où domine la course aux résultats : alerter d'un danger est souvent interprété comme précaution qui dérange le déroulement tambour battant de l'enchaînement des activités.

L'augmentation de la précarité et la précarisation du travail, interdit souvent l'acte d'alerter.

Mais s'agissant des atteintes invisibles à la santé mentale, d'autres obstacles se heurtent à l'alerte pourtant nécessaire.

Les salariés en difficulté psychique, avant que ne se déclenche un effondrement ou un acte désespéré, tentent souvent d'alerter leur entourage professionnel :

- médecin du travail lorsque cela est possible : si le médecin ouvre cette possibilité, ce qui n'est pas le cas de tous.
- syndicats : là encore, s'ils existent dans l'entreprise ou dans la localité, et si les syndicalistes sont sensibilisés à cette problématique : beaucoup, malheureusement, restent sur l'impasse du harcèlement moral.
- inspecteurs du travail : limité par le manque de moyens
- la hiérarchie : l'alerte leur est parfois directement adressée (lettres de « démotivation », expressions de difficultés face à la charge de travail ou aux moyens de réaliser le travail attendu, ...) dans l'espoir de voir la situation s'a-

méliorer par la prise de conscience que cela ne va pas

- les collègues : dans ce cas, l'alerte n'est pas (ou peu) formelle, mais plutôt exprimée de manière à partager l'expérience, et pourquoi pas, tenter d'exprimer à plusieurs voix ce qui ne va pas dans l'organisation et qui explique cette souffrance plus ou moins aiguë, qui se manifeste par la perte de motivation grandissante à venir au travail, le fait de se sentir envahi mentalement, la perte du sommeil, la diminution d'un certain « bonheur de vivre »...

Cette dégradation du rapport au travail se faisant progressivement (même si, dans certains cas, cela peut aller très vite), ces alertes potentielles dans l'entourage professionnel s'égrènent au fil de la souffrance ressentie et au fil des possibilités qu'entrevoient les salariés de pouvoir agir sur leur situation. La pathologie révélée ou l'acte de suicide constituent donc, au premier chef, un échec des tentatives d'alerter sur la souffrance et un échec de la volonté d'agir sur ce qui fait souffrir.

On peut aisément faire l'hypothèse que cet échec témoigne des difficultés à rendre compte d'un phénomène « invisible », et des difficultés à rendre compte de ses effets, la plupart du temps eux aussi invisibles. S'ajoutent pour les salariés confrontés à ce type de risque, la difficulté à admettre leur souffrance dans un monde du travail de plus en plus contaminé par le culte de la performance.

RENDRE COMPTE D'UN PHÉNOMÈNE INVISIBLE : FAIRE FACE AU DÉNI ?

Les obstacles auxquels se heurtent les salariés qui veulent sortir de leur souffrance, sont multiples et variés. Mais, dans tous les cas, qu'elle que soit la nature de l'obstacle, rendre compte de ce phénomène invisible suppose de faire face à un

déni qui, faute de capacités à assumer les risques, s'instaure peu à peu dans l'organisation.

Ainsi, les acteurs sociaux de la prévention ressentent-ils sourds aux alertes lancées de longue date sur ces arrêts de travail directement liés à la souffrance au travail, mais qui faute de « statut », restent masqués comme maladies sans aucun lien avec le travail...

Cette surdité, parfois doublée d'une cécité non moins problématique, provoque parfois des réactions inhabituelles d'acteurs non directement concernés de prime abord ... C'est le cas de certains médecins traitants ou de certains psychiatres, témoins privilégiés des dégâts occasionnés par le travail selon les entreprises existant encore dans leurs localités, prendre la plume pour s'adresser aux chefs d'entreprise et les alerter du nombre anormalement élevé de salariés « à bout de forces ».

