



HAL
open science

Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS : ressources et contraintes

Sandrine Caroly, Céline Cholez, Aurélie Landry, Philippe Davezies, Nadine Poussin, Marie Bellemare, Fabien Coutarel, Alain Garrigou, Karine Chassaing, Johann Petit, et al.

► To cite this version:

Sandrine Caroly, Céline Cholez, Aurélie Landry, Philippe Davezies, Nadine Poussin, et al.. Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS : ressources et contraintes. [Rapport de recherche] PACTE. 2012. halshs-00676973

HAL Id: halshs-00676973

<https://shs.hal.science/halshs-00676973v1>

Submitted on 6 Mar 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Rapport final

ANR- SEST09

Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS : ressources et contraintes

S. Caroly (1) (coord.), Céline Cholez (1), Aurélie Landry (2), Philippe Davezies (3), Nadine Poussin (4), Marie Bellemare (5), Fabien Coutarel (6), Alain Garrigou (7), Karine Chassaing, (8), Johan Petit (8), Geneviève Baril-Gingras (5), Daniel Prudhomme (5), Perrine Parrel (6)

- (1) laboratoire PACTE, université de Grenoble
- (2) Lip--PC2S- université de Grenoble
- (3) Université de Lyon
- (4) laboratoire de clinique de l'activité- CNAM Paris
- (5) université Laval à Québec
- (6) laboratoire « Activité, connaissance, Transmission, éducation », université Blaise Pascal, Clermont Ferrand
- (7) LSTE- université Bordeaux1
- (8) IDC université Bordeaux.

Novembre 2011

Remerciements

Ce travail a été rendu possible grâce à la participation de médecins du travail volontaires et nous les remercions vivement de leur investissement dans notre recherche.

Nous tenons également à remercier les membres du comité de pilotage qui nous ont facilité les accès aux terrains ainsi qu'à situer les enjeux de notre recherche et ses retombées en termes de valorisation. Nous tenons à remercier plus particulièrement Gabriel Fernandez pour son soutien permanent dans la réflexion, Liliane Boitel, Annie Deveaux et François Daniellou pour nous avoir aidé à concevoir cette recherche, Jean-François Caillard pour nous faciliter l'accès à des réseaux de médecin, Agnès Aublet-Cuvelier et Catherine Ha pour leur assiduité et leurs retours enrichissants au fur et à mesure du projet.

Nous remercions également plusieurs étudiants qui ont contribué à cette recherche : Tito Saturnino, Marion Michel.

Par ailleurs, nous remercions les sociétés savantes qui nous ont accueillis ainsi que tous les acteurs qui pourront favoriser la diffusion des résultats de cette recherche.

Plan du rapport

	Pages
Introduction.....	1
Partie I. De la problématique de la recherche à la méthodologie.....	2
1. Enjeux d'une recherche sur les pratiques des médecins dans la prévention des TMS.....	3
1.1. Les TMS, première cause de maladie professionnelle.....	3
1.2. Evolution des connaissances sur la prévention des TMS.....	3
2. Le contexte d'exercice de la médecine du travail en France.....	4
2.1. Les tâches et les missions.....	4
2.2. Aperçu historique de la médecine du travail.....	7
2.3. Les évolutions du travail et des approches de la médecine du travail.....	8
2.4. Ce que dit la littérature sur les différentes façons d'exercer le métier de médecin du travail.....	11
2.5. Ce que disent les recherches sur l'intervention en prévention.....	12
2.6. Démographie et formalisation des pratiques.....	15
3. Les objectifs de la recherche.....	16
4. Articulation de cadres théoriques sur le concept d'activité.....	17
4.1. Le concept d'activité en ergonomie.....	17
4.2. Le concept d'activité en clinique de l'activité.....	22
4.3. Le concept de rôle professionnel en sociologie.....	25
5. La méthodologie.....	27
5.1. Construction sociale du projet de recherche.....	27
5.2. Différentes méthodologies mises en œuvre.....	28
5.2.1. Les entretiens sociologiques sur les parcours et les pratiques professionnelles du médecin du travail dans la prévention des TMS.....	28
5.2.2. Les entretiens d'explicitation.....	29
5.2.3. Des observations ergonomiques de situations de travail.....	29
5.2.4. Des entretiens d'autoconfrontation simple.....	30
5.2.5. Des entretiens d'autoconfrontation croisée.....	30
5.2.6. Des entretiens d'alloconfrontation.....	31
5.2.7. Des entretiens d'instruction au sosie avec deux groupes de médecins.....	31
5.2.8. Des entretiens sur des traces d'activité du médecin dans le suivi d'un salarié.....	32
5.2.9. Le suivi de projet de prévention sur les TMS.....	32
5.3. Caractéristiques de la population.....	33
5.4. Caractéristiques des données de terrain.....	33
Partie II : Les résultats de la recherche et discussion.....	34
1. Présentation synthétique de chaque section.....	36
1.1. Le genre et les styles du médecin du travail.....	36
1.2. Des situations difficiles et dégradées.....	38
1.3. Les déterminants de l'activité des médecins du travail.....	40
1.4. Ressources individuelles et collectives.....	42
2. Les principaux résultats de la recherche.....	44

2.1. L'effet du contexte législatif et institutionnel sur les pratiques professionnelles.	45
2.2. L'état des entreprises quant aux TMS et à leur prévention.....	45
2.3. Le parcours professionnel et la formation des médecins.....	46
2.4. L'organisation du temps de travail du médecin.....	47
2.5. La gestion des interactions entre l'espace individuel et les actions collectives...	48
2.6. L'usage de la parole envers le salarié et les équipes de direction.....	49
2.7. La pluridisciplinarité.....	49
3. Discussion.....	51
3.1. La prévention des TMS chez les médecins de travail.....	51
3.2. Les biais de la recherche.....	52
3.3. Une diversité de styles en médecine du travail.....	53
3.4. Une activité empêchée.....	56
3.5. L'évaluation de l'efficacité de l'action par le médecin du travail.....	58
3.6. La transformation des outils en instrument de l'activité.....	60
3.7. Le travail collectif interprofessionnel.....	61
3.8. Le collectif de travail.....	62
3.9. De l'activité des médecins du travail à la réforme du système en France.....	64
 CONCLUSION.....	 66
 Bibliographie.....	 70
ANNEXES	

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe 1 : Philippe Davezies. Analyse de l'action de trois médecins du travail à partir des traces de leur activité.

Annexe 2 : Aurélie Landry, Sandrine Caroly, Céline Cholez. L'action en entreprise du médecin du travail : être dans la relation avec les acteurs ou faire-faire ? le cas de l'étude de poste.

Annexe 3 : Céline Cholez, Sandrine Caroly, Aurélie Landry. Médecin du travail, une expertise au quotidien. Les écrits au cœur de la production et la diffusion du jugement.

Annexe 4 : Fabien Coutarel, Perrine Parrel. Usure professionnelle et travail empêché – Etude de cas.

Annexe 5 : Karine Chassaing. Prévention individuelle et / ou prévention collective ? Des difficultés à gérer dans la pratique. L'exemple d'un médecin du travail dans un service santé au travail (SST) spécialisé.

Annexe 6 : Johan Petit. Les difficultés à construire une action collective de prévention dans l'entreprise.

Annexe 7 : Aurélie Landry. Effet du contexte sur la pratique des médecins du travail : exemples de la participation en CHSCT et du déroulement de la consultation.

Annexe 8 : Alain Garrigou. Rôle et contribution du médecin du travail à un projet de prévention des TMS. Un projet en apparence simple peut en cacher un autre beaucoup plus complexe !

Annexe 9 : Geneviève Baril-Gingras, Marie Bellemare et Daniel Prud'homme. La pratique des Équipes de santé au travail au Québec : mise en contexte.

Annexe 10 : Daniel Prud'homme, Marie Bellemare et Geneviève Baril-Gingras. Les interventions visant la prévention des TMS au Québec : la pratique des équipes de santé au travail.

Annexe 11 : Sandrine Caroly. Les liens santé-travail et les articulations approches individuelles et collectives dans la consultation.

Annexe 12 : Sandrine Caroly. Le travail collectif dans le maintien dans l'emploi, une ressource pour l'activité du médecin du travail.

Annexe 13 : Nadine Poussin. Echanger sur les dilemmes de l'activité : une question de métier.

Annexe 14 : Sandrine Caroly, Céline Cholez, Aurélie Landry. Le collectif comme lieu de formalisation et de transmission de l'expérience : une ressource pour l'activité du médecin du travail.

Annexe 15 : Protocole de recherche validé par le conseil de l'ordre des médecins et la CNIL.

Annexe 16 : lettre de consentement du médecin et du salarié pour l'observation de la consultation.

Annexe 17 : guide d'entretien sociologique.

Annexe 18 : Caractéristiques des médecins participants à la recherche.

Annexe 19 : Caractéristiques des données de terrain.

Introduction

Le présent travail de recherche sur l'activité des médecins du travail dans la prévention des TMS s'inscrit dans la tradition de l'ergonomie, de la clinique de l'activité et de la sociologie du travail. Ainsi, notre approche se distingue d'une approche institutionnelle de la médecine du travail (Marichalar, 2010) ou d'une sociologie des professions (Salma, 2008) fondée sur l'analyse de discours pour expliquer les difficultés identitaires des médecins du travail. L'approche conceptuelle et pragmatique du métier de médecin de travail a été déjà étudiée à propos de l'évolution de l'identité professionnelle des médecins du travail (Piotet, 2002), notamment avec la pluridisciplinarité et leurs relations aux salariés¹ (Dodier, 1990).

Notre objectif est double :

- comprendre comment l'activité des médecins du travail, notamment en matière de prévention des TMS, est influencée et possiblement contrainte par la relation à l'employeur et au salarié dans une diversité de contextes d'entreprise et, plus largement, dans un système de prévention de la santé-travail ;
- et à la fois, contribuer au développement de l'activité des médecins du travail en constituant des groupes de pairs qui participent à la recherche.

Notre étude se situe dans une approche de l'activité de travail, où on tentera d'ouvrir à une compréhension des zones d'actions du médecin, peu dévoilées jusqu'à présent et peu partagées entre pairs et de montrer l'importance du collectif de travail dans les controverses de métier. Nous faisons l'hypothèse que l'accès au travail réalisé et au réel du travail du médecin ne peut se faire sans une confrontation, d'abord individuelle puis au sein d'un collectif de médecins volontaires, aux traces d'observation de l'activité réelle de travail et de la manière dont est affectée l'activité. Ainsi un échange peut s'engager entre les médecins sur les difficultés rencontrées, les stratégies mises en œuvre. Cet échange basé d'abord sur la comparaison interindividuelle donne le pouvoir aux médecins participants de faire progresser le dispositif de recherche pour pousser plus loin les controverses sur les dilemmes de métier.

Plus particulièrement, l'objectif de notre recherche est de produire des connaissances sur l'activité des médecins du travail dans la prévention des TMS afin de mieux connaître leurs pratiques réelles et faciliter à l'avenir la collaboration avec d'autres acteurs de la prévention.

Le rapport de recherche est une synthèse d'un travail engagé dans un collectif pluridisciplinaire de chercheurs appartenant à différentes universités. Il est composé de deux parties : l'une sur la problématique de la recherche et les méthodes, l'autre sur les résultats de la recherche et une discussion. En annexes 1 à 14, les textes détaillés des différents chercheurs sont présentés.

¹ dans les relations de face à face comme dans leur mise en chiffre, notamment à travers la mise en œuvre d'outils statistiques comme l'enquête SUMER

I. De la problématique de la recherche à la méthodologie

1. Enjeux d'une recherche sur les pratiques des médecins dans la prévention des TMS

1.1. Les TMS, première cause de maladie professionnelle

Le nombre de TMS ne cesse d'augmenter depuis plusieurs années et constitue une priorité en matière de prévention de la santé au travail au niveau international. Les TMS représentent la première cause de maladie professionnelle en Europe et en France (Source Eurostat) avec des coûts humains et socio-économiques considérables². Selon le rapport de Dublin (2005), les TMS représentent la moitié des maladies professionnelles en Europe (source eurostat). En France, le nombre de nouveaux cas de TMS indemnisés s'accroît environ de 13% par an depuis 1995. 13% de la population des salariés présentent aux moins un TMS des membres supérieurs (Roquelaure, 2005). En 2010, 38800 cas de TMS ont été indemnisés par la CNAM-TS, dont 70% relèvent du tableau 57. Le coût direct des TMS reconnus en MP (rachis, membres supérieurs et inférieurs) indemnisés par la CNAM-TS, lombalgies incluses, dépasse les 900 millions d'euros. Le nombre de jours d'arrêt moyen pour une MP 57 s'accroît continuellement ainsi que la proportion des MP 57 avec incapacité permanente.

Mais il reste très difficile d'évaluer précisément le nombre de TMS parce que, d'une part, les déclarations ne constituent qu'une fraction des personnes ayant des douleurs (phénomène de sous-déclaration) et les enjeux socio-économiques, d'autre part, en coût indirect par exemple ou sur les questions de l'aptitude fonctionnelle, conduisent à une diversité de modes de reconnaissance des TMS en MP, rendant impossible la comparaison des données européennes et internationales de maladies professionnelles (Aptel, Saint-Vincent, 2008).

Le Québec partage la même réalité que la France concernant l'ampleur du phénomène des TMS. L'enquête sociale et de santé de 1998 (Arcand et al., 2000) révélait que les TMS constituent l'un des problèmes majeurs de santé et de sécurité au travail au Québec. En 2000-2002, 113 000 lésions professionnelles ont été indemnisées par la CSST. Cela représente 40% des coûts d'indemnisation. Plus récemment, l'enquête EQCOTESST « estime qu'un travailleur québécois sur cinq rapporte des TMS perçus comme étant liés au travail, soit des douleurs importantes qui dérangent ses activités, qu'il ressent souvent ou tout le temps et qu'il attribue à son emploi principal » (Vézina et al. 2011 :13).

1.2. Evolution des connaissances sur la prévention des TMS

Face à ce fléau, la production de connaissances en biomécanique, physiologie, épidémiologie, ergonomie, et plus récemment en psychologie du travail, ne cesse d'améliorer la compréhension de l'étiologie de ce phénomène (lien notamment entre les dimensions physiques et le psychique). Les recherches sur les moyens de prévention se sont orientées principalement sur la prévention secondaire et tertiaire (aménagement des outils et des postes de travail pour le maintien dans l'emploi ou formation aux gestes) mais restent insuffisantes sur la façon de mener une prévention primaire efficace même si les facteurs de risques au niveau du poste et de l'organisation du travail sont maintenant bien identifiés (Roquelaure, 2006 ; Stock, 2010).

² En France en 2008, 8,4 millions de journées de travail perdues et 787 millions d'euros de frais couverts par les cotisations des entreprises

Comme en témoignent les derniers échanges scientifiques internationaux (congrès PREMUS 2010, 3^{ème} congrès francophone), la recherche doit s'orienter aujourd'hui vers la nécessité de produire des connaissances sur l'intervention (Wells, 2009 ; Vézina, 2010 ; Daniellou, 2010) et l'évaluation de son efficacité pour la prévention (Coutarel et al., 2009). Il apparaît nécessaire de mieux comprendre les conditions de mise en œuvre de l'action des intervenants et leurs marges de manœuvre pour une prévention efficace et durable (Caroly et coll., 2008). En effet, la réussite d'une intervention en santé au travail dépend en grande partie des conditions d'implantation de cette intervention et de la disposition des acteurs (Baril-Gingras, Bellemare, 2006) à se mobiliser dans un projet de prévention, selon le contexte de l'entreprise et les dispositifs institutionnels en santé et sécurité au travail.

Notre recherche sur la prévention durable des TMS (Caroly et coll., 2008) avait mis en évidence, parmi les acteurs de la prévention, le rôle déterminant du médecin du travail dans la réalisation d'un état des lieux précis concernant la santé des travailleurs. Il joue un rôle d'alerte vis-à-vis de l'employeur et du CHSCT (Caroly et coll., 2006). Cependant sur les 30 cas d'entreprise étudiés, une grande diversité de situation des médecins du travail a été observée : position de retrait, conflit avéré, investissement en partenariat, etc.

Le rôle important du médecin du travail comme acteur de la prévention nous amène donc dans le cadre d'une nouvelle recherche sur les pratiques de prévention des TMS chez les médecins du travail, financée par l'Agence Nationale de la Recherche en France, à mieux comprendre l'activité de cet acteur clé et la diversité des pratiques afin d'interroger les conditions d'une prévention efficace et durable des TMS.

2. Le contexte d'exercice de la médecine du travail en France :

2.1. Les tâches et les missions

Dans le cadre de la santé au travail, les médecins du travail jouent un rôle essentiel : recueil des données de santé au travail par le biais des plaintes exprimées par les salariés au moment de la visite ou sur le registre d'infirmerie, information sur les déclarations des maladies professionnelles, délivrance de certificats de restriction d'aptitude, conseil pour le retour au travail, accompagnement du salarié dans sa reprise, aide à l'adaptation du poste, etc. A ces actions principales de consultation s'ajoutent des actions de surveillance. En effet, les médecins du travail en France combinent à la fois une activité médicale dans le cadre de consultations du salarié en cabinet et une activité dans le cadre d'actions en entreprise représentant 1/3 de son temps (participation au CHSCT, étude de poste, information et sensibilisation sur les risques professionnels, etc.).

Le cadre de la tâche des médecins du travail est posé par la loi et celle-ci a connu des modifications depuis 1946. Nous reprendrons ici les derniers textes de loi.

Dans les articles de loi n°67 du 21 janvier 2008, art.3, les *actions du médecin* sont définies comme telles : « le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que les mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs. » (L. 4624-1)

« Le médecin a libre accès aux lieux de travail. Il réalise la visite des entreprises et établissements dont il a la charge soit à son initiative, soit à la demande de l'employeur ou du CHSCT ou, à défaut des délégués du personnel. »

« Le médecin du travail est associé : à l'étude de toute nouvelle technique de production, à la formation à la sécurité et à celle des secouristes. Afin d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, le médecin du travail est informé de la nature et de la composition des produits utilisés et de leurs modalités d'emplois (accès aux fiches de données de sécurité des fournisseurs des produits) et des résultats de toutes les mesures et analyses réalisées.

Il est interdit au médecin de révéler les secrets de fabrication et les procédés d'exploitation. »

Le médecin du travail a une fonction de *conseil auprès de l'employeur et des salariés*.

- Le rôle de l'employeur est défini « L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail.» (L. 4624-1)

- « Le salarié bénéficie d'un examen médical avant l'embauche. Cet examen a pour finalité de s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter, de proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes, de rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs » (L.4624-11)

Le salarié bénéficie d'examen médicaux périodiques, au moins tous les vingt-quatre mois sauf en surveillance médicale renforcée (par exemple travailleurs plus exposés, selon la connaissance des différents métiers dans les branches professionnelles).

« Le salarié bénéficie d'un examen de reprise de travail par le médecin du travail après un congé de maternité ou une absence pour cause de maladie professionnelle, ou une absence d'au moins 8 jours pour un accident du travail ou une absence d'au moins 21 jours pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, en cas d'absences répétées pour raisons de santé. » (R. 4624-21) « L'examen de reprise a pour objet d'apprécier l'aptitude médicale du salarié à reprendre son ancien emploi, la nécessité d'une adaptation des conditions de travail ou d'une réadaptation. Cet examen a lieu lors de la reprise du travail et au plus tard dans un délai de 8 jours (R. 4624-22) en vue de faciliter la recherche des mesures nécessaires, lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible, un examen médical de pré-reprise préalable à la reprise du travail peut être sollicité à l'initiative du salarié, du médecin traitant ou du médecin conseil des organismes de sécurité sociale. » (R. 4624-23) L'activité du médecin du travail est sollicitée à nouveau lors de la reprise effective de l'activité professionnelle.

Le médecin du travail dispose de *plusieurs outils* de travail :

« Le médecin du travail peut prescrire des examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude médicale, au dépistage des maladies à caractère professionnel, au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage. »

« Avant d'émettre son avis, le médecin du travail peut consulter le médecin inspecteur du travail. » (R.4624-32)

Les motifs de son avis sont consignés dans le dossier médical du salarié. »

« Au moment de la visite d'embauche, le médecin du travail constitue un dossier médical qu'il ne peut communiquer qu'au médecin inspecteur du travail ou à la demande de l'intéressé au médecin de son choix. » (D.4624-46).

A l'issue de la visite médicale, « le médecin du travail établit une fiche médicale d'aptitude en deux exemplaires. » (D.4624-47).

A propos de la déclaration d'inaptitude : « sauf dans le cas où le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou celles des tiers, le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude médicale du salarié à son poste de travail qu'après avoir réalisé :

1/ une étude de ce poste, 2/ une étude des conditions de travail dans l'entreprise, 3/ deux examens médicaux de l'intéressé espacés de deux semaines, accompagnés, le cas échéant d'examens complémentaires. » (R.4624-31)

Concernant les *documents et rapports*, « le médecin du travail établit chaque année en fonction de l'état et des besoins des salariés un plan d'activité en milieu de travail. Ce plan porte sur les risques de l'établissement, les postes et les conditions de travail. Celui-ci est présenté au CHSCT.

Pour chaque entreprise ou établissement le médecin du travail établit et met à jour une fiche d'entreprise³ ou d'établissement sur laquelle figurent, notamment, les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés. » (D.4624-33) Le rapport annuel d'activité est présenté au comité d'entreprise.

Dans la loi de janvier 2008, la *pluridisciplinarité* se traduit par une relation de subordination des professionnels vis-à-vis du médecin du travail. « L'infirmier a pour mission d'assister le médecin du travail dans l'ensemble de ses activités. L'infirmier est mis à la disposition du médecin du travail du service de santé au travail interentreprises » (R.4634-54). Dans la loi de 2004, le service de santé au travail (SST) doit assurer au médecin du travail la collaboration de personnel qualifié tels les secrétaires médicaux recrutés avec l'accord du médecin qu'ils assistent personnellement dans l'activité clinique et en apportant leur appui à l'action sur le milieu de travail.

Dans la Loi du 20 juillet 2011 la pluridisciplinarité donne au médecin du travail un rôle de coordination : « Les missions des services de Santé au Travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire. » (L.4622-8).

La réforme touchant les services de santé au travail (décret de juillet 2004) vise :

- un renforcement des actions « correctrices » des médecins du travail et des intervenants en santé au travail du côté du milieu de travail en entreprise. En situant l'activité du médecin du travail du côté du milieu de travail et son investissement sur le tiers temps, cette réforme contribue à l'évaluation des risques professionnels et à la proposition d'actions de prévention, de correction ou d'amélioration des conditions de travail.
- un élargissement des compétences avec la pluridisciplinarité. L'action sur le milieu de travail requiert des spécialités dont la technicité est croissante, faisant appel à des compétences médicales, techniques et organisationnelles.
- une surveillance médicale renforcée de certains salariés.

Dans les années à venir, le rôle des infirmières du travail et des secrétaires médicales devrait être précisé dans les décrets.

³ L'arrêté du 29 mai 1989 fixe le modèle de fiche d'entreprise.

2.2. Aperçu historique de la médecine du travail

Il est important de situer historiquement les évolutions de la médecine du travail en renvoyant à des textes d'historiens (Omes, Bruno, 2004 ; Buzzi, Devinck, Rosental, 2006) afin de comprendre la diversité des pratiques des médecins du travail dans un système de santé au travail sans cesse en mouvement. L'objectif ici n'est pas de reprendre toute l'histoire du système de santé au travail mais de mieux saisir les grandes évolutions qui ont pu influencer la nature des activités du médecin du travail.

D'après les recherches de l'équipe de Rosental, la médecine du travail naît à la fin du 19^{ème} siècle de la montée en puissance de l'hygiène industrielle et de la reconnaissance des maladies professionnelles. A la période de la première guerre mondiale, la médecine du travail se développe en milieu industriel. Elle est marquée par des visites d'embauche et une sélection et orientation de la main-d'œuvre. Il s'agit de faire du médecin du travail un expert soucieux de la productivité et des intérêts de l'employeur, en même temps qu'un hygiéniste au service de la santé ouvrière (p.23). Dans les décennies suivantes (1927-1936) apparaît le terme de « médecine du travail » ou « médecine industrielle ». Juste avant la seconde guerre, l'attitude des syndicats, attachés à la reconnaissance des maladies professionnelles, montre une certaine méfiance à l'égard des médecins d'usine, rétribués par l'employeur. Pendant la seconde guerre mondiale, le régime de Vichy et la fondation Carrel renforcent une orientation de la médecine vers le tri de main d'œuvre avec un rôle croissant de la visite médicale. En 1942, la loi rend obligatoires les services médicaux pour les établissements de plus de 50 salariés. L'officialisation de la médecine du travail, après la seconde guerre mondiale, régie par le texte de loi de 1946 repose sur le principe d'« éviter l'altération de l'état de santé des salariés du fait de leur travail » et continue à s'inscrire dans une gestion de la main d'œuvre et donc du développement de la productivité. Le médecin du travail est obligatoire pour toutes les entreprises.

Selon les textes de Philippe Davezies (2007), l'institution de la médecine du travail mise en place en 1946 est l'héritière de traditions antérieures qui mêlent une conception de la santé publique imprégnée d'eugénisme. La connaissance de ces traditions permet de comprendre les difficultés de l'aptitude médicale dans le système français de santé au travail. Villermé (1857) défend une problématique hygiéniste visant à agir sur les causes de la dégénérescence et sur la recherche de moyens de trier les populations pour éviter la contamination et la transmission des tares physiques et morales. Dans le même esprit, Carrel, Amar (1914), et Pieron cherchent à établir des profils biologiques et psychologiques des individus. L'action sur les maladies professionnelles se limite pour les médecins à éviter que le salarié introduise dans l'entreprise des manifestations pathologiques. La prévention d'un risque particulier imposera au médecin de signer un certificat d'absence de contre-indication à l'exposition. Ce qui est mis en avant c'est plus les facteurs extérieurs (par exemple le tabagisme pour la silicose) plutôt que l'identification des risques professionnels (exemple, effet de l'amiante sur le cancer du poumon). La législation sur le certificat d'aptitude s'inscrit dans ce programme d'organisation biologique de la main d'œuvre. A partir des années 80, le droit de l'inaptitude ouvre une voie à une autre médecine du travail, mieux articulée avec l'action préventive en milieu de travail. Le médecin du travail passe à une position d'assistance dans la recherche de moyens de préserver l'insertion sociale et professionnelle du salarié, mais il comporte aussi le risque de licenciement en cas d'échec. Cependant les questions d'aptitude et d'inaptitude sont très loin d'être simples dans la relation clinique et la déontologie qu'elle impose. D'une part l'aptitude est biaisée : elle se fait après la période d'essai (la sélection est déjà faite), le salarié ne dit pas

tout au médecin sur ses pathologies s'il souhaite être embauché par l'entreprise. D'autre part, dans le cas d'inaptitude, le consentement éclairé ne vaudrait que lorsque le médecin du travail et le salarié arrivent à la même conclusion ; à défaut, le dernier mot revient au médecin.

D'après les recherches de l'équipe d'Omnès sur la construction historique et sociale de l'inaptitude, il apparaît plusieurs usages sociaux de l'inaptitude en lien avec les questions de santé-travail (Omnès, Bruno, 2004). De ces travaux se distinguent trois temps forts : à la fin du XIXe siècle, dans le cadre de la construction du droit du travail, l'inaptitude est soulignée en creux par les contrats de travail, dans une logique hygiéniste et d'exigence de sécurité; puis, en France, du Front populaire à la Libération, la médecine du travail s'institutionnalise et les fondements juridiques de l'inaptitude et de son traitement social sont mis en place; enfin, dans les années 80, dans un contexte de crise, de mutations organisationnelles et d'intensité accrue du travail demandée aux salariés, l'inaptitude devient un moyen d'exclusion ou de mise en préretraite.

2.3. Les évolutions du travail et des approches de la médecine du travail

L'histoire de la médecine du travail s'inscrit également dans des mutations du travail, de ses effets sur la santé et des interactions avec d'autres disciplines qui ont pu influencer les évolutions des pratiques des médecins du travail. Ainsi, afin de comprendre les domaines d'actions du médecin du travail dans la prévention, il est nécessaire d'identifier la diversité des approches de la médecine du travail selon les mutations techniques et organisationnelles des entreprises (changement permanent, introduction de nouvelles technologies, etc.) et les évolutions des populations au travail (vieillesse, augmentation des inaptitudes, féminisation des emplois, etc.).

De façon très sommaire, il est possible d'identifier quatre périodes :

- la naissance de la médecine du travail fondée sur la sélection des salariés
- la période de la production de masse avec une médecine de prévention normalisée en entreprise
- l'époque de la crise avec l'émergence de la clinique médicale
- la dernière période marquée par une orientation vers la pluridisciplinarité.

- Après la période de la naissance de la médecine du travail, les médecins ont adopté une approche plutôt de type santé publique et ont positionné leur action dans la prévention médicale tertiaire. Le modèle de la santé défendu est celui de l'absence de maladie, le médecin du travail fait un « interrogatoire » dans son cabinet médical afin de dépister des pathologies invalidantes comme la silicose ou la tuberculose. L'action du médecin du travail consiste principalement à délivrer des certificats d'aptitude du salarié à son poste de travail. L'aptitude médicale poursuit des objectifs de sélection des salariés particulièrement adaptés à un ou plusieurs types de contraintes. La surveillance médicale n'est pas au premier plan.

- La période du taylorisme ouvre la possibilité de concrétiser la volonté de contribution des médecins du travail à « l'organisation biologique » de la main d'œuvre. La prévention des risques se base sur la normalisation (fiche de poste utilisant des standards, des abaques pour mesurer les efforts, la sécurité et le confort au poste de travail). La conception du travail est celle de « l'homme moyen » et de l'adaptation de l'homme au travail.

Pour certains médecins cette approche apparaît comme un moyen de faire de la prévention. Sortir des cabinets pour descendre sur les lieux de travail apparaît comme une voie possible

de l'exercice de la médecine du travail. L'objectif est celui de limiter les nuisances par des actions de prévention collective secondaire comme des recommandations sur les EPI ou une prévention individuelle basée sur l'éducation sanitaire. L'approche du travail est prescriptive, les mesures de prévention relèvent d'une orientation en Hygiène Sécurité Environnement⁴.

En 1979, le tiers temps devient obligatoire pour remplir cette fonction de prévention normalisée sur les lieux de travail, abordant essentiellement les risques physiques, compte-tenu des connaissances issues de la physiologie du travail. La santé au travail n'est plus seulement l'absence de maladies professionnelles invalidantes mais elle inclut progressivement la prévention des affections chroniques. Le travail est considéré comme « mal subi » (Huez, 1998).

Plusieurs acteurs spécialistes de la prévention émergent au cours de la période des 30 glorieuses: ingénieurs CRAM, inspecteurs du travail, CHSCT, etc. Le champ de la prévention normalisée et réglementée n'est plus occupé uniquement par les médecins du travail.

Progressivement les changements des modes de production et le rapprochement de la médecine du travail avec d'autres disciplines comme l'épidémiologie, l'ergonomie et la psychologie du travail vont amener à des développements de la médecine du travail.

Au début des années 80 avec la faillite du taylorisme, la médecine du travail va développer une autre approche de la prévention, fortement influencée par les apports de l'ergonomie (Wisner, 1995) et de la psychodynamique du travail (Dejours, 1980). L'activité de tiers temps prend de plus en plus d'importance. L'approche de l'activité, en la distinguant de la tâche, conduit dans certains cas à déboucher sur des améliorations se situant dans la prévention primaire sur les lieux de travail. Les enquêtes épidémiologiques⁵ ont fortement contribué à des évolutions du modèle de la santé au travail en l'élargissant à des approches plurifactorielles et diachroniques, sortant d'une approche normalisatrice de la prévention. La psychodynamique permet la prise en compte de la subjectivité et des mécanismes de défenses collectifs.

- Dans les années 85-90, la crise de l'emploi s'accroît et devient de plus en plus saillante dans l'activité quotidienne des médecins. En effet, la délivrance d'un certificat d'aptitude peut conduire le salarié à perdre son emploi. Les médecins du travail se trouvent dans une injonction de plus en plus forte entre droit au travail et droit à la santé. Afin de limiter les dégâts, ils préfèrent dans certaines situations de travail (ex : le secteur du nettoyage, du BTP, de la manufacture) privilégier la sauvegarde de l'emploi au détriment parfois de la préservation de la santé⁶. Les possibilités d'améliorer les conditions de travail sont de plus en plus faibles et les possibilités de tenir la question de la santé au travail dans les entreprises se réduisent considérablement. L'entreprise est davantage préoccupée par les objectifs productifs, a de plus en plus recours aux sous-traitants pour être flexible face à l'urgence et la fluctuation du marché. Selon les résultats de l'enquête ESTEV (1998), les rythmes de travail s'accroissent, la dépendance aux collègues devient plus importante et les collectifs de travail éclatent. De nouveaux risques pour la santé émergent de ces évolutions des modes de production : une augmentation des TMS et du stress au travail (désigné plus tard par les RPS-risques psychosociaux).

⁴ Hygiène Sécurité Environnement, c'est-à-dire basée sur des outils de la métrologie, comme les sonomètres, dosimètres, etc pour mesurer des facteurs de risques physiques comme le bruit, les poussières, la température, etc.

⁵ Enquête Estev et enquête conditions de travail

⁶ Autrement dit, l'aptitude médicale a perdu toute signification puisque la moindre restriction d'aptitude dans un objectif de sauvegarde de la santé risque d'entraîner la perte d'emploi (Huez, 1998). Le certificat d'aptitude dédouane le poste et fait porter la responsabilité du conflit sur l'individu (Davezies, 1998).

Depuis les années 2000, les textes réglementaires en matière de prévention se multiplient comme « un alibi social » (Huez, 1998) face à cette dégradation des conditions de travail. L'emploi atypique devient la nouvelle norme et les processus d'exclusion s'intensifient (Thébaud-Mony, 1991⁷ ; Volkoff, Molinier, Jolivet, 2000). Le modèle de la santé au travail comprend la souffrance psychique en rapport avec l'organisation du travail. La nécessité d'un renouvellement de l'approche de la médecine du travail s'impose. Cette catégorie «souffrance au travail» s'appuie sur l'activité clinique du médecin du travail pour se prévaloir d'un nouveau mandat en étant plus attentif au vécu subjectif des travailleurs (Salman, 2008).

- Depuis les années 2004, plusieurs réformes se succèdent vers plus d'interdisciplinarité comme voie pour une prévention efficace des risques professionnels (Consot, Frimat, 2007 ; Dellacherie et coll., 2010). Les Services de médecine ont disparu au profit des services de SST⁸- avec l'embauche d'IPRP⁹. Ces réformes peuvent être analysées comme le résultat d'une action patronale (Marichalar, 2010) qui a débuté dans les années 1970, visant à réduire l'autonomie des médecins et diminuer les coûts de prévention. L'objectif est de passer de l'approche individuelle centrée sur le cabinet médical à l'approche collective de terrain. Ce nouveau contexte va obliger les médecins à coopérer avec plusieurs acteurs : médecin traitant, médecin conseil et professionnels venant de diverses disciplines (ingénieurs sécurité ou spécialistes en risques professionnels, ergonomes, psychologues du travail, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc.). Si certains médecins du travail s'étaient déjà engagés, bien avant la réforme, dans des actions multiprofessionnelles (Boitel, 2006), la réforme impulse de mettre en œuvre de la pluri-, voir de l'interdisciplinarité avec la mobilisation des acteurs dans les organisations de travail, dans les services de santé au travail et dans les institutions de prévention de la santé.

L'avenir de la médecine du travail en France est d'autant plus préoccupant que l'évolution démographique ne permettra plus de tenir le métier de la même façon (Caillard, 2011), que de nouveaux métiers sont apparus dans le champ de la prévention et que les problématiques de prévention des risques complexes comme les TMS et les RPS nécessitent une approche pluridisciplinaire avec la mobilisation de compétences variées.

AU QUEBEC

Au Québec, l'histoire de la médecine du travail n'est pas faite des mêmes conflictualités. Le rôle du médecin du travail est entièrement du côté de la prévention des risques professionnels. L'approche individuelle, centrée sur le salarié est laissée au médecin traitant pour privilégier une approche de santé publique qui s'attaque d'emblée aux risques du milieu de travail (Plante et Bérher, 2006). Le médecin responsable est tenu de visiter régulièrement les milieux de travail ciblés comme étant prioritaires afin d'élaborer, mettre en œuvre et mettre à jour un programme de santé spécifique à l'établissement¹⁰.