Le déni dans l'organisation du travail, a tendance à se renforcer lorsque le débat social ne se déclenche pas. Le cas de France Telecom est éloquent sur ce point : la visibilité sociale du mal être au travail s'est certes développée par le nombre dramatiquement élevé de suicides, mais elle découle aussi du travail de mise en visibilité des acteurs internes, tels que ceux de l'observatoire du stress et des mobilités forcées.

Le déni, plus ou moins volontairement organisé dans l'entreprise sur les risques psychosociaux, repose sur les résistances qui s'opèrent dans les pratiques sociales de prévention.

On peut ainsi citer, pour exemples, des résistances que l'on retrouve partout, à des degrés divers :

- discours dominant sur le stress et sur le harcèlement moral, comme si la souffrance au travail se réduisait à ces deux composantes. Nombreux sont celles et ceux qui enferment les salariés

exposés aux risques psychosociaux dans ces modèles de compréhension, alors que nous en connaissons toutes les limites !

- l'isolement organisationnel : les nouveaux modes d'organisation du travail, qu'il s'agisse de petites, moyennes ou grandes entreprises, qu'elles soient privées ou publiques, produisent aujourd'hui un isolement peu compatible avec le principe d'alerte. L'absence de témoin direct de ce qui produit la souffrance au travail, est d'ailleurs largement évoquée dans le mode de contestation par l'employeur de sa responsabilité lorsque la pathologie est révélée.
- le manque d'engagement des CHSCT dans cette problématique : par manque de conviction, de lucidité, ou de capacité ; autant de manques que bien des acteurs de prévention (institutionnels ou non) tentent de combler, par la formation, par le transfert d'expérience, par l'écoute aussi tout simplement, des difficultés qu'ont les élus en CHSCT pour appréhender ces questions... Le fait est : le CHSCT ne s'implique pas assez dans ce domaine. Pourtant, le CHSCT constitue l'instance privilégiée qui peut permettre à une entreprise de sortir de son déni et s'engager sur la voie d'une prévention sérieuse. Si le CHSCT a cette vertu, ce n'est pas seulement parce que peut se construire de la controverse sur les enjeux sociaux du travail, mais c'est aussi parce qu'il rassemble cette pluridisciplinarité sans laquelle il est illusoire de penser voir et agir sur ce qui ne se voit pas... Chaque acteur de prévention peut, dans ces conditions, jouer son rôle et sortir de ses propres réserves (dans le sens d'avoir aussi à se protéger, car le déni est un danger pour tous).
- le mode de gestion des salariés victimes de ce type d'atteinte à la santé mentale : généralement, et quel que soit le secteur d'activité, les salariés sont gérés sur le mode « cas social », et non pas sur le mode « blessés » avec séquelles, ce qui nécessite de revoir les situations de travail. Il en résulte un vécu douloureux, une sorte de « double peine ». C'est particulièrement le cas dans la fonction publique régie par des règles internes de reclassement professionnel sans examen des causes organisationnelles ayant produit les incapacités provisoires ou permanentes. Dans ce registre, la situation semble résulter d'un manque cruel de formation des spécialistes (RH, médical et social) chargés de cette gestion.
- les pratiques sociales dans le domaine des atteintes à la santé : construites à partir des risques d'atteintes à la santé physique, les pratiques de gestion des atteintes à la santé mentale souffrent à l'évidence de cette culture du risque. Ainsi, par exemple, peine à se développer la consignation dans le registre légal de soins les événements de type traumatique. De plus, dans ce cas, un nouvel obstacle vient se dresser, car ces événements pourtant enregistrés comme soins dans ce registre, ne font pas

l'objet systématiquement de déclarations d'accidents du travail. Et si les déclarations se font, elles s'accompagnent systématiquement de réserves de la part de l'employeur.