⁷ Une faible proportion des salariés seulement arriveront à faire reconnaître et indemniser leurs maladies professionnelles.

⁸ une réforme en 2003 affecte le système de prise en charge du lien santé-travail en passant des « services médicaux du travail » à des « services de santé au travail ».

⁹ IPRP intervenant en prévention des risques professionnels

¹⁰On trouvera en annexe 10 une description du contexte de la pratique de la médecine du travail au Québec

2.4. Ce que dit la littérature sur les différentes façons d'exercer le métier de médecin du travail

Les échanges des médecins du travail de l'association SMT (Santé et Médecine du Travail) sur leur pratique ont amené à produire plusieurs écrits et réflexions sur les pratiques des médecins du travail. Il apparaît de ces échanges, plusieurs types de médecines du travail (Huez, 1998) :

- *prévention à l'échelle de la santé publique* : le médecin contribue à des actions de santé publique au niveau de la société par la surveillance de la santé de la population et des campagnes de prévention sur des risques spécifiques. Cette pratique préventive se situe en amont des politiques de prévention et permet la prise en compte des problématiques dans le champ santé-travail.
- *prévention d'entreprise* : le médecin participe à la production de connaissance sur les problèmes de santé en « situation » et peut favoriser la mise en visibilité sociale des contraintes organisationnelles ayant des effets sur la santé
- *prévention individuelle* : le médecin du travail agit sur ou avec le salarié. Il se confronte à des questions de précarité, d'exclusion et cherche à protéger l'individu.

Le métier ne peut être réduit à la simple mise en application des prescriptions légales. Sous l'appellation « médecine du travail », il existe plusieurs manières de faire le métier (Davezies, 1997) :

- La médecine d'expertise : fondée depuis 1897 sur les législations de prise en charge des accidents du travail et en 1919 des maladies professionnelles. La médecine du travail experte (consultation de pathologie professionnelle, commission médico-professionnelle, enseignement hospitalo-universitaire) constitue le centre de légitimation des discours et des pratiques.
- la médecine du travail en entreprise : depuis 1946 l'organisation des services médicaux du travail vise à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail dans la continuité des principes d'expertise. Le médecin est garant d'une information objective. Il éclaire le débat du point de vue de la santé à partir de ses connaissances, des éléments recueillis au cabinet médical et des résultats d'études faites dans le tiers temps. L'accent est mis sur le savoir beaucoup plus que sur l'action de transformation, avec une prégnance de l'avis d'expert. Le médecin du travail s'efforce d'apporter des réponses à des questions que ses interlocuteurs ne posent pas ou ne veulent pas poser. Il se trouve alors confronté à un défi : porter lui-même le problème ; passer de la position d'expert à la position d'acteur engagé (Dodier, 1993). Il ne suffit pas d'informer, il faut convaincre.
- la médecine d'entreprise Avec Mazel dans le début 20^{ème} siècle, la contribution médicale à la lutte économique et l'orientation biologique de la main d'œuvre amènent le médecin à donner une place importante à la visite d'embauche. Les formes élémentaires de la prévention médicale- vaccinations, hygiène corporelle et alimentaire, dépistage de pathologies non spécifiques du travail- visent à garder la maîtrise du médical. De tradition humaniste, la prise en compte de critères d'efficacité ou de rentabilité dans la définition de l'aptitude se situe dans la volonté de protéger le salarié. Le postulat est celui de considérer « ce qui est bon pour l'entreprise est bon pour le salarié et pour la collectivité ».
- la médecine clinique : La « clinique médicale du travail » naît du rapprochement de la médecine du travail avec la psychodynamique et l'ergonomie et s'en distingue pour un cadre théorique spécifique. Fondée sur un travail d'écoute de la souffrance et d'élucidation des stratégies défensives collectives et individuelles, cette approche vise à tenir dans le cabinet la prévention primaire : perception de la souffrance en investiguant les contraintes

organisationnelles, description des conditions réelles de travail à l'occasion de l'entretien clinique, prise en compte des problèmes de santé globale. L'écoute intersubjective vise à comprendre le sens que le salarié donne à son travail et à l'accompagner à rester acteur, à se réapproprier son pouvoir de vie. La clé de la dynamique de prévention ne réside plus systématiquement dans l'entreprise, le cabinet offre un espace privilégié de la parole aux salariés. La parole est le moyen principal pour aider les interlocuteurs à penser la situation et à la maîtriser. Elle permet de conduire un débat public des problèmes que les individus portent comme s'il s'agissait d'une affaire privée (Davezies, 2010).

Il est important de signaler que ces diverses façons de faire le métier se rencontrent chez un même médecin selon le moment ou les circonstances, ce qui n'est pas sans produire des conflits dans l'activité dans la mesure où elles peuvent être logiquement contradictoires.

2.5. Ce que disent les recherches sur l'intervention en prévention

Ces recherches ne concernent pas directement le médecin du travail mais tous les acteurs de la prévention en charge d'un projet d'intervention (avec une demande et des actions de transformation). Il est important de comprendre ces modèles de la pratique d'intervention afin de mieux identifier les complémentarités avec la pratique des médecins du travail.

Le rôle des préventeurs

Quelques études ont porté sur le rôle des préventeurs dans la pluridisciplinarité et sur les stratégies adoptées par ces acteurs pour agir en prévention. L'idée générale est qu'un système de prévention qui articule les logiques de gestion/structuration et les logiques d'alerte est en mesure de faire progresser les pratiques de prévention (Garrigou, Peissel-Cottenaz, 2004).

- la *logique de gestion/restructuration* de la prévention est à la charge de l'entreprise, qui se doit de mettre en place une organisation, des modalités et des moyens pour structurer et mettre en action la prévention. L'évaluation des risques doit permettre de prioriser les actions et d'élaborer des choix stratégiques en matière d'investissements et de projets socio-techniques. Les acteurs de la prévention se doivent ici d'alimenter la description et l'explication des problèmes rencontrés et participer à la conduite de projet.

- la *logique d'alerte* a pour fonction de détecter auprès des travailleurs des indicateurs sur les situations de travail, précurseurs d'atteintes à la santé. Les différents acteurs doivent créer des espaces et des conditions pour que les salariés puissent alerter les acteurs de la prévention.

Les médecins du travail dans ce modèle sont dans une posture double. Ils sont imposés aux employeurs et sont leur conseiller ainsi que des salariés et de leurs représentants. Le médecin du travail est à la fois porteur d'une logique de gestion/restructuration puisqu'il fait partie des dispositifs de prévention et d'une logique d'alerte puisqu'il va donner par sa qualité d'écoute au travers des visites des informations et des conseils dans les discussions sur la santé/travail avec l'employeur et les représentants des salariés.

Les modèles interventions issus des recherches en santé au travail au Québec

Dans le cadre d'une recherche sur les interventions externes en santé et sécurité au travail menée au Québec (Baril-Gingras, Bellemare, 2007), un modèle est proposé pour expliciter le processus de l'intervention en mettant en relief les dimensions sociales et organisationnelles des problèmes (cf. figure 1). Ainsi, le problème des TMS comporte une dimension socio-organisationnelle dont il faut tenir compte pour que l'intervention produise le changement

souhaité. Ce modèle de l'intervention combine une analyse du contexte de l'établissement et de celui des organismes de prévention, et situe l'intervention dans un régime de santé et sécurité au travail donné. L'intervention est décrite autour de quatre pôles : les objectifs poursuivis par l'intervenant, le dispositif de participation mis en place, les activités réalisées et, les propositions de changement formulées. Le processus de l'intervention emprunte une trajectoire dans le temps et mène ainsi à des changements dont plusieurs constituent des effets intermédiaires c'est-à-dire à des résultats qui ne correspondent pas tout à fait à l'effet final qui est visé mais qui n'en sont pas moins des pas dans la direction du changement souhaité.

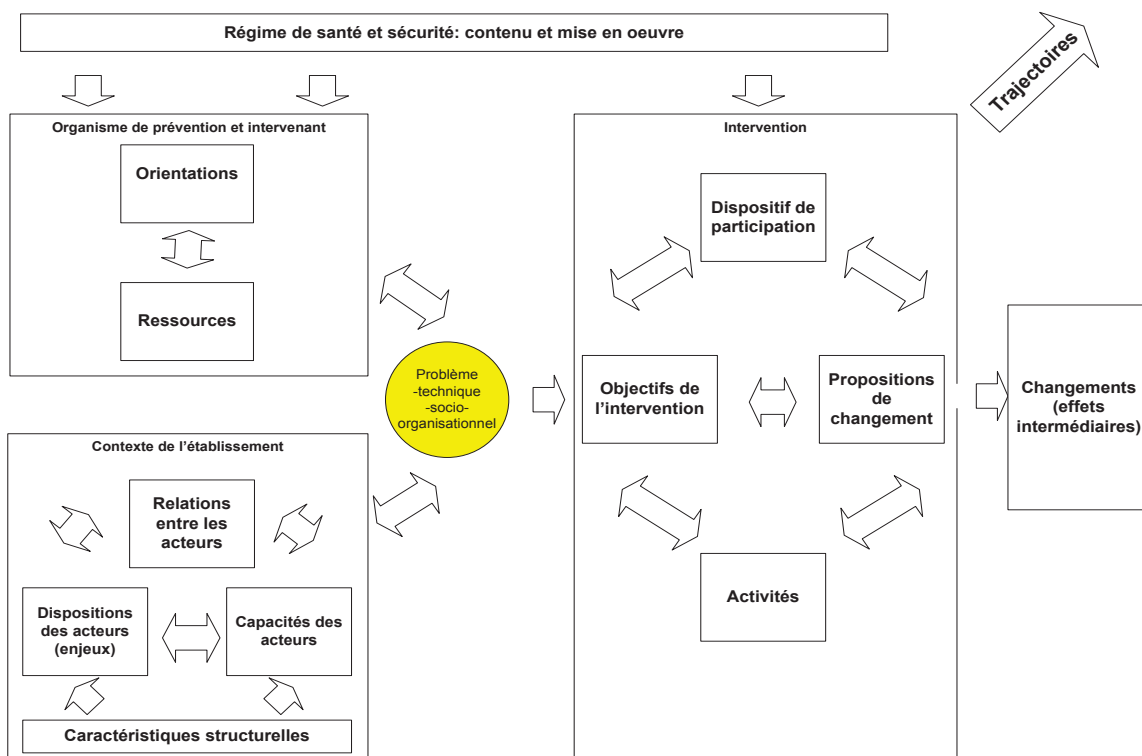


Figure 1 : Modèle d'analyse des interventions (Baril-Gingras, Bellemare, 2008)

Les recherches sur l'efficacité des interventions en santé au travail tendent à montrer que celles-ci dépendent en grande partie de la prise en compte du contexte de l'intervention (Berthelette, 2005), des conditions de son évaluation (Landry, 2008 ; Coutarel et coll., 2009) et des capacités des intervenants à se saisir des moyens disponibles (Baril-Gingras, Bellemare, 2006) en plus de leur formation initiale.

Ce modèle de Baril-Gingras et Bellemare permet de rendre compte du fait que le médecin du travail est traversé par plusieurs contextes. On entend par contexte, les éléments qui constituent l'environnement de travail du médecin du travail : le cadre institutionnel dans lequel il exerce, l'entreprise dans laquelle il mène des actions de prévention, et le service auquel il appartient. Le contexte est un élément déterminant l'action de prévention puisqu'il possède des caractéristiques qui vont favoriser le développement d'action ou ralentir ce développement. Ces caractéristiques sont difficilement transformables, leur mise à jour permet de comprendre les choix stratégiques opérés par le médecin du travail pour mettre en œuvre des actions de plusieurs manières :

1/ le contexte institutionnel de la médecine du travail

Les différentes réformes en cours agitent fortement le monde professionnel des médecins du travail. Il s'agit de comprendre comment les médecins du travail peuvent agir dans le cadre qui leur est fixé. Les effets du contexte des organismes de prévention sont très différents en France et au Québec et jouent sur les possibilités d'actions de prévention. Le projet patronal dans ces réformes est actif vers la mise en place d'une médecine d'entreprise.

2/ le contexte du service du médecin du travail

Il s'agit d'identifier les moyens qu'a le médecin du travail dans sa structure d'appartenance, les ressources disponibles dans son service (IPRP, infirmières, ergonomes). Il existe plus ou moins des relations de partenariats selon les projets et des lieux d'échanges collectifs.

3/ Le contexte des entreprises

Certaines caractéristiques de l'entreprise peuvent constituer des facteurs favorables au développement d'actions de prévention : présence d'une infirmière du travail, d'un responsable sécurité, d'acteurs soutenant la démarche de prévention. Les dispositions de ces différents acteurs à agir en prévention des TMS, de même que leurs capacités (temps, ressources) peuvent faciliter l'intervention ou, au contraire, la bloquer. L'association du médecin du travail au CHSCT et aux projets de l'entreprise sont aussi des facteurs déterminants. Plusieurs travaux de recherche au Québec ont montré l'influence du contexte de l'entreprise sur les conditions de réussite de l'intervention. Les informations recueillies sur le contexte du milieu de travail sont cruciales pour les intervenants afin de définir leur action (Carpentier-Roy et coll., 2001). Dans les petites entreprises, les résultats d'intervention seraient étroitement liés à la relation de confiance entre les intervenants et l'employeur, favorisés par le temps pris par les intervenants pour bien connaître le contexte de l'établissement et élaborer un programme adapté. La perception qu'ont les employeurs de l'utilité des interventions en santé au travail dépend de la dimension culturelle de l'entreprise vis-à-vis de la sécurité, des capacités internes à mener des actions de prévention et des possibilités de généraliser à d'autres contextes organisationnels les propositions (Carpentier-Roy et coll., 2001). On peut supposer que dans un tel contexte, le médecin du travail trouvera plus facilement les moyens d'intervenir, de négocier ses interventions, de participer à des dispositifs de prévention du milieu de travail.

Le médecin du travail est face à des interlocuteurs ayant de multiples fonctions dans l'entreprise (ex : DRH, méthode et qualité), ce qui représente à la fois des avantages et des inconvénients dans la mise en œuvre d'une démarche de prévention des TMS. L'action du médecin en entreprise devrait prendre des formes différentes selon la taille de l'entreprise, son contexte et la nature de son activité. Dans les PME-PMI, la structuration de la prévention est quasi-inexistante et parfois le médecin du travail est le seul à porter la problématique de la santé. Dans les grandes entreprises, la diversité des professionnels en charge de la prévention crée d'autres contraintes mais aussi des ressources. Par ailleurs, le médecin du travail se trouve souvent en contradiction avec les conséquences pour la santé du système socio-économique actuel. Ainsi, les caractéristiques structurelles comme la taille des entreprises semblent constituer un élément important dans la construction des relations entre médecin du travail et acteurs de l'entreprise, facteurs favorables à la prévention.

2.6. Démographie et formalisation des pratiques

La crise démographique des médecins du travail

Le vieillissement démographique des médecins du travail, observé en France chez toutes les spécialités médicales comme dans d'autres catégories de professionnels, est une réelle préoccupation pour la profession des médecins du travail. Les praticiens plus âgés partent à la retraite et ne sont pas tous remplacés. Les effectifs de salariés suivis par médecin ne cessent d'augmenter¹¹, provoquant du retard dans la périodicité des visites médicales.

Comme le montrent les travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, la médecine du travail fait partie des trois spécialités les plus touchées, avec la chirurgie générale et la gynécologie médicale, du fait des départs en retraite qui s'annoncent massifs dans cette discipline¹².

En 2009, plus de 55 % des médecins du travail ont plus de 55 ans. Ce sont plus de 4 000 médecins qui auront atteint ou dépassé l'âge légal de départ à la retraite d'ici 5 ans¹³, et plus de 5 600 médecins à l'horizon de 10 ans, soit près de 80 % de la population totale des médecins du travail. La situation au Québec est semblable¹⁴.

La formalisation des pratiques

Cette évolution démographique a conduit les médecins à se préoccuper de la formalisation des pratiques professionnelles dans une perspective de transmission des savoirs. Des dispositifs comme l'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) peuvent servir à formaliser l'expérience. En effet, le corps médical est soumis¹⁵ aujourd'hui à une formalisation de la pratique professionnelle fondée sur des démarches collectives (regroupement de sociétés de médecine du travail, fonctionnement en groupe de pairs, etc.). Cette formalisation oblige les médecins à construire des référentiels communs et à une évaluation des pratiques dans des champs spécifiques de la prévention (fumée toxique, TMS, stress, etc.).

L'EPP est obligatoire pour tous les médecins, qu'ils soient libéraux ou salariés. Chaque médecin du travail a le choix de son organisme d'EPP¹⁶. Selon les pratiques de l'association E-pairs (Devaux, 2007), chaque groupe d'analyse des pratiques entre pairs (GAPEP) est composé de 5 à 12 médecins du travail qui se cooptent et choisissent de travailler ensemble sur le **réel de leurs pratiques** (et non sur des cas fictifs). Le GAPEP peut être constitué dans un même service ou entre médecins de différents services. Le GAPEP choisit sa thématique de travail soit autour d'études de cas, cliniques ou de pratiques professionnelles, amenés et exposés par chacun des participants, soit autour de la mise en discussion d'une recommandation déjà élaborée et contribuer à l'évolution de celle-ci, soit à partir d'une

¹¹ En 2009 l'effectif est d'environ 3000 salariés par ETP en service interentreprise. Cet effectif sera de 3300 salariés par en ETP dans 5 ans.

¹² Rapport annuel 2008-2009 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

¹³ Données Direction générale du travail, 2009, France métropolitaine, sauf régions Midi Pyrénées et Picardie.

¹⁴ Voir le texte de l'annexe 9.

¹⁵ Loi du 13 Août 2004 (L 4135), décret du 14 avril 2005

¹⁶ Le financement de la prestation d'EPP est à la charge de l'entreprise ou du service de santé au travail employeur du médecin. L'EPP a lieu pendant le temps de travail (temps connexe).

thématique choisie, comme contribution à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques¹⁷ par l'association E-Pairs. (Deveaux 1997).

3. Les objectifs de la recherche

Les objectifs de la recherche-action sont de :

- Comprendre les pratiques réelles des médecins du travail dans la prévention des TMS, plus particulièrement dans les activités de
 - consultation individuelle (consultations individuelles de salariés atteints de TMS, visites annuelles, certificats de restriction d'aptitude, etc.)
 - tiers temps (visites de postes, actions dans l'entreprise, adaptation de poste, recueil de données de santé, etc.)
- Participer au développement d'activités des médecins en prévention des TMS : analyse de la pratique, échange dans des groupes de pairs

L'objectif de mieux comprendre les pratiques actuelles des médecins du travail pourrait contribuer au développement de la prévention durable et efficace des TMS. En effet, à partir des pratiques des médecins, il est possible de mieux comprendre les effets de leurs actions en relations avec d'autres (entreprise, salarié, acteurs de la prévention). Nous faisons l'hypothèse qu'en connaissant mieux les pratiques des médecins du travail dans la prévention des TMS, il sera plus facile de cerner leurs possibilités d'action sur la prévention, les activités empêchées et les modalités de collaboration avec les autres. Ainsi la connaissance sur la diversité des pratiques des intervenants en fonction de leurs propres caractéristiques (âge, ancienneté, sexe, parcours professionnelles, etc.) et des conditions de leur exercice professionnel (organisation du travail, collectif, instruments, etc.) concourt à élargir le champ des actions possibles en matière de prévention. La reconnaissance de cette diversité peut aboutir à identifier des besoins de formation, des conditions d'exercice ainsi que des modalités organisationnelles, sociales et techniques du développement de leurs compétences. La production de connaissances sur les pratiques des médecins pourrait aider à préciser leur rôle dans la prévention des TMS et leur complémentarité avec les autres préventeurs, afin de favoriser la collaboration avec les salariés et l'entreprise. La diversité des pratiques des médecins du travail ne devrait pas seulement être reconnue mais faire l'objet aussi de débats entre pairs et entre opérateurs et décideurs pour que la confrontation collective (Caroly 2011) aboutisse à des transformations de leurs conditions de travail vers plus d'efficacité et de santé.

Par ailleurs, pour développer l'activité des médecins du travail, il s'est agi de constituer des collectifs de pairs et de construire avec eux un dispositif de co-analyse de leur activité. L'objectif de ce dispositif était qu'ils puissent développer leurs marges de manœuvre quant à la prévention des TMS, marges de manœuvre qui sont à la fois conditions et résultats du développement de leur pouvoir d'agir. La recherche a donc porté sur la création de collectifs de pairs qui se sont inscrits en co-construction du dispositif de recherche et en co-analyse des résultats avec les chercheurs. Nous faisons l'hypothèse qu'en donnant ces conditions d'une pratique réflexive sur la confrontation aux traces de l'activité dans un échange avec un collectif de travail, il est possible pour le médecin de prendre conscience de ces stratégies, de

¹⁷ Par séances trois phases seront généralement explorées : 1/présentations de cas cliniques ou de pratiques professionnelles 2/ discussion collective concrète de ceux-ci, 3/temps professionnel plus large permettant de resituer les cas rencontrés dans la globalité de l'activité professionnelle en médecine du travail.

découvrir d'autres façons de faire et d'envisager la création de zones potentielles de développement de leurs activités.

4. Articulation de cadres théoriques sur le concept d'activité

Dans un objectif de rendre compte de l'activité des médecins du travail et de contribuer à leur développement, les cadres théoriques de cette recherche sont ceux du concept de l'activité, définis dans plusieurs disciplines : l'ergonomie, la clinique de l'activité et la sociologie.

4.1. Le concept d'activité en ergonomie

L'ergonomie de l'activité est marquée de la distinction fondatrice entre travail réel et travail prescrit (Guérin et al, 1997 ; Falzon, 2004), qui se décline en un double niveau, la tâche et l'activité. La *tâche* est constituée par l'ensemble des objectifs plus ou moins prescrits, qui ont été définis par les organisateurs du travail, et qui sont assignés à la personne qui travaille. Pour une tâche donnée, des moyens techniques et organisationnels sont mis à la disposition des opérateurs. L'*activité* est la mobilisation de l'ensemble de la personne humaine et de ses facultés pour réaliser les tâches et les objectifs qu'elle se fixe à partir de ceux qui sont fixés, et ce en fonction des moyens techniques et organisationnels qui ont été mis à sa disposition. L'activité est toujours singulière et est l'œuvre d'inventivité (Wisner, 1995). Cette activité n'est pas neutre, elle engage et transforme en retour celui (ou celle) qui l'accomplit (Teiger, 1993). L'opérateur met en œuvre des régulations pour faire face à des variations, des aléas ou des dysfonctionnements (variabilités des matières premières, des outils, des équipements, des clients) avec des conséquences de ces régulations sur la performance et la santé (Leplat, Cuny, 1977). L'observation ergonomique est indispensable pour accéder au travail réalisé, mais l'activité ne se résume pas à ce qui visible et observable. Le travail mental, la résolution de conflits dans l'activité, les arbitrages réalisés entre différentes contraintes font partie aussi de l'analyse de l'activité. Le réel de l'activité c'est ce qui ne se fait pas ou les possibilités non encore réalisées (Clot, 1999). L'analyse de l'activité tentera d'articuler les dimensions systémiques, dynamiques, historiques et culturelles de cette activité. L'approche de l'ergonomie de l'activité a été marquée par la psychologie russe, les travaux de Vygotski et Léontiev. L'activité est finalisée par plusieurs buts entre trois pôles de l'activité : soi-objet-autrui. Un pôle « soi » est associé à l'opérateur avec ses propres buts, sa subjectivité, sa formation, son expérience, ses ressources physiologiques et psychologiques, le sens qu'il attribue à son travail. Un pôle « objet » réfère aux buts de l'entreprise et aux moyens disponibles (outils, matériels, équipements, règles, procédures, structure hiérarchique). Un pôle « autrui » correspond aux buts communs de l'équipe et aux outils élaborés collectivement, aux règles de métiers, au genre professionnel. L'activité réelle correspond à des articulations entre activité individuelle et activité collective (Caroly, 2010).

Pour ce qui concerne les médecins du travail, nous pouvons modéliser l'activité principalement entre 4 pôles de l'activité (figure 2) :

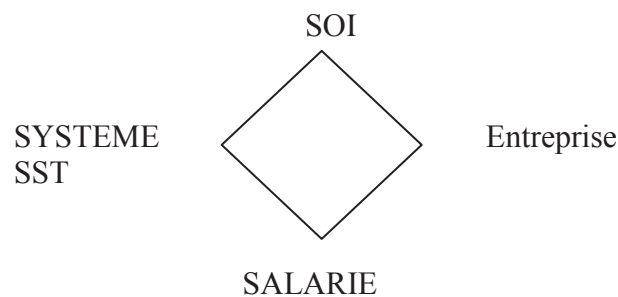


Figure 2 : Modèle de l'activité des médecins comme compromis entre 4 pôles de l'activité : soi-système SST- entreprise-salarié.

A la différence du médecin généraliste qui est seulement dans une relation bilatérale avec le salarié, le médecin du travail est dans une relation triangulaire entre le salarié, l'entreprise et lui-même. Il se doit d'être à la fois le conseiller du salarié et de l'entreprise, position qui peut parfois être ambivalente selon les besoins et les attentes de chacun.

Une autre caractéristique du médecin du travail est que son activité est essentiellement individuelle, il travaille rarement collectivement avec ses pairs et les occasions de travail collectif avec les partenaires sont peu fréquentes. Par contre, son activité est collective avec les salariés et l'entreprise, avec qui il a de nombreuses interactions.

Enfin, l'activité du médecin s'inscrit dans le cadre d'un système de santé au travail, régi par des règles et des normes. Les outils comme le certificat d'aptitude, la déclaration d'inaptitude ou la fiche d'entreprise constituent des instruments possibles pour son action.

En empruntant au modèle classique de l'activité en ergonomie, nous pouvons caractériser les spécificités de l'activité du médecin du travail (cf. figure 3). Selon différents déterminants de la situation de travail (organisation de la prévention, du service ST, des dispositions des acteurs, du projet du salarié, de la nature des TMS et des caractéristiques du médecin du travail), les médecins du travail déploient des stratégies. De cette activité en découlent des résultats sur la prévention et des effets sur les relations entre les acteurs, y compris sur la santé du médecin.

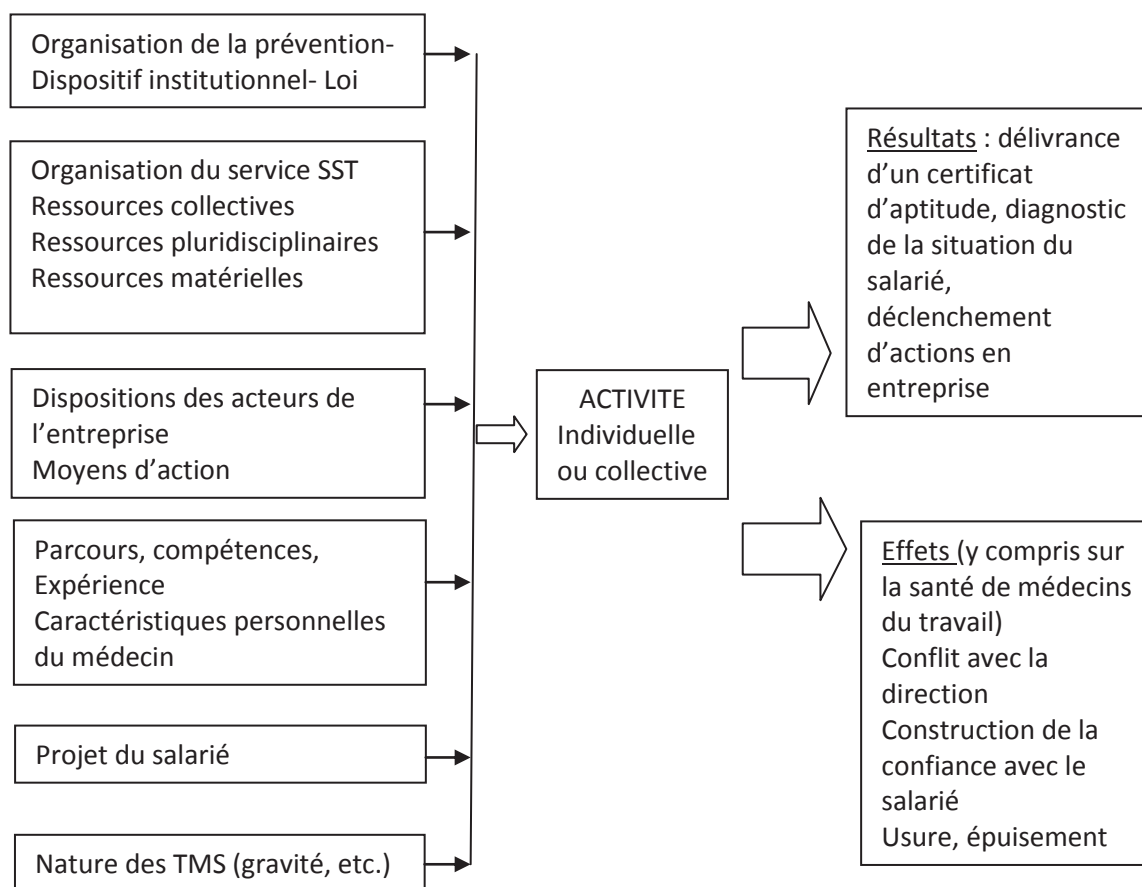


Figure 3 : modèle de l'activité des médecins du travail à partir de Leplat et Cuny ? (1977)

L'activité collective

Le développement de la pluridisciplinarité dans les services ST ne peut s'envisager comme une « simple addition des contributions, sans prise en compte des tensions et des conflits potentiels qu'implique nécessairement la collaboration entre professionnels de formation et de métiers différents » (Davezies 2010). L'activité collective est loin d'être évidente quand la représentation que se fait chacun du métier de l'autre complique le travail en commun. De même le travail des infirmières du travail se base sur des tâches médicales déléguées par le médecin du travail, comme le stipulent les textes de référence. Ces rôles donnés aux acteurs de la prévention ne sont pas le reflet uniquement d'une réponse à la pénurie des médecins mais traduisent une difficulté de coopération. « La non prise en compte des différences de perspectives constitue alors un facteur d'appauvrissement de l'activité de chacun » (Davezies, 2010). Le fonctionnement des équipes pluri-professionnelles fera l'objet d'une investigation sur les formes de travail collectif dans l'activité du médecin.

La pratique du médecin du travail repose sur plusieurs formes d'activité collective : travail collectif des groupes de médecins, l'équipe médicale, l'équipe pluri-professionnelle, les collaborations dans l'entreprise.

1/ Groupe de médecins :

Les médecins participent à un ou plusieurs groupes de pairs dans les services interentreprises ou entre services de ST, soit sur des thématiques communes (les récits professionnels, l'évaluation des risques, etc.) soit sous la forme d'EPP, soit au niveau national ou régional. Cette participation à des groupes de pairs s'inscrit dans un objectif d'échanges sur les pratiques et contribue à la dynamique de métier dans la communauté des médecins du travail.

2/ Equipe médicale :

L'équipe de travail médical comprend plusieurs médecins, des secrétaires et des infirmières. Il s'agit de comprendre la nature des informations échangées et des coopérations dans le binôme médecin-secrétaire ou le binôme médecin-infirmière. La notion d'équipe de travail s'étend ici aux personnes partageant un même but proximal, situé géographiquement dans un même lieu dans un service.

3/ Equipe pluri-professionnelle

L'équipe pluri-professionnelle comprend tous les acteurs de la prévention qui ont des activités collectives avec les médecins du travail. Celles-ci peuvent prendre différentes formes et correspondent à la construction de réseaux éphémères en fonction de la problématique traitée :

- « équipe pluridisciplinaire ». Au-delà du cadre de la loi ¹⁸, imposant aux médecins de travailler avec des ergonomes et des IPRP, la pratique pluridisciplinaire suppose des modifications dans sa propre pratique. « Un bon travail interdisciplinaire se fait avec des intervenants de disciplines différentes qui vont confronter leurs points de vue mais qui restent des gens compétents dans leur discipline » (Vinck, 2001)

- « acteurs du système de prévention » correspond au soutien de préventeurs extérieurs ou de médecins extérieurs comme le contrôleur du service de prévention de la CARSAT, l'inspecteur du travail...Le médecin du travail peut avoir le soutien d'un MIRTMO pour mener ses actions, faire appel à un médecin expert pour une consultation de pathologie professionnelle. Est compris aussi dans ce système le médecin généraliste qui est plus ou moins en contact avec le médecin du travail.

La coordination dans les équipes pluridisciplinaires et avec les acteurs de prévention devrait jouer sur l'efficacité de la prévention.

4/ Collaborations dans l'entreprise

Les collaborations entre le médecin du travail et les acteurs de l'entreprise correspondent à une autre forme d'activité collective. La place du médecin du travail dans le CHCST est à instruire. Avec qui le médecin du travail construit-il des alliances (DRH, Responsable

¹⁸ L'obligation de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail (Circulaire du 13 janvier 2004) a pour fonction de gérer les risques professionnelles, en mobilisant des compétences médicales, techniques et organisationnelles. Les premiers acteurs concernés par la mise en place des mesures d'hygiène et de sécurité en entreprise sont les IPRP (intervenant en prévention et risques professionnels), les médecins du travail, les inspecteurs du travail et le CHSCT.

sécurité...)? Quelles sont ses marges de manœuvre dans l'entreprise, construites avec les acteurs ? En quoi la collaboration influence l'activité du médecin ?

Les différentes formes de travail collectif n'impliquent pas nécessairement l'existence d'un collectif de travail. Mais il est possible dans certaines conditions que des collectifs émergent. Nous considérons le collectif de travail ici au sens strict de collectif de médecins du travail. Le groupe de pairs devient un véritable collectif de travail quand les médecins partagent des règles de métier sur la manière de s'y prendre dans l'activité, concourent à enrichir le genre professionnel et entretiennent des relations de confiance (Caroly, 2010). Dans certaines conditions, le collectif de travail serait une ressource pour l'activité du médecin s'il donne la possibilité au médecin de ne plus être seul face aux difficultés posées par les TMS et de pouvoir enrichir sa gamme d'actions.

Les marges de manœuvre

Un concept important de l'ergonomie est celui de marge de manœuvre. Celui-ci enrichit le concept d'activité. Les opérateurs mettent en œuvre des régulations en fonction des marges de manœuvre laissées par l'organisation et il résulte de cette action la création de marges de manœuvre propres à l'opérateur. Dans le cas des médecins du travail, les marges de manœuvre données par le système sont celles issues des moyens donnés par les institutions, les services de santé au travail mais aussi des moyens donnés par l'entreprise. L'activité du sujet dépend des conditions organisationnelles dans lesquelles elle s'exerce. Les marges de manœuvre sont à concevoir dans la dialectique entre régulations structurelles et régulations opératives. Les marges de manœuvre se définissent au niveau du poste de travail comme les possibilités pour les salariés de développer leurs propres manières de faire et des stratégies de préservation de la santé. Les marges de manœuvre se trouvent dans un collectif, un atelier, une entreprise comme moyen d'organiser le travail de manière que face à la diversité des caractéristiques des opérateurs soit proposée une diversité de situations de travail (Laville, 1995).

Il existe différents niveaux de marges de manœuvre :

- les marges de manœuvres organisationnelles : La proposition d'un modèle dynamique d'adaptation inter-couches (Valot, Weill-Fassina) et de zones de tolérance du système pourrait être pertinente pour analyser ces marges de manœuvre. Il existe des pratiques reconnues et acceptées et d'autres considérées comme inacceptables
- les marges de manœuvres collectives : le collectif joue un rôle dans la création de marges de manœuvre, tout comme le travail collectif et le travail en réseaux.
- les marges de manœuvres individuelles : la réélaboration des règles, la gestion de l'espace de travail, l'organisation du temps de travail sont autant de marges de manœuvre que créent les opérateurs pour préserver leur santé tout en assurant une certaine efficacité.