ASD-PRO, ARTISAN D'UNE DÉMARCHÉ DE RECONNAISSANCE

Née d'un souci partagé de faire avancer la visibilité sociale dans le domaine des risques psychosociaux (RPS), l'association ASD-pro répond aux sollicitations qui lui parviennent généralement par mail. Ce premier contact ne dit en général pas grand chose de la situation à laquelle la personne, ou l'organisation, est confrontée. Mais après un premier échange (par téléphone), le travail peut s'engager. S'il s'agit d'une situation individuelle, il faut généralement accompagner les personnes dans une démarche de reconnaissance d'AT – MP.

Ces démarches supposent plusieurs conditions importantes :

- un choix de posture clair : nous ne sommes pas dans « l'écoute psychologique », mais dans la compréhension de la situation dans laquelle se trouvent les salariés ou leurs familles qui nous contactent, ou dans celle que traversent les organisations qui nous sollicitent également pour être aidées.
- c'est par cette posture que nous pouvons parvenir à comprendre ce qui, dans l'organisation, a exposé les salariés, ou bien ce qui fait obstacle pour les organisations
- il est également important de travailler à la reconstitution de l'histoire de la souffrance, l'histoire individuelle, mais aussi l'histoire collective, les deux étant indissociables car la souffrance mentale liée au travail s'inscrit toujours dans un rapport délétère au travail pour l'ensemble de la communauté de travail
- à partir de cette reconstitution, les salariés qui restent acteurs de leurs démarches, peuvent rechercher les traces de cette histoire, et constituer l'argumentaire nécessaire aux dispositifs de reconnaissance (sécurité sociale pour le droit privé, comités de réforme pour la fonction publique)

Ce travail permet également d'associer les acteurs concernés dans le milieu professionnel et de faire ainsi en sorte qu'ils s'impliquent (ou se ré-impliquent) dans le processus. Cette implication est une opportunité de réflexion sur le point de vue adopté sur les risques psychosociaux (RPS), mais également sur les pratiques professionnelles ou syndicales.

Ce processus se heurte bien évidemment à tout un arsenal d'obstacles en dehors de ceux qui révèlent le déni au sein même des milieux de travail. En effet, prendre le chemin de la reconnaissance, dès lors qu'on est persuadé du bien fondé de cette attente, c'est prendre un chemin que les salariés - ou leurs familles - ne connaissent pas. C'est un chemin qui les confronte à d'infinies

démarches, coûteuses psychiquement parlant (et parfois aussi financièrement) surtout quand l'employeur use de toutes les possibilités, notamment juridiques, pour échapper à sa responsabilité.

L'accompagnement consiste alors d'abord pour nous à informer (les étapes du processus, les délais, les droits ...), à conseiller et à soutenir la réflexion : dans ce sens, nous élaborons en collaboration avec les salariés ce qui doit permettre d'obtenir la reconnaissance du caractère professionnel de leurs atteintes à la santé mentale.

La mise en évidence de la responsabilité des organisations du travail dans la pathologie mentale, est un processus de reconnaissance qui va bien au-delà des simples conséquences administratives voire monétaires. Cela constitue un acte essentiel d'aide à la reconstruction psychique des salariés mais aussi de leur famille dans le cas d'un suicide. Obtenir une FIE (faute inexcusable de l'employeur) pour un cancer professionnel ne guérit pas du cancer ; il en va tout autrement pour les pathologies psychiques professionnelles.

Aider les victimes dans ces démarches consiste justement à les sortir de la victimisation car la reconnaissance définit aussi la responsabilité et sort les individus et leur famille de la culpabilité.

RENDRE VISIBLE : ORGANISER LA MISE EN VISIBILITÉ ?

Ce travail d'accompagnement dans ces démarches de reconnaissance, est associé à un travail de réflexion permanente et collective au sein du CA de l'association.

Nous souhaitons aussi apporter notre contribution au débat social – existant déjà ou à venir.

Cette contribution est directement liée à notre activité et aux événements auxquels nous assistons : c'est ainsi que nous nous sommes positionnés contre les autopsies psychiques que nous avons découvertes à l'occasion de l'audience au tribunal de Nanterre où se plaidait la demande de FIE d'une adhérente de l'association, veuve d'un des salariés de Renault qui s'est suicidé fin 2006.