Les marges de manœuvre sont à concevoir sous l'angle de la construction et de la transformation. On cherche à comprendre comment les médecins du travail construisent leurs marges de manœuvre.

4.2. Le concept d'activité en clinique de l'activité

Utiliser le terme d'activité, plutôt que celui de pratique, acte ou action est le moyen de ne pas séparer pensée et acte, d'interdire cette séparation. C'est ainsi une manière d'insister sur le fait que le travail est irréductiblement un travail psychique et une activité concrète. C'est ce qui permet de penser ensemble le champ de l'activité et celui de la subjectivité.

a. La différence entre réel et réalisé et l'activité empêchée

Tel qu'il est développé en clinique de l'activité, ce concept s'ancre dans le courant de la psychologie historico-culturelle et notamment reprend à Lev Vygotski l'idée que l'on ne peut limiter le réel de l'activité à ce qui est réalisé.

En effet, si on analyse le comportement comme «un système de réactions qui ont vaincu » (Vygotski, 2003, p.74) c'est-à-dire le résultat d'une lutte entre différentes possibilités de réagir, d'agir, conflit obligeant à choisir l'une de ces possibilités et à écarter les autres alors « le comportement tel qu'il s'est réalisé est une infime part de ce qui est possible. L'homme est plein à chaque minute de possibilités non réalisées. » (p.76)

L'activité est donc le produit d'une histoire, de cette succession de conflits, de choix et de possibles écartés qui, pour autant, continuent d'agir. Ces possibles sont autant de restes conscients et inconscients qui laissent des traces dans le sujet et dans le monde (dans les objets de l'activité, dans les échanges autour de l'activité, dans le langage, dans les techniques). Le conflit inhérent à l'activité est sans cesse renouvelé par la confrontation permanente à ces traces, ce qui rend possible le développement de l'activité et du sujet sauf lorsque le choix du geste, de l'activité est imposé de l'extérieur du sujet sans que le sujet n'ait d'autres possibles que de refouler ses propres conflits.

Yves Clot (2001, p.50) définit donc ainsi l'activité : « (elle) n'est pas seulement ce qui se fait. Le réel de l'activité c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne peut pas faire, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir -les échecs- ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on ne fait plus, ce qu'on pense ou ce qu'on rêve pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter -paradoxe fréquent- ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ou encore ce qu'on fait sans vouloir le faire. Sans compter ce qui est à refaire. »

b. Les différences entre activité, action et opération et la question du sens

Pour alimenter l'idée que l'activité est non seulement une histoire mais aussi un conflit, on utilise en clinique de l'activité les distinctions faites par un autre psychologue russe, Léontiev. Pour lui, (1984), l'activité a un motif, elle est forcément liée à un besoin et « c'est l'objet de l'activité qui lui confère son orientation » une fois cet objet atteint, le besoin est assouvi et l'activité n'a plus de motif réel. Ce motif (ou motivation) n'est pas forcément conscient. Pour se réaliser, l'activité se décline en actions, c'est-à-dire en « processus soumis à un but conscient » et pour cela se découpe en opérations (dépendantes des moyens disponibles). Pour résumer, on a : l'activité (et son motif), l'action (et son but) et les opérations (et leurs moyens). Cette façon de découper l'activité (difficile voire impossible à faire en réalité) est intéressante parce que Léontiev ajoute qu'une même action peut réaliser différentes activités, de même une activité peut se concrétiser par différentes actions, en se donnant différents buts. La caractéristique de l'activité humaine c'est qu'il n'y a pas de coïncidence entre les motifs et les buts; et le sens que l'activité a pour un sujet naît de cette discordance, des rapports entre les buts et les motifs. Dit autrement, il y a conflit entre les occupations (les objets) et les

préoccupations (les mobiles) et de ce conflit émerge le sens. L'action réalise les conflits de l'activité : elle les résout, les développe, les relance, en crée de nouveau. Le sens ne s'apprend pas, ne se prescrit pas mais il est possible d'organiser l'activité de telle sorte que le sens puisse se développer : en organisant la possibilité de l'inattendu, la possibilité de jouer ses propres conflits, avec, dans, par les conflits du réel.

On suivra maintenant Yves Clot qui définit trois régulations internes de l'activité :

-le sens (comme rapport entre réalisé et réel, occupation et préoccupation)

-l'efficacité (dans un sens classique signifie atteindre le but prévu, en clinique de l'activité signifie développer de nouveaux buts)

-l'efficacité (faire cela en s'économisant, en économisant ses moyens)

Il y a donc deux zones de développement de l'activité : la genèse de nouveaux but développera le sens (source du développement de l'activité), la genèse de nouveaux moyens développera l'efficacité (ressource du développement de l'activité).

c. Les concepts de genre et de style

La clinique de l'activité rapatriée dans l'analyse du travail les concepts de genre et de style utilisés par M. Bakhtine pour analyser le discours. Selon lui, il existe entre la langue (au sens des composantes et structures grammaticales) et l'énoncé (oral ou écrit) des formes sociales stabilisées d'utilisation de la langue qu'il nomme des genres de discours. Eux aussi, bien que plus souples que les formes grammaticales sont des normes données.

En analyse du travail, Y. Clot et D. Faïta vont reprendre cette idée d'un intercalaire, cette fois entre le prescrit du travail et le réel (en reprenant la distinction faite en ergonomie) et le définir comme « un corps d'évaluations partagées qui organisent l'activité personnelle de façon tacite » (2000, p.11)

Les genres, devenus genres d'activité, sont « les antécédents ou les présupposés de l'activité en cours, une mémoire impersonnelle et collective qui donne sa contenance à l'activité personnelle en situation : manières de se tenir, manières de s'adresser, manières de commencer une activité et de la finir, manières de la conduire efficacement à son objet. Ces manières de prendre les choses et les gens dans un milieu de travail donné forment un répertoire des actes convenus ou déplacés que l'histoire de ce milieu a retenu. Cette histoire fixe les attendus du genre qui permettent de supporter -à tous les sens du terme- les inattendus du réel. » (p.11-12)

Le genre est considéré comme un surdestinataire, un destinataire de secours offrant face aux difficultés rencontrées dans le travail la possibilité d'être questionné, inventorié.

Ce déplacement des concepts du contexte de l'analyse de l'activité langagière à celui de l'analyse du travail se fait d'ailleurs en écho à la notion de contexte qui est au cœur de toute activité dialogique selon Bakhtine au sens où dans tout discours est présente la voix d'autrui, sont présentes les autres voix. Parler devient alors prendre les mots d'un contexte pour les utiliser dans un autre. De la même façon, toute activité se déroule dans plusieurs contextes à la fois (Fernandez, 2004, p.112) et l'activité est toujours opposée à l'activité de l'autre, à une contre activité.

Ce sont ces déplacements qui autorisent à penser que dans l'activité, il y a répétition (de gestes, d'actes, de discours) mais que c'est une répétition sans répétition. La traversée des contextes (celui de l'autre, celui de l'objet, le sien) est ce qui permet de voir son activité différemment, de revenir sur les traces enfouies dans son histoire (et celle de l'autre, et celle de l'objet) et par là de reprendre la main sur son développement.

Le style dans l'action est alors ce moment où, confronté à une situation inédite, les ressources du genre sont inventoriées mais ne permettent pas de se sortir de la situation. La création stylistique ne peut être le fait que d'un travailleur, expert du genre, capable de le pousser dans

ses retranchements. Cette action avec style n'a donc rien à voir avec la transgression (qui est non prise en compte délibérée des règles), elle s'adresse au genre, au collectif qui l'a stabilisée et est amenée ou bien à devenir une variante du genre (en passant par « le tamis du collectif », c'est-à-dire en étant repris par d'autres dans d'autres contextes) ou bien à être écartée. La création est toujours en ce sens répétition déplacée d'un geste (Fernandez, 2004).

d. L'activité dirigée

En clinique de l'activité, ce qui est défini comme l'unité de base de l'analyse (Clot, 1999) est « l'activité dirigée ». De même que Bakhtine écrivait (1984, p.302) « un énoncé est tourné non seulement vers son objet mais vers le discours d'autrui portant sur cet objet », ici, l'activité est dirigée vers l'objet et vers l'activité d'autrui portant sur cet objet. « Dit autrement, l'activité de travail engage soi-même à travers la médiation d'un objet à traiter, dans une rencontre inévitable avec l'autre. » (Scheller, 2003, p.44)

L'activité peut donc se symboliser par un triangle à trois pôles : sujet, objet, autrui.

Il y a médiation entre chacun des pôles par des instruments techniques (entre le sujet et l'objet) ou psychologiques (entre le sujet et autrui).

Chaque pôle doit être considéré comme un conflit et entre chacun de ces pôles il y a conflit.

L'activité ne va pas en ligne droite du sujet à l'objet car l'objet de travail est pré-occupé par l'activité d'autrui portant sur cet objet, de même que pour Bakhtine (1984, p.301) « l'objet (du discours) a déjà, pour ainsi dire, été parlé, controversé, éclairé et jugé diversement, il est le lieu où se croisent, se rencontrent et se séparent des points de vue différents, des visions du monde, des tendances. »

Travailler est toujours, en ce sens traverser les intentions d'autrui en préservant les siennes (qui pour autant en sortiront forcément modifiées). De même le rapport à l'autre au travail (le pair, le chef) n'est jamais direct, il est toujours médié par l'objet (entendu à la fois au sens de but de l'action et au sens d'instrument). On retrouve ici la question du sens : le changement de destinataire modifie le sens de l'activité.

Cette approche de l'activité fait du sujet (et de l'objet de l'activité) un mouvement et une histoire. On est loin d'une conception d'un sujet qui aurait en germe son devenir, son histoire ou qui serait une substance, une plénitude. Ici, la subjectivité est un rapport entre activités, une histoire, un mouvement et le travail a une fonction psychologique centrale parce qu'il a une fonction de séparation du sujet, séparation qui est opérateur de subjectivation, de développement. En cela, « l'activité est, pour nous, le continent caché de la subjectivité au travail » (Clot, 2001, p.49) Dans l'activité comme dans la subjectivité, il y a histoire. Et faire tenir ensemble ces deux histoires, en conflit, est ce qui permet le développement.

e. Activité et métier

Le métier est vu à la fois comme une activité, une histoire, une mémoire et une tâche. (Clot, 2005)

On « est » alors du métier (dimension personnelle) quand on en a (dimension impersonnelle et transpersonnelle, c'est-à-dire la tâche et le genre professionnel), cela toujours dans un rapport à l'autre (dimension interpersonnelle).

Le métier se joue donc dans ces quatre registres : personnel, car il est toujours le fait d'un sujet, interpersonnel, car en tant qu'activité il est toujours adressé, et sans destinataire perd son sens, transpersonnel, « puisque traversée par une histoire collective qui a franchi nombre de situations et disposés de nombreux sujets à (en) répondre plus ou moins » et enfin impersonnel « sous l'angle de la tâche » car la tâche est « dans l'architecture de l'activité d'un travailleur ce qui est le plus décontextualisé » (Clot, 2003 p.42).

Le genre et la tâche sont à la fois des résultats et des antécédents de l'activité des concepteurs et des collectifs.

Le développement de l'expérience professionnelle se joue dans le jeu entre ces quatre registres, dans la possibilité, toujours susceptible de se perdre, de faire la liaison entre les quatre composantes et que chacune soit ressource pour l'autre. Ce sont les discordances entre ces quatre registres qui peuvent être créatrices.

4.3. Le concept de rôle professionnel en sociologie

La sociologie propose d'examiner la construction d'un rôle professionnel chez le médecin du travail en prenant en compte la façon dont les territoires de compétences s'agentent, ainsi que les moyens d'acquérir de la légitimité dans l'entreprise, la relation avec le salarié et les autres acteurs de la prévention.

Les territoires de compétences :

La coordination nécessite de s'interroger sur les modalités de construction des territoires de compétences (Cholez, 2001). En effet, la pluridisciplinarité fait évoluer nécessairement les jeux d'acteurs par rapport à leur domaine d'intervention sur la prévention des TMS. Les savoirs mobilisés, la construction des réseaux, les formes d'interaction avec l'entreprise prennent alors une grande importance dans ce qui se négocie entre les professionnels. Qu'est-ce que l'intervention sur les TMS modifie dans les territoires traditionnels des acteurs de santé ? Comment les acteurs du dispositif de prévention ajustent-ils leurs actions, négocient-ils leurs rôles, leurs objectifs et leurs prérogatives ?

La sociologie des professions américaine nous offre des perspectives intéressantes d'analyse, notamment à partir des travaux d'Anselm Strauss (1992), d'Eliott Friedson (1984) et d'Andrew Abbott (1988). Ils conduisent à interroger les différences de représentations des situations en entreprise entre les professionnels de prévention et leurs effets sur la pratique d'intervention. Comment les médecins du travail redéfinissent-ils ce « problème » de santé que constituent les TMS dans leurs interventions et par rapport au positionnement des autres acteurs de santé ? Avec qui et comment négocient-ils leurs compétences ? Quelles alliances s'établissent ? Comment cet « ordre négocié » est-il fréquemment remis en chantier au gré des aléas des entreprises prises en charge mais aussi des structures d'appartenance des acteurs de santé ? A quelles conditions, les différents acteurs concernés par la prévention parviendront-ils à construire une représentation commune des problèmes de TMS et à identifier leurs zones d'actions relatives à leur territoire de compétences ?

La sociologie interactionniste des professions montre que les frontières de compétences sont instables et qu'elles sont le produit des **dynamiques de reconnaissance de l'expertise et des groupes professionnels qui lui sont associés** (Abbott, 1988). L'évolution des pratiques du médecin du travail s'inscrit à l'intérieur d'un « système de professions » (Abbott, 1988) dans l'activité de prévention. L'approche des coopération/concurrence professionnelle apparaît appropriée pour appréhender l'activité des médecins du travail.

La légitimité :

Dans ce jeu de conquête incessante de leur territoire professionnel, la légitimité des actions du médecin du travail est posée. En effet, les médecins du travail, imposés à l'employeur mais agissant en même temps comme leurs conseillers et ceux des salariés, ne sont pas toujours dans une posture facile lorsqu'ils ont en charge les questions d'aptitude et d'inaptitude en lien

avec les pathologies de TMS. Lors d'une enquête datant de 1995, Françoise Piotet (2002) constatait combien les médecins du travail souffraient du regard que salariés et employeurs portaient sur eux et montrait qu'une part importante de leur action consistait d'abord à obtenir **la confiance des uns et des autres**. Dans plusieurs interventions de terrain (Caroly, Schweitzer, Coutarel, Roquelaure, 2006), nous avons observé des phénomènes de rejet ou de mise à l'écart du médecin de travail par l'employeur ou la DRH, voire des relations conflictuelles, lorsqu'il commence à rendre visibles les TMS. Il existe aussi des situations de rejet du médecin par les salariés. Plusieurs raisons sont à l'origine de ce phénomène de rejet, déjà décrit en partie dans la littérature (Davezies, 1995, 1997) :

- une représentation de leur rôle du côté du contrôle des obligations (EPI, normes de sécurité, etc.) et de l'évaluation des risques (mesure d'ambiances physiques, métrologie, mesure des risques chimiques, contaminants, etc.)
- une perception des déclarations des accidents du travail et des maladies professionnelles comme relevant de la réparation plutôt que de la prévention
- un confinement du médecin au diagnostic médical individuel et une difficulté à le faire participer à la conception des situations de travail dans la conduite de projets industriels
- une structuration de la prévention des risques dans le service sécurité et environnement, déconnecté du service médical
- des craintes du côté de l'encadrement de ne plus pouvoir gérer la main d'œuvre face aux exigences économiques avec les restrictions d'aptitude générées par le médecin du travail.

L'intervention du médecin du travail dans la prévention des TMS dépend donc de la demande de l'employeur et/ou des salariés à traiter la question, ce qui peut conduire le médecin du travail à ne pas s'investir dans certaines entreprises.

Notre intérêt est de comprendre les actions mises en œuvre par les médecins pour acquérir une légitimité dans l'entreprise, qui amène progressivement l'employeur à être demandeur d'une intervention spécifique sur les TMS ou la mise en œuvre d'un dispositif de prévention : par exemple façon de s'appuyer sur des faits, gestion du temps de l'intervention, etc.

La sociologie des organisations invite à saisir les relations entre le médecin du travail et les acteurs de l'entreprise afin de déterminer dans quels jeux organisationnels les médecins déploient leurs actions et leur rapport de dépendance.

5. La méthodologie

Les méthodologies mises en œuvre pour atteindre les objectifs de la recherche sont qualitatives. Elles reposent sur des entretiens et des observations de l'action dans l'entreprise et en consultation ou de travail collectif avec des partenaires. Plusieurs monographies des activités des médecins du travail dans la prévention des TMS ont été réalisées dans différents contextes (intra, interentreprise, PME et grand groupe, divers secteurs d'activité).

Cette démarche méthodologique est commune à l'ensemble des membres de l'équipe de recherche, répartis dans cinq pôles géographiques, mais notre souhait était de ne pas perdre la spécificité de chaque discipline. En effet, la pluridisciplinarité commence par reconnaître le cadre garant de chaque discipline et se poursuit dans les possibilités d'échange et de construction de connaissances dans la transdisciplinarité (Vinck, 2002). Pour cela nous avons construit un référentiel commun reprenant nos cadres théoriques respectifs, présentés précédemment, et les méthodes de recueil des données, que nous allons détailler.

5.1. Construction sociale du projet de recherche

Des questions d'éthique et de déontologie se sont posées sur le positionnement du chercheur. De par notre métier d'ergonomes ou de cliniciens du travail, la difficulté de cette recherche réside dans les interpellations que pouvaient faire certains médecins à notre égard. Leurs discours nous étaient adressés sur des besoins concrets d'aides, de conseils et recommandations sur la situation de travail ou sur le diagnostic des facteurs de risques de TMS en s'appuyant sur nos compétences. Sans arrêt, il a été utile de rappeler aux médecins volontaires participant au dispositif de recherche que notre positionnement n'était pas de répondre à leur demande d'expertise mais plutôt de comprendre ce qu'ils font et comment ils le font. Notre souhait était d'observer l'activité réelle, d'où la nécessité de poser des garanties pour y accéder.

Des garanties de confidentialité sur l'étude ont été données aux médecins pour qu'ils puissent nous faire entrer dans leur cabinet, nous parler sur le cas du salarié et pouvoir les suivre dans leur action. Pour cela, un protocole de recherche (cf. annexe 15) a été soumis au conseil de l'ordre des médecins et à la Commission Nationale d'Information et Liberté. Les autorisations ont été accordées de faire des observations enregistrées des consultations des médecins du travail par le conseil de l'ordre et par la CNIL après quelques aller-retour visant à modifier les termes des modalités d'accès aux terrains et de traitements et stockage des données.

Les éléments de négociation avec le Conseil de l'Ordre des médecins ont surtout porté sur :

- la présence du chercheur pendant le temps de l'entretien et un temps sans le chercheur lors de l'examen clinique du salarié
- l'information au salarié sur les objectifs et les modalités de la recherche
- le volontariat du médecin du travail
- le consentement éclairé du salarié
- la destruction des données à la fin de la recherche.

Deux lettres de présentation de l'étude ont été réalisées pour informer le médecin du travail et le salarié, fixer les garanties de l'observation de la consultation et avoir leurs consentements (cf. annexe 16).

Pour ce qui concerne la CNIL, les exigences ont plus porté sur les conditions de stockage des données, leur analyse et leur destruction.

5.2. Différentes méthodologies mises en œuvre

Plusieurs méthodologies sont mises en œuvre selon les compétences et les disciplines de chaque équipe de recherche (cf. tableau 1)

Pôle Parisien CNAM Laboratoire de clinique du travail	Pôle Bordelais Département d'ergonomie de l'IDC LSTE	Pôle Rhône alpes Laboratoire PACTE Laboratoire de l'université Lyon 1	Pôle clermontois Laboratoire PAEDI Université Blaise Pascal	Pôle Québécois L'université Laval à Québec
Entretien d'instruction au sosie	Suivi d'intervention de médecins du travail	Entretien sociologique Entretien sur des traces d'activité du médecin dans le suivi un salarié	Entretiens d'explicitation	Revue de littérature
	Observation ergonomique	Observation ergonomique Méthodologie d'autoconfrontation simple et croisée Suivi longitudinal		Suivi d'équipe de santé au travail en entreprise

Tableau 1 : Méthodologie mise en œuvre par les différents pôles de compétences

5.2.1. Les entretiens sociologiques sur les parcours et les pratiques professionnelles du médecin du travail dans la prévention des TMS

Les entretiens sociologiques (cf. guide d'entretien, annexe 17) sont analysés avec les approches de la sociologie des organisations, de la sociologie interactionniste ou de la sociologie de la connaissance et de l'action située et de la sociologie des professions. Plusieurs thèmes font l'objet d'une analyse du discours :

- les partenaires des médecins du travail et le type de relations mises en œuvre,
- ce qui constitue le cœur de métier du médecin du travail,
- les stratégies d'action du médecin du travail en lien avec les acteurs qu'il rencontre (dans l'entreprise, dans le service et dans d'autres lieux),
- les instruments du médecin du travail et leur usage dans l'action.

Les premières analyses ont montré l'importance de catégoriser les « acteurs » avec qui le médecin est en relation : les relations d'équipe (entre médecins), les relations pluridisciplinaires (avec d'autres acteurs de la prévention internes ou non au service) et les collaborations dans l'entreprise.

5.2.2. Les entretiens d'explicitation

L'entretien vise l'explicitation et la description de l'activité des médecins du travail vis-à-vis de la prévention des TMS. L'entretien d'explicitation (Vermersch, 2006) regroupe des techniques de verbalisation, un ensemble d'outils propres à faciliter la mise en mots de l'action vécue singulière. Partant du postulat que les verbalisations sont obtenues dans un rapport dialogique entre le chercheur et l'interviewé, Vermersch propose de ne plus sous-estimer la place de l'expérience du chercheur dans la co-construction de l'expérience de l'interviewé. La méthodologie d'entretien s'est donc appuyée à la fois sur un travail du chercheur sur lui-même, de mise à plat de son expérience pour mieux la maîtriser lors de l'interrogation de l'expérience de l'autre, et sur l'explicitation du vécu du médecin du travail, en référence à des histoires professionnelles concrètes, destinées à situer le discours au plus près de l'activité et ainsi à éviter les formes de sur-généralisations classiques. Nous avons donc utilisé les traces d'activité à notre disposition, notamment le journal de bord du médecin du travail pour conduire des entretiens d'explicitation à partir de cas, d'histoires, de projets concrets et détaillés. Les verbalisations recueillies sont donc corroborées avec des observables et des traces indépendants de ce que dit la personne interrogée. Les entretiens réalisés ont été enregistrés (audio et/ou vidéo), retravaillés à plusieurs afin d'organiser et de conduire le prochain entretien. De cette explicitation progressive et co-construite, les chercheurs et le praticien ont ensemble fait émerger des éléments de généralisation permettant d'interpeller le métier.

5.2.3. Des observations ergonomiques de situations de travail

Plusieurs jours de terrain (60 jours au total, cf. annexe 19) ont été consacrés à l'observation de l'activité réelle de travail des médecins du travail. Les observations ont eu lieu dans des situations d'action en milieu de travail : réunion de CHSCT, étude de poste ou visite d'entreprise. Certaines observations concernaient des démarches de maintien dans l'emploi, où le médecin du travail était accompagné de partenaires de la prévention. Enfin, plusieurs observations de consultations ont été réalisées.

L'objectif est de comprendre l'activité des médecins du travail, c'est-à-dire les stratégies mises en œuvre, les buts poursuivis, les objectifs recherchés en lien avec le contexte dans lequel ils interviennent. Cependant l'objectif de l'analyse du travail en ergonomie de l'activité ne vise pas seulement à montrer les régulations individuelles et collectives mais aussi à agir sur les situations de travail, en donnant des moyens de développement des compétences selon les marges de manœuvre disponibles. Ceci permet d'aller au-delà de la mise à jour des écarts entre la tâche prescrite au médecin du travail et ce qu'il peut faire réellement dans les situations de travail. Le médecin redéfinit sa tâche et le collectif de travail y participe plus ou moins. L'activité mise en œuvre dépend du contexte dans lequel il réalise son action et des acteurs en présence mais aussi des perturbations internes et externes propres à son activité. Il s'agit d'identifier les informations traitées, les instruments utilisés selon le contexte et les caractéristiques des populations au travail. Autrement dit, il s'agit de mettre en évidence les processus de décision et les ressources mobilisées par le médecin pour réussir son activité. Ainsi les leviers et les freins à son activité pourront être identifiés.

5.2.4. Des entretiens d'autoconfrontation simple

Les régulations individuelles et collectives mises en œuvre font l'objet d'une discussion entre le chercheur et le médecin du travail par le biais d'une autoconfrontation simple. A partir de là, un débat professionnel entre les médecins du travail peut avoir lieu sur l'activité réelle de travail, les marges de manœuvre disponibles et les moyens de développer les compétences.

Lors de l'entretien d'autoconfrontation simple, les observations sont validées individuellement avec chaque médecin. Cela permet d'entrer dans une auto-confrontation à visée développementale. Cette validation permet également d'assurer les chercheurs d'une utilisation des données récoltées pour effectuer des confrontations collectives.

5.2.5. Des entretiens d'autoconfrontation croisée

Les entretiens d'auto-confrontation croisée sont alors utilisés pour donner un espace de discussion sur l'activité réelle de travail au collectif de médecins du travail.

L'entretien « d'autoconfrontation croisée » est un dispositif méthodologique en clinique de l'activité qui vise à provoquer un dialogue entre les professionnels (Clot, 2008). Après avoir constitué un collectif de professionnels volontaires et fait plusieurs observations des situations de travail, la confrontation du professionnel à l'enregistrement vidéo de son activité constitue une première étape (autoconfrontation simple), qui permet de préparer le professionnel à une deuxième étape d'autoconfrontation croisée où la confrontation du professionnel se fait avec un pair, lui aussi confronté à ses propres séquences d'activité. L'analyse de l'activité peut porter sur cette autre activité chargée de destinataires et qui permet d'accéder à une activité de travail telle qu'elle est vécue par les opérateurs. En effet, « toute activité est adressée. Elle possède un ou plusieurs destinataires » (Clot, 1995, p. 215). De ce fait le dispositif d'autoconfrontation de l'opérateur avec son activité filmée, dispositif commun à l'approche ergonomique, est enrichi par une analyse de l'évolution du discours intérieur du professionnel en fonction des pairs à qui ils s'adressent successivement. Chacun va commenter librement le travail de l'autre, faire émerger des différences, des similitudes. Cette discussion permet aux médecins d'élargir leurs points de vue sur leur situation et parfois de trouver de nouvelles manières d'agir.

Les confrontations collectives se sont réalisées sur la base de trois entretiens d'autoconfrontation croisée, dont deux restitués au collectif de médecins : l'une sur la participation du médecin au CHSCT, l'autre sur la pratique d'étude de poste ou de visites d'entreprise, la dernière sur la consultation. Les entretiens d'autoconfrontation croisée visent à faire émerger des controverses professionnelles en utilisant les observations individuelles. Pour cela, les cas individuels sont présentés dans un premier temps à un binôme de médecins du travail.

L'échange du binôme est ensuite présenté au collectif de médecins, qui va se saisir des débats initiés pour discuter de leur pratique. Ce dispositif permet non seulement de mieux comprendre l'activité du médecin et les valeurs du métier mais il produit également des possibilités de développement de l'activité.

Ceci a permis par exemple, de discuter des soutiens du médecin dans l'entreprise, des tensions et difficultés de l'action en CHSCT, ou encore de l'importance des visites d'entreprise pour construire les relations salariés-médecin, chef d'entreprise-médecin utiles par la suite aux actions de prévention ou bien de l'importance de la parole du salarié dans la consultation.

5.2.6. Des entretiens d'alloconfrontation

Des entretiens « d'allo-confrontations » collectives à partir d'enregistrement de l'activité (Mollo & Falzon, 2004) peuvent être utilisés pour enrichir l'analyse de l'activité collective. Ces entretiens consistent à faire verbaliser le participant au sujet de l'activité de son collègue, la confrontation collective se fait avec un groupe de participants qui verbalisent au sujet de l'activité d'un ou plusieurs collègues. L'objectif des entretiens d'allo-confrontation est de prendre conscience d'autres formes de connaissances, d'évaluation et de justification de leurs procédures. En se comparant aux autres, l'alloconfrontation donne des possibilités de construction de nouvelles connaissances.

La plupart des réunions collectives que nous avons animées avec deux groupes de médecins volontaires sur la région Rhône-Alpes ont porté sur cette méthodologie. Nous partions de traces de l'activité d'un médecin qui avait fait l'objet d'un entretien d'autoconfrontation simple avec celui-ci et qui était ensuite présenté au groupe pour échanger sur les façons de faire du collègue et les différentes de faire dans la situation.

5.2.7. Des entretiens d'instruction au sosie avec deux groupes de médecins

Deux groupes de médecins ont été suivis dans le cadre d'instruction au sosie, ceci a donné lieu à 7 jours d'investigations terrain.

La méthodologie en clinique de l'activité repose sur le développement d'une activité de dialogue entre des professionnels d'un même métier sur leurs façons de faire dans les situations de travail avec l'idée que c'est au moyen de ces dialogues qu'ils pourront trouver des ressources pour développer leur activité.

Par activité, nous entendons ce que les professionnels font concrètement dans des situations de travail toujours uniques mais aussi ce qu'ils cherchent à faire sans y parvenir, ce qu'ils aimeraient faire, ce qu'ils ne peuvent pas ou plus faire... autrement dit à la fois l'activité réelle et l'activité « empêchée ». Ces empêchements sont autant de possibles non réalisés qui restent vivants dans l'activité quotidienne et peuvent contribuer au développement des manières de faire.

L'analyse de l'activité ainsi conçue nécessite de construire un cadre permettant de dépasser ce qui est directement observable et/ou dicible afin de rendre discutables les composantes impensées, incorporées, tacites de l'activité de travail.

Le dispositif d'entretien du sosie est une démarche mise en place et construite avec les professionnels tant dans le choix des « problèmes » rencontrés dans l'activité sur lesquels l'entretien doit porter que sur le choix des moments à discuter et sur lesquels faire porter les commentaires. Il cherche à établir un cercle vertueux entre ce que les professionnels font, ce qu'ils disent de ce qu'ils font et ce qu'ils font de ce qu'ils disent. On cherche ainsi à seconder les professionnels dans un développement de leur activité en allant puiser des ressources dans le collectif de métier.

5.2.8. Des entretiens sur des traces d'activité du médecin dans le suivi d'un salarié

Les entretiens portent sur la confrontation du médecin aux traces de son intervention auprès d'un salarié dans une entreprise à partir des notes dans le dossier, des courriers divers, des rapports, etc.

Trois entretiens avec trois médecins du travail ont été réalisés sur la base de leurs dossiers médicaux et des traces de leurs interventions (courriers divers, rapports, etc.) et ont permis la construction de monographie d'entreprise. Le premier cas porte sur la confrontation à 24 documents sur une période de 11 ans.

5.2.9. Le suivi de projet de prévention sur les TMS

Six entretiens ont été réalisés avec des acteurs travaillant avec le médecin du travail dans le cadre de deux suivis de projet de prévention en entreprise.

Il s'agit d'une approche ergonomique de suivi et d'évaluation des projets de prévention des TMS dans l'entreprise où le médecin du travail joue un rôle. La démarche consiste à interviewer l'ensemble des acteurs participant au projet et de retracer avec eux l'histoire du projet, les évolutions, les ressources mobilisées et les freins aux actions. Il s'agit de reconstituer la mise à l'agenda des problèmes de santé-travail, de décrire le processus de transformation et d'observer les situations de travail des salariés. Il s'agit aussi de tenter de reconstituer les dynamiques de prises de décision, de rendre compte des situations d'arbitrage entre les acteurs mais aussi entre les logiques de l'entreprise. Les projets choisis, ne l'ont pas été en fonction de leur originalité ou de leur succès en matière de prévention des TMS. C'est avant tout l'opportunité de trouver un médecin bénévole qui a orienté le choix.

5.3. Caractéristiques de la population

Notre population des médecins participant à la recherche est composée d'une cinquantaine de médecins (cf. annexe 17). Nous avons certaines caractéristiques d'identification de 45 médecins. Parmi ceux là, on note une majorité de femmes (38 femmes, 7 hommes), plutôt âgés (25/38 médecins ont plus de 50 ans). L'ancienneté dans la profession varie entre 6 ans et 32 ans. Une majorité de médecins ont 15 ans et plus d'ancienneté (25 médecins sur 43) dans la profession. L'ancienneté dans le service varie entre 1 an et 30 ans. 18/39 médecins ont 10 ans et plus d'ancienneté dans le service.

Dans notre échantillon, nous avons 1/3 des médecins qui ont eu un parcours avant d'arriver à la médecine du travail (11 ont été médecins généralistes, 4 ont été médecins urgentistes, 1 ergonomie, 1 médecin scolaire).

Notre échantillon semble assez proche des caractéristiques de la population des médecins du travail.

5.4. Caractéristiques des données de terrain

Avec les médecins participants à notre recherche, nous avons mis en œuvre une diversité de méthodologies (cf. annexe 18 pour le détail). Nous synthétisons les caractéristiques des données de terrain dans le tableau 2 ci-dessous. Nous avons réalisé au total 237 observations, dont 200 consultations, 15 actions collectives, 14 visites de poste et 8 réunions de CHSCT. 65 entretiens ont été menés dont 45 sur le travail, 14 d'autoconfrontation simple, 3 d'autoconfrontation croisée et 3 d'explicitation. Au total 29 réunions collectives ont eu lieu.

	Observations	Entretiens	Réunions collectives
Consultation	200		
Visite de poste	14		
CHSCT	8		
Actions collectives	15		
Entretien d'explicitation		3	
Entretien sociologique, ergonomique et clinique sur le travail		45	
Entretien d'autoconfrontation simple		14	
Entretien d'autoconfrontation croisée		3	
Confrontation aux traces de l'activité			14
Instruction du sosie			15

Tableau 2 : Nature des données de terrain recueillis en nombre

Partie II :

**Les résultats de la recherche
et discussion**

Du fait de notre interdisciplinarité et de nos analyses empruntant à des cadres méthodologiques différents, nous avons souhaité garder les apports des uns et des autres dans ce rapport, en présentant les résultats sous-formes de textes articulés autour d'un fil directeur, celui de l'activité réelle du médecin du travail.

L'organisation des résultats de la recherche aura pour originalité de plonger le lecteur dans l'activité réelle des médecins, selon différentes monographies. L'objectif est aussi de tenir quatre axes du modèle de l'activité du médecin du travail : décrire les styles dans l'activité, comprendre les résultats et les effets de l'activité, caractériser les déterminants de l'activité, explorer les modalités de régulations et les moyens de développer l'activité.

Cette présentation suit le modèle de l'activité des médecins, présenté dans la partie objectifs de la recherche, de la façon suivante (cf. figure 4).

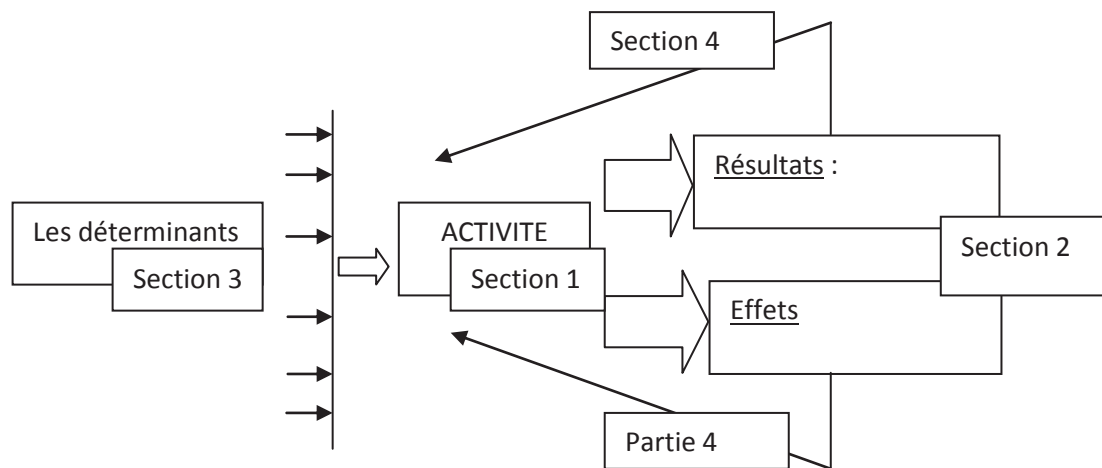


Figure 4 : Présentation du rapport selon le modèle de l'activité du médecin du travail

Chaque section constitue un résumé des textes apparaissant en annexe et représentant les différentes contributions détaillées des membres de l'équipe de recherche. Ainsi la section 1 traitera des styles et des genres d'activité du médecin du travail, la section 2 des difficultés rencontrées par les médecins comme résultats et effets de leur activité, la section 3 des déterminants leviers ou freins à des actions sur les TMS, afin d'aborder dans la section 4 des ressources individuelles et collectives pour une prévention efficace. Bien entendu, chaque section est dynamique et décrit l'activité globale du médecin du travail.