Dans cette même logique de participer à faire évoluer le regard porté sur les RPS, nous avons fait des propositions lors de notre audition par la mission parlementaire mise en place fin 2009.

Nous sommes persuadés qu'il est possible d'organiser la mise en visibilité de cette problématique RPS dont nous pensons qu'elle peut devenir sous peu un grave problème de santé publique. Ce qui suppose une évolution de l'existant dans le traitement des demandes de reconnaissance (sécurité sociale, commission de réforme), dans les pratiques médicales du travail (registre de soins dans le domaine du RPS), dans les pratiques des CHSCT (notamment dans le domaine des alertes) et dans l'intérêt des partenaires sociaux, notamment les syndicats de salariés, afin que s'organise le débat social indispensable à toute démarche de prévention.

SOUFFRANCE AU TRAVAIL, RÉSEAU RÉGIONAL D'ACCUEIL ET DE PRÉVENTION

*Thierry BRAILLON, Président de la Mutuelle STRRAP**

Le dispositif relève des Services de Soins et d'Activités Mutualistes (SSAM), référencé au Livre 3 du code de la mutualité.

ORIGINE ET AMBITION DU PROJET

Les acteurs sociaux aiment à rappeler régulièrement l'origine de la sécurité sociale. Mais l'histoire des ordonnances fixant l'organisation de la protection sociale, issues du programme du CNR (Conseil National de la Résistance), est pourtant régulièrement escamotée, certainement de manière involontaire. Car si celle portant création de la sécurité sociale le 4 octobre 1945 est bien connue, il convient de rappeler qu'en date du 19 octobre de la même année, soit 15 jours plus tard, une ordonnance assignait de fait et complémentarément à la mutualité de nouvelles missions, dans les domaines de la prévention des risques, de l'encouragement à la maternité et de la protection de l'enfance, ou encore, de l'aide au développement moral, intellectuel et physique.

« La mutualité a sa place marquée dans l'organisation française de la sécurité sociale. Elle doit être l'élément qui prend les initiatives nouvelles et réalise des expériences, qui va de l'avant » résumait alors Ambroise Croizat.

Cette ambition se retrouvera dans les engagements des Mutuelles de Travailleurs qui formeront plus tard la Fédération des Mutuelles de France, la FMF. Celle-ci sera par exemple pilote et innovante dans le développement des centres de santé polyvalents et s'impliquera dans les thématiques de santé au travail, dont l'amiante sera la plus emblématique.

Cette histoire, ces origines et spécificités ont « naturellement » conduit des militants FMF à s'intéresser à la santé mentale au travail. Il y a 8 ans, à l'occasion d'un séminaire FMF santé/travail, la souffrance au travail intégrait les axes de développement de la FMF. En 2001, la FNATH Paris (association des accidentés de la vie) avait initié, sous l'impulsion de Marie Pascual, une consultation spécialisée pluridisciplinaire, transférée en 2005 aux Mutuelles de France à Paris. Nous nous en sommes inspirés pour bâtir en Rhône-Alpes un dispositif qui deviendra régional grâce à l'implication du Conseil Régional. Il est ouvert à Lyon depuis 2006.

UNE MUTUELLE SPÉCIALE À PRESTATIONS NOUVELLES.

Très rapidement nous avons acté les caractéristiques de cette mutuelle, ouverte à tous les publics :

- Extériorité à toute entreprise pour faciliter l'engagement volontaire et libre des salariés.
- Une écoute exclusivement basée sur la vie professionnelle, sans prescription médicamenteuse, ni examen, ni rémunération à l'acte.
- Les salariés adhèrent et s'acquittent d'une cotisation de 20 € encore aujourd'hui, ouvrant droit à des prestations d'accueil.
- intervention, restitution ou accompagnement à la demande, pour des initiatives professionnelles, militantes ou institutionnelles mais en s'interdisant toute intervention ou présence directe dans les entreprises.