Une synthèse transversale des résultats de l'ensemble des sections amènera à une discussion.

1. Présentation synthétique de chaque section

1.1. Le genre et les styles du médecin du travail

Cette section traite de plusieurs profils de médecin du travail et montre des différences de styles dans la façon de faire de la prévention. Elle pose des questions tant sur l'activité des médecins que sur le métier.

Le texte présenté par Philippe Davezies porte sur l'analyse de monographies de trois médecins, femmes de plus de 50 ans. La méthodologie développée est celle de la confrontation individuelle du médecin du travail aux traces de son activité dans le cadre du suivi sur le long terme d'une entreprise avec des problématiques de TMS. La discussion s'engage sur ce qui a pu être réalisé et l'évaluation de son action à partir de la lecture commentée et critique des éléments du dossier (courrier, traces écrites du médecin, etc.). Elle permet de mieux comprendre les modes d'investissement du médecin dans son activité et les genres d'activités.

Le Dr E. se trouve dans une position intermédiaire. Son action se déploie dans le secteur du découpage de matériau avec de la sous-traitance et concerne le maintien dans l'emploi de deux jeunes ouvrières du Kosovo, deux sœurs, qui se prennent au jeu intenable de l'accélération de la production. Le médecin fait des courriers, ne met pas d'incapacité mais fait des déclarations de maladies (assez rare dans la profession). La négociation sur les TMS sera l'occasion d'alliances avec le chef d'atelier, l'employeur et de soutien de l'inspecteur du travail.

Le Dr C intervient sur les TMS dans une entreprise du bâtiment. Soumis à une pression temporelle occasionnée par les consultations très nombreuses, le médecin considère que l'on ne fait rien dans le cabinet. Son activité est orientée vers l'action en milieu de travail. A partir d'indicateurs de santé de la CARSAT, le médecin va en entreprise dans les services avec des problématiques TMS et où des actions de prévention sur les conditions de réalisation du travail peuvent s'engager. Mais il ne peut pas remonter très loin dans les déterminants des TMS. Le lien santé-travail s'efface au profit du lien santé-emploi. Il s'engage dans des actions pluridisciplinaires avec des conseillers de prévention de la CARSAT. Il essaie de remonter jusqu'à la branche professionnelle en sensibilisant le patronat sur la prévention des risques. Il s'agit d'une action de prévention qui interpelle les employeurs.

Le Dr A est orienté plutôt vers la clinique médicale. Son action se fait dans le cabinet et vise à mettre le salarié en position d'agir par une mise en discussion du travail, la description de l'activité et de la part de subjectivité et du corps engagés. Le médecin n'intervient pas directement dans l'entreprise à moins que l'entreprise ou d'autres partenaires n'en fassent la demande. Il ne s'agit pas de transformer le travail mais d'aider le salarié à élaborer ses capacités, à comprendre les liens entre les différentes logiques. L'action sur l'organisation du travail et le collectif n'est pas directe dans ce cadre, elle relève d'une co-construction entre le médecin et le salarié. L'action en prévention des TMS se fait dans le cabinet en cherchant à mettre le salarié en position d'acteur de la situation et lui permettre d'agir sur les relations entre les acteurs. La théorie de l'action ici est celle du développement du pouvoir d'agir. A cette activité d'entretien dans le cabinet, la mise en visibilité des déclarations de maladies professionnelles ou d'accident du travail sert d'alerte de santé pour que l'employeur et les acteurs de l'entreprise s'en saisissent comme une véritable problématique de santé au travail.

L'analyse de l'action de ces trois médecins montre une conception du métier du médecin du travail entre deux pôles : une médecine d'entreprise, fondée sur l'action pour transformer le travail et une médecine clinique orientée vers le sujet (au sens du pouvoir d'agir) où l'objectif

est de soigner le travail et les relations entre les acteurs. Les styles des médecins se développent entre ces deux axes selon les parcours professionnels, la formation et le contexte du service ST et de l'entreprise.

Ce travail de confrontation aux traces de l'activité amène les médecins à prendre conscience de leur activité et montre l'écart entre ce qu'ils font et ce qu'ils disent qu'ils font. Il permet au médecin du travail d'aller au-delà d'un constat de difficulté de transformation et amène à identifier les effets des actions des médecins sur les situations concrètes. Une discussion s'engage ensuite sur ces contributions possibles au métier et la-non prise en compte de toutes les facettes du métier dans la réforme du système de santé.

Le texte présenté par Aurélie Landry et coll. traite de la façon dont les médecins du travail font l'usage de la loi pour agir en entreprise. Ce que nous entendons par usage de la loi concerne la loi qui régit les tâches des médecins du travail mais aussi les obligations légales en matière de santé sécurité en entreprises. Ce texte montre particulièrement une controverse entre les médecins qui imposent des actions à l'entreprise en faisant usage de la loi dans la relation à l'employeur et ceux qui mettent l'accent plus sur l'accompagnement des acteurs de l'entreprise autour de la confiance et de la prise de conscience, en s'interdisant de faire l'usage de la loi par peur de détruire la construction de cette relation avec les acteurs. La méthodologie mobilisée ici est celle d'une observation de deux situations d'étude de poste de deux médecins du travail et leur auto-confrontation simple et croisée.

Le médecin L., qui fait usage de la loi, réalise une étude de poste à la demande de salariés suite à l'expression de douleurs lors des consultations médicales. L'étude de poste lui permet d'approfondir sa connaissance des liens entre le travail et la santé. Elle fait la visite sans la présence de l'employeur mais elle lui fait une restitution de ces observations. Son objectif est « de faire bouger les choses ». Elle utilise la réglementation comme un outil pour argumenter auprès de l'employeur. Elle adopte une posture plutôt « experte » en émettant des recommandations, qu'elle suit dans leur mise en œuvre.

Le médecin A., qui ne fait pas de rappel à la loi, réalise une visite de poste dans l'entreprise sans demande. Son objectif n'est pas celui d'aménager le poste mais plus d'amener le chef d'entreprise, qui vient avec elle à 5h00 du matin faire la visite, à prendre conscience des conditions réelles de travail de ses salariés par l'observation. En réalisant la visite de cette façon, elle favorise la création d'un cadre de référence commun entre l'employeur et les salariés sur les difficultés du travail réalisé. Cette étude de poste s'inscrit dans une démarche plus large de projet sur la prévention de l'usure professionnelle d'agents de mairie. La posture de A. est très différente de celle de L., elle ne cherche pas à transformer mais à rencontrer l'employeur par rapport à une situation de travail et à le sensibiliser sur les contraintes réelles du travail de ses agents. Elle situe son action à ce niveau, celui de la rencontre.

Ces deux pratiques différentes conduisent les médecins à s'interroger sur ce qu'ils auraient pu faire chacun dans leur situation en adoptant la posture de l'autre et sur l'efficacité de leur action. Il apparaît que cette question de l'efficacité est très dépendante du modèle de relation avec l'employeur et du modèle d'action du médecin du travail. Dans une orientation plus de transformation de la situation, l'efficacité se mesure aux actions concrètes mises en œuvre par l'employeur suites aux recommandations faites par le médecin du travail, appuyées sur un argumentaire législatif. Dans le cas d'un accompagnement de l'entreprise, l'efficacité relève de l'aide apportée aux responsables pour découvrir la réalité du service.

L'étude de postes apparaît comme une opportunité pour les deux médecins de compléter leur regard sur le travail du salarié et de construire la relation avec le salarié et avec l'employeur, la loi pouvant être rappelée pour préciser les missions et les fonctions du médecin du travail. Mais les buts poursuivis dans l'étude de poste peuvent être très différents d'un médecin à l'autre selon la posture professionnelle et le contexte d'action.

Le texte présenté par Céline Cholez et coll. vise à rendre compte des pratiques d'expertise des médecins du travail à travers la production des écrits. Il montre que les médecins sont sans arrêt en situation d'émettre un jugement et que celui-ci questionne le médecin du travail sur son rôle et sa légitimité selon les situations d'expertise. Les médecins du travail pèsent leurs « mots » et cherchent à anticiper les conséquences de leur écrit (risque de licenciement ou autre impact possible), qu'il s'agisse de la fiche d'aptitude ou des différents courriers faits aux collaborateurs. Pour cela leur écrit tient compte de l'intégration de la parole du salarié et de la connaissance de l'employeur. Ce qui conduit à une diversité dans l'écriture de la fiche d'aptitude : certains mettant « apte » et accompagnant d'une lettre à l'employeur sur des mesures à prendre, souvent objet préalablement d'une concertation orale avec le chef d'entreprise. D'autres mettent les restrictions médicales « éviter les manutentions lourdes » sans faire référence explicitement à la pathologie. Enfin, certains médecins explicitent les recommandations « maintien possible au poste avec siège ergonomique ». Dans le cadre de cellule de maintien dans l'emploi, le courrier adressé par ses confrères au médecin référent siégeant à la commission n'est pas lu en totalité mais fait l'objet de commentaires pour élaborer collectivement les conditions de reprise du salarié.

Les écrits personnels du médecin (feuille volante ou petit cahier) participent avec les autres supports à l'élaboration d'un jugement par le médecin du travail. La pratique de l'expertise est synonyme de tensions multiples entre le désir d'agir et la nécessité de construire progressivement le dialogue avec l'employeur et avec le salarié. L'écriture d'un jugement dépend donc du dialogue avec les acteurs. Parfois le médecin pose la question au salarié ; « qu'est-ce qu'on fait ? ». La construction de l'expertise repose sur la mise en cohérence de divers éléments de la situation et sur un travail de formalisation, qui correspond à une traduction des faits visant à mobiliser les acteurs et à élaborer un jugement du médecin et de ses conséquences en termes de prévention des risques.

1.2. Des situations difficiles et dégradées

Cette section traite davantage des conséquences de l'activité des médecins du travail. Elle montre les décalages entre ce que le médecin du travail doit faire et ce qu'il peut faire.

Le texte de Fabien Coutarel et de Perrine Parrel présente une monographie d'un médecin dans un service autonome dans une entreprise du secteur de l'automobile où les conditions de travail dégradées ont conduit le médecin à des sentiments d'usure et d'impuissance. La méthodologie utilisée a privilégié des entretiens d'explicitation de l'activité de travail, notamment du fait de l'impossibilité de faire des observations. L'activité est décrite comme couteuse par le médecin : volume d'activité trop important et surtout une activité empêchée. Les arbitrages réalisés par le médecin pour gérer son activité privilégient les visites à la demande du salarié et les visites d'entreprise, quitte à ne pas tenir les délais des visites médicales systématiques. Les difficultés à agir sur les situations sont pour ce médecin la passivité des salariés, l'impossibilité de trouver des solutions d'aménagement dans des situations dégradées de conditions de travail et la prise en charge insuffisante du problème par la direction. Le positionnement de la direction de l'entreprise pousse les médecins à se concentrer sur les visites systématiques. Les avis formulés par le médecin sur le travail et sur l'organisation du travail restent de fait sans échos. Ce médecin ne dispose pas de ressources collectives dans son entreprise : ses choix l'isolent tant par rapport à la direction que par rapport aux autres médecins du travail de l'entreprise qui s'inscrivent, eux, dans les orientations émises. Il choisit de ne plus participer aux réunions de pairs, parce qu'elles ne lui

paraissent pas comme un lieu d'entraide et de partage sur le métier. Cet isolement est associé au maintien d'une forte exigence vis-à-vis de lui-même quant au rôle du médecin du travail dans la transformation des conditions de travail. Les interventions du médecin seul, en vue de faire évoluer les situations, sont coûteuses et souvent insatisfaisantes. La posture interventionniste du médecin dans une entreprise peu coopérative contribue à renforcer son isolement et son sentiment d'impuissance, coût devenu tellement insupportable qu'elle démissionne. Le travail pluridisciplinaire avec les ergonomes de l'entreprise pourtant possible est inexistant. Leurs initiatives respectives sont très peu coordonnées.

Le texte de Karine Chassaing illustre les difficultés qu'ont les médecins pour passer d'une prévention individuelle à une prévention collective. Le décalage est pointé entre une prescription qui situe le rôle des médecins dans les actions collectives et une pratique orientée vers la consultation individuelle. Le médecin E. est dans un service ST spécialisé de l'agriculture, plus précisément dans une antenne éloignée du service central, l'obligeant à une gestion logistique importante de ses dossiers et de l'informatique. Lors des consultations, elle articule l'interrogatoire et l'examen clinique. Elle poursuit la discussion sur le travail lors de l'examen du corps, qui lui permet d'approfondir ses connaissances sur le lien travail-santé, de détecter des indicateurs précoces de pathologie et de tester ses hypothèses sur la situation de travail du salarié. Elle questionne et confronte le salarié en mobilisant ses connaissances acquises par les études de postes qu'elle fait en entreprise. Son action relève des conseils apportés au salarié. Elle se situe plutôt dans une approche individuelle de la prévention et considère que les recommandations en entreprise ne sont pas de son domaine de compétences. Elle participe à des enquêtes telles que Sumer afin d'approfondir sa relation avec le salarié et de prendre du recul. Elle trouve des « *prétextes* » pour aller faire des études de poste en entreprise : femmes enceintes ou salarié reconnu avec une pathologie et un handicap. Elle participe aux CHSCT, mais qui sont rares dans les entreprises qu'elle suit. Récemment elle a mis en place une formation aux étirements avec un kinésithérapeute. Cette action collective (dans une approche de la prévention individuelle) dans l'entreprise n'a pas été reconnue par son équipe de médecins. Le manque de soutien traduit des désaccords professionnels. Cette monographie de la prévention des TMS montre que le médecin du travail peut-être démuné par rapport à la problématique des TMS et en particulier en termes d'action de prévention à l'échelle du milieu de travail.

Le texte de Johann Petit traite des difficultés à construire une action collective de prévention dans l'entreprise. La méthodologie a consisté à observer un médecin du travail dans le cadre d'un projet de prévention des TMS dans deux entreprises, incluant consultations, visite de reprise, réunion CHSCT et à réaliser des entretiens avec les divers protagonistes (ergonome et infirmière). Dans les deux entreprises où le médecin a été suivi, les contraintes temporelles sont diagnostiquées comme facteurs de TMS.

L'activité du médecin est axée sur la construction des relations avec le salarié d'une part et le responsable d'entreprise d'autre part, de même que sur la recherche de moyens d'une mobilisation collective. Lors de la consultation, construire une relation avec le salarié repose sur l'établissement d'une relation de confiance. Celle-ci se construit dans la durée. Or le temps de 20 minutes avec une périodicité de deux ans ne favorise pas l'établissement de cette relation. Cette relation est déterminante pour que le salarié se confie au médecin sur ses maux et qu'ils puissent trouver ensemble des possibilités de solutions. L'établissement d'une relation avec l'employeur vise à construire une action plus collective de prévention. Dans une des entreprises, du secteur du nettoyage, la relation est tendue. Les restrictions d'aptitude apparaissent comme un signal d'alerte. Le besoin de se positionner vis-à-vis de l'équipe de direction trouve ses origines dans une représentation de la direction, individualisante sur la

problématique des TMS et parfois négative du rôle du médecin. Pour cela le médecin argumente son alerte en CHSCT avec des résultats statistiques sur la situation des salariés et des observations de terrain, en laissant des traces écrites sous forme de courrier ou de rapport. Son objectif n'est pas d'être dans la dénonciation mais dans le partage d'un diagnostic.

La mobilisation collective pour ce médecin passe par la possibilité de passer d'une action au niveau individuel à une action plus collective. Le point de départ est la parole du salarié pour élaborer son propre diagnostic et convaincre les décideurs. Elle travaille en partenariat avec le médecin généraliste et l'inspecteur du travail. Mobiliser les dirigeants nécessite aussi du temps et le médecin se trouve confronté à des arbitrages dans la gestion temporelle de son activité et dans la confrontation des logiques.

1.3. Les déterminants de l'activité des médecins du travail

Cette section vise à comprendre les déterminants de l'activité pouvant jouer sur les difficultés rencontrées par les médecins du travail.

Le texte d'Aurélié Landry et coll. montre en quoi la diversité des contextes joue un rôle sur l'action des médecins du travail, rendant difficile l'échange sur la pratique puisqu' « on est tous différents ». Par contexte, on entend les conditions dans lesquelles se déroule l'action. Chaque acteur doit « faire avec » le contexte. Les médecins du travail cherchent à s'adapter à ces conditions changeantes, notamment en saisissant des opportunités, en développant des stratégies à court terme pour atteindre des résultats à long terme. La méthodologie choisie est celle de l'auto-confrontation aux traces d'observations d'un médecin du travail dans différents contextes portant sur deux scènes, la consultation et la visite en CHSCT.

Lors de la consultation, les activités développées par le médecin dans le contexte d'une visite d'embauche sont comparées au contexte d'une visite médicale de suivi. L'activité qui s'y déploie est différente : dans le premier cas, le médecin ne connaît pas le salarié, l'examen clinique est complet et des messages de prévention sont donnés sur les conditions du poste de travail ; dans le deuxième cas, le médecin mobilise sa connaissance de la situation de travail pour remettre le salarié dans son contexte professionnel et personnel. Elle donne des conseils sur l'organisation du travail et cherche des solutions avec le salarié. La visite est plus personnalisée dans le second cas que dans le premier, et prend plus de temps.

La comparaison de deux CHSCT montre qu'il peut y avoir des contextes plus favorables que d'autres à l'activité du médecin du travail. C'est-à-dire que dans un contexte favorable, l'activité déployée sera plus proche de celle souhaitée par le médecin du travail. Ce contexte favorable, pour ce médecin dans le cas du CHSCT est notamment, la possibilité de préparer sa parole en CHSCT, d'anticiper les questions et d'avoir des éléments de réponses aux questions qui lui seront directement adressées. La clarification des rôles (représentants du personnel, représentants de la direction) et des missions de chacun est un facteur favorable pour le médecin du travail observé.

L'activité réelle est peu discutée entre confrères. Bien souvent, les échanges lorsqu'ils sont décontextualisés sont tournés vers l'activité idéale stigmatisant alors les différences de pratiques entre chacun. Dans les cas où les médecins du travail échangent sur un contexte précis, les pratiques semblent moins différentes. Cet écart entre activité souhaitée et celle réalisée selon le contexte, influence l'évaluation de l'efficacité que porte le médecin du travail sur son action. En effet, cette évaluation ne devrait pas porter sur les résultats à court terme mais sur des indicateurs en lien avec l'activité souhaitée, et celle réalisée compte tenu des adaptations au contexte et des opportunités saisies.

Le texte d'Alain Garrigou porte sur le rôle d'un médecin du travail dans un projet de prévention des TMS. La méthodologie se caractérise par des entretiens avec le médecin du travail, l'ergonome, le DRH, le chef de production, le conseiller Agefiph et le secrétaire du CHSCT autour d'un projet d'automatisation. A l'origine, il s'agissait d'aménager un poste pour un travailleur handicapé et le projet s'est élargi. La mobilisation du DRH est décrite comme un levier important dans la mise en œuvre du projet. Son départ a remis en cause le projet et les possibilités d'arbitrage par rapport à une solution trop technique retenue par le chef de production. En effet, le responsable de production a tenté de profiter du cofinancement de l'Agefiph, pour aller vers un système plus automatisé. Ce système ne correspondait alors plus aux personnes en situation d'handicap. Le médecin du travail, de formation initiale d'urgentiste et ayant une formation en ergonomie, joue un rôle important dans l'alerte auprès de l'entreprise, en se basant sur des arguments convaincants. Son travail consiste à accompagner l'émergence d'une demande et à faire ensuite un suivi partiel dans le déroulement du projet, confié à un ergonome extérieur. L'usage des données chiffrées ainsi que les normes peuvent faire levier dans l'entreprise. Le médecin les utilise pour objectiver la situation et faire prendre conscience aux acteurs de l'ampleur des contraintes. Le projet est marqué par un conflit avec le responsable de production et des difficultés dans la réalisation technique de l'équipement. Le médecin considère que son rôle s'arrête au travail thérapeutique et qu'il ne fait pas de la prévention, au sens d'intervention de transformation dans l'entreprise. La collaboration horizontale entre le médecin, l'ergonome et le conseiller Agefiph marque des limites surtout en termes de coordination : les acteurs de l'entreprise ont du mal à travailler en pluridisciplinarité, ils ne voient pas bien le rôle du médecin du travail. Le passage d'une situation locale de maintien dans l'emploi à une situation globale de problématique de TMS s'avère positif dans le projet. Le médecin du travail participe à cette prise de conscience de l'entreprise, il informe l'ergonome des difficultés dans la conduite du projet, il rassure les opératrices. Des solidarités informelles entre les acteurs de ce projet et un dépassement du territoire de compétences de chacun jouent un rôle décisif dans la conduite du projet. Il apparaît que le médecin du travail est fortement mobilisé dans la phase en amont : construction d'une demande et évolution des représentations sur le caractère multicausal des TMS. Il ressort enfin que le projet en question qui apparaissait comme peu complexe d'un point de vue technique, l'est devenu en raison des jeux d'acteurs portant sur les logiques RH et production. Le départ du DRH, en cours de projet, a alors fortement affaibli les possibilités d'arbitrage et d'articulation de ces deux logiques. Le projet est alors devenu complexe dans sa conduite et au niveau des relations entre les acteurs. Malgré une collaboration riche entre les acteurs en santé au travail, le faible niveau de coordination entre eux a pu poser des difficultés. Quoiqu'il en soit, le projet a abouti.

Le texte de Geneviève Baril-Gingras et coll. situe le contexte de la pratique de la médecine du travail au Québec en présentant un aperçu du régime de santé et de sécurité au travail québécois. Les « médecins responsables » exercent au sein des équipes de santé au travail qui font partie du réseau de la santé publique. Le mandat que leur confère la loi est très précis et une de leurs activités principales consiste à élaborer des « programmes de prévention spécifiques aux établissements » (PSSE) et à les mettre en œuvre. Ces programmes ne sont pas réalisés dans tous les établissements mais plutôt dans des entreprises qui ont été priorisées selon le secteur d'activités économiques. Par ailleurs, contrairement à la situation qui prévaut en France, les salariés ne sont pas vus en consultation médicale et le mandat des équipes est résolument tourné vers la prévention des risques à l'échelle de l'entreprise.

Dans un second texte, Daniel Prud'homme et coll. décrivent en quoi consiste le travail d'intervention des équipes de santé au travail vis-à-vis du risque TMS. Ces données sur les

pratiques des intervenants ont été obtenues par des entretiens et des observations auprès des membres de différentes équipes œuvrant dans une région donnée. Les statistiques québécoises font ressortir l'importance du phénomène des TMS reliés au travail et le risque TMS est traité systématiquement dans le cadre des PSSE depuis 2008. Les interventions menées par les équipes ont été conçues comme un programme qui est mis en œuvre dans tous les établissements couverts par l'équipe. Ainsi, les équipes doivent déterminer si des risques de TMS sont présents et le cas échéant les inclure dans le PSSE. Le repérage des situations de travail à risque se fait d'abord en consultant des données de la Commission de santé et de sécurité au travail (CSST) quant aux lésions indemnisées au cours des dernières années dans l'établissement. Puis les intervenants font appel à un outil « perception du milieu » qui leur permet de faire le point sur les situations de travail qui présentent, du point de vue des acteurs de l'entreprise, des facteurs de risque de TMS. Le travail des intervenants consiste parfois à convaincre l'employeur de la nécessité de traiter le problème TMS et de mettre en œuvre des actions de prévention en ce sens. Lors de la visite qu'ils font dans l'entreprise, ils présentent leur rôle et leur mission à l'employeur et à un représentant des travailleurs. Lors d'une tournée des installations, ils font du repérage de postes de travail comportant des risques et notamment des risques de TMS. Le médecin du travail apparaît l'interlocuteur privilégié du milieu lors de cette visite. Si une situation de travail est retenue comme étant à risque, le duo médecin-infirmière retourne dans l'entreprise pour évaluer le risque de manière plus précise, à l'aide d'outils comme le QEC (*quick exposure check*). Parfois ils font appel à un ergonome du service quand l'évaluation des risques et la recherche de solutions sont trop complexes. La pluridisciplinarité repose ici sur médecin, infirmière et technicien en hygiène du travail et la répartition des rôles est variable. Des différences apparaissent selon la localisation du service. En région semi-urbaine, les infirmières et le technicien élaborent en grande partie le programme que le médecin valide. En région urbaine, le médecin du travail élabore le programme à partir de données récoltées par l'équipe. Par ailleurs, les séances d'information sur les risques, qui constituent une des activités du programme de santé, sont animées par l'infirmière et le technicien.

1.4. Ressources individuelles et collectives

Cette partie vise à montrer les ressources individuelles et collectives des médecins du travail dans leur pratique de prévention des TMS. En effet dans l'activité, le sujet est acteur. Il développe des stratégies d'expérience, des manières de faire et partage plus ou moins collectivement des façons de s'y prendre avec le milieu.

Le texte de Sandrine Caroly présente les ressources mobilisées dans la consultation par le médecin du travail pour aider le salarié à construire un cheminement personnel dans sa relation santé-travail avec les autres. La consultation s'organise autour d'enjeux de gestion temporelle et de gestion de la relation. Le médecin du travail développe plusieurs compétences avec l'expérience : aider le salarié à prendre conscience des liens entre le travail et la santé, intégrer la connaissance de l'entreprise et des postes dans l'entretien de consultation, faire un examen médical ciblé en fonction des douleurs évoquées.

Plusieurs consultations dans des contextes différents sont observées et sont analysées sur la base d'une catégorisation selon le travail, la santé, le lien santé-travail. Les résultats indiquent une grande diversité dans la façon de dérouler l'entretien. Cependant le lien entre le travail et la santé est à un moment tenu. Ce lien est souvent évoqué d'emblée par les salariés connus de longue date par le médecin. Ainsi, le travail du médecin n'est possible que dans certaines conditions : avoir du temps pour construire dans la durée la relation avec le salarié et la

possibilité d'investir du temps du cabinet pour engager un travail sur les liens travail-santé. La consultation apparaît aussi le lieu privilégié pour tenir une approche collective dans la prévention individuelle. Le médecin du travail agit sur le collectif de travail par le biais des consultations. En rendant le sujet acteur de son cheminement, l'activité du médecin a des effets indirectement sur l'organisation du travail.

Un second texte de Sandrine Caroly vise à comprendre en quoi le travail collectif favorise des actions de prévention pluridisciplinaire. La méthodologie choisie est celle de l'observation de l'activité de deux médecins dans le cadre de cellules de maintien en emploi, en suivant les différentes étapes : consultation de visite de pré-reprise du salarié ainsi que les réunions en entreprise avec les acteurs concernés. Ces situations ont fait l'objet de débat au sein de collectif de médecins volontaires et ont conduit à discuter de l'efficacité de leur action. Pour les uns, l'efficacité se mesure à la capacité du médecin du travail d'avoir trouvé une solution pour le salarié souffrant de TMS. Les difficultés de maintien en emploi (non reprise du travail par le salarié, rechute dans la maladie, arrêt de travail, etc.) sont considérées comme une situation d'échec de l'efficacité des actions du médecin du travail, le sentiment d'échec personnel est évoqué ainsi que la perte de confiance de l'entreprise. Le médecin s'interroge sur le choix qu'il a fait des intervenants (ex : un ergonomiste qui fait exactement le contraire de ce que voulait le médecin), sur les mauvaises conditions réunies pour que « *la mayonnaise ne prenne pas* ».

Pour d'autres, c'est la démarche mise en œuvre d'accompagnement de l'entreprise à s'inscrire davantage dans la prévention des risques TMS, qui est un indicateur de réussite. Pour ces médecins, ce qui compte c'est passer de l'alerte à la prévention primaire et que les aménagements de poste soient profitables pour tout le monde. La non reprise du poste (plus ou moins aménagé) par le salarié n'est pas synonyme d'échec. Il indique un accompagnement du salarié vers ce cheminement personnel d'un non retour à l'emploi et une mobilisation collective des acteurs de l'entreprise vers une meilleure prise en compte des TMS.

Cette discussion collective sur l'efficacité des actions de prévention du médecin du travail conduit à resituer la part personnelle, la part du salarié et la responsabilité de l'entreprise dans la réussite des projets de maintien dans l'emploi et les conditions à réunir : une bonne adhésion de l'employeur à la démarche, une prise en compte de l'histoire de l'entreprise et des interventions passées du médecin dans l'entreprise, une création d'un climat de confiance entre le médecin, le salarié et l'employeur, une bonne concertation et coordination entre les acteurs intervenant sur la situation à transformer, un évitement des conflits de temporalité (par exemple le salarié est prêt à reprendre mais les aménagements tardent à venir), et un accompagnement du collectif de travail de salariés. Le travail collectif autour d'une situation de maintien dans l'emploi apparaît une ressource pour l'action du médecin.

Le texte de Nadine Poussin repère trois dilemmes auxquels sont confrontés les médecins du travail dans leur activité. La méthodologie est celle de l'entretien du sosie.

- Le premier dilemme se situe entre être médecin (du travail) et être (médecin) du travail. L'entretien du sosie porte sur la consultation médicale. Le médecin du travail se différencie du médecin généraliste par sa connaissance du travail et il a besoin du concours du salarié pour réfléchir ensemble sur la prévention des TMS. Le médecin s'occupe de la santé en lien avec le travail et a la décision de l'adéquation du salarié au poste de travail. Face au déficit de suivi médical des salariés, les médecins tranchent parfois le dilemme en s'occupant de la santé en général, la loi le leur permettant en cas d'urgence.

- Le deuxième dilemme se situe entre être expert (le salarié « objet ») et travailler en co-construction (le salarié « sujet »). L'entretien du sosie porte sur l'étude de poste avec plusieurs façons de faire. Dans la position d'expert, le médecin donne des conseils sur des

principes biomécaniques et ergonomiques. Dans la position de co-construction, le médecin n'est pas prescripteur, il accompagne le salarié à trouver un geste qui le préserve au niveau de sa santé. Le débat est ouvert sur la place de l'expertise dans le geste. Donner au salarié les moyens de trouver son geste propre en le confrontant au savoir médical apparaît comme une possibilité de se confronter au dilemme par la voie du développement de ses termes.

- Le troisième dilemme porte sur la façon de faire porter ses actions sur les aptitudes du sujet au milieu ou sur les aptitudes du milieu au sujet. L'entretien du sosie porte sur un entretien de reprise. Le médecin exprime son inquiétude quant aux possibilités de reprise de la salariée ASH en mauvaise santé et ayant des conditions de travail délétères. Le médecin doit choisir alors entre la décision d'inaptitude qui conduit à l'exclusion ou une aptitude assortie de conseils sur la modification du poste tout en ayant des doutes sur ce qu'il faut conseiller et sur le fait que ces conseils seront suivis d'effets. Le médecin du travail est ainsi amené à mettre aptes des salariés à des postes où il identifie des situations de travail qu'il juge pathogènes. Ce type de situation amène les médecins à des questionnements sur les limites de leurs actions, soit parce qu'ils s'auto-censurent soit parce qu'ils n'ont pas la possibilité d'agir au niveau de l'organisation.

Ces différents dilemmes sont présents dans l'activité quotidienne et il est impératif que les médecins du travail puissent en débattre en groupe de pairs pour développer des ressources génériques.

Le troisième texte de Sandrine Caroly et coll. illustre l'intérêt de développer des conditions d'échanges collectifs entre pairs sur l'activité réelle de travail. Les débats au sein de groupe de médecins du travail volontaire, issus des méthodologies proposées, ont conduit les médecins du travail à prendre conscience de leurs compétences, à modifier leur activité en puisant dans la pratique des autres des ressources pour leur propre action. Ce travail collectif a favorisé le développement de collectif de travail. Nous comparons ici deux groupes de médecins participant au dispositif de recherche. Il apparaît également que ces échanges sur l'activité réelle conduit les médecins à construire un point vu collectif sur ce qu'il est important de valoriser dans le métier. Le collectif de travail est aussi un moyen de réassurance et de gestion des émotions pour le médecin du travail. Ainsi le collectif de travail apparaît une ressource pour le développement de l'activité individuelle, qui favorise en retour la vitalité du collectif.

2. Les principaux résultats de la recherche

La lecture des différentes contributions des chercheurs de l'équipe fait émerger plusieurs thèmes transversaux des sections présentés synthétiquement. Ainsi, nous aborderons en premier lieu l'influence du contexte législatif, à la lumière des pratiques décrites en France et au Québec. Puis nous traiterons de l'état des entreprises quant aux TMS, à leur prévention pour ensuite nous concentrer sur la question de la formation des médecins, de l'organisation de leur temps de travail, de leur usage de la parole, de la pluridisciplinarité, des interactions entre l'espace individuel et les actions collectives.

2.1. L'effet du contexte législatif et institutionnel sur les pratiques professionnelles

La confrontation des dispositifs institutionnels entre le Québec et la France nous conduit à nous poser la question « est-ce que certains outils législatifs seraient de nature à favoriser des dynamiques de prévention ? ».

La comparaison de chacun de nos dispositifs de santé au travail fait ressortir que le système québécois est basé essentiellement sur une approche en termes de population (approche épidémiologique) alors que le système français combine une approche clinique et épidémiologique. Les chiffres sur les TMS indiquent, pour nos deux pays, une gravité du phénomène et il est impossible de dire qu'un système est meilleur que l'autre compte tenu des contextes de déclaration différents. Par contre, il est possible de noter les limites des deux systèmes. Par exemple, la non-prise en charge des salariés intérimaires, le problème de continuité et de suivi de l'action de prévention, etc.

Il est en revanche possible d'évoquer les freins et les leviers de chacun des systèmes. L'approche collective dans le système québécois vise à trouver l'argumentaire qui donnera les conditions d'une mobilisation de l'entreprise en utilisant différents outils (par exemple, le questionnaire « perception du milieu »). De plus, le suivi du programme de santé que fait l'équipe oblige l'entreprise à une priorisation des actions et un engagement de la direction. L'approche combinée, individuelle et collective, du système français a l'intérêt de prendre en compte la parole du salarié et inscrit la prévention dans un processus de négociation avec le salarié sur ses projets d'avenir et avec l'entreprise sur sa responsabilité quant à la gestion des risques. Par contre, ce système occulte la nécessité de mobilisation de l'entreprise et conduit à des injonctions paradoxales pour le médecin : entre préservation de la santé et protection de l'emploi et entre alerte et prévention primaire. A partir de ces paradoxes ou dilemmes quotidiens, et parce que la pratique médicale est très souvent solitaire, des situations de travail vécues difficilement émergent.

Le point essentiel de divergence entre ces deux systèmes tient au modèle de l'intervention. En effet, au Québec, le cadre de l'intervention a été défini par les directions de santé publique ; il vise la prévention primaire par une surveillance des milieux de travail. Le médecin du travail est impliqué dans une équipe de santé au travail qui a pour mandat de réduire les risques, ce qui se traduit par des diagnostics et des recommandations. En France, le cadre qui est défini est celui de l'accompagnement du salarié et de l'employeur. C'est par le biais de la consultation et des visites en entreprise que le médecin participe à l'évaluation des risques. La question des préconisations n'est pas stabilisée dans les institutions, ni dans le métier : certains médecins agissent sur la situation de travail en faisant des propositions à l'entreprise ; d'autres rappellent la loi ; d'autres médecins encore tentent d'agir directement sur le salarié ou sur l'employeur pour qu'ils soient eux-mêmes en mesure de trouver ensemble des solutions aux problèmes posés. Cela offre plusieurs perspectives d'action et peut apporter des marges de manœuvre au médecin pour faire de la prévention.

2.2. L'état des entreprises quant aux TMS et à leur prévention

En France, l'activité clinique des médecins du travail est faite de consultations avec des salariés manifestant de plaintes, des signes infrapathologiques de TMS et d'autres en situation de reconnaissance de la maladie professionnelle. Dans le cadre des consultations des médecins que nous avons observées, les consultations de salariés ayant des symptômes de TMS concernent environ une visite sur trois de la population des salariés.

L'activité du médecin du travail nous renseigne sur les conditions de travail en entreprises. Ainsi, dans plusieurs milieux, les conditions de travail sont marquées par une pression temporelle liée à l'augmentation des cadences. On retrouve des secteurs plus marqués que d'autres par les problématiques de TMS : le secteur du nettoyage et de la distribution¹⁹. Les changements dans l'entreprise sont fréquents et les problèmes de communication des salariés entre eux et avec les responsables s'accroissent.

Les différents chercheurs ont pu constater que les médecins du travail ont souvent de faibles marges de manœuvre dans l'entreprise pour le suivi des salariés : augmentation des visites d'embauche au détriment des visites périodiques, peu de possibilités d'aménager les postes et de mobilité des personnels. Les entreprises semblent peu soucieuses d'impliquer le champ médical dans leur fonctionnement et leurs projets de changements.

Il est possible de repérer plusieurs freins dans l'entreprise à la mise en œuvre d'actions de prévention collective primaire par le médecin du travail :

- la faible mobilisation des acteurs de l'entreprise à rechercher des solutions ensemble
- le certificat d'aptitude comportant le risque de conduire au licenciement du salarié
- l'absence de cadre institutionnalisé en prévention primaire des TMS
- la pression des directions à centrer l'activité du médecin sur les visites systématiques.

Plusieurs chercheurs ont pu noter que porter les questions de santé au travail dans l'entreprise, c'est s'exposer à des conflits parfois virulents avec les autres logiques portées par les autres acteurs de l'entreprise : conflits de logiques, conflits de relations qui usent et qui peuvent conduire à un moment donné à baisser les bras, si en plus l'on se sent isolé. De ce point de vue, ces résultats sont à rapprocher de ceux de l'étude sur les préventeurs (Garrigou et Peissel-Cottenaz, 1994).

2.3. Le parcours professionnel et la formation des médecins

Au travers des rencontres avec les médecins ayant participé à l'étude, la question du parcours professionnel et de la formation de base comme continue a été abordée. Dans la population de médecins observés, les parcours de formation sont variés. Plusieurs médecins ont obtenu un CES et/ou un DES et sont arrivés directement à la médecine du travail après leur formation initiale. D'autres sont venus à la médecine du travail après un premier itinéraire en médecine générale, urgentiste ou médecine spécialisée²⁰.

Le choix d'entrer dans la médecine du travail repose sur des motifs variés. Certains ont fait le choix de s'orienter dans ce métier par vocation. D'autres ont choisi la médecine du travail comme « une opportunité ». D'autres sont arrivés à la médecine du travail, soit par défaut, à cause de leur classement aux concours²¹, soit en réponse à une recherche de stabilité des horaires pour concilier vie de travail et vie privée. Une des explications tient à la féminisation des emplois de médecins du travail.

¹⁹ Ces secteurs ne sont justement pas couverts par les ESAT au Québec.

²⁰ Face à la pénurie de médecin, la loi de 2004 vise à permettre aux médecins non spécialisés en médecine générale de pouvoir changer de spécialité en cours de carrière. Les médecins qui ont pratiqué de la médecine du travail dans les services ont pu régulariser leur situation, moyennant le suivi d'une formation théorique et le succès à des épreuves de contrôle de connaissances.

²¹ la médecine du travail se situe « au dernier rang de prestige de la hiérarchie des spécialités » (Piotet.F, 2002). Ainsi, au sein même de la hiérarchie médicale, la médecine du travail est dévalorisée, et n'apparaît donc pas comme une spécialité prestigieuse.

La formation en médecine du travail apparaît très « générale » et « théorique ». En effet les médecins expriment des manques dans le parcours de formation, et notamment du fait que la formation en médecine du travail s'est faite, pour ceux qui avaient déjà un internat en poche, en deux ans au lieu de quatre. Selon eux, l'apprentissage se fait « sur le tas » et se développe avec l'expérience sur le terrain.

Les médecins que nous avons rencontrés ont tous suivi des formations continues au cours de leur parcours, formation parfois professionnalisante (diplôme universitaire, diplôme spécialisé). Les formations suivies sont principalement en ergonomie, en psychodynamique du travail et en risques chimiques.

Les besoins de formation et d'enseignement des médecins du travail.

Les médecins du travail n'ont pas exprimé de besoins en formation. Cependant il nous apparaît plusieurs pistes pour la formation initiale des médecins :

- la formation à l'ergonomie semble nécessaire pour interroger le travail réel dans la consultation. En effet, l'ergonomie permet l'acquisition d'outils favorisant un questionnement pertinent sur le travail et pouvant favoriser des verbalisations intéressantes du salarié sur les liens travail et santé.

- la formation en psychodynamique participe à une posture d'accompagnement dans la clinique médicale.

- la formation à la conduite de projet ou l'analyse stratégique des acteurs serait à développer pour faciliter le suivi des actions de prévention en entreprise et être en capacité de définir un positionnement opportun quant aux projets et à leurs contextes spécifiques. Le médecin n'a pas à occuper un rôle de pilote dans la conduite de projet, mais il peut apporter des éclairages aux autres acteurs selon les étapes du projet sur les liens travail-santé. Elle peut aussi leur permettre de repérer des enjeux en matière de santé au travail dans les projets d'investissements, puis de faire intervenir les bons acteurs aux bons moments (ergonomes, conseiller Agefiph, toxicologues, etc.).

Le paragraphe sur la pluridisciplinarité, qui va suivre, nous permet de souligner les besoins en termes de formation sur la conduite d'actions pluridisciplinaires. Il sera alors important de distinguer le cas des médecins qui ne pratiquent pas les actions et les collaborations collectives et ceux qui s'y sont déjà engagés.

2.4. L'organisation du temps de travail du médecin

Le temps dans l'activité du médecin est d'abord fait de la construction d'une histoire avec l'entreprise et ses salariés. Le travail du médecin s'inscrit dans une continuité de l'action avec l'entreprise et ses salariés.

La gestion du temps concerne également la répartition du temps entre les consultations et les actions en entreprises. Le tiers-temps est rarement un temps passé uniquement en entreprise : il est utilisé pour des formations, écrire des lettres et récupérer le retard sur certains dossiers médicaux, rajouter des entretiens supplémentaires, appeler des partenaires, etc.

Le tiers temps en entreprise est utilisé de façon variée selon l'histoire du médecin du travail avec l'entreprise. Il est occupé à des CHSCT, des visites, des entretiens avec certains acteurs selon les problématiques de santé au travail. Le temps passé dans l'entreprise dans la durée

permet d'assurer une continuité du suivi des actions. Ce travail de suivi est plus aisé pour les médecins en service autonome du fait de leur proximité géographique avec les acteurs et les postes de travail.

L'organisation du temps de travail s'inscrit aussi dans l'activité quotidienne. La durée prévue d'une consultation est de 20 minutes. Elle comprend un entretien socio-médico-professionnel et un examen clinique. Les observations indiquent un temps variable de consultation selon la nature de l'échange engagé entre le médecin et le salarié. Les médecins évoquent le fait qu'ils privilégient l'entretien à l'examen clinique ce qui leur permet de mieux gérer leur temps. Il leur arrive parfois de ne pas faire uniquement l'entretien et de reporter l'examen clinique à un autre RDV.

L'organisation du travail minutée par la file d'attente des salariés crée une pression temporelle pour le médecin. Plusieurs stratégies sont mises en œuvre par les médecins du travail pour mieux gérer leur temps et anticiper les difficultés probables : anticiper sur les RDV difficiles et les planifier en fin de journée, afin d'éviter l'attente du salarié demander à la secrétaire de les appeler, fixer un autre RDV avec le salarié, passer à l'examen clinique pour interrompre le discours du salarié, rajouter des visites pendant le tiers temps, etc.

Cette gestion du temps a suscité des débats entre les médecins sur la place de l'examen clinique dans la pratique. Certains d'entre eux estiment que l'examen clinique est incontournable dans la relation avec le salarié (par exemple, prendre la tension est un acte médical, indiquant au salarié qu'il s'agit bien d'une relation médicale). Ceux-ci organisent l'examen souvent « de la tête aux pieds » comme ils l'ont appris en formation ou avec les collègues. Cet examen systématique favorise le dépistage précoce des douleurs.

Pour d'autres médecins, ce n'est pas l'examen qui légitime le travail du médecin à leurs propres yeux et à ceux du salarié. Il vaut mieux passer plus de temps dans l'entretien et réaliser un examen partiel. Le médecin consacre ici plus de temps à l'entretien sur la perception de la santé par le salarié et de son rapport avec le travail. Lors de l'examen, l'attention se porte sur les endroits où le salarié s'est plaint. Il s'agit « *de ne pas gratter où ça pourrait faire mal* » au risque de déclencher des douleurs ou des problèmes et de ne pas avoir les moyens de les gérer. Pour ces médecins, il n'est pas nécessaire de faire un examen clinique systématique.

2.5. La gestion des interactions entre l'espace individuel et les actions collectives

Le travail en consultation permet de déterminer les actions à entreprendre en entreprise et les informations recueillies en entreprise jouent un rôle dans le questionnement fait par le médecin en consultation.

La continuité des actions entre la consultation et les actions en entreprise nécessite des stratégies pour gérer le secret médical : comme par exemple, espacer la visite d'un poste d'une consultation d'un salarié afin d'éviter que l'employeur ne repère une difficulté.

Pour certains médecins, il est plus facile d'orienter les actions en entreprise lorsque les consultations se suivent auprès des salariés dans une même entreprise, mais cela dépend du système de gestion du planning de consultation. Pour d'autres, la visite sur place est plus coûteuse en énergie et en charge de travail.

La participation au CHSCT est un lieu de prise d'information sur le fonctionnement de l'entreprise, les changements, les secteurs en difficultés, les accidents du travail et les moyens

mis en œuvre dans l'entreprise à propos de la gestion et de la prévention des risques. Cependant les médecins du travail suivent beaucoup de petites entreprises qui n'ont pas de CHSCT. Sans trahir le secret médical, le médecin du travail tente de ramener la parole des salariés dans cet espace d'échange avec l'entreprise. Il améliore aussi son diagnostic sur la disposition des acteurs à agir. Ceci lui permet d'engager un dialogue avec le salarié lors de la consultation sur ce qu'il est possible de faire dans l'entreprise par rapport à sa situation professionnelle.

2.6. L'usage de la parole envers le salarié et les équipes de direction

De nombreuses entreprises que suivent les médecins du travail, participant à notre recherche, connaissent de profondes mutations organisationnelles. Les médecins sont sollicités de multiples manières par les différents acteurs de l'entreprise. Du côté de l'encadrement, ils peuvent être simplement informés ou consultés sur les orientations choisies. Du côté des salariés, des attentes peuvent également se faire sentir qu'il s'agisse de simplement rassurer en donnant son avis sur les impacts possibles ou, plus impliquant, de défendre un dossier individuel. Dans tous les cas, la parole du médecin est attendue dans le sens d'un apaisement des tensions entre salariés et direction des entreprises.

Certains médecins estiment que les propositions d'amélioration des conditions de travail et la pacification des relations dans l'entreprise font partie de leurs missions. Ils n'hésitent pas dans la pratique à s'engager tant auprès de l'encadrement qu'auprès des salariés. D'autres au contraire sont très sensibles au risque de manipulation de leur parole. Lorsqu'ils sont interpellés, ils rappellent la loi pour ancrer leurs postures et peuvent préférer l'écrit comme mode de communication de leur posture.

Dans tous les cas, les médecins que nous avons observés jouent un rôle de traducteur auprès des différents acteurs : traduction des plaintes individuelles en problème collectif, traduction des dispositifs de prise en charge dans le contexte de l'entreprise et du salarié, traduction des contraintes légales, etc.

2.7. La pluridisciplinarité

La pluridisciplinarité au sens d'un travail collectif avec des intervenants en prévention des risques (IPRP) est assez rare chez les médecins que nous avons suivis. Par contre, la pluridisciplinarité apparaît sous d'autres formes de coopération dans l'activité du médecin du travail :

- Lors de réunions de dispositifs de prévention réunissant des institutions différentes engagées dans des démarches de prévention (structures constituées pour le maintien dans l'emploi)
- Lors de CHSCT où le médecin travaille avec plusieurs fonctions de l'entreprise. Il peut proposer aussi l'intervention de consultants en ergonomie ou en psychologie pour accompagner l'entreprise
- Lors des consultations, le médecin entretient des relations avec l'infirmière et la secrétaire. Celles-ci lui préparent le travail (dossier, prise de RDV, saisie de données, etc.) et font des examens complémentaires à la visite. Le médecin oriente également les salariés vers d'autres disciplines (médecin généraliste, médecin spécialisé, conseillers divers).

Notre étude permet de saisir à la fois ce que disent les médecins de la pluridisciplinarité et ce qu'ils en font. Sur le plan des discours, les médecins associent le recours à un spécialiste d'un autre domaine à une forme d'appui qui permet d'élargir la gamme des réponses possibles face aux demandes des entreprises. Ce n'est pas sans receler une ambivalence entre une pluridisciplinarité entendue comme une forme de complémentarité des savoirs et une situation de délégation.

Dans la pratique, les formes d'engagement des médecins dans des démarches pluridisciplinaires que nous avons observées sont conformes avec ces représentations. Soit elles concernent des demandes très techniques (étude de poste à l'ergonome ou mesures du son, des vibrations, des risques chimiques à l'ingénieur en prévention des risques). Soit elles se construisent dans le cadre de dispositifs organisationnels qui collectivisent la responsabilité comme dans le cas des interventions en maintien dans l'emploi avec l'AGEFIPH. Nos observations montrent à quel point le médecin du travail joue un rôle d'intermédiaire entre l'entreprise, les salariés et les différents intervenants. Dans les cas que nous observons on voit que c'est tout autant une expertise scientifique qu'une bonne connaissance du « terrain » qui est souvent revendiquée par les médecins du travail. Cette connaissance s'exprime par un rôle de traducteur dans le jargon et le contexte de l'entreprise des préconisations de l'expert sollicité, des dispositifs d'accompagnements existants, des obligations légales. Les dispositifs de prévention pluridisciplinaires sont des lieux de développement de modalités d'action commune autour de l'aménagement de poste.

La pluridisciplinarité amène les médecins à s'interroger sur les limites de leur territoire professionnel. Plusieurs d'entre eux disent ne pas faire de l'intervention, au sens de transformation des postes et de l'organisation mais faire de la prévention. La spécificité de la pratique des médecins du travail par rapport aux autres intervenants en SST est celle de tenir la continuité des relations avec l'entreprise et ses salariés. Les médecins ont, par le biais de la consultation, la possibilité avec le salarié d'un face-à-face protégé par le secret médical. Cela permet de réaliser un examen attentif de l'activité de travail et de ses liens avec la santé, en questionnant le jeu et les positions relatives des acteurs. Le médecin du travail est acteur privilégié de la prévention à s'inscrire dans cette continuité historique entre l'individu et l'entreprise.

Le médecin du travail semble avoir du mal à dire aux autres intervenants de la prévention ce qu'il fait en ce qui concerne les TMS : d'une part parce que le modèle de la prévention porté par les autres acteurs est celui de l'intervention, ce qui ne correspond pas au modèle d'action pour tous les médecins du travail et d'autre part parce que les médecins ont des difficultés possibles à situer leur action dans un jeu de règles rentrant plus ou moins en concurrence. Lorsqu'il peut y avoir de réelles collaborations entre les acteurs, il apparaît un déficit de coordination qui va avoir des effets sur les possibilités d'argumentation ou d'arbitrages face à d'autres logiques de l'entreprise. Cela peut se traduire par la mise en difficulté de certains acteurs de la prévention, ce d'autant qu'ils sont peu familiers avec l'entreprise et ses modalités de prise de décision. La volonté de certains médecins du travail de tout contrôler dans les actions pluridisciplinaires a déjà été décrite. L'étude montre qu'un positionnement où le médecin part du principe que tous les acteurs de la pluridisciplinarité sont des professionnels, et que donc dans ces conditions il n'a pas à s'immiscer dans leur travail, a aussi ses limites. La collaboration est nécessaire mais pas suffisante. C'est bien la coordination de la pluridisciplinarité, qui va faire la différence. A ce titre, cette coordination doit-elle être portée par le médecin ? Doit-elle être collective et partagée par les différents acteurs ? Différentes formes peuvent être imaginées.

Concernant la relation des médecins avec les infirmières, nos observations indiquent plus une délégation de tâches des médecins vers les infirmières et les secrétaires médicales qu'une coopération basée sur l'affirmation des contributions spécifiques de chacun. Pourtant l'infirmière pourrait apporter des dimensions nouvelles de prises en charge du salarié (cf. Daniellou, Petit).

La complémentarité des médecins du travail avec les autres acteurs de la prévention est encore loin d'être évidente ainsi que la mise en œuvre de la collaboration.

3. Discussion

L'analyse des résultats nous permet de discuter à la fois les ressources et les empêchements à l'activité des médecins. Il apparaît différentes postures possibles du médecin dans le genre professionnel et des interrogations sur le travail collectif pluridisciplinaire et les évolutions socio-politiques du métier.

Ces résultats transversaux nous conduisent à engager une discussion sur six éléments :

- la diversité de styles des médecins dans les activités de prévention
- l'activité empêchée ou les faibles marges de manœuvre du côté du système
- l'évaluation de l'efficacité de l'action par le médecin du travail
- le travail collectif horizontal
- le besoin de collectif de travail
- le paradoxe de la réforme ou questionnements/ interrogations.

Nous commencerons par présenter la spécificité des activités des médecins dans la prévention des TMS et les biais de la recherche.

3.1. La prévention des TMS chez les médecins de travail

En décrivant les pratiques réelles des médecins dans la prévention des TMS, l'analyse de leur activité de travail conduit à produire des résultats plus généraux sur leurs savoir-faire, leurs ressources et les difficultés du métier. La question posée est : l'action du médecin est-elle spécifique sur le risque TMS ? ou autrement dit, les TMS conduisent-ils le médecin à des formes particulières d'action différentes de la pratique en général ?

Il apparaît que la pratique du médecin est spécifique sur les risques TMS dans plusieurs domaines d'activité du médecin :

- lors de l'entretien de consultation, le questionnaire va porter sur les gestes et les stratégies pour se préserver des douleurs ainsi que sur l'usage des matériels d'aide à la manutention
- lors de l'examen clinique, le médecin effectuera un examen du dos et des membres supérieurs
- lors de la visite de poste, le médecin sera attentif à la gestuelle et pourra donner des conseils au salarié sur les gestes et les postures. Le médecin du travail est souvent un interlocuteur privilégié des responsables quand ils ont des difficultés à trouver des solutions et ce malgré plusieurs tentatives d'amélioration des situations de travail. Il peut donner des conseils à l'employeur sur la prévention des TMS.

La production de résultats concerne plus largement le métier du médecin du travail que la question initiale des actions de prévention sur les TMS. Ceci s'explique d'une part par la

place des TMS dans la gestion des risques et d'autre part par les conditions d'observation de l'activité. Rappelons que les TMS font partie des priorités en matière santé au travail (première cause de maladie professionnelle). Cela peut expliquer que l'action des médecins en général n'est pas différente de celle sur les TMS puisque c'est le quotidien du médecin. Par ailleurs, les modalités d'observation sont celles du suivi du travail du médecin sur des journées entières de travail. En effet, l'observation de situation de TMS n'était pas prévisible et nous avons été amenés effectivement à voir l'activité du médecin du travail dans son ensemble. L'approche des TMS nous amène finalement à évoquer plus largement des questions de métier pour le médecin du travail puisque nous ne pouvons pas comprendre les actions sur les TMS indépendamment d'une compréhension de l'activité globale du médecin. Par ailleurs, les liens aujourd'hui bien connus entre les TMS et d'autres symptômes ou risques professionnels (comme les RPS) invitent les praticiens à ne pas trop dissocier les différents cas.

3.2. Les biais de la recherche

Plusieurs biais de notre recherche sont à évoquer avant de discuter nos résultats sur les activités des médecins du travail. Le premier est celui de la représentativité de nos résultats. En effet, nous partons du volontariat des médecins, ce qui implique qu'ils sont motivés sur la prévention des TMS et qu'ils ont des choses à nous dire sur le thème ou qu'ils sont investis dans des actions spécifiques sur ce sujet. Notre objectif n'est pas de faire une analyse exhaustive de toutes les pratiques des médecins dans la prévention des TMS mais d'accompagner des collectifs de médecins dans une analyse de leur pratique et de chercher avec eux des moyens de développer leurs compétences. Aussi, nous sommes plus intéressés à décrire les déplacements, les débats de normes, les discussions sur les manières de bien faire son travail de ces médecins volontaires qu'à décrire des pratiques singulières isolées.

Un autre biais que nous rencontrons dans l'accueil de notre recherche est que les médecins du travail sont souvent demandeurs de conseils, de référentiels, de normes et d'abaques, ou de diagnostic ergonomique en s'appuyant sur notre expertise. De la même façon, lorsque nous suivons les médecins du travail dans l'entreprise, les acteurs ne comprennent pas bien notre statut. Dans les deux cas, nous prenons le temps d'expliquer que nous nous situons du côté de l'observation de la pratique du médecin du travail et nous préférons abandonner le contact si ce point de vue n'est pas possible.

Un autre biais possible est celui la place du risque TMS dans l'ensemble des actions de prévention des médecins du travail. Souvent, nous constatons que la problématique TMS n'est pas centrale par rapport à la prévention globale des risques en entreprise. Les médecins sont fortement sollicités à propos des risques psycho-sociaux et ont développé des compétences d'entretien clinique pour prévenir la souffrance mentale des travailleurs. La difficulté méthodologique est de trouver dans leur activité les moments où ils traitent des questions de TMS, ce qui nous a amenés à élargir le champ des observations pour pouvoir recueillir des informations sur ce thème et la façon dont ils gèrent une activité morcelée.

Un dernier biais concerne les inquiétudes des médecins du travail sur la réforme de leur profession à venir. Plusieurs médecins se posent la question du lien entre notre recherche et la réforme et ont manifesté des craintes de manipulation. Si nous restons très attentifs à l'évolution de la profession et des réformes en cours, nous avons été obligés à plusieurs reprises d'expliquer que nos commanditaires et nos financeurs étaient indépendants du législateur. Les résultats produits par notre recherche pourraient contribuer à un débat sur le

métier de médecin du travail, qui ne soit pas directement sur la légitimité de cette profession, mais sur son activité réelle afin de reconnaître la spécificité de cette spécialité en médecine.

De toute évidence, ce qui nourrit les axes de recherche de notre recherche est de centrer le point de vue sur l'activité réelle de travail. Nous sommes ici confrontés au passage de connaissances locales sur des situations de travail singulières à une généralisation des résultats, thématique que nous connaissons déjà bien en ergonomie. Pour cela, il s'agit de mettre le travail au centre des échanges et des discussions collectives avec les groupes de médecins du travail.

3.3. Une diversité de styles en médecine du travail :

Dans une approche analytique et développementale, l'analyse de l'activité du médecin du travail a permis de dégager une diversité de postures professionnelles du médecin vis-à-vis du salarié et de l'entreprise allant d'une posture d'expert à une posture de co-construction. Nous entendons par « postures professionnelles », les manières de faire stabilisées dans l'histoire du métier, les manières d'agir, de penser, de dire des professionnels de ce métier (Caroly et al., 2011).

La posture professionnelle peut alors être comprise comme la manière dont chacun va se tenir dans le genre professionnel, autrement dit, la manière dont chacun va dans le cours de son activité faire avec et au delà du genre professionnel. Ainsi, il est possible que plusieurs postures co-existent chez un même médecin. Précisons d'abord que les actions des médecins du travail sont variables selon la prévention primaire et secondaire avec différentes approches individuelles et collectives (cf. Tableau 3).

	Approche individuelle	Approche collective de la population	Démarche collective pluridisciplinaire (au plan individuel et collectif)
Prévention primaire	Campagne de sensibilisation risques professionnelles Consultation : conseils de prévention, diagnostic précoce de pathologie	Alerte- surveillance Participation à des enquêtes	Actions collectives Plan prévention en entreprise (démarche québécoise)
Prévention secondaire	Maintien dans l'emploi	Des aménagements qui profitent aux autres.	Cellule de maintien dans l'emploi

Tableau 3 : Actions du médecin du travail selon la prévention primaire ou secondaire et selon les différents types d'approches ou démarches individuelles et collectives

Ces différentes actions du médecin du travail s'exercent avec différents styles d'activité, comme par exemple, la manière d'organiser le temps de travail entre l'entreprise et le cabinet, la gestion de l'organisation du travail dans le cabinet, le fait d'accorder plus d'importance à l'écoute de la parole du salarié qu'à l'examen clinique, etc.

Précédemment, dans la partie 1, plusieurs manières de faire de la médecine du travail ont été décrites. Nos analyses de l'activité du médecin du travail nous conduisent à élaborer un modèle dynamique des postures professionnelles entre deux pôles de l'activité (cf. figure 4) :

- l'expertise : le médecin est celui qui sait et qui agit, il « préleve » dans son environnement de quoi agir mais il va construire seul son jugement et son action ;
- la co-construction : le médecin, bien que détenteur d'expertise ne peut construire seul son action, il la construit avec les autres (salarié, autre préventeur...). Le médecin n'agit pas tout seul mais avec l'autre (co-action, participation).

Le médecin du travail navigue entre ces deux pôles selon différents domaines de son activité :

- la pluridisciplinarité : entre la co-activité (des expertises séparées) et la collaboration ou coopération avec des acteurs de la prévention
- la santé publique : entre une visite très médicale et l'orientation vers des spécialistes
- la clinique : entre un examen médical complet et une clinique médicale de l'activité
- l'approche globale de la santé : entre maîtrise des risques (cloisonnant les risques) et gestion des risques (par ex. faire les liens entre TMS et RPS)
- l'approche individuelle : usage des outils réglementaires pour protéger le salarié et accompagner le salarié à devenir acteur
- l'approche collective : alerte/prévention collective normalisée (EPI) et collaboration horizontale avec l'entreprise

Tous les médecins du travail ne pratiquent pas l'approche de la clinique médicale du travail. Comme tous les médecins ne sont pas dans une posture professionnelle de co-construction pour différents motifs (car cela ne correspond pas à leur façon de faire avec l'expérience ou ils sont dans l'impossibilité de mettre en œuvre cette posture dans le contexte de l'entreprise). De plus, un même médecin ne pratique pas toujours avec la même posture, celle-ci change selon les possibilités offertes par le milieu, les contextes d'intervention, l'engagement des acteurs de l'entreprise, etc. Certains se situent dans une médecine du travail d'expertise, d'autres recourent aux deux types de pratique selon les entreprises.

Par exemple, le médecin du travail peut être plutôt dans une posture de co-construction dans sa façon de tenir une approche globale de la santé, mais il adopte une posture plus experte dans ses actions au sein certaines entreprises.

Il apparaît que la démarche de veille sanitaire²² dans une logique d'alerte n'est pas toujours suffisante pour alerter sur la prévention des TMS en entreprise, car les acteurs n'ont pas forcément les moyens de transformer des données d'alerte en actions de prévention (Caroly et coll., 2008). Le médecin du travail peut jouer un rôle charnière essentiel pour aider l'entreprise à passer de la prise de conscience des difficultés de santé des salariés à des démarches de projets de prévention avec la mise à l'agenda des problèmes de TMS et d'amélioration des conditions de travail. Le médecin du travail peut passer d'une posture d'expert à une posture de co-construction au fil du temps dans sa relation avec l'entreprise. La posture professionnelle d'un même médecin avec une entreprise évolue avec l'ancienneté vers plus de co-construction du fait d'une expérience de la relation avec les acteurs mais peut parfois changer en fonction des mutations de l'entreprise, de la mobilité des acteurs et de divers changements. Selon le contexte de l'entreprise, privilégier l'axe de l'alerte par rapport à celui de la gestion/restructuration peut-être plus efficace pour la prévention, notamment du risque TMS. Par exemple, la logique d'alerte peut amener les acteurs à passer à une logique de gestion/restructuration.

²² Les évolutions du rôle du médecin du travail en matière de santé au travail ne réduisent pas leur métier à faire passer des questionnaires (Dodier, 1990).

	EXPERTISE	CO-CONSTRUCTION
Pluridisciplinarité	Co-activité : Chaque expertise est séparée et ne se rencontre pas. Le médecin apporte sa connaissance sur la santé au travail et garde la maîtrise de son champ de connaissance et d'expertise. Ex : déléguer à un ergonome car pas son domaine de compétences	Collaboration, coopération avec l'ergonome, l'infirmière : Investigation en collectifs, co-expertise, salarié associé Investigation sur le développement des collectifs de travail pour favoriser un point de vue dans les débats. Ex : travailler en binôme avec un ergonome ensemble sur le terrain sur un même projet de prévention
Santé publique	Visite d'aptitude, prévention médicale, vaccination, hygiène corporelle et alimentaire,	Orienter vers des conseillers ou spécialistes
Clinique	Clinique médicale Examen médical systématique	Clinique médicale de l'activité Soigner le travail, pouvoir d'agir du salarié
Approche globale de santé	Maitrise experte des risques : mesure des facteurs d'exposition pour mener des actions de prévention	Risques du sujet et de l'organisation. La santé n'est pas seulement du côté des facteurs de risques mais prend en compte les régulations, les constructions. Le médecin engage un échange avec le salarié sur les risques pour soi, pour l'entreprise, pour le collectif, en y intégrant le hors travail dans la relation travail-santé.
Approche individuelle	Restriction d'aptitude, usage des outils réglementaires pour protéger le salarié	Ne pas faire de restriction d'aptitude. Accompagner le salarié à devenir acteur. Recherche de compromis avec l'entreprise et le salarié.
Approche collective	Alerte sur les TMS et RPS par exemple, en s'appuyant sur des données de santé ou autre moyen (déclaration d'inaptitude) Prévention prescriptive, normalisée	Inscrire son action dans la gestion de l'entreprise. Possibilités de partenariat et collaboration avec l'entreprise. Porter dans l'espace public le débat sur le travail à partir de la parole des salariés

Figure 4 : Modèle dynamique des postures professionnelles du médecin du travail selon deux pôles de son activité (expertise ou co-construction) selon différents domaines de son activité

La co-existence de plusieurs postures professionnelles des médecins peut rendre difficile la compréhension de leur pratique et de leur rôle aux personnes externes à leur profession. Les postures professionnelles peuvent varier et fluctuer selon le parcours professionnel et l'expérience du médecin, selon le contexte et le milieu de travail, selon l'existence ou non d'un collectif de travail de médecins du travail.

3.4. Une activité empêchée

Les actions du médecin du travail sont parfois limitées car elles posent des problèmes d'organisation du travail et de conditions de travail. Les médecins du travail semblent avoir des difficultés à engager des actions collectives dans l'entreprise. Du côté des quelques actions au bénéfice individuel du salarié, les avancées sont variables selon les entreprises et le projet du salarié. Les médecins expriment parfois un sentiment d'impuissance.

La taille de l'entreprise semble influencer les stratégies de prévention et les formes de partenariats mises en œuvre par les médecins du travail. Il est plus facile pour le médecin d'engager ou de participer à des actions collectives dans les entreprises de taille importante (plus de 50 salariés), ainsi que de progresser dans la prévention quand il y a un CHSCT. Cependant le manque de contrepois des syndicats constitue parfois un frein à la prévention dans ces grandes entreprises. Les actions des représentants du personnel sont parfois faibles sur la prévention. Dans les petites entreprises, des actions sont possibles quand elles sont organisées par branche ou secteur d'activité. Les services spécialisés de médecine du travail comme la MSA ou le BTP favorisent la construction d'actions de prévention.

Nous avons identifié dans notre recherche cinq niveaux d'empêchements dans l'activité de prévention du médecin :

- *la faible mobilisation des acteurs* à rechercher des solutions ensemble : Cet empêchement à l'action des médecins du travail semble parfois un alibi pour l'inaction du médecin dont les empêchements sont autres. Par exemple, les responsables d'entreprise sont parfois dans un désarroi face au phénomène TMS, les salariés cachent au médecin leur douleur par peur de perdre leur emploi, les partenaires chargés de faire du maintien sont surchargés et les délais conduisent à une désocialisation des salariés en arrêt de travail. L'évolution des situations témoigne de la perte du pouvoir d'agir des salariés. Cette difficulté à mobiliser les acteurs peut poser un problème pour la mise en œuvre de l'approche clinique. Les médecins sont empêchés dans leur activité selon le contexte de l'entreprise. Les marges de manœuvre laissées par le système, l'organisation, la logique productive sont relativement faibles pour que le médecin puisse développer une logique de prévention primaire en entreprise.

- *l'ambiguïté du certificat d'aptitude* : La question de l'aptitude doit être revue (Comité consultatif national d'éthique, 2003). L'aptitude comporte plusieurs inconvénients (Davezies, 1998), notamment une relation ambiguë avec le salarié conduisant à deux positions des médecins du travail qui co-existent dans la pratique : « signer l'inaptitude constitue un abandon du salarié », « maintenir le salarié au travail reviendrait à précipiter dans le malheur un sujet déjà en difficultés » de santé, en difficultés sociales ou professionnelles. L'absence de définition légale pour cet acte médico-administratif conduit les médecins à plusieurs possibilités d'interpréter l'aptitude de plusieurs façons, le médecin cherchant à faire vivre une interprétation favorable à la santé du salarié.

- *Des actions limitées* du fait d'un diagnostic complexe sur les risques et un faible engagement des acteurs de l'entreprise dans la prévention. La variabilité croissante des expositions au cours d'un parcours professionnel ainsi que la complexité de l'apparition des TMS due aux effets différés et au caractère multi-causal rendent plus difficile le diagnostic. Les médecins sont pris dans la complexité d'établir un lien entre les causes des TMS et l'apparition de ces pathologies dans leur entreprise. Les responsables d'entreprise face à cette incertitude du diagnostic ont du mal à s'engager dans un programme de prévention. L'évaluation des actions est délicate et pose des questions sur l'efficacité et les effets des actions sur la prévention. Cette question de l'efficacité n'est pas propre seulement aux médecins du travail mais à tous ceux préoccupés par l'intervention.

Les médecins sont davantage situés par les acteurs de l'entreprise dans la réparation et le maintien dans l'emploi que dans la prévention primaire. Pourtant ces deux facettes de la prévention, primaire et secondaire sont liées dans l'activité du médecin, quand il arrive à transformer une démarche individuelle en une action collective en entreprise ou quand il fait entrer les dimensions collectives du travail dans la discussion engagée avec le salarié sur son activité individuelle durant la consultation.

- *Des injonctions contradictoires* dans l'activité du médecin du travail: par exemple, signer une aptitude au poste d'une femme agent d'entretien pour sauvegarder son emploi alors que la personne a une pathologie avérée de TMS. Ces situations de conflits de buts ou de conflits entre les buts et les moyens amènent le médecin à se poser des questions quotidiennement sur la pertinence de ses choix et de ses décisions vis-à-vis d'une entreprise ou d'un salarié.

- *L'isolement du médecin* dans son activité. La pratique solitaire du médecin rime souvent avec isolement. Salariés d'un service interentreprises de santé au travail ou d'une entreprise ayant un service de prévention, les médecins n'ont pas beaucoup l'occasion de se rencontrer sauf dans le cadre de quelques projets spécifiques. Le manque d'échange avec des pairs sur les dilemmes de leur activité, offre peu l'occasion de se ressourcer dans le collectif de travail et conduit certains à des sentiments de solitude et d'usure.

L'activité empêchée du médecin du travail représente un coût et peut conduire à une souffrance mentale, comme cela a déjà été montré chez les médecins généralistes (Daniellou, Davezies, 2006). Les médecins oscillent entre la dénonciation de la souffrance des salariés et la leur devant leur impuissance à lutter contre celle-ci (Salman, 2008).