L'équipe professionnelle est actuellement composée de 3 médecins du travail, 2 psychologues du travail, 1 psycho dynamicienne, 2 juristes issus de la FNATH du Rhône. Aujourd'hui chacun est engagé contractuellement en temps disponible, donc limité, au-delà d'une activité professionnelle par ailleurs.

L'accueil téléphonique et clinique est réalisé par un professionnel. Le débat revenant régulièrement sur l'accueil physique en binôme pluriel.

L'accueil juridique permet d'informer sur les droits, les interlocuteurs syndicaux ou sociaux possibles, d'aider à comprendre les tenants et aboutissants d'une procédure ; la mutuelle n'engage jamais de procédure en direct, renvoyant à son partenaire, la FNATH.

L'équipe se réunit régulièrement en présence de militants du Conseil d'Administration pour échanger sur les pratiques en partant d'une situation décrite par un professionnel. C'est un autre moment pluridisciplinaire, sachant que dans le travail réel, les échanges sont nombreux sur les situations accueillies. Il n'est pas rare qu'à l'issue de ces rencontres un dossier soit réorienté d'un engagement en juridique vers une implication clinique ou inversement.

Le temps consacré (temps téléphoniques, cliniques et/ou juridiques) s'établit en moyenne à 5H15 par salarié accueilli. Les temps rédactionnels et de vie politique mutualiste ainsi que les interventions externes ne sont pas comptabilisés mais se développent.

Nous actons la diversité des situations et catégories sociales, même si les ouvriers et employés sont les plus nombreux à consulter, issus de tout type d'entreprise, privée, publique mais aussi relevant de l'économie sociale. Les femmes sont majoritaires. Si, au démarrage, les salariés consultants étaient massivement en arrêt maladie et, pour certains, en état d'urgence, nous notons un inversement depuis l'automne 2008. C'est donc un infléchissement de la prévention tertiaire vers le secondaire, ce qui, bien sûr, est source de satisfaction.

Concernant les origines de l'orientation vers notre dispositif, après quelques hésitations et activations des réseaux mutualistes et syndicaux, sans grand effet, c'est une adresse aux médecins généralistes de la plaque lyonnaise qui a boosté l'accueil ; viennent ensuite les médecins du travail, puis les acteurs sociaux de terrain et in fine les acteurs syndicaux et mutualistes. Le bouche à oreille est aussi un facteur de développement.

EVALUATION ET PERSPECTIVES

Après réflexion et débat nous avons décidé d'évaluer notre dispositif par un « questionnaire retour » des consultants, plusieurs mois après leur arrivée et la fin d'accompagnement.

Avec un taux de retour proche de 50 % d'un questionnaire anonymisé en six parties, nous pouvons valider les réponses apportées. Plus de la moitié des salariés étaient déjà suivis juridiquement ou psychologiquement à leur arrivée au réseau. Près de 70 % estiment que l'aide apportée leur a permis de refaire surface, de mieux comprendre et appréhender leur situation de travail. Les 3/4 n'étaient d'ailleurs plus en arrêt de travail au moment du questionnaire et 98% conseillent maintenant ce dispositif dans leur entourage personnel et professionnel.

Bien évidemment cette qualité de retour nous encourage à persévérer et à réfléchir à la stabilisation de l'activité qui reste aujourd'hui encore très militante. Elle satisfait aussi le Conseil Régional Rhône-Alpes, acteur politique et financier prépondérant de cette mutuelle spécifique et innovante. Cette innovation irrigue aussi la réflexion de plusieurs organisations mutualistes en France, relevant des Mutuelles de France mais aussi directement de la FNMF.