Les contributions des médecins du travail sont socialement construites selon la place accordée aux médecins du travail en fonction des dynamiques à l'œuvre entre les partenaires sociaux, les acteurs locaux de prévention et les actions possibles en entreprise. Le médecin du travail n'intervient pas directement sur l'entreprise, la responsabilité des actions dépend de l'employeur. Il n'a pas un rôle de coordination dans la conduite de projet, il est plutôt un des acteurs dans un dispositif de prévention. Concernant les projets de changement dans les entreprises, le médecin du travail est consulté souvent tardivement par rapport au déroulement des projets.

3.5. L'efficacité de l'action vue par le médecin du travail

Les médecins que nous avons rencontrés disent souvent se sentir peu efficaces dans la prévention des TMS. Ils ont tendance à évaluer l'efficacité de leur action par rapport à la

prévention collective primaire, qui correspond plus à la tâche attendue qu'à la réalité de leur activité. Les médecins n'accordent pas beaucoup d'importance aux résultats intermédiaires qu'ils obtiennent, ils constatent que les résultats finaux ne sont pas atteints et se jugent alors inefficaces. Ainsi nous partons d'une question : Comment les médecins du travail sont-ils amenés à évaluer négativement leurs actions sur les TMS alors que l'observation de leur activité montre qu'ils font beaucoup des actions efficaces en prévention primaire, secondaire et tertiaire, notamment dans une approche individuelle ?

En effet, nos résultats montrent, ce que les médecins du travail réalisent dans la consultation en matière de prévention et les articulations avec l'entreprise. Les médecins font un véritable travail avec le salarié sur les liens santé-travail, ils traduisent dans le langage du salarié les évolutions de l'entreprise, ils ramènent du collectif et de l'entreprise dans l'échange avec le salarié. De plus, ils tirent des consultations des informations pouvant être utiles pour orienter les actions en entreprise et orienter la manière d'aller dans l'entreprise ou ramener la parole du salarié au CHSCT.

La conception de l'efficacité qu'ils utilisent pose problème puisqu'elle porte sur un modèle d'intervention en entreprises non adapté à la sphère dans laquelle ils situent la majeure partie de leur activité : celle de la consultation. En situant l'évaluation dans un modèle d'intervention en entreprises, ils ont tendance à évaluer plutôt négativement leur efficacité car ils ont une action limitée du fait de leurs faibles marges de manœuvre en entreprise pour faire de la prévention collective. Les stratégies du médecin sont soumises aux contraintes de l'entreprise, au projet du salarié et aux possibilités de partenariat avec d'autres acteurs de la prévention.

Le médecin du travail évolue entre une posture d'expert et une posture de co-construction selon les différents domaines de son activité. Ce modèle hybride et dynamique des postures professionnelles du médecin selon le contexte de l'entreprise et la relation avec le salarié rend difficile l'évaluation selon un seul modèle de manière de faire de la prévention.

L'action des médecins du travail se déroule le plus souvent dans un travail sans demande. Le problème de mobilisation des acteurs conduit les médecins à chercher à convaincre en permanence l'employeur. Les difficultés de coordination des actions des différents acteurs de l'entreprise et de la pluridisciplinarité rendent impossible l'évaluation autour d'un objectif commun. La construction d'un référentiel commun pourrait être difficile quand les zones d'actions de chacun des acteurs sont mal identifiées dans les interactions entre les acteurs et mal définies au sein même des métiers.

Les indicateurs de l'évaluation ne sont pas suffisants pour rendre compte de l'activité du médecin. Pour évaluer, il est nécessaire d'avoir un cadre d'action. Or chez les médecins du travail, « avoir fait ce qu'il fallait faire » ne semble pas stabilisé.

Ils se comparent à la prescription et non pas leur activité réelle. Les médecins évaluent ce qu'ils n'arrivent pas à faire comme prévention dans l'entreprise alors que leurs actions se situent ailleurs, en consultation.

L'écart entre les critères d'évaluation de leurs actions par les médecins du travail et ceux d'évaluation de la prévention des TMS peut poser des problèmes pour une évaluation pertinente. En effet, l'évaluation ne peut être définie en termes de critères uniquement par des critères extérieurs (ceux de la prévention) et des critères à soi (ceux de la pratique). L'évaluation dépend aussi de critères fixés par le métier. Or il y a très peu de collectifs de travail de médecins du travail. Cette absence de collectif pourrait expliquer une partie des tensions que ressent le médecin du travail sur l'évaluation de l'efficacité entre les indicateurs pour soi et ceux pour autrui.

Par ailleurs, les TMS relèvent d'une approche du risque complexe tant au niveau du diagnostic plurifactoriel que des effets différés de cette pathologie. Les TMS impliquent un autre type d'investissement dans l'entreprise que d'autres risques (par exemple bruit et surdité). En effet, il n'est pas facile pour un médecin du travail d'agir sur les causes organisationnelles, notamment sur celles relevant des systèmes de production et des contraintes marchandes.

De plus, la conception de la santé chez les médecins est variable. En effet, les médecins du travail qui partagent un modèle de la santé comme « l'absence de maladie », évalueront plutôt négativement leur action quand le travail est producteur de pathologies et qu'ils n'ont pas les moyens d'agir sur les conditions de l'organisation du travail. Les médecins qui ont une conception de la santé plus du côté du pouvoir d'agir et une posture professionnelle de co-construction évaluent l'efficacité de leur action non pas sur le nombre d'actions et leurs résultats mais sur des indicateurs de changement de représentations, de prise en charge de la question santé-travail par le salarié et l'entreprise, des modifications des relations avec les collègues, etc.

Les écarts entre les ressources et les résultats comme par exemple avoir donné beaucoup de moyens pour aménager le poste d'un salarié atteint par les TMS et ne pas réussir le retour à l'emploi sont relatifs ici à l'efficacité de l'action du médecin. Ce qui semble préoccuper plus les médecins sont les écarts entre les objectifs et les ressources car ils renvoient à des questions de sens du travail et de la pertinence de l'action pour le médecin.

3.6. La transformation des outils en instrument de l'activité

Les médecins du travail transforment les outils de travail (par exemple, le dossier médical est un outil de travail) en instruments de leur activité (par exemple, le dossier de dossier devient un moyen de construire une continuité dans la relation avec le salarié). Les connaissances des médecins et les stratégies se construisent à travers l'élaboration d'instruments. La tâche définit des moyens de travail tels que le dossier médical, la fiche d'entreprise, le bilan annuel. Ces documents et outils de travail sont transformés par les médecins pour devenir des instruments de leur activité.

Les outils à disposition du médecin ne sont pas toujours adaptés aux problématiques rencontrées, par exemple l'ambiguïté du certificat d'aptitude. Tout comme les situations où l'application de la loi, des normes et des règles peuvent être un frein à l'action.

Les médecins utilisent assez peu d'outils comme Saltsa ou le questionnaire nordique, dans leur diagnostic médical sur les TMS. Ils organisent leur entretien et leur visite de façon à recueillir des informations sur la problématique des TMS dans le contexte de l'entreprise. L'entretien clinique apparaît un instrument pour mettre en lien le discours du salarié avec la problématique collective des TMS dans l'entreprise. Ici les traces écrites prises sur les dossiers médicaux ou sur des feuilles volantes sont au service de la connaissance sur les liens santé-travail en prenant en compte la continuité avec l'entreprise et l'histoire du salarié. Les outils de suivi des salariés (entretien clinique, dossier du patient, journal de bord,...) sont investis dans l'activité de création du lien avec le salarié et de recherche du pouvoir d'agir sur la situation de travail.

Les médecins du travail transforment les outils existants en fonction de leur activité. Cette activité instrumentale repose sur 3 types de pratique dont la fréquence apparaît variée :

- fréquence *faible* : Les outils collectifs de passation de questionnaires nationaux comme l'enquête ESTEV, SUMER sont finalement peu abordés par les médecins comme un moyen d'alerter l'entreprise au sujet de la prévention des TMS. Ils permettent pourtant de produire de la connaissance des liens santé-travail des populations au travail. Certains médecins du travail participent à des études épidémiologiques et plus rarement à des études de conception de situations de travail.

- fréquence *moyenne* : Les actions en prévention des TMS reposent principalement sur des actions de maintien dans l'emploi et interrogent souvent les médecins du travail sur l'efficacité de ces actions dans la prévention sur les TMS. Des outils se créent avec l'expérience (questionnement du salarié, connaissance de l'entreprise,...) ou s'élaborent quelque-fois dans des équipes pluridisciplinaires de retour progressif au Travail. Ces actions de maintien dans l'emploi conduisent les médecins du travail à faire des études de postes, à négocier avec le chef d'entreprise le reclassement et/ou l'aménagement du poste, à accompagner l'équipe de travail à l'insertion du travailleur ou de la travailleuse en situation d'handicap.

- fréquence *forte* : L'entretien clinique apparaît l'instrument primordial du médecin en termes d'efficacité pour agir sur la relation avec le salarié et organiser son action en entreprise.

On peut catégoriser ces outils dans différentes pratiques de l'approche individuelle et collective. Les enquêtes se situent dans une approche collective tandis que les actions de maintien dans l'emploi permettent de passer de l'approche individuelle à une approche collective. Enfin, l'entretien clinique tente d'introduire l'approche collective dans une approche individuelle et réciproquement.

La pratique évolue au fil de l'expérience et les outils se transforment au service du diagnostic médical, de la connaissance des liens santé-travail et de moyens pour faire de la prévention des TMS. Les médecins du travail en transformant leurs outils en instruments leur donnent un statut d'objet intermédiaire et frontière qui circule entre les différents acteurs. On peut citer en exemples, le courrier adressé au médecin généraliste, qui sera remis par le salarié ou la rédaction de la fiche d'aptitude, qui fait l'objet de compromis dans sa formulation, évoluant selon la réaction de l'employeur.

La consultation comme un instrument de l'articulation entre le travail avec le salarié et le travail en entreprise

La consultation apparaît comme un espace privilégié pour le médecin du travail. Le cœur de son activité se trouve dans la consultation et dans la façon de ramener la parole et les plaintes des salariés dans des espaces publics. Effectivement, il est impossible dans l'activité du médecin de délier l'action en cabinet de l'action en entreprise. Le médecin a besoin de connaître l'entreprise et les postes pour mener son entretien et celui-ci oriente les actions possibles en entreprise.

Nos résultats nous permettent de découvrir toute la richesse du travail réalisé par le médecin en consultation. Le médecin écoute, conseille le salarié. Il agit sur le collectif et indirectement sur l'organisation du travail dans sa consultation. L'objectif du médecin est de construire une relation stable avec le salarié et de mettre l'histoire individuelle en écho avec le

fonctionnement de l'entreprise. Cette relation se construit dans la durée car le médecin travaille le plus souvent sans demande de la part du salarié ou de l'entreprise. La parole du salarié constitue un instrument de son action pour élaborer avec les acteurs une demande.

Les médecins du travail agissent sur la prévention individuelle dans le lien santé-travail principalement dans la façon d'accompagner des changements de perception du salarié par rapport à son poste de travail et dans des améliorations du poste dans l'entreprise quand il y a des restrictions. Leurs actions et les demandes se situent rarement sur les déterminants de l'activité de travail du salarié comme par exemple le contexte de l'entreprise, la tâche et les exigences du poste, l'environnement social ou l'organisation du travail

Etre détenteur d'une connaissance sur les liens santé-travail leur suffit pour accompagner le salarié et l'entreprise à prendre en charge par eux-mêmes la problématique des TMS.

Le médecin du travail ne remet pas en cause l'organisation du travail mais anticipe un certain nombre de difficultés probables. Par exemple, dans le cadre d'une reprise du travail, il prépare le salarié sur le fait qu'il va ressentir des douleurs au moment de la reprise, que c'est normal et qu'il ne doit pas s'arrêter tout de suite mais tenter d'attendre un peu que cela puisse passer.

L'intervention en SST, au sens de production de résultats concrets sur l'amélioration des conditions de travail ou de transformations de l'organisation du travail n'apparaît pas comme un modèle d'action ou un instrument dans l'activité pour tous les médecins du travail. Leur activité de travail se situe ailleurs dans une autre forme de prévention, celle des relations entre le salarié et l'entreprise et celle de la construction de la santé du salarié.

3.7. Le travail collectif interprofessionnel

Le travail collectif interprofessionnel donne des marges de manœuvre au médecin du travail dans son action de prévention. Le travail collectif peut prendre différentes formes : de la complémentarité dans l'action à la coordination dans l'action.

Le travail de partenariat avec l'entreprise et les réseaux d'acteurs professionnels ne se décrète pas, il se construit sur la base d'outils d'intervention spécifique. Des objets intermédiaires et frontières se partagent dans les équipes pluri-professionnelles, par exemple à la cellule de maintien dans l'emploi (CDME) le dossier de travailleur handicapé.

Les actions pluridisciplinaires demandent du temps, s'inscrivent dans des jeux d'acteurs et la construction de réseaux. La prévention pourrait modifier les territoires traditionnels des acteurs de la santé du fait d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire qui reposerait plutôt sur un travail en réseau multi-professionnel.

Le développement des collaborations pluri-professionnelles correspondent plutôt à un travail collectif horizontal et conduisent à développer des moyens et différentes collaborations entre les intervenants en santé au travail. Mais le travail collectif correspond aussi à un travail collectif de proximité avec des acteurs de l'entreprise : l'infirmière et l'ergonome, quand il y en a, ou avec les chefs d'équipe et la DRH. Cependant les approches de la prévention ne sont pas forcément partagées entre les différents acteurs de l'entreprise ; par exemple, un médecin du travail du côté d'une approche globale, prenant en compte les facteurs organisationnels dans la survenue des TMS et la prévention primaire et secondaire et un chef d'entreprise du côté d'une approche individualisante, de la prévention secondaire et tertiaire.

La coordination entre les différents acteurs est encore difficile à mettre en œuvre. Pourtant la pluridisciplinarité respectant les compétences de chacun pourrait être une ressource pour la création de nouvelles formes d'action de prévention. L'intégration de la prévention dans les logiques internes de l'entreprise, telles que la rentabilité, la production, l'amélioration continue, la qualité n'est pas facile à réaliser (Caroly, Coutarel, Landry, Cheray, 2010).

La collaboration des médecins du travail avec les différents professionnels n'est pas donnée d'emblée. Elle se construit avec le temps et nécessite des ajustements entre les professionnels de la santé et de la sécurité. La participation du médecin du travail aux projets de changement de l'entreprise n'est pas toujours présente. Il n'est pas toujours en relation avec les acteurs décisionnaires, les managers et les concepteurs. Identifier ce que font réellement les médecins du travail dans leur activité permet de s'interroger sur les conditions d'une coopération efficace pour la prévention des TMS. Le médecin du travail traite principalement de l'approche individuelle de la santé en complémentarité avec les autres acteurs de la prévention et les acteurs de l'entreprise.

Nous avons analysé le fonctionnement du travail collectif selon les modalités de soutien à l'action individuelle, les tensions et les conflits, les évolutions des acteurs.

Les marges de manœuvre individuelles du médecin du travail dépendraient des marges de manœuvre collectives et institutionnelles. Le pouvoir d'agir des médecins pourrait en poussant le débat social sur le travail et sur les questions d'organisation du travail, contribuer en retour à construire des marges de manœuvres organisationnelles.

3.8. Le collectif de travail

Les médecins sont demandeurs d'une pratique réflexive et manifestent un besoin de construire un collectif de pairs pour formaliser leur expérience. Les échanges collectifs sur la base de l'activité de travail, que nous avons organisés, ont donné un espace pour échanger sur les manières de faire, élargir leurs gammes possibles de gestes et développer leur pouvoir d'agir.

Les pratiques des médecins du travail sont dispersées sur le champ des connaissances santé-travail (épidémiologie, physiologie du travail, psychologie, etc.). Les buts et les objectifs des actions de prévention sont multiples (épidémiologie, analyse de poste, conception des situations de travail, maintien dans l'emploi...). Les moyens développés par les médecins sont relatifs à l'argumentation, la démonstration, l'alerte, l'usage de contournement (traiter du bruit pour arriver sur les TMS).

L'accompagnement de groupes de pairs dans l'animation de cette recherche a été l'occasion de pousser plus loin des discussions sur la diversité des pratiques de prévention sur les TMS. Des discussions entre médecins sur l'activité ont eu lieu sur plusieurs thèmes : l'étude du corps du salarié pour détecter des signes infra-pathologiques, l'évaluation de l'efficacité des actions engagées dans l'entreprise, la gestion de la circulation de l'information (dire/ne pas dire, façon d'écrire) comme outil stratégique, etc. Les différences de pratiques des médecins du travail selon l'expérience alimentent les débats de métier sur l'activité possible, réalisée et empêchée.

Les controverses professionnelles dans ces collectifs de travail, à condition toutefois qu'elles fassent l'objet d'une demande de leur part et d'une discussion en chacun d'eux, ont permis à

chacun des médecins d'ouvrir les champs des possibles sur une prévention efficace des TMS. Celle-ci pourrait devenir durable si la reconnaissance et la mise en débat de la diversité des pratiques constituaient le socle de discussion sur les règles de métier pouvant enrichir les compétences des médecins du travail et contribuer à leur donner des ressources pour l'action.

Les difficultés des médecins du travail à construire du collectif de travail

Notre recherche nous amène au constat d'un faible développement de collectifs entre pairs chez les médecins. Nous partons d'une question « Comment se fait-il que les médecins du travail ont tant de mal à élaborer un collectif de travail ? » afin de pouvoir élaborer quelques pistes de réflexions sur les difficultés des médecins à construire du collectif de travail.

D'abord, il y a très peu de travail collectif entre les médecins, ceux-ci travaillant plutôt seuls dans les entreprises avec leurs salariés. Il y a parfois des groupes de travail qui se réunissent autour de thématiques communes : risques chimiques, pluridisciplinarité, RPS. Mais ces groupes ne constituent pas forcément un collectif de travail, qui échangerait sur les pratiques, ses règles et les positionnements selon les situations rencontrées.

La diversité des façons de faire de la prévention des TMS n'est pas partagée entre les médecins. Les médecins sont traversés par des dilemmes professionnels et disposent de trop peu de ressources génériques (c'est-à-dire puisées dans le genre professionnel) pour les développer. Les médecins du travail font partie des professions médicales où les débats de métier sont importants. Mais la pratique médicale des médecins du travail, qui est au plus près des conflits sociaux, peut compliquer les disputes de métier. Le manque de disputes sur les dilemmes du métier, que traversent les médecins du travail dans leur activité, les divise et les empêche de construire du collectif. Les désaccords professionnels sur la prévention conduisent à l'isolement et une fragilisation des individus dans les équipes.

Les médecins ont parfois peur de trahir la confiance du salarié ; ils gardent le secret médical (même entre pairs, la norme du secret médical impose qu'ils ne se donnent pas la totalité du dossier). L'indépendance, codifiée dans le Code de déontologie médicale, est le corollaire de la responsabilité personnelle du médecin concernant ses actes médicaux. C'est une garantie pour le patient et une contrainte pour le médecin. Le secret médical et l'indépendance peuvent apparaître parfois de l'extérieur comme un rempart où le médecin n'aurait aucun compte à rendre. Ceci peut rendre difficile l'échange entre pairs sur l'activité réelle et les discussions sur les différentes façons de s'y prendre.

Ce n'est pas facile d'échanger entre eux sur ce qu'ils font réellement car ce n'est pas évident de dévoiler aux collègues des réélaborations des règles dans le travail. Cela renvoie au rapport de soi et d'autrui avec le prescrit et aux possibilités de débats sur de nouveaux buts dans l'activité réelle.

Plusieurs pistes sont à explorer pour un développement du collectif de travail chez les médecins du travail :

- Il serait intéressant de donner des modalités organisationnelles de travail collectif pour que les médecins puissent construire du collectif de travail. Par exemple, partager entre deux médecins d'une même entreprise dans un service inter, pouvoir en discuter et aller ensemble au CHSCT.

- L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pourrait être un instrument de développement du métier. L'EPP ne devrait pas apparaître dans ce cas seulement comme un objet de formalisation des pratiques avec l'expérience mais comme un instrument pour organiser des controverses sur les dilemmes de l'action par rapport à un objectif d'efficacité de la prévention de la santé au travail. Notre recherche s'inscrit dans ce type de démarche. Nos méthodologies et nos résultats sur les manières de gérer l'interaction, le rapport à la loi, l'examen médical, la gestion du temps, etc. pourraient constituer un socle intéressant pour renouveler l'approche de l'EPP.

3.9. De l'activité des médecins du travail à la réforme du système en France

A l'issue de nos observations, il apparaît que l'activité du médecin du travail dans la prévention des TMS est faite entre deux pôles : l'espace individuel de la consultation et l'action en entreprise. Or les réformes de la médecine du travail tendent à des évolutions vers plus de pluridisciplinarité dans les services de santé au travail, où une part du travail du médecin pourrait être confiée à une infirmière ou un IPRP. Un risque de discontinuité est donc bien présent.

La réforme de la médecine du travail ne prend pas en compte l'activité réelle des médecins du travail, ni tous les styles et variantes possibles dans les manières de faire de la prévention. Elle oriente plus la médecine du travail vers l'intervention, le modèle québécois en est un exemple. La mobilisation de l'Etat suite à l'affaire de l'amiante en France est de pousser les médecins à passer à la maîtrise des risques à travers quatre niveaux d'expertise ; la veille scientifique, la surveillance et l'alerte sanitaire, l'étude et l'évaluation des moyens de prévention en milieu de travail ainsi que leur promotion (Plan Santé au travail 2005-2009). Alors que la difficulté des médecins du travail ne se trouve pas dans la mesure de l'exposition mais l'accompagnement du salarié (Davezies, 2010). Les pratiques des médecins sont diverses et la réforme ne prend pas en compte des approches telles que la clinique médicale du travail, la nécessité de la construction d'une relation avec le salarié et l'entreprise dans la durée. La réforme demande aux médecins du travail d'aller plus sur le terrain et de travailler en pluridisciplinarité, sans reconnaître le travail réalisé en consultation.

Par ailleurs, préoccupés par la santé au travail, les médecins du travail se basent depuis longtemps sur l'apport possible des différentes disciplines. Imposer des dispositifs pluridisciplinaires composés d'intervenants spécialisés dans d'autres disciplines (psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, etc.) ne reconnaît pas cette construction du métier par des influences pluridisciplinaires. La pluridisciplinarité s'impose comme une nouvelle forme d'exercice et ne facilite pas la clarification des apports des médecins du travail avec les autres dans le dispositif d'actions, ni leur légitimité. Dans la réforme, la pluridisciplinarité semble naturelle, il n'y aurait « qu'à.. ». Or l'étude montre que c'est un processus complexe, dans lequel il est nécessaire de dévoiler une partie de sa pratique, de ses difficultés, de partager des modèles et des objectifs communs. Comment se positionner entre collaboration, coopération, confrontation, coordination d'acteurs ayant des statuts divers ? Ces différentes formes de pratique collective requièrent du temps et un apprentissage sous-estimé dans la réforme.

La réforme sur la médecine du travail et la réglementation en SST devrait prendre en compte l'activité réelle de travail des médecins du travail. Notre recherche contribue à la mise en

visibilité de l'activité des médecins du travail. Les résultats pourraient alimenter l'évolution des lois et des systèmes selon la connaissance du travail du médecin et contribuer à une meilleure reconnaissance du rôle du médecin du travail par la société.

CONCLUSION

L'objectif de notre recherche était de rendre compte et de participer au développement des activités réelles des médecins du travail dans la prévention des TMS des salariés dont ils s'occupent.

Nous avons cherché à comprendre le rôle des médecins du travail dans une prévention efficace et durable des TMS. Plus exactement, nous avons observé des pratiques variées des médecins du travail dans la prévention avec plusieurs styles, révélateurs de différentes approches et démarches variant selon le contexte, la posture professionnelle, le rapport aux autres.

Nos résultats de recherche ont permis de comprendre les moyens d'action du médecin du travail selon la diversité des contextes et des acteurs de l'entreprise (statut, nature des actions de prévention, expérience des TMS, etc.). Les activités de prévention du médecin prennent différentes formes selon :

- la taille de l'entreprise, son contexte, la nature des relations avec l'entreprise et le salarié, les types de pathologies liées au travail, l'activité des salariés et le fonctionnement des équipes de travail.
- les caractéristiques du médecin, son parcours, son expérience
- les formes de travail collectif

Par exemple, la déclaration des TMS en maladie professionnelle ou en accident du travail apparaît dans certaines entreprises comme un moyen d'alerte alors que dans d'autres cette déclaration se retourne contre le médecin et devient un frein à son action. Les modalités d'action (aménagement de poste, formation, conseil aux salariés...) sont souvent éparpillées dans les multiples entreprises que le médecin suit. Elles ne s'organisent que très peu dans une conduite de projet formalisé.

Les styles des médecins évoluent entre deux pôles de l'activité de prévention : «expertise» et «co-construction» et amènent à plusieurs variantes possibles des façons de pratiquer. Les médecins évoluent entre le rappel de la loi et l'accompagnement de l'entreprise, entre l'intervention en entreprise et le développement du pouvoir d'agir du salarié dans sa relation avec ses instruments de travail et avec les autres (équipes, relation avec la hiérarchie), entre donner des conseils sur les expositions au risques et donner des connaissances aux acteurs sur la relation travail-santé pour qu'ils puissent prendre en charge par eux-mêmes les difficultés (démarche participative).

Les actions du médecin du travail sur les problèmes d'organisation du travail, dont on sait par ailleurs qu'elles sont centrales pour la prévention des TMS, apparaissent limitées. Le médecin du travail recueille des informations concernant le milieu de travail lors de la consultation et en tire un diagnostic global de la santé au travail selon les caractéristiques de la population, la nature des tâches. Le médecin du travail tient la question de la relation entre la santé et le travail dans la consultation et traite des questions sur le collectif de travail et l'organisation au cours de la consultation. Il sera particulièrement sensible aux questions d'apprentissage intergénérationnel, de transmission du geste et des savoir-faire de prudence de gestion des risques professionnels, l'organisation du travail, la répartition des tâches, le travail collectif, la gestion des horaires. Il tient l'approche collective dans la prévention individuelle. Son action en entreprise se développe dans son cabinet et on peut dire qu'il agit plutôt indirectement sur

l'organisation du travail. La consultation en médecine du travail apparaît comme un instrument de l'activité de médecin du travail dans la prévention des TMS.

Les médecins sont garants d'une continuité de l'histoire sur les TMS de l'entreprise et de la santé au travail des sujets. Ils font le suivi dans la durée des parcours des salariés atteints par les TMS en lien avec la gestion des ressources humaines et l'évolution des modes de production de l'entreprise.

Le médecin du travail fait plutôt de la prévention en opérant sur la relation du salarié à son activité, les interactions entre le salarié et le chef d'entreprise. Il introduit des changements de regard sur la relation travail-santé au CHSCT, il collabore avec les acteurs de la prévention. Les stratégies mises en œuvre reposent sur la construction d'alliances avec certains acteurs. Les relations de partenariats entre le médecin du travail, les salariés et les acteurs de l'entreprise, quand elles se basent sur des relations de confiance peuvent avoir des effets sur la prise en charge collective de la prévention des TMS. Des partages de connaissances et des actions collectives (travail collectif horizontal et travail en réseau pluri-professionnel) sont possibles avec les acteurs de l'entreprise et les autres acteurs de la prévention.

Les médecins du travail tissent des liens avec plusieurs partenaires (inspecteur du travail, médecin conseil, médecin généraliste, ergonomiste, chargé de mission agefiph, etc.). Le fonctionnement des équipes pluri-professionnelles montre des formes de travail collectif dans l'activité du médecin. Les médecins construisent aussi du travail collectif avec les acteurs de l'entreprise (chef d'équipe, ingénieur méthode, DRH, etc.) pour évoluer vers une prévention primaire.

L'expérience accumulée au fil des années est très riche dans la continuité des actions dans l'entreprise et le suivi des salariés. Elle constitue une ressource dans l'activité du médecin du travail. Les relations de confiance se tissent avec le temps, la connaissance du travail s'améliore, le réseau de relations s'élargit.

Les collectifs de travail seraient à développer chez les médecins, car ils constituent une ressource pour enrichir la gamme possible des façons de faire de la prévention et participer à la construction du genre. Les dispositifs de recherche-intervention proposés aux médecins participants ont permis de formaliser leurs compétences, d'échanger sur les manières de faire et les stratégies engagées, de transmettre de l'expérience sur les activités de prévention. Dans certaines conditions, le collectif de travail permet aux médecins de ne plus être seuls face aux difficultés posées par les TMS et d'ouvrir à d'autres actions possibles.

Notre recherche pourrait par exemple contribuer à enrichir les méthodologies employées pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). En effet, les échanges de pratiques sur la base de traces de l'activité réelle permettent de pousser plus loin les conflits de buts et les manières de réguler des situations tendues.

Les conditions d'une intervention efficace des médecins en prévention des TMS dépendent des moyens donnés pour faire de la consultation un lieu de prévention des TMS articulée avec des actions en entreprise. Les médecins ont construit des ressources avec l'expérience qui favorisent les articulations entre l'espace individuel et les actions collectives.

Les médecins se posent beaucoup de questions sur leur efficacité en matière de prévention quand l'évaluation porte sur l'intervention et la pluridisciplinarité alors que leur travail se situe principalement en consultation.

L'approche collective du système québécois a l'intérêt de montrer les limites d'un modèle qui ne prend pas en compte le suivi du salarié. La prévention au Québec s'appuie sur l'intervention de médecins du travail en équipe pluridisciplinaire dans la mise en place d'un programme de prévention en entreprise. L'interaction avec le salarié dans le modèle français apparaît comme une autre voie pour faire la prévention : notamment la mobilisation de la connaissance de l'entreprise dans l'entretien de consultation du salarié, et la reprise de la parole du salarié dans les espaces collectifs de l'entreprise. La relation du médecin avec le salarié respectant le secret médical permet au médecin d'assurer son rôle en ne délivrant que les informations utiles pour améliorer la connaissance des relations travail-santé auprès des acteurs de l'entreprise. La combinaison d'une approche individuelle et collective dans le système français apparaît une richesse par rapport à un modèle qui ne traite que de l'approche collective comme dans le système québécois.

Aussi, il apparaît nécessaire de reconnaître l'approche individuelle des médecins du travail dans la prévention et de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour faire véritablement de la consultation, un instrument de la prévention.

Si la prévention individuelle a besoin d'être reconnue, il ne faut pas non plus sous-estimer les actions collectives que les médecins du travail arrivent à mettre en œuvre dans l'entreprise. Celles-ci sont nourries par la connaissance que le médecin tire de ses consultations et s'inscrivent dans une complémentarité du médecin avec les acteurs de l'entreprise et du système de santé au travail. Par ailleurs, une médecine du travail faite uniquement de consultations n'aurait aucun sens si elle ne s'appuyait pas sur les connaissances de l'entreprise, son fonctionnement, ses activités, etc.

Par contre le système québécois, dans une approche collective plus institutionnalisée (intervention d'une équipe en santé au travail selon l'identification par le système ST des entreprises ou secteur à risque de TMS), s'il a les inconvénients de ne pas pouvoir suivre tous les salariés et d'avoir un suivi très espacé des entreprises (tous les 7 ans environ), offre un dispositif de prévention structuré définissant les rôles de chacun des acteurs (médecin du travail, infirmière, techniciens) dans la pluridisciplinarité. La continuité des interventions de ces équipes pluridisciplinaires amène le médecin du travail à construire une expérience de travail collectif qui peut favoriser les actions de prévention. Dans le système français, il apparaît différentes formes de travail collectif avec des équipes pluridisciplinaires : dans le service inter-entreprises de santé au travail, la co-activité entre le médecin du travail et l'ergonome interne au service ou la coopération avec un consultant ergonome dans le cadre d'un maintien dans l'emploi ; dans le service autonome, la collaboration entre le médecin du travail et l'infirmière ou le technicien, etc. La pluridisciplinarité n'est pas formalisée comme au Québec. Il est parfois difficile de créer du travail collectif et la pluridisciplinarité en France s'élabore plutôt par un travail en réseau, construit de façon ponctuelle et éphémère.

Le système québécois a l'intérêt d'inscrire le médecin dans la mise en œuvre de la prévention primaire. Dans le système français, les médecins du travail doivent prendre en charge la prévention secondaire et primaire. La mise en œuvre de la prévention ne relève pas que du médecin du travail mais dépend des services de prévention de l'entreprise. Cette organisation de la prévention ne permet pas toujours au médecin d'être présent dans les projets de prévention de l'entreprise, s'ils sont menés par d'autres acteurs (préventeurs ou direction) sans concertation. Dans le système québécois, l'inscription de la prévention dans une approche collective où le médecin est le garant de l'évaluation du programme de prévention offre d'autres moyens d'intervention. Dans un système français, l'indépendance du médecin du travail, très précieuse par ailleurs, ne rend pas opportun de faire de cet acteur le pilote des

actions de transformation des situations de travail, bien qu'il demeure une ressource importante à tout dispositif d'action.

La comparaison entre nos deux systèmes de santé invite à s'interroger sur l'évolution des réformes en France. Celles-ci pourraient davantage prendre en compte l'activité de consultation comme une ressource dans l'activité de prévention des médecins du travail, tout en favorisant les moyens de travail collectif horizontal avec l'entreprise et les conditions d'un travail en réseau pluri-professionnels. Il semble important pour l'avenir de la prévention de tenir les différentes formes de prévention chez les médecins du travail : prévention individuelle et collective mais aussi leur articulation (l'approche individuelle dans la prévention collective et l'approche collective dans la prévention individuelle).