* Souffrance et Travail, Réseau Régional d'Accueil et de Prévention (STRRAP), Mutuelles de France Centre Est, 31 rue Mazenod, 69426 Lyon Cedex 03

LES FAUX OUTILS : LES TICKETS PSY

18

Chantal BERTIN, médecin du travail

Depuis le début de l'année 2009, certaines sociétés proposent un « service aux entreprises qui souhaitent le mieux-être psychologique de leurs salariés, dans le cadre de la prévention des risques psycho-sociaux », par l'intermédiaire d'un conventionnement permettant l'accès des salariés à un service de consultations auprès de psychothérapeutes externes.

Le public visé par ce service est large : « *tout mal-être dans son travail, quelle qu'en soit la cause – toute difficulté passagère survenant dans le parcours de vie* » et le but affiché consiste à « *prendre du recul et faire face à ses difficultés* ». Les assurances données par la société de service vont de la proximité du service « *moins de 30 minutes du domicile des salariés* », à la gratuité (5 à 10 consultations financées par l'entreprise) et à l'anonymat. Les salariés sont invités à se procurer les carnets de tickets-psy auprès des services médico-sociaux de l'entreprise « *tout indiqués pour faciliter la distribution anonyme des carnets* ».

La mise en place récente, dans certaines entreprises, de l'accès à des « tickets-psy » par l'intermédiaire du médecin du travail, de l'infirmière de santé du travail ou de l'assistante sociale a déjà entraîné des réactions critiques émanant de plusieurs horizons, entre autres du Conseil National de l'Ordre des Médecins et de la Société Française de Psychologie.

INDIVIDUALISATION DES PROBLÈMES, STIGMATISATION DES SALARIÉS EN SOUFFRANCE ET OCCULTATION DU DÉBAT SUR LES ORGANISATIONS DU TRAVAIL

Pour justifier sa légitimité, ce type de dispositif prend prétexte de l'obligation réglementaire faite aux employeurs de protéger la santé physique et mentale de leurs salariés par des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation et par la mise en place de plans de prévention et d'une organisation de travail adaptée.

La proposition de prise en charge externalisée des situations de mal-être au travail est d'abord dangereuse parce qu'elle accentue une tendance préexistante à l'individualisation, à la stigmatisation des fragilités individuelles et à l'occultation du débat sur l'organisation du travail. Cette occultation, pour le dire d'une autre façon, est un empêchement d'accès à la compréhension et à l'action.

Cette possibilité de distribution de tickets donnée aux professionnels de santé au travail, les oriente vers une solution de prise en charge « prête à l'emploi » par des spécialistes externes dans un but affiché de prise de recul par rapport à la situation de travail. Elle les incite à négliger l'analyse (souvent complexe) de la situation de travail, qui est un préalable à la prise en charge. En effet, une orientation trop rapide et facilitée vers un thérapeute, tend à renforcer les salariés en souffrance dans l'idée de leur propre défaillance, voire de leur culpabilité. Elle peut les priver de la possibilité de mener, avec le service de santé au travail, un travail « d'élucidation des conflits », de compréhension des mécanismes de leur engagement dans leur activité, « du sens de leurs émotions et des enjeux de leur rapport aux objets du travail et à l'activité d'autrui¹ ». L'isolement des salariés peut s'en trouver aggravé, avec un risque non négligeable de stigmatisation et d'exclusion.

La prise en charge de la souffrance par des thérapeutes recrutés par une société de service est, par ailleurs, contraire au principe de libre choix du praticien par tout patient. Ceci a été pointé par le Dr Cressard, conseiller national de l'Ordre des Médecins, qui s'inquiète également des pressions qui pourraient être exercées envers les salariés afin de les inciter à recourir à ce mode de prise en charge.