Bibliographie

- Amar, J. (1914). *Le moteur humain*. Paris : Dunod.
- Aptel, M., St-Vincent, M. (2008) Ampleur des TMS en Europe et au Québec. *2^{ème} congrès francophone sur les TMS*, Montréal, 18-19 juin, Québec Document IRSST.
<http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/Plen-St-Vincent-Aptel-10h00.pdf>
- Arcand, R., Labrèche, F., Stock, S., Messing, K., Tissot, F. (2000). « Travail et santé » dans l'enquête sociale et de santé 1998. *Rapport de l'enquête Santé Québec*, chapitre 26, 526-558.
- Bakhtine, M. (1984). *Esthétique de la création verbale*. Paris : Gallimard.
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M. et Brun, J.P. (2006) Interventions externes en santé et en sécurité du travail : influence du contexte de l'établissement dans l'implantation de mesures préventives ». *Relations industrielles / Industrial Relations* 61 (1), 9-41.
- Berthelette, D. (2005). L'évaluation d'intervention visant la prévention des TMS et de leurs conséquences. 1^{er} congrès francophone sur les TMS, Nancy, le 30 mai 2005.
- Boitel, L. (2006). Mise en place de la pluridisciplinarité en santé au travail : état des lieux. Session Pluridisciplinarité en santé au travail. *Congrès de médecine du travail à Lyon*.
- Buzzi, S., Devinck, J.C., Rosental, P.A. (2006). La santé au travail 1880-2006. Paris : la découverte.
- Caillard, J.F. (2011), Plénière du 31^{ème} congrès de médecine du travail Juin 2010. Toulouse.
- Caroly, S. (2010). *Activité collective et réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail*. Document d'habilitation à diriger des recherches en ergonomie, Université de Bordeaux 2. <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00464801/fr/>
- Caroly, S., Cholez, C., Coutarel, F., Dugué, B., Landry, A., Daniellou, F., Roquelaure, Y., Douillet, P. (2006) Prévention durable des TMS : médecine du travail et ergonomie. Premiers résultats d'une recherche nationale pluridisciplinaire. In J. Maline et M. Pottier (dir.), *Ergonomie et santé au travail, Transformations du travail et Perspectives pluridisciplinaires* Toulouse : Editions Octarès, pp.449-453.
- Caroly, S., Coutarel, F., Escriva, E., Roquelaure, Y., Schweitzer J.M. et Daniellou, F. (coord.) (2008), La prévention durable des TMS : Quels freins ? Quels leviers d'action ? Rapport d'étude pour la Direction Générale du Travail. www.anact.fr, dans dossier thématique TMS,
- Caroly, S., Coutarel, F., Landry, A., Mary-Cheray, I. (2010). Sustainable MSD prevention: management for continuous improvement between prevention and production. *Ergonomics intervention in two assembly lines Companies*. *Applied Ergonomics* 41 (4), 591-599.
- Caroly, S., Landry, A., Poussin, N. (2011). *Effet du contexte et de l'expérience sur la passation de l'enquête Sumer par les médecins du travail et influence de la posture professionnelle*. Paris : Rapport DARES, octobre 2011.
- Cholez, C. (2001). *Une culture de la mobilité. Trajectoires et rôles professionnels des chauffeurs-livreurs de messagerie et fret express*. Thèse de Sociologie, Université de Tours.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF, coll. Le Travail Humain.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.
- Clot, Y. (2001). Clinique du travail, clinique du réel. *Le journal des psychologues*, n°185, p.48-51.
- Clot, Y. (2003). L'individu dans le collectif. In *Modèles et pratiques de l'analyse du travail. 1988-2003, 15 ans d'évolution. Actes du XXXVIII colloque de la SELF*, 33-43. Paris

- Clot, Y. (2005). Le travail fait l'homme ? La dimension psychologique du travail. Se reporter au site : http://ep.inrp.fr/EP/r_formation/r_formation_continue/seminaire_travail_enseignant/
- Clot, Y. Faïta, D. (2000). Genres et style en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 4, p.7-42.
- Consot, F., Frimat, P. et coll., (2007). Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail. Rapport IGAS, ministère des affaires sociales et de la recherche, octobre 2007
- Coutarel, F., (2011). Des conditions difficiles d'exercice à la démission d'un médecin du travail en Service autonome : quels enseignements pour l'ergonome et la pluridisciplinarité ? In Congrès de la SELF Paris.
- Coutarel, F., Vézina, N., Berthelette, D., et al. (2009). Orientations pour l'évaluation des interventions visant la prévention des Troubles Musculo-Squelettiques liés au travail. Pistes, Perspectives Interdisciplinaires Sur le Travail et la Santé (<http://www.Pistes.uqam.ca/>), Vol. 11, N° 2, pp. 1-20.
- Daniellou, F. (1998). Une contribution au nécessaire recensement des "repères pour affronter les TMS". In F. Bourgeois (éd.), *TMS et évolution des conditions de travail*, Actes du séminaire Paris 1998, Etudes & Documents, Lyon : Editions de l'ANACT, pp. 118-122.
- Daniellou, F. (2010) MSD prevention: the organisational challenge, August 29th, Angers, congress PREMUS, pp.27_28.
- Daniellou, F., Davezies, P. (2006). L'épuisement professionnel des médecins généralistes. Une étude compréhensive dans une région. In J. Maline et M. Pottier (dir.), *Ergonomie et santé au travail, Transformations du travail et Perspectives pluridisciplinaires* Toulouse : Editions Octarès, pp.45-53.
- Davezies, P. (2010)- Intérêt et difficultés de l'insertion des infirmières dans les services inter-entreprises de santé au travail. Publié dans la revue du SNPST et repris par le groupement des infirmières du travail).
- Davezies P., Deveaux A., Torres C., (2006) Repères pour une clinique médicale du travail. *Arch Mal Prof* 2006 ; 67: 119-125.
- Davezies, P (1997). Médecine d'expertise, médecine du travail, médecine d'entreprise. *Archives des maladies professionnelles* 58, n°1-2, 14-21
- Davezies, P. (2005). *Tensions et orientations du système de santé au travail* –
- Davezies, P. (2007). L'aptitude médicale dans le système français 'aptitude de santé au travail : origine, interrogations et débats, *Médecine du travail & ergonomie, Arbeidzgezondheidszorg & ergonomie*, Volume XLIV, 2007, 73-82
- Davezies, P. (1997) Réflexion sur la santé au travail. *Colloque Travail santé aujourd'hui au tournant du millénaire*. 22 novembre, 1997.
- Dejours, C. (1980). *Travail : usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. Paris : Le centurion.
- Dellacherie, C., Frimat, P., Leclercq, G. (2010). La santé au travail, visions nouvelles et profession d'avoir. Rapport remis aux ministères du travail, de la santé, de la recherche et du sport. France, Avril 2010
- Deveaux, A. (2007) Réaliser son EPP avec E-Pairs. *Les cahiers SMT* (22) , Novembre 2007, 70-71
- Dodier, N (1990). *Jugements médicaux, entreprises et protocoles de codages. La contribution des médecins du travail à l'enquête SUMER sur les risques professionnels*. La documentation française.

- European Foundation for the improvement of living working conditions (2006). *Fourth European working conditions survey*. Summary, 12 p.
- European Foundation for the improvement of living working conditions (2007). *Managing musculoskeletal disorders*. 116 p. www.eurofound.eu.int
- Falzon, P. (dir.) (2004). *Ergonomie*. Paris : PUF.
- Fernandez, G (2009). *Soigner le travail. Itinéraires d'un médecin du travail*. Toulouse : Erès.
- Fernandez, G. (2004). *Développement d'un geste technique. Histoire du freinage en gare du Nord*. Thèse pour le doctorat de psychologie. Paris. CNAM.
- Garrigou, A., Peissel-Cottenaz, G. (2004). Pour une rapproche réflexive des besoins en formation des préventeurs. Rapport de Recherche LAP-ADS-IUT HSE, Université Bordeaux 1 et Notes Scientifiques et Techniques n° 244, INRS, 2004
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J. & Kerguelen, A. (1997). *Comprendre le travail pour le transformer*. Editions de l'ANACT.
- Huez, D. (1998). L'évolution du champ de la santé au travail en médecine du travail. Association SMT. Des médecins du travail prennent la parole (pp. 70-77). Paris : La découverte et Syros.
- Landry, A. (2008). L'évaluation de l'intervention ergonomique : de la recherche évaluative à la proposition d'outils pour la pratique. Thèse de doctorat d'ergonomie. Bordeaux 2- LESC
- Léontiev, A. (1984). *Activité, conscience, personnalité*. Moscou : Editions du Progrès
- Leontiev, A.N. (1975 [trad.1984]). *Activité, conscience, personnalité*. Moscou : Edition du Progrès.
- Leplat, J., & Cuny, X (1977). *Introduction à la psychologie du travail*. Paris : PUF.
- Marichalar, P. (2010). La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010). *Politix* 23 (91), 27-52
- Nahon, P. & Arnaud S. (1999). Sortir de la boucle infernale... Essai de maîtrise des TMS dans trois abattoirs de porcs. In *Actes du XXXIV è congrès de la SELF*, 15-17 septembre 1999, Caen, pp. 147-153.
- Omnès, C., Bruno, S. (2004). *Les mains inutiles. Inaptitude au travail en Europe*. Belin, 477 pages.
- Piotet, F. (2002). Médecins du travail. *La révolution des métiers*, Paris, PUF, coll. Le lien social, pp. 291-316.
- Plante, R., Bhérier, L. (2006). *La médecine du travail au Québec : une pratique de santé publique*.
- Roquelaure, Y., C. Ha, Leclerc, A. and al., Epidemiologic surveillance of upper-extremity musculoskeletal disorders in the working population. *Arthritis Rheum* 55 (2006), 765-78.
- Salma, S. (2008). Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail. *Sociologie du travail* 50, 31-47.
- Santé, Société et Solidarité* 2, 15-21
- Scheller, L. (2003). *Elaborer l'expérience du travail : activité dialogique et référentielle dans la méthode des instructions au sosie*. Thèse pour le doctorat de psychologie. Paris. CNAM.
- St Vincent, M, Denis, D., Jetté, C., Imbeau, D. (2003). Les pratiques en intervention dans la prévention des TMS : ce qu'en dit la littérature, *Journées annuelles de santé publique, Montréal, 1er décembre 2003*.
- Stock, S. (2010). Facteurs de risque psychosociaux et TMS, 3^{ème} congrès francophone sur les TMS, Grenoble

- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- Teiger, C. (1993). L'approche ergonomique : du travail humain à l'activité des hommes et des femmes au travail. *Education permanente*, 116 (3), 71-96.
- Vermersch, P. (2006). Contrepoint. L'explicitation phénoménologique à partir du point de vue radicalement en première personne. In F. Jeffroy, J. Theureau et Y. Haradji (coord.), *Relation entre activité individuelle et activité collective*. Octarès, pp. 129-146.
- Vézina, N. (2010). The evolution of our representation of WMSD : integrating knowledge and ensuring concerted preventive actions, August 29th, Angers, congress PREMUS, pp.14-15
- Vinck, D. (2001). Une analyse à chaud et personnelle des relations entre ergonomie et pluridisciplinarité. Actes du congrès de la SELF, 61-69.
- Vinck, D. (2002). Fonctions et modèles pour l'interdisciplinarité en ergonomie. *Performances Humaines et Techniques*.
- Volkoff, S., Molinié, A.F., Jolivet, A. (2000) "Efficaces à tout âge", Dossier n° 16, Centre d'Etudes sur l'Emploi, La Documentation française.
- Vygotski, L. (1934). *Pensée et langage* (F. Sève, trad. 1997), 3^e éd. Paris : La Dispute
- Vygotski, L. (2003). *Conscience, inconscient, émotions*. Paris : La Dispute.
- Wells, R. (2009), Why have we not solved the MSD problem. *Work*,;34:117-21.
- Wisner, A., *Réflexions sur l'ergonomie (1962-1995)*. Toulouse : Octarès Editions, 1995

Analyse de l'action de trois médecins du travail à partir des traces de leur activité

Philippe Davezies

Introduction

En principe, les méthodes d'analyse du travail mobilisées par l'ergonomie ont pour particularité de se fonder non pas sur les représentations des salariés telles qu'elles peuvent être exprimées au cours d'entretiens, mais sur l'observation du travail, éventuellement retravaillée ensuite avec les salariés concernés, sur le mode de l'auto confrontation, voire de l'auto-confrontation croisée. Une telle approche permet d'acquérir une compréhension approfondie des séquences d'activité observées et d'en tirer des enseignements en matière d'organisation du travail. Elle a été largement mise en oeuvre au cours de la présente recherche.

La présente contribution est fondée sur l'idée que l'approche ergonomique classique pouvait être utilement complétée en faisant porter l'analyse sur un horizon temporel plus étendu que ce que vise habituellement l'analyse de l'activité. En effet, à la différence de l'ergonome, chercheur ou consultant, le médecin du travail a pour mission d'accompagner le personnel, les représentants du personnel et l'employeur dans la durée. L'objectif était donc de porter l'investigation sur la prise en charge au long cours des TMS dans une entreprise donnée.

Un tel projet imposait de renoncer à l'observation du travail. Il n'était pourtant pas question d'en revenir purement et simplement au recueil de la représentation que les médecins pouvaient se faire de leur activité. Il a donc été demandé à trois médecins volontaires d'ouvrir chacun le dossier d'une de leurs entreprises et de rendre compte de leur activité en expliquant et commentant les pièces de ce dossier. Il s'agissait donc d'une confrontation, non pas à la description de l'activité recueillie par l'ergonome, mais aux traces de cette activité dans le dossier, sous la forme de notes et de courriers.

La possibilité de travailler ainsi avec le médecin sur plusieurs interventions permettait d'accéder à une vision précise de son mode d'investissement du métier et de son style activité. Le pari s'est avéré fructueux. Les trois médecins qui ont participé à cette expérience développent leur métier de façon très différente. À elles trois, elles balisent l'espace des débats et le champ des tensions au sein de la profession. En première analyse, ces trois médecins se répartissent sur un axe caractérisé par l'instance à laquelle s'adressent activité du médecin. À une extrémité, l'un des médecins tente de développer une activité en direction des organisations d'employeurs en vue de les sensibiliser. À l'autre extrémité, une autre vise essentiellement à renforcer la capacité des salariés à penser et à agir sur leurs situations. La troisième occupe une position intermédiaire,

conseillant l'employeur et accompagnant les salariés face aux difficultés de leur parcours professionnel. Nous verrons que ces trois orientations sont en grande partie déterminées par les conditions de l'exercice du médecin du travail.

Nous commencerons par présenter l'activité du médecin qui occupe la position intermédiaire. C'est elle qui est la plus proche de la conception la plus répandue au sein de la profession. Par contraste, l'analyse réalisée avec les deux autres médecins nous permettra de percevoir de façon aiguë et vivante les deux principales perspectives en discussion pour le développement du métier. La présentation de l'activité des trois médecins sera suivie d'une discussion sur la structure de l'espace du métier de médecin du travail révélée par ces trois contributions. Ces éléments seront mis en rapport avec la réforme du système de santé au travail.

La prise en charges des TMS dans une entreprise de découpe Docteur E.

Le Docteur E. à 58 ans, elle est médecin du travail en interentreprises depuis 32 ans. Elle travaille à 80 % et assure la surveillance de 241 entreprises, soit environ 2100 salariés.

Je prends contact avec elle parce qu'elle a présenté l'analyse d'un cas de troubles musculo squelettiques au cours d'une séance d'un atelier de discussion de monographies cliniques auquel elle participe régulièrement régulièrement à l'université. Cette observation, généralement évoquée comme « *L'histoire des deux soeurs* » est présentée sous forme résumée en fin de chapitre car elle donne un éclairage sur le mode d'approche clinique du Docteur E.

Lors de notre rencontre elle est surprise : je lui propose de reprendre, sur la base de son dossier, l'histoire de son intervention dans cette entreprise alors qu'elle s'attendait à ce que l'entretien portât sur son observation. Donc, contrairement aux deux autres médecins dont l'activité a été analysée, ce n'est pas elle qui a choisi de proposer son action dans cette entreprise à la discussion. Au contraire, son premier mouvement a été de déclarer que dans cette entreprise, hormis l'affaire décrite dans son observation, elle n'avait pas fait grand chose. Elle a néanmoins accepté de reprendre le dossier de cette entreprise et de le commenter.

Dans ces conditions, il y a plus de chance que le matériel analysé soit représentatif de l'activité ordinaire que lorsque le médecin choisit ce qu'il souhaite mettre en visibilité.

L'entreprise dont il est question effectue en sous-traitance du découpage à façon de matériaux divers. Le Docteur E. en a la charge depuis 1998. L'effectif de salariés s'élève à une vingtaine de personnes soit environ 1/100 de la population de salariés surveillée par ce médecin.

Le dossier est constitué de notes personnelles rédigées à la suite d'interventions dans l'entreprise, de courriers à l'employeur, de courriers émanant du service de prévention de la CRAM et d'un courrier de l'ergonome IPRP du service interentreprises. En tout, 24 documents sur une période de 11 ans.

Traces d'intervention figurant dans le dossier.

Les documents sont présentés, dans le tableau ci-dessous, sous une forme résumée, limitée à leur structure générale et aux préoccupations explicitement consignées.

Documents figurant dans le dossier de l'entreprise

1. Compte rendu de visite le 2 novembre 1998.

Visite systématique en vue de la rédaction de la fiche d'entreprise.

Principaux points relevés :

- Activité de l'entreprise, matériaux travaillés, clientèle.
- Structure du personnel, climat relationnel, convention collective.
- Postes de travail : horaires, machines, problèmes techniques, produits utilisés et stockages.
- Note sur une activité annexe, l'échantillonnage : description, chauffage, éclairage, personnel.
- Risques professionnels et prévention : coupures, manutention et outils de levage, postures, gestes répétitifs, bruit.
- Locaux sociaux : sanitaires, coin repas, vestiaires, entretien, pharmacie d'atelier, état des locaux.

Conclusion : petite entreprise de découpage. Risque principal lié aux outils de découpe. Quelques accidents du

travail bénins. L'employeur paraît ouvert aux questions de sécurité. Des améliorations peuvent être faites. Climat relationnel tendu.

2. Compte rendu de visite le 18 mai 1999.

Etude d'un poste de conducteur de cisailles en vue de la réintégration d'un salarié opéré pour pathologie coronarienne.

Problèmes de manutention : « *Les poids potentiels sont parfois très importants et supérieurs à 100 kg* ». L'exiguïté des locaux rend difficile l'utilisation des outils de levage. Nécessité de revoir l'implantation de la machine. Dans le cadre d'une reconnaissance Cotorep, mise en place d'une commission COME en vue d'améliorer l'aide à la manutention lourde et prévenir l'évolution vers une inaptitude secondaire.

3. Compte rendu de visite les 7 et 16 mars 2000.

Etude d'un poste de découpe sur presse justifiée par une tendinopathie de l'épaule droite chez une ouvrière de 55 ans.

L'analyse de l'aménagement dimensionnel montre :

- des commandes en position trop haute, « *responsables d'une forte sollicitation des épaules lors des manœuvres répétées* »,
- des problèmes de palettisation, et l'utilité éventuelle d'une table élévatrice.

Par ailleurs, la rampe d'accès au sous-sol apparaît très raide et même dangereuse. À vérifier et à équiper d'un revêtement antidérapant.

4. Lettre du médecin du travail à l'employeur le 20 mars 2000.

Suite à la visite précédente, prescription d'une estrade permettant d'obtenir un accès aux commandes sans sollicitation des épaules. « *L'adjonction d'un système de levage des palettes devrait être envisagée* ».

5. Lettre de l'employeur au médecin du travail, le 5 mai 2000.

Réponse à un courrier du médecin du travail, en date du 25 avril (non présent dans le dossier), décrivant les caractéristiques du poste qu'il envisage de proposer à l'ouvrière de 55 ans victime d'une tendinopathie de l'épaule.

6. Compte rendu de visite du 23 mai 2000.

Étude du poste polyvalent proposé à l'ouvrière victime d'une tendinopathie de l'épaule.

Après deux mois d'essai, inaptitude pour deux raisons : un poste trop imprécis dans sa définition, avec des conséquences d'ordre relationnel, et mauvaise récupération de la pathologie, avec limitation importante des mouvements de l'épaule. « *Il est probable que les difficultés relationnelles autour de ce reclassement forcé soient un facteur aggravant* ».

Par la même occasion,

- recueil d'éléments sur les évolutions du personnel, sur le projet de mise en place d'une procédure qualité et de certification ISO 9002,
- description des nouveaux locaux,
- sanitaires femmes en cours d'aménagement,
- rangement à organiser,
- chariot électrique gerbeur en attente pour l'accessibilité à la mezzanine,
- problèmes de garde-fou sur la mezzanine,
- accessibilité au sous-sol par rampe raide.

7. Compte rendu de visite le 15 février 2001

Visite d'entreprise mais l'employeur est absent au rendez-vous.

Mesures de bruit sur un poste de travail.

Les points motivant la visite - EPI, formation cariste, tabagisme - n'ont pu être abordés du fait de l'absence de l'employeur.

8. Compte rendu de visite le 14 mai 2003.

Visite motivée par un double souci :

- Inaptitude d'une ouvrière après longue maladie (lombalgie invalidante et dépression). Pas de propositions de reclassement.
- Découpe de plaques de plomb : équipements de protection, ne pas fumer, manger ni boire sur les lieux de

travail.

Par la même occasion :

- Équipements de protection individuelle : pas de vêtements de travail, pas de chaussures de sécurité (questions à aborder avec le délégué du personnel), gants de manutention inadaptés, casques antibruit peu portés.
- Produits chimiques : aucun stockage rationnel des produits inflammables.
- Machines : quelques problèmes de conformité.
- Manutention : un seul cariste intérimaire pour toutes les tâches de déchargement. Palan équipé d'élingues maison. Pas de contrôle, système D.
- Horaires : certains salariés travaillent sans pause.
- Tabagisme : Interdiction de fumer dans l'atelier non respectée.
- Locaux : beaucoup de zones non protégées du risque de chute. Locaux sociaux insuffisants et mal ventilés, vestiaires peu adaptés, manque d'entretien. Une salle de repas pour fumeurs non ventilée.
- Accidents du travail : une coupure profonde au cutteur dans la cuisse. Risque de coupure probablement important. Manque de rigueur pour la pharmacie d'atelier.
- Évaluation des risques à faire, aide proposée.

Conclusion : manque de rigueur dans la gestion de la prévention.

9. Lettre du médecin du travail à l'employeur, le 22 mai 2003.

Le courrier reprend une série de questions discutées avec l'employeur à l'occasion de la visite du 14 mai :

- l'organisation des soins d'urgence,
- les équipements de protection individuelle,
- l'utilisation des produits chimiques, le stockage et l'interdiction de fumer,
- l'hygiène du travail en lien avec les risques toxiques,
- l'utilisation des outils de levage et la formation cariste,
- l'évaluation des risques et la rédaction du DUE,
- les zones non protégées contre le risque de chute.

10. Lettre du médecin du travail à l'employeur, le 9 octobre 2003.

Intervention pour une ouvrière âgée de 57 ans souffrant de douleurs ostéoarticulaires dans un contexte de problèmes de santé plus globaux.

Demande d'aménagements :

- outils de levage pour la mise à hauteur des palettes
- aménagement dimensionnel (travail bras en élévation ou sur la pointe des pieds)
- limitation du poids unitaire des cartons à manutentionner,
- problème général de l'association entre tâches gestuelles répétées réalisées sous cadence rythmée par la machine et postures inconfortables.

11. Lettre du médecin du travail à l'employeur, le 4 novembre 2003.

Courrier faisant suite à une visite dans l'entreprise, réalisée le 27 octobre (compte rendu non présent dans le dossier).

Rappel sur

- le risque d'accident lié à l'encombrement des postes de travail,
- le manque de rigueur dans la gestion des déchets (risque de glissade), dans le stockage des palettes autour des postes de travail, et en matière de propreté.

12. Lettre du médecin du travail à l'employeur, le ? novembre 2003.

Suite à deux accidents du travail sur une machine, interrogations sur la conformité aux normes de sécurité, sur les éventuelles modifications opérées sur les machines depuis leur acquisition et sur les possibilités d'améliorations techniques permettant de renforcer la sécurité.

13. Rapport du technicien-conseil de la CRAM 20 avril 2004.

Suite à sa visite dans l'entreprise sollicitée par le médecin du travail, le technicien du service de prévention

- souligne les problèmes de circulation et d'encombrement des postes de travail,
- rappelle la nécessité de fixer au sol les racks de stockage, d'installer une barrière sur la mezzanine, de stocker les produits dangereux ou toxiques dans un local ventilé,

- demande un point précis sur l'état du parc de machines et la communication de l'échéancier de mise en conformité.

14. Compte rendu de visite, le 27 mai 2004

Etude du poste d'un salarié âgé de 58 ans souffrant de troubles musculosquelettiques : « *Aucun reclassement n'est possible à ce poste sans contraintes posturales ni manutention.* »

Problèmes relevés à cette occasion:

- certains salariés font la journée continue sans pause-repas,
- toujours encombrement important,
- deux accidents récents entorse au pied et coupure avec outils.

Enregistrement d'un certain nombre de résultats positifs :

- acquisition d'un nouvel outil de levage pour lequel la formation est nécessaire
- élimination de deux machines non conformes,
- équipements de protection individuelle,
- devis réalisé pour la mezzanine et mise en place d'une signalisation provisoire,
- mise en conformité des portails,
- organisation des pauses permettant une régulation du tabagisme,
- évaluation des risques réalisée.

15. Lettre du médecin du travail à l'employeur, le 2 juin 2004

Suite à la visite du 27 mai, information de l'employeur sur les prescriptions légales en matière de pauses et de durée du travail.

Conclusion : « *Si mon rôle n'est pas d'intervenir sur une question d'ordre purement réglementaire, je tiens à souligner la nécessité qu'il y a à aménager des pauses dans la journée de travail afin de prévenir les troubles musculo-tendineux en lien avec un travail gestuel répétitif et de diminuer le risque d'accident du travail. Il me paraît important que vous réussissiez à trouver un consensus avec vos salariés sur cette question des horaires.* »

16. Lettre du médecin du travail à l'employeur, le 13 septembre 2006

Suite à une intervention dans l'entreprise, la veille (compte rendu manquant) motivée par des problèmes dermatologiques en lien avec l'exposition aux fibres de verre.

Conseil à l'employeur sur

- le stockage des produits,
- les conditions de découpe et de transformation (affûtage des outils, aspirations, carters de protection),
- les conditions générales d'hygiène (élimination des déchets, nettoyage),
- la mise à disposition d'équipements de protection individuelle,
- l'utilité de la douche en fin de poste de travail.

17. Courrier de la CRAM à l'employeur, avec copie au médecin du travail, le 19 janvier 2007.

Suite à une visite conjointe avec le médecin du travail (compte rendu manquant), le 11 janvier. Le technicien du service de prévention demande

- des modifications ou des mises en conformité de machines dangereuses,
- alerte sur le nombre de sécurités shuntées ou retirées,
- demande d'un état complet des conformités du parc machines.

18. Courrier de la CRAM à l'employeur, avec copie au médecin du travail, le 4 juillet 2007.

Suite à la visite conjointe avec le médecin du travail, le 11 janvier, rappel des risques liés à l'inhalation des fibres de verre, préconisations d'ordre général, conseil pour l'installation d'un système d'aspiration.

19. Compte rendu de visite, le 1er octobre 2007 (avec technicien CRAM et médecin des salariés intérimaires).

Visite réalisée avec le technicien du service de prévention de la CRAM et le médecin des salariés intérimaires.

Points relevés :

- demande de placards à compartiments séparés dans les vestiaires,
- constat d'empoussièrement important sur les nouvelles machines de fraisage,
- système d'aspiration pour les produits fibreux encore à l'étude,
- plusieurs modifications de machines demandées par Veritas après un contrôle consécutif à un accident du travail chez un intérimaire,

- découverte du problème d'atteinte musculo-squelettiques en lien avec la cadence de travail chez les deux sœurs.

20. Compte rendu de visite du 1er avril 2008

Étude du poste d'emballage des feuilles Solarvolt, motivée par les pathologies ostéoarticulaires des deux sœurs qui le tenaient et sont, à ce moment, en arrêt de travail.

Problèmes soulevés :

- une cadence de fabrication à 1400 feuilles par jour jugée excessive par le responsable qualité,
- alternance des tâches demandées,
- mise à disposition d'une table élévatrice,
- problème d'aménagement dimensionnel pour réduire le travail des épaules.

Note : revoir les deux salariées pour préparer leur réintégration, travail clinique à faire par rapport à l'investissement dans le travail qui semble particulier.

Par la même occasion,

- notes sur les évolutions de la production et de l'entreprise,
- formation SST en cours,
- formation PRAP envisagée : « *Conseil de mettre aussi l'accent sur l'encombrement des postes de travail et l'aménagement car compte tenu de la grande variabilité du travail, certains postes sont mal installés* ».

21. Compte rendu de visite du 27 mai 2008

Étude du poste d'emballage des feuilles Solarvolt avec un représentant du Sameth et une personne chargée des aménagements de poste.

- Description de l'activité.
- Problème du rythme de travail.
- Aménagement envisagé : étude en vue de la réception sur un chariot à niveau constant.

22. Lettre du médecin du travail à l'employeur, le 24 septembre 2008.

Alerte l'employeur sur le risque de troubles musculosquelettiques.

Facteurs à considérer :

- l'ergonomie des postes de travail (hauteurs des plans de travail),
- organisation du travail (rythme et horaire de travail, contre-indications des heures supplémentaires en cas de travail gestuel répétitif),
- stress chronique comme facteur aggravant.

23. Compte rendu de visite, le 25 juin de 2008.

Visite réalisée avec l'ergonome IPRP du service, à la demande du responsable qualité, afin de régler un problème de manutention de bobines de poids très élevé.

Noté par la même occasion :

- poste de d'emballage des feuilles Solarvolt en cours d'aménagement par un cabinet extérieur,
- persistance du risque de chute dans les mezzanines et du problème de fixation de racks au sol.

Nouveau point avec l'employeur sur les risques de TMS (ergonomie des postes, cadences, polyvalence, pauses, heures sup, charge mentale, reconnaissance, ambiance relationnelle).

24 Lettre de l'IPRP à l'employeur, le 28 juillet 2008

Conseils et préconisations à la suite d'une intervention, sollicitée par le médecin :

- prévention des troubles musculo-squelettiques à un poste exigeant la manutention de bobines très lourdes, et au poste occupé par les deux sœurs,
- analyse des contraintes et nuisances à un poste pouvant servir à un reclassement temporaire.

Le médecin décrit son activité comme centrée sur la consultation. Ce sont les entretiens avec les salariés qui l'alertent et déclenchent sa venue dans l'entreprise :

Dr E.: Je reçois les problèmes, les informations, en consultation au cabinet médical. C'est vrai qu'il faudrait aller visiter les entreprises de façon systématique, bon... Je vais dans les entreprises où on a des problèmes ; et je vais dans les nouvelles entreprises. De temps en temps, je vais dans une entreprise où il n'y a pas de problème : on se dit bon, il faut que je fasse ma fiche d'entreprise ; mais il n'y a pas de régularité dans la visite des entreprises».

Dans le dossier, seule la visite, en 1998, au moment de la prise de responsabilité du médecin vis-à-vis de cette entreprise, est effectuée à titre systématique. Toutes les autres sont menées avec une, voire plusieurs préoccupations précises. Cependant, elles s'accompagnent, à chaque fois, d'un balayage systématique et d'une discussion avec l'employeur sur l'ensemble des problèmes repérés comme ayant trait à la santé.

Ces visites sont le plus souvent suivies par un courrier à l'employeur qui récapitule les points discutés avec lui lors de la visite.

Le contenu du dossier de l'entreprise appelle tout d'abord un commentaire quantitatif. Sur 11 années et pour 20, salariés, le médecin a effectué 15 visites dans l'entreprise (12 faisant l'objet d'un compte rendu présent dans le dossier et 3 dont l'existence est attestée par les courriers). Ces visites ont donné lieu à 9 courriers du médecin du travail à l'employeur (8 apparaissant dans le dossier et 1 est cité dans une lettre de réponse de l'employeur).

Ramenés à une année, à 2100 salariés et à un plein temps (le Docteur E. ne travaille qu'à 80%), ces chiffres représenteraient, si toutes les entreprises étaient suivies sur le même régime :

- $(15 \times 2100 \times 100) / (11 \times 20 \times 80) = 179$ visites en entreprise par an pour un plein temps de médecin du travail,

- $(9 \times 2100 \times 100) / (11 \times 20 \times 80) = 107$ courriers pour une année.

Si l'on considère que l'année compte approximativement 230 jours de travail (365 moins 104 jours de week-end, moins 30 jours ouvrables de congés payés) cela conduit à un tiers-temps d'environ 75 jours. Il apparaît alors que 179 visites et 107 courriers représenteraient une performance assez surprenante si l'on considère le travail annexe qu'implique ce type d'activité.

En réalité, sur cette période des années 2000, les rapports annuels du médecin montrent qu'elle tourne à environ 85 visites d'entreprise par an pour un emploi à 80% ce qui correspondrait à 106 visites pour un plein temps.

Le calcul permet donc de constater que le médecin a assuré une présence proportionnellement importante dans cette entreprise. Ce n'est pas étonnant : dans la mesure où son activité est construite à partir de la consultation, cela la conduit plus souvent dans les entreprises pourvoyeuse de TMS puisque celles-ci représentent 80 % de la pathologie professionnelle reconnue.

Ce calcul devra être rapproché de l'appréciation a priori dépréciative que le Docteur E. porte spontanément sur son activité dans cette entreprise : « *Je n'ai pas fait grand-chose* »...

Problèmes pathologiques pris en charge.

L'enquête révèle huit problèmes pathologiques ayant donné lieu à une intervention sur le terrain

dont la trace est présente¹ dans le dossier de l'entreprise. Cinq concernent des troubles musculo squelettiques.

Problèmes de santé pris en charge

1999 : Pathologie coronarienne chez un salarié : mobilisation des dispositifs de maintien dans l'emploi pour une aide à l'aménagement liée au statut de handicapé. Traces : 1 visite sur le terrain.

2000 : Tendinopathie chez une ouvrière de 55 ans. Demande d'aménagement dimensionnel pour éviter une hyper-sollicitation des épaules. Après une tentative de reclassement sur un poste sans contraintes gestuelles mais exposant à des difficultés relationnelles, et en raison d'une mauvaise récupération de la pathologie, la salariée est mise en inaptitude. Traces : 3 visites sur le terrain et 2 courriers.

2003 : Lombalgies « inexpliquée » et dépression chez une ouvrière. Inapte à réintégrer un travail manuel répétitif sans enrichissement des tâches sollicitant les capacités intellectuelles. Inaptitude après une longue maladie. Pas de trace dans le dossier : investigation clinique discutée au sein du GAPEP² et de l'atelier de monographies cliniques.

2003 : Accident du travail sur la machine à découper : chevelure d'une salariée happée par la machine, traumatisme crânien et cervical. Demande d'intervention du service de prévention de la caisse régionale d'assurance-maladie. Traces : 1 courrier, 1 visite avec la Cram.

2003-2004 : Douleurs ostéoarticulaires chez une ouvrière de 57 ans, dans un contexte de problèmes de santé plus globaux. Demande d'aménagement en raison de la petite taille « afin de lui éviter des efforts postures au du type bras en élévation au travail sur la pointe des pieds » et en limitant le poids unitaire des cartons à manutentionner. Accompagnement jusqu'à 57 ans et demi pour départ en inaptitude. Traces : 1 visite, 1 entretien avec l'employeur, 1 courrier.

2007 : Dermatoses multiples par exposition aux fibres de verre : mise en place de protection individuelles et collectives, intervention avec le médecin du travail des salariés intérimaires, demande d'intervention au service de prévention de la caisse régionale d'assurance-maladie. Traces : 1 visite, 1 courrier, 1 visite avec le technicien de la Cram, 1 visite avec le technicien de la CRAM et le médecin des salariés intérimaires.

2007-2008 : Lombalgie et tendinopathie des épaules chez les deux sœurs en charge de l'emballage des feuilles Photovolt. Mobilisation des structures de maintien dans l'emploi pour l'aménagement du poste de travail, préparation de la réintégration dans l'entreprise et dans le contact avec elles. Traces : 1 visite pour étude de poste, 1 visite avec les professionnels du maintien dans l'emploi et de l'aménagement de poste, 1 courrier.

La prise en charge est assurée selon deux modalités distinctes. Pour les salariées les plus âgées, le médecin s'efforce d'obtenir des aménagements de poste et assure un accompagnement jusqu'à l'âge où la sortie peut se faire dans des conditions socialement acceptables. Cette sortie prend la forme de l'inaptitude médicale certifiée avec le consentement du salarié et très généralement sollicitée par lui.

Pour les salariés plus jeunes (le salarié victime de pathologie coronarienne et les deux sœurs) c'est le statut de handicapé et les structures d'aide au maintien dans l'emploi qui sont sollicitées. Dans tous les cas, les pathologies sont déclarées en maladie professionnelle lorsqu'elles relèvent de ce statut et l'entretien a montré que le médecin suit le dossier du côté de l'inspecteur de la

¹ L'étude ne porte que sur le dossier de l'entreprise. Un examen des dossiers médicaux des salariés aurait certainement révélé d'autres problèmes de santé dont la prise en charge ne s'est pas traduite par une intervention formalisée auprès de l'employeur.

² GAPEP : Groupe d'Analyse de Pratiques entre Pairs.

Caisse Primaire d'Assurance maladie.

Enfin, l'histoire des deux sœurs (voir encadré en fin de chapitre) met en scène un autre type d'action, mobilisé lorsque la pathologie relève d'une causalité complexe. Le médecin propose un entretien approfondi de clinique médicale, c'est-à-dire une ou plusieurs rencontres visant à élaborer, avec la salariée concernée, une analyse et une compréhension de l'impasse dans laquelle elle s'est trouvée engagée. Ce travail est ensuite mis en discussion dans le groupe d'analyse des pratiques professionnelles entre pairs.

Sur les problèmes de TMS, les enjeux des discussions avec l'employeur sont :

- les positions inconfortables, l'aménagement dimensionnel des postes et les dispositifs permettant de travailler à niveau,
- les aides à la manutention et les systèmes de levage,
- l'encombrement et la mauvaise accessibilité des postes pour les dispositifs d'aide,
- l'obligation du respect des pauses,
- les questions de la polyvalence,
- les longues journées de travail et les heures supplémentaires sur des tâches répétitives sous cadence,
- les problèmes généraux de l'association cadence, durée, répétitivité et posture inconfortables,
- l'information sur les effets du stress et des ambiances relationnelles dégradées.