LA DÉONTOLOGIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU TRAVAIL S'OPPOSE À CE MODE DE PRISE EN CHARGE

La déontologie des professionnels de santé au travail s'oppose également à leur participation à ce mode de prise en charge de la souffrance au travail et ceci à plusieurs titres :

- Alors que le travail d'élucidation des liens entre l'état de santé des salariés et l'organisation du travail relève bien des compétences et des missions des services de santé au travail dont le rôle est exclusivement préventif, la prise en charge thérapeutique relève par contre des médecins traitants.

• L'identification, au sein des entreprises, des professionnels de santé au travail comme « distributeurs de tickets-psy » induit de la confusion autour de leur positionnement et peut laisser penser qu'ils ont une légitimité dans le fait de décider de l'indication d'un suivi spécialisé. Cette confusion des rôles ne facilite pas la nécessaire coopération, au bénéfice des salariés, entre médecin du travail et médecin traitant.

• Dans certains cas, les médecins du travail orientent les salariés vers des spécialistes, exerçant souvent dans le domaine de la pathologie professionnelle, non pas pour une prise en charge, mais pour un complément d'analyse ou d'investigation. Cependant, dans ce cadre, le médecin du travail a le libre choix du correspondant, avec le consentement éclairé du salarié, ce qui n'est pas le cas des thérapeutes recrutés par l'intermédiaire des tickets-psy.

• Quelles seront les pressions qui s'exerceront sur un professionnel de santé au travail qui refusera, non seulement de prendre l'initiative de cette orientation, mais également d'assurer la distribution des tickets-psy ? Qu'en sera-t-il des marges de manœuvre d'une infirmière de santé au travail salariée d'entreprise et travaillant avec un médecin de service interentreprises, dans le cas où l'employeur lui imposerait la distribution des tickets ?

Dans le contexte actuel de médiatisation de la souffrance au travail, ce type de solution « clé en main » risque également d'être utilisée par les employeurs dans un but stratégique pour se dédouaner de leurs responsabilités auprès des salariés et des représentants du personnel et pour éviter que ne se pose la question de la réparation du préjudice, tout en concourant à stigmatiser les salariés les plus en difficulté.

D'autres pistes de solution peuvent être proposées aux salariés en souffrance : écoute compréhensive, accueil et accompagnement, orientation adaptée avec le consentement éclairé de la personne, analyse de l'activité de travail et mise en débat au sein des CHSCT.

1/ Davezies Ph., Deveaux A., Torres C. (2006) : Repères pour une clinique médicale du travail – Archives de Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 67, 119-125.:

LES FAUX OUTILS : LES CELLULES D'ÉCOUTE

Chantal BERTIN, médecin du travail

Dans le contexte actuel de montée en puissance des pathologies psychiques mises en relation avec le travail et des préoccupations liées au stress ou aux risques psycho-sociaux, différents dispositifs d'analyse ou de prise en charge ont vu le jour dans certaines entreprises. La création de « *cellules d'écoute et d'accompagnement* » ou de « *cellules d'écoute et de médiation* », selon les cas, s'inscrit dans ce contexte.

Les principes de leur fonctionnement et, en particulier, la participation des médecins du travail, ont entraîné des réactions critiques aussi bien du Conseil National de l'Ordre des Médecins que de certains syndicats de salariés ou de professionnels de la santé au travail (voir les sites du CNOM et du SNPST).

LES PRINCIPES DE LEUR FONCTIONNEMENT

Contrairement aux autres dispositifs d'écoute des salariés en souffrance qui sont externalisés, tels que les tickets-psy ou les numéros verts, les cellules d'écoute sont organisées au sein des entreprises, quand celles-ci ont une certaine taille, ou au sein d'un organisme en lien avec les services de santé au travail (ce service est alors proposé aux entreprises adhérentes et à leurs salariés).

Les objectifs affichés sont l'accompagnement et le soutien des salariés en souffrance psychologique dans leur travail et la recherche de solutions concrètes d'amélioration. De ce fait, le champ d'action des cellules d'écoute se situe clairement dans celui de la santé au travail.

S'appuyant sur l'importance de la pluridisciplinarité, les cellules d'écoute rassemblent souvent : un ou plusieurs médecins du travail, des assistants sociaux, des responsables des ressources humaines, des managers, voire des représentants du personnel.

Des principes déontologiques internes ont été établis : entre autres, un principe de confidentialité entre les membres et de collaboration avec le médecin du travail du salarié. Une cellule peut être sollicitée par un salarié « en souffrance » ou par son responsable hiérarchique.

Dans la plupart des cas, il a été prévu que les médecins du travail, intégrés en tant qu'écouteurs, n'interviennent pas auprès de salariés de leur secteur d'activité.

Les écoutes peuvent être réalisées par les médecins de la cellule (médecins écoutants) accompagnés ou non d'autres personnes.

LA PARTICIPATION DES MÉDECINS DU TRAVAIL EST CONTRAIRE À LA RÉGLEMENTATION ET À LA DÉONTOLOGIE

Lors de la création de cellules d'écoute internes, la participation des médecins du travail a été sollicitée sur des bases qui sont contraires à la réglementation et à la déontologie médicale.

Sur le plan **réglementaire**, la participation des médecins du travail est contraire à l'article R 241-30 du Code du Travail, qui précise que l'action de ces derniers doit se faire dans l'intérêt exclusif de la santé des salariés ; de même, il existe une contradiction avec l'article R 241-32 du même code qui affirme le principe de l'exclusivité des activités du médecin du travail au sein d'un même établissement.

Sur le plan **déontologique**, la première préoccupation concerne le **défaut de garantie du secret médical**. En effet, le fonctionnement des différentes cellules d'écoute repose sur le partage au sein de la cellule des éléments recueillis par le médecin écoutant. Ce dernier étant parfois convié à faire signer au salarié un protocole d'intervention au terme du premier entretien.

Par ailleurs, le **consentement de la personne** suivie par la cellule, n'est pas garanti puisque, dans certains cas, la sollicitation peut émaner de son responsable. On peut également imaginer que la ligne hiérarchique puisse inciter fortement certains salariés à saisir la cellule. Dans ce contexte, comment le médecin écoutant peut-il garantir le libre consentement de la personne ?

La prise en charge de la souffrance au travail dans le cadre des cellules d'écoute relève, par certains aspects, davantage de la **médecine de soins** (il est explicitement fait référence à des actions d'accompagnement psychologique et

médical) que de la **médecine préventive**.

Enfin, l'ambiguïté de la position de médecin écoutant : médecin du travail par ailleurs, mais qui ne participe pas à la cellule en tant que médecin du travail ; cette ambiguïté est préjudiciable à la fois à la prise en charge des personnes en difficulté et aux relations de confraternité avec les médecins du travail assurant le suivi de ces personnes. On pourrait alors parler d'**abus de position** de la part du médecin écoutant.

Ces risques de dérive ont amené récemment le Conseil National de l'Ordre des médecins à rappeler, dans un dossier consacré à la souffrance au travail, les principes réglementaires et déontologiques concernant les rôles respectifs du médecin du travail, des cellules d'accompagnement et du médecin écoutant.

BEAUCOUP D'INTERROGATIONS ...

On peut donc craindre que cette ambiguïté réglementaire et déontologique soit rapidement porteuse de dérives préjudiciables au but affiché, c'est-à-dire la santé des salariés.

Au-delà des aspects réglementaires et déontologiques, on peut aussi s'interroger sur les conséquences éventuellement délétères que pourraient produire les modes d'intervention des cellules d'écoute dont la position interne à l'entreprise et l'absence de « garde-fous » peuvent altérer l'indépendance.

Un tel dispositif met en avant une éventuelle « fragilité » de certains salariés en faisant l'économie d'une remise en question des organisations et des conditions de travail.

Enfin, les bases théoriques n'ont jamais fait l'objet de publications, ni d'évaluation dans les revues de référence en santé au travail.