En arrière fond de cette activité focalisée sur les TMS, le médecin est manifestement mobilisé pour tenter de pallier et de corriger les incohérences de l'organisation du travail sur l'ensemble des registres qui ont trait à la santé :

- Conservation et stockage des produits chimiques, bacs de rétention,
- gestion des déchets,
- encombrement général
- risques de chute sur zones en hauteur, rampe d'accès au sous-sol trop raide, sol antidérapant,
- formation aux engins de manutention.
- interrogation sur la conformité et les améliorations à apporter en matière de sécurité-machine,
- organisation des soins d'urgence, constitution d'une trousse à pharmacie, formation aux gestes de premier secours,
- règles d'hygiène pour contacts toxiques (plomb, solvants),
- équipements de protection individuelle : chaussures de sécurité, gants adaptés aux différentes manutentions, vêtements de travail,
- protection contre la fibre de verre : stockage, limitation de la diffusion (affutage des outils de coupe, aspirations, carters de protection, élimination des déchets, modalités de nettoyage des machines et des sols), équipements de protection individuelle (vêtements et vestiaires à double compartiment, lunettes, gants et manchettes, masque de type P2), douche en fin de poste. .
- tabagisme passif,
- qualité et entretien des locaux sociaux,
- DUE.

Le dossier montre qu'il est nécessaire de revenir de nombreuses fois sur une question pour obtenir des résultats. Dans ce travail de longue haleine, le médecin peut s'appuyer sur un certain nombre d'alliés.

Style d'intervention, alliances et ressources.

Amorcée dans le contact avec les salariés au cabinet médical, l'activité du médecin du travail se déploie, dans l'entreprise, sous la forme de l'organisation d'une confrontation de l'employeur aux dimensions problématiques des conditions ou de l'organisation du travail. Lorsqu'elle rend compte de ces discussions, le médecin évoque parfois l'attitude d'une mère de famille s'adressant à ses enfants au sujet du rangement de leurs chambres.

Cela donne un style de relation assez particulier, probablement lié à la situation de relatif dénuement dans lequel se trouve l'encadrement dans beaucoup de petites entreprises. L'anecdote suivante constitue une illustration frappante.

Dr. E. : Un jour je l'avais poussé un peu dans ses retranchements. Je lui ai dit "Mais quand même ! Au niveau organisationnel ça ne va pas ! ". Parce qu'il manque visiblement dans cette entreprise quelqu'un qui soit responsable de la production. Il y en a eu un après, au moment de l'histoire des deux sœurs, mais depuis il a été licencié. Donc une fois où je lui avais évoqué ce problème, il m'avait regardé droit dans les yeux et il m'avait dit "Vous ne voulez pas l'acheter mon entreprise ? ". Tu vois c'est pour te situer la façon dont il réagit. C'est quelqu'un qui n'est pas du tout dans l'agressivité. Le problème que j'évoquais à l'époque c'était le manque de rigueur dans l'entreprise, par exemple l'absence de chaussures de sécurité, les produits qui traînaient. Bon, il n'y a pas beaucoup de produits, mais on en trouvait dans les toilettes, on en trouvait partout. Un certain nombre d'éléments que j'avais évoqués dans la première version de ma fiche d'entreprise. C'est pour situer le type de relations que j'ai avec cet homme ».

Le médecin est probablement confrontée dans certaines entreprises à des contacts plus durs, mais c'est néanmoins un style de relation relativement pacifié qu'elle met en avant. Dans cette perspective, le fait d'aborder avec l'employeur les situations les plus concrètes constitue un élément important de progression. Elle en donne un exemple frappant dans une autre de ses entreprises :

Dr. E. : Un jour j'ai été très étonnée, il m'a écrit pour dire j'ai fait tout ce que vous m'avez dit. C'était une toute petite entreprise de négoce j'avais relevé que l'on pouvait rester enfermé dans le frigo. D'ailleurs, récemment, je suis restée enfermée dans un frigo, avec le chef. C'était un magasin. Je lui ai dit : "Bien entendu vous avez une sécurité ? Si on rentre dans le frigo et que la porte se ferme, on peut sortir ? ". "Tout à fait ! Tout à fait ! " Donc, je dis je vais vérifier, je rentre dans le frigo, et, lui, de façon imbécile, il rentre avec moi. On ferme la porte et on n'a jamais pu sortir. Ça a été extraordinaire, l'appel d'urgence, le système d'ouverture...rien ne fonctionnait. Ce n'était pas une température négative, on était en produits frais, donc on n'était pas trop mal. Il prend son téléphone et il appelle la fille qui est à la caisse. Son téléphone ne passait pas. Donc j'ai fini par sortir le mien, j'ai appelé ma secrétaire qui a bondi dans l'entreprise : "Mon médecin est enfermé ! ". On est restés un petit moment. Moi, je commençais à lui dire : "Qu'est ce qu'on va pouvoir manger ? Peut-être des salades ? ". On tapait sur la porte pour se faire ouvrir mais personne n'entendait... Ça a été réparé, illico presto, l'après-midi ».

Ce type de relation entre médecin du travail et employeur est manifestement en rapport avec le fait que le médecin se montre authentiquement préoccupée du fonctionnement de l'entreprise. Dans son approche, la rationalité de l'organisation de la production et les enjeux de santé apparaissent fortement liées. Ainsi, elle regrette l'absence d'un chef d'atelier, c'est-à-dire d'un interlocuteur confronté au jour le jour à l'organisation de la production.

Dr. E. : *Mais le problème, c'est que les chefs ne restent pas dans cette entreprise. Donc, j'ai le patron, la secrétaire du patron et puis les salariés. Et il y a les délégués du personnel qui viennent quelquefois suivre la visite».*

Elle évoque comme très positive la période en 2007-2008 où l'entreprise a employé un responsable qualité.

Dr. E. : *Cette intervention d'octobre 2007, j'en garde un très bon souvenir, parce qu'à ce moment, le nouveau responsable qualité de l'entreprise, qui est en charge de l'agrandissement de l'entreprise, est en train de revoir l'organisation et de faire des actions sur la sécurité-machine, sur l'organisation de travail. Il est quand même en train de faire un travail de fond qui me paraît extraordinaire. Et je suis super contente.*

Question : *Donc un allié ?*

Dr. E. : *Oui, mais maintenant il n'y est plus. Ça marchait bien à l'époque ».*

Et le récit montre que cet intérêt peut être réciproque puisque c'est le responsable qualité qui sollicite l'aide du médecin sur le problème de manutention des bobines et qui conduit celle-ci à faire intervenir l'ergonome du service.

Les relations avec le délégué du personnel sont peu évoquées. Un des comptes-rendus note : "Question à aborder avec le délégué du personnel" au sujet des réticences des agents vis-à-vis des chaussures de sécurité. Cependant, le récit met en scène une action du délégué dans un registre différent de celui du médecin. Le délégué apparaît comme intervenant sur les questions d'horaires et de rémunération, en relation avec l'inspecteur du travail. De même, dans l'histoire des deux sœurs, il les défend sur les questions de salaire, parallèlement à l'action du médecin qui est, elle, focalisée sur les questions de conditions de travail.

Lorsque le délégué du personnel apparaît de façon substantielle dans le récit, c'est au moment où, en difficulté avec l'employeur, il s'adresse au médecin du travail. Celle-ci résiste à la demande telle qu'elle est formulée mais lui apporte une aide qui s'avère efficace et le conseille sur ce qu'elle estime être une position soutenable :

Dr. E. : *Il n'y a pas très longtemps, il est venu me voir parce qu'il n'était pas bien. Il avait été licencié économique. C'était au mois de juillet de l'année dernière. Le licenciement a été refusé par l'inspection du travail. Et donc, à la suite, il était en difficulté relationnelle avec son patron. Donc, moi, qu'est-ce que j'ai fait ? Je l'ai écouté. Sa demande, c'était : "Est-ce que vous pouvez me faire une attestation comme quoi je suis déprimé ? ". Mais je lui ai dit "Non, parce que vous n'êtes pas déprimé, en fait". Il s'était renseigné et on lui avait dit que ça serait bien qu'il y ait un papier comme quoi le médecin a constaté que vous avez des problèmes de santé. J'ai dit "Vous n'êtes pas déprimé : je ne peux pas attester que vous êtes déprimé". Ce que j'ai fait, par contre, et qui semble avoir assez bien marché, j'ai fait une attestation que j'ai envoyée à l'employeur : "Ce salarié est venu en consultation spontanée pour me parler des difficultés rencontrées dans son travail. Je me permets de vous alerter sur le risque d'altération de la santé de votre salarié en relation avec une situation de stress au travail. Je reverrai Monsieur X, d'ici quelques semaines,*

dans le cadre de sa visite systématique car je reste préoccupée par l'évolution de son état de santé".

Et je l'ai revu récemment. Finalement, les choses s'étaient un peu normalisées. Parce qu'il était sur une posture un peu particulière : c'est un jeune [...] qui a une formation de base qui n'est pas négligeable, peut-être un BTS, qui a beaucoup évolué, et qui ne touchait plus les machines. On lui avait donné des activités technico-commerciales et puis, compte tenu de la baisse des effectifs, on lui avait redemandé de travailler un peu sur machine, et il refusait. J'avais essayé de lui dire qu'il fallait peut-être qu'il fasse attention à ne pas rester sur une posture trop rigide par rapport aux tâches d'atelier. C'est peut-être bien une histoire de rétorsion, mais le licenciement économique était demandé aussi parce que l'on n'avait plus besoin de lui comme responsable. Il faut qu'il fasse attention à ne pas dire je ne veux plus toucher aux machines. Là, maintenant, il travaille toujours ».

Les améliorations des conditions de travail sont recherchées selon deux modalités distinctes selon qu'il s'agit d'aménager un poste pour un salarié en difficulté ou pour régler un problème général relevé dans le suivi systématique.

Dans le premier cas, les dispositifs de maintien dans l'emploi (MDPH, Sameth), qui associent une assistance à l'étude et à la résolution du problème avec une aide financière, constituent une aide efficace.

Le médecin s'efforce de pousser à l'aménagement du poste de travail même dans les cas où, au final, l'affaire a toutes les chances de se conclure par une inaptitude. Il s'agit alors de convaincre la salariée que l'aménagement servira de toutes façons pour les suivantes sur le poste.

Pour les problèmes relevés au cours du suivi systématique, les modifications et améliorations demandées ne sont mises en œuvre que très lentement. Le recours à l'intervention du technicien du service de prévention de la CRAM (actuellement CARSAT) est une façon de tenter d'activer la prise en charge. Dans le cas présent, au vu du dossier, cette intervention produit plusieurs effets :

- elle permet la réaffirmation des recommandations du médecin par une institution dotée d'une autorité et disposant, par le biais de l'action sur les cotisations, d'un pouvoir de sanction,
- elle permet d'amener des éléments supplémentaires en matière d'information sur le problème,
- elle oblige à produire les documents légalement obligatoires rendant compte des contrôles par organismes agréés (ici contrôle de conformité des machines), à les faire réaliser lorsque cela n'a pas été fait, et à rendre compte des suites qui y sont données.

Ces interventions ont manifestement une vertu de mobilisation de l'entreprise. Dans le cas présent, cela s'est manifesté particulièrement en matière de sécurité-machines. L'effet sur l'exposition aux poussières et fibres produites par la découpe a été beaucoup moins net : la mise en place d'aspiration a été demandée, en septembre 2006, sur la base de constats médicaux. Cette nécessité est réaffirmée, en juillet puis octobre 2007, par le technicien de prévention de la CRAM. En mai 2008, le médecin note que le dispositif d'aspiration est « à l'étude ». Enfin, l'apport du service de prévention sur les TMS paraît limité. Ce constat est probablement à rapprocher des regrets qu'exprime le médecin : les interventions tendraient à devenir plus abstraites, plus volontiers réduites à des spécifications et indications générales, sans réels conseils sur la mise en œuvre concrète. De plus, il serait plus difficile de monter des interventions

communes avec les techniciens. Elle s'interroge sur l'explication de ce phénomène : est-il lié à la personnalité d'un nouveau technicien ou à l'inflexion de la politique d'intervention du service ? Les discussions avec les collègues lui font penser qu'il pourrait bien s'agir d'une inflexion de la politique du service de prévention.

Question : *C'est un technicien qui est sur ton secteur ?*

Dr. E. : *Voilà.*

Question : *Et tu as des contacts réguliers avec lui ?*

Dr. E. : *Alors, ça dépend des intervenants. Avec lui, j'avais des contacts réguliers. Avec le nouveau qui l'a remplacé sur le secteur, aussi. Par contre, sur [la commune A], j'avais fait énormément d'actions conjointes avec le précédent, mais maintenant, il y en a un avec qui je n'arrive pas à travailler. Il est très peu disponible. On communique, il me donne parfois des infos, il me dit "J'irai voir", mais je n'ai pratiquement aucun retour. La dernière intervention que j'ai faite avec lui c'était dans une entreprise de signalisation routière [...], on était allés voir le poste, mais ça ne s'était pas très bien passé. Il était parti sur des généralités de prévention. Moi j'attendais plus une approche sur qu'est-ce qu'on peut mettre en place. C'est quelqu'un qui est... Je ne sais pas, peut-être que c'est la politique actuelle de la CRAM, aussi.*

Question : *Qui serait quoi ?*

Dr. E. : *Ils sont beaucoup moins présents dans les entreprises, beaucoup moins intervenants sur les problèmes concrets.*

Question : *Tu as ce sentiment ?*

Dr. E. : *Oui, j'ai ce sentiment. En ce moment, je suis gênée pour les entreprises de [la commune A], parce que je n'ai pas du tout d'interlocuteur CRAM, alors que sur [la commune B], dans cette entreprise justement...*

Question : *Vous êtes intervenus plusieurs fois ensemble ?*

Dr. E. : *Oui, mais ce n'est pas toujours possible. La dernière fois on y est allés ensemble, mais quelquefois on n'y arrive pas. [...]*

Question : *Mais les interventions communes, ça se faisait bien ?*

Dr. E. : *Oui, il faut arriver à les joindre le lundi matin. Il faut être disponible, de préférence pas en consultation dans un centre mobile. Maintenant, on communique par mail. Le contrôleur actuel, il ne reçoit pas mes mails. Je ne sais pas, je ne comprends pas bien. Un collègue me disait dernièrement qu'il est toujours dans des théories assez générales, il va essayer de vendre telle ou telle formation CRAM, pour l'évaluation des risques ou des choses comme ça, mais sur les problèmes concrets, je ne l'ai pas vu intervenir ».*

A l'occasion, le dossier met en scène la contribution d'acteurs intervenant de façon plus ponctuelle. Sur les questions cliniques, le médecin s'appuie sur son groupe de pairs, mais l'histoire des deux sœurs montre l'intérêt de compléter le point de vue des salariés recueilli à l'occasion de la consultation avec ceux des salariés intérimaires. Ceux-ci sont susceptibles de donner des avis moins marqués par le déni lié aux efforts réalisés pour tenir dans la situation. Dans l'histoire des deux sœurs l'alerte vient d'abord du médecin des personnels intérimaires. Ce type de collaboration entre médecins n'est en aucune façon organisé au niveau des services de santé au travail, il dépend de la volonté des médecins. Il présente certainement un grand intérêt pour chacun des participants.

Autre intervenant : l'IPRP. Il s'agit dans le cas présent d'un ergonome. Cependant son

intervention semble présenter les mêmes limites que celle des techniciens du service de prévention, une analyse rapide débouchant sur des orientations générales et des pistes pour compléter l'information. En raison de leur faible nombre, les ergonomes des services de santé au travail n'ont en général pas la possibilité de se livrer à des analyses approfondies.

Enfin, en matière de déclaration des maladies professionnelles, le médecin s'appuie, nous l'avons vu, sur la consultation de pathologie professionnelle et sur ses contacts avec les inspecteurs de la CPAM.

Evaluation de son activité par le Docteur E.

L'analyse et le commentaire du dossier permettent de donner une vision de l'action du médecin du travail, très différente de celle qui est invoquée spontanément en début de discussion. Les interventions sont nombreuses, très nombreuses même au vu de l'effectif concerné. Les problèmes sont suivis. La relation avec les différents acteurs de l'entreprise présente une épaisseur très perceptible. Or, à l'annonce de ma proposition de travail, le médecin s'était effrayée et avait déclaré qu'elle n'avait pas fait grand-chose dans cette entreprise.

Ce n'est qu'à l'issue de notre discussion sur le dossier qu'elle réalise que son action n'est pas du tout négligeable et obtient même des résultats.

***Question :** Donc, tu as le sentiment que, derrière tes interventions, il se fait les choses, tout de même.*

***Dr. E. :** Oui. De temps en temps, oui quand même. Il y a des petites choses qui bougent.*

Ce décalage entre la réalité de l'action telle qu'elle apparaît dans les dossiers et la représentation qu'en a le médecin est probablement lié au fait que les résultats ne sont obtenus que très lentement (cf. dans le cas présent la mobilisation nécessaire pour que soit envisagée la mise en place d'aspirations) et qu'ils sont en permanence relégués à l'arrière plan par la survenue de nouveaux problèmes.

Du constat que tout est toujours à recommencer au sentiment de n'arriver à rien, voire de n'avoir rien fait, le pas est facilement franchi par de nombreux médecins du travail. Cela les conduit à porter spontanément un regard dévalorisant sur leur activité (cf. l'observation du Docteur C. dans le bâtiment). Il est même possible que l'insatisfaction à la base de cette attitude soit en proportion du niveau d'exigence et d'implication dans l'activité.

Résumé de l'histoire des deux sœurs

Première observation : deux jeunes femmes, Mélianne et Anissa, sœurs et immigrées du Kosovo, ayant fui la guerre. Elles occupent un poste de découpage à façon de feuilles de matériau spécial mesurant 1 m sur 1 m et pesant 600 g. L'observation décrit un phénomène d'auto accélération. Après l'arrivée d'Anissa, en intérim puis en CDD, la production passe de 700 feuilles à 1050 feuilles par jour. Mélianne est à son tour embauchée, elle rejoint sa sœur sur ce poste. Les deux sœurs modifient le système de répartition des tâches dans le sens d'une répétitivité plus grande, la production passe à 1400 feuilles par jour.

Lorsqu'Anissa est victime d'un accident du travail, Mélianne continue seule, avec une intérimaire.

Elle a beaucoup de mal à maintenir la cadence. C'est l'intérimaire qui la pousse à faire part de ses difficultés lors d'une visite, du médecin du travail avec le technicien de la CRAM et le médecin de l'entreprise intérimaire : « *Il y a un Monsieur qui m'a demandé si j'avais des douleurs. Je ne savais pas si j'avais le droit de dire que j'avais mal aux épaules, mais l'intérimaire qui travaillait avec moi m'a dit : allez, dis-le, dis-le !* »

Quelque temps plus tard, Méliane est arrêtée en accident du travail pour contractures douloureuses de la ceinture scapulaire. L'entretien avec le médecin du travail révèle une grande souffrance psychologique.

Le médecin intervient auprès de l'employeur pour négocier une mutation sur un autre poste et elle prend contact avec Anissa, toujours en arrêt de travail pour mettre en route un dossier d'aménagement ergonomique du poste de travail au titre de son handicap puisqu'elle est reconnue Cotorep.

Dans le même temps, elle propose aux deux sœurs un entretien approfondi. Celui-ci va mettre en évidence le processus d'auto accélération : ces deux sœurs, traumatisées par leur expérience de la guerre, déclassées et déracinées, se sont engagées à fond dans leur activité avant de s'y trouver piégées, les performances qu'elles avaient atteintes devenant une norme au sein de l'entreprise. Lors de l'entretien, le médecin travaille à préparer le retour au travail des deux sœurs dans des conditions aménagées.

Cet épisode a pris en défaut la stratégie du médecin fondée sur l'écoute des salariés dans l'entreprise. Ces deux sœurs ne se sont pas plaintes avant de se trouver en situation de rupture. Elle note l'intérêt qu'a eu, dans ce cas, la visite de l'entreprise conjointement avec le médecin des salariés intérimaires. En effet, venant de l'extérieur, les salariés intérimaires n'ont pas la même appréciation des conditions de travail que les salariés stables. Et dans cette affaire, c'est un intérimaire qui a attiré l'attention sur les contraintes particulières du poste que la salariée stable ne se sentait pas en droit de signaler.

D'autre part, cette histoire montrait la nécessité de prêter attention, au-delà des appréciations des salariés sur leur activité, à la façon dont cette activité s'inscrit dans leur trajectoire biographique et aux fonctions qu'elle est susceptible de remplir en matière de contrôle de la souffrance et de son expression.

Cette histoire réactivait, de plus, chez le médecin, le souvenir d'une autre salariée de cette même petite entreprise qui avait présenté une histoire de structure : une excellente ouvrière, travaillant à cadence élevée, obligée de s'arrêter pour une opération des varices et déclenchant alors des lombalgies très invalidantes, inexpliquées, et une dépression nerveuse sévère. La visite de préreprise avait montré un phénomène d'auto accélération : « *Avant la dépression, je travaillais vite, très vite, pour empêcher mes pensées d'envahir mon esprit* ». L'entretien clinique long destiné à construire ensemble une analyse de la situation permettant d'orienter la prise en charge avait révélé des antécédents de violence sexuelle infligées à l'âge de 10 ans par le père, et réactivées par la mort de celui-ci deux ans auparavant. L'accélération de l'activité était présentée explicitement par la salariée comme un moyen de « *s'empêcher de penser* ».

Le docteur E. évoque la difficulté qu'elle a éprouvée à construire le dossier pour l'inaptitude demandée par la salariée, dans un contexte où les liens entre conditions de travail et pathologie n'avaient rien de direct.

Pour penser ces cas particuliers et en tirer les leçons en matière de métier, le médecin a mis en discussion ces observations dans son GAPEP et au sein d'un atelier de présentation et de discussions monographies cliniques, organisé à l'université et auquel elle participe régulièrement.

Agir sur les TMS dans un service inter-entreprises du bâtiment Docteur C.

Le Docteur C. est médecin du travail dans un service interentreprises du bâtiment. Le contact a été pris avec elle en sachant qu'elle avait travaillé sur les TMS avec les techniciens du service de prévention de la CRAM. Elle s'est très volontiers prêtée à ce travail de présentation et de commentaire ; la diffusion des acquis de l'expérience était en effet, dans ce cas, un des objectifs majeurs de l'action.

Le médecin n'est en poste que depuis 2001. Elle a antérieurement travaillé comme médecin généraliste, puis comme médecin de santé publique au sein de l'Education Nationale. Elle a fait sa formation en médecine et santé au travail alors qu'elle était déjà en fonction dans ce service du bâtiment et a obtenu la capacité de médecine du travail en 2003.

Lorsqu'elle prend son poste, elle n'est pas totalement novice sur la question des TMS ; elle s'y est déjà intéressée dans son métier précédent de médecin scolaire et cette expérience antérieure annonce, par certains aspects, le style de son intervention dans le bâtiment.

Au sein d'un lycée professionnel à orientation couture et bureautique, elle avait contribué à une expérience de prévention originale. Le point de départ avait été la rencontre avec deux personnes : un ergonome travaillant sur le matériel bureautique et animant une école du dos, et un directeur d'établissement ouvert et sensibilisé. Il s'agissait de préparer les élèves à faire face au risque de troubles musculo-squelettiques inhérents à leurs futures professions.

L'action ne se limitait pas à une sensibilisation de type classique. Le projet s'inscrivait dans une logique de promotion de la santé³.

Un temps hebdomadaire de formation à la perception corporelle à travers le mouvement avait été intégré dans l'enseignement.

L'action comportait aussi un volet matériel. L'ergonome était en contrat avec un fabricant de mobilier bureautique pour mener une expérimentation auprès des jeunes. Certains travaillaient sur le matériel standard, d'autres étaient équipés avec des prototypes qui permettaient des réglages au niveau du siège, du plan de travail et des supports de documents. Tout en s'intégrant dans la démarche pédagogique, cette expérimentation a permis au fabricant de corriger et d'améliorer progressivement son matériel.

Enfin, chaque jeune était suivi médicalement sur la durée de l'année scolaire. Son évolution était surveillée à partir d'un référentiel de l'état somatique établi au départ.

L'affaire mobilisait, outre les professionnels de santé, les professeurs d'éducation physique et les professeurs d'enseignement professionnel. Il s'intégrait dans un projet santé-école qui liait connaissance de soi et réussite scolaire.

Le contrat avec le fabricant avait permis la participation de l'ergonome. L'expérience s'est ensuite arrêtée, le rectorat ne souhaitant pas dégager des heures de médecin pour en assurer la pérennité.

³ La promotion de la santé est définie par l'OMS, dans la charte d'Ottawa, comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

Le contexte du bâtiment est beaucoup plus sévère. Docteur C. bâtiment a la charge de trois à quatre cent entreprises. Le tableau qu'elle dresse est sombre aussi bien en matière de santé des salariés qu'en ce qui concerne les possibilités d'action du médecin : des atteintes à la santé très nombreuses, liées à une usure des corps, et des possibilités de reclassement très réduites. C'est ce constat qui l'a incité à se lancer dans l'expérience dont elle rend compte.

Dr. C. : Chaque année, j'ai dû déclarer deux tableaux 57, en moyenne. [...]

Question : Ça, j'imagine que cela concerne les tableaux constitués, mais vous deviez être confrontée plus fréquemment à des douleurs ?

Dr. C. : Oui, au niveau scapulaire, au niveau du poignet. Oui, très nettement. Et la problématique, qui était constatée, c'était l'incapacité du médecin du travail à pouvoir adapter le poste. Et du coup, on arrive à une dégradation progressive de l'état de santé au fil de la vie professionnelle, en général au-delà de quarante ans, à une époque où le reclassement devient problématique par rapport aux structures, et plus que problématique dans l'entreprise puisqu'il aboutit à l'inaptitude. En gros c'est ça. Donc c'était évident qu'il fallait faire quelque chose en amont.

Question : Et vous aviez été confrontée à ça ?

Dr. C. : Oui, à des inaptitudes sans reclassement. De mémoire je n'ai jamais eu aucun reclassement professionnel, sauf une fois un maçon dans une très grosse entreprise sur un tableau 57.

Question : Vous en avez beaucoup des inaptitudes liées aux TMS ?

Dr. C. : Très honnêtement, je ne sais pas répondre. Car, moi, les inaptitudes c'est une tous les quinze jours en moyenne. Et je ne travaille qu'à 80 %.

Question : Sur des scénarios qui sont de ce type-là ?

Dr. C. : Oui, de ce type-là, ou sur des hernies discales, des pathologies dégénératives.

Question : Et vous savez ce qu'ils deviennent après ?

Dr. C. : Non, on les perd complètement.

Une possibilité de reprendre la main se présente en 2005, lorsque le service de prévention de la CRAM sollicite le service de médecine du travail pour une recherche des déterminants spécifiques des TMS chez les plâtriers-peintres. Cette profession vient en effet en tête dans les statistiques de TMS enregistrées par la Sécurité Sociale sur la région. Le médecin se porte volontaire. Interrogée sur sa motivation, elle évoque le plaisir de chercher. Cette collaboration est aussi, pour elle, une opportunité de renouer avec son expérience de l'éducation nationale et de la développer. Elle souligne enfin l'intérêt de bénéficier des moyens mis à disposition pour une opération de ce type, aussi bien par la CRAM que par la direction du service de santé au travail, et la possibilité de s'extraire de consultations répétitives dont elle conteste l'intérêt.

Elle se lance donc dans l'aventure avec un préventeur BTP et un ergonome de la CRAM.

La première étape a consisté à établir, entre eux, un consensus élémentaire sur les facteurs de TMS pouvant servir de base de départ pour l'investigation et pour la discussion avec une direction d'entreprise.

Quatre grandes catégories de facteurs sont rapidement mises en avant. Du côté biomécanique, les efforts, la répétitivité et les positions angulaires extrême ; du côté des facteurs d'ambiance, le froid et les vibrations ; sur le versant psychologique, le stress et le vécu du travail ; du côté de l'individu, l'âge et l'état de santé.

L'étape suivante impliquait de trouver une entreprise susceptible de se prêter à l'investigation.

Dr. C. : Notre stratégie à tous les trois consistait à partir d'une entreprise dans laquelle le médecin du travail avait repéré des facteurs facilitant. Donc, là, c'était une entreprise de taille moyenne dont l'ex-chef d'entreprise était président du service de santé au travail, et il y avait déjà une politique de prévention importante dans l'entreprise. Donc on ne partait pas d'une clinique qui aurait posé la problématique, mais on avait besoin d'aller sur le terrain pour observer, pour interroger, pour filmer etc... Donc il nous fallait absolument une entreprise qui se prête au jeu, qui soit prête à dépenser de l'argent pour ça. Donc, on est rentrés dans cette entreprise là avec ces critères-là. On leur a présenté grosso modo les objectifs. Pas la méthode, parce que la méthode était à construire et on l'a construite progressivement avec eux et avec un feed-back permanent.

Le décalage par rapport à l'activité clinique est très net. La prévention ne part pas des cas de TMS observés en consultation, mais des indicateurs statistiques de la Sécurité Sociale.

Deuxième déplacement, on ne va pas dans les endroits particulièrement problématiques, mais là où les conditions sociales permettent de déployer l'investigation.

Le travail de terrain a consisté en des observations ouvertes, menées par les trois participants. Chacun privilégiait les aspects auxquels il était le plus sensible : approche technique et gestion du chantier pour l'un, attention aux gestes et à l'organisation de l'activité pour l'autre, recueil du ressenti et de la plainte pour le médecin. Trois journées d'observation ont ainsi été réalisées donnant lieu à une série de photos ou des petites séquences filmées. Le matériel recueilli était à chaque fois discuté avec les salariés, et l'ensemble validé par le conducteur de travaux.

Les observations de terrain ont été restituées dans l'entreprise en avril et juin 2006. L'ensemble de l'analyse a donné lieu à une présentation de synthèse en janvier 2007, étayée par des photos de situations caractéristiques.

L'investigation relevait de nombreuses contraintes posturales.

« Nous avons identifié sur les tâches observées - pose des plaques de plâtre, jointage, enduit et ratissage, ponçage et application de la peinture - les postures contraignantes suivantes :

- Flexion et/ou rotation de la colonne vertébrale comme par exemple lors de la manutention des plaques de plâtre,*
- Bras dans des positions extrêmes comme leur élévation lors du ponçage des plafonds,*
- Mouvements répétés au niveau des coudes et des poignets comme lors de l'application et du ratissage des enduits,*
- Tête inclinée vers l'arrière comme lors de l'application des peintures au plafond »*

(Extrait des documents de restitution)

L'enquête visait à repérer, au-delà de ces constats, les déterminants organisationnels participant à l'aggravation de ces contraintes.

A l'occasion des différents entretiens menés avec les salariés et le personnel d'encadrement nous avons identifié un certain nombre de facteurs aggravants que nous avons classés selon la typologie suivante :

- Les conditions du marché de travaux

- Tensions diverses provoquées par des prix et des délais respectivement bas et tendus.
- Une durée d'exposition importante liée à la nature des travaux et au statut de l'entreprise - titulaire du lot ou sous traitante.

- L'organisation du chantier

- Contraintes posturales et tensions, conséquences d'une trop forte co-activité et d'un manque de coordination entre les corps d'état.

- Les conditions d'intervention

- Contraintes posturales et tensions consécutives à des températures et à des hygrométries extrêmes, à des courants d'air importants et à un éclairage défaillant.
- Contraintes posturales et tensions liées à une architecture difficile (hauteurs, exigüité, ...) au choix des matériaux (poids, encombrement, ...) et à des matériels inadaptes.

- Le fonctionnement de l'entreprise

- Une durée d'exposition importante liée à l'absence de polyvalence dans les équipes et à une trop grande spécialisation dans les tâches. Des tensions par manque d'autonomie.
(Extrait des documents de restitution)

L'analyse débouchait enfin sur des orientations pour la prévention.

Des pistes pour prévenir les TMS dans les entreprise

A partir des éléments évoqués ci-dessus nous proposons les quelques pistes d'action. suivantes :

- Sur les conditions du marché de travaux

Du fait qu'elles sont fixées par le maître d'ouvrage, les marges de manœuvre sont étroites pour l'entreprise. Toutefois dans sa réponse à un appel d'offre, l'entreprise doit veiller à intégrer des éléments tels que des moyens humains et matériels adaptés aux délais et éventuellement des variantes techniques favorables aux conditions de travail. De ce point de vue la coordination SPS doit être considérée comme une ressource.

- Sur l'organisation du chantier

L'entreprise doit être attentive à la coordination entre les corps d'état afin d'éviter les situations pénalisantes, comme par exemple des accès rendus difficiles, des espaces de travail encombrés, des incidents d'ordonnancement ...

Pour cela, la préparation du chantier, la participation aux réunions de chantier et une certaine réactivité doivent faire l'objet d'une attention particulière.

- Sur le matériel

D'une façon générale, le matériel s'adapte bien aux exigences des hommes et du travail. Toutefois des améliorations pourraient être apportées aux plates-formes de travail (poids, encombrement, modularité, ...), aux ponceuses (poids, ergonomie, ...), aux visseuses (meilleur compromis entre le poids et l'autonomie), aux vis (limiter les efforts pour engager la vis dans les rails et les montants).

- Sur le management

On l'a noté précédemment une trop grande spécialisation expose plus longuement les salariés au risque de TMS. La polyvalence au sein des équipes et dans l'ordonnancement des tâches permet de limiter cette exposition.

La formation, qu'il s'agisse de l'apprentissage ou de la formation, constitue un bon moyen de transmettre les pratiques dites « économes » et de se tenir informé des évolutions du matériel et des matériaux.

(Extrait des documents de restitution)

Dans ce dispositif, le médecin a réussi à intégrer une dimension issue directement de son rapport clinique aux salariés.

Dr. C. : C'est venu tout initialement, d'une parole d'un salarié, qui est un vieux de la vieille, qui a fait toute sa carrière professionnelle dans la même entreprise, et qui nous a vraiment signifié qu'il y avait une transmission sur le terrain des savoir-faire en termes d'économie gestuelle. Et ce qui était très intéressant, c'est que ce gars là, il n'avait vraiment pas inventé la poudre, mais qu'il savait quand même relativement bien s'exprimer et de manière vraiment... avec une acuité particulière. Il expliquait de manière précise ce que c'était que la gestion du coût du geste. C'était vraiment extraordinaire.

Il y avait donc des connaissances à transmettre aux jeunes en matière de préservation du corps.

Question : Avec votre expérience antérieure, ça a dû vous faire tilt ?

Dr. C. : Bien sûr, ça réactive le côté de la formation.

Question : Ça a dû contribuer à ce que vous développiez cet axe là qui est un peu inhabituel ?

Dr. C. : Tout à fait. Mais pour moi, c'est évident. C'est une évidence plus de mère de famille que de médecin.

Un travail a donc été amorcé avec les tuteurs qui prennent en charge les apprentis au sein de l'entreprise. Malheureusement, Le médecin est tombée malade, puis a changé de secteur. Les deux techniciens ont suivi cette piste, mais cela n'a pas débouché. Il est probable que cette orientation ne correspondait ni aux objectifs prioritaires, ni aux modalités d'actions habituelles du service de prévention de la CRAM.

La logique de l'intervention situait l'action non pas au niveau des salariés mais au niveau des chefs d'entreprise et de la branche professionnelle, donc assez loin de la logique de promotion de la santé qui prévalait dans l'expérience antérieure.

Dr. C. : Et ensuite, on est partis sur l'idée qu'il fallait, pour pouvoir agir, du fait de la myriade des entreprises de plâtrerie peinture, agir par branches professionnelles. Que ce n'était pas au niveau des compagnons qu'il fallait agir, mais au niveau des chefs d'entreprise. Pour pouvoir cibler la problématique de l'organisation du travail au sein des chantiers, la problématique du choix des outillages, parce que là il y a des déterminants très forts. Et puis le dernier point, la formation, n'a absolument pas été traité.

Le groupe a donc rencontré les fédérations professionnelles. Sur la base des observations, deux outils de communication ont été réalisés : une plaquette et un film « Ensemble trouvons le bon geste ». Comme le souligne le médecin, il s'agit d'un message en direction des chefs d'entreprise.

Dr. C. : Donc là, en l'occurrence, la cible, c'est des chefs d'entreprise dans un premier temps. La cible, ce n'est pas les compagnons. Ça peut l'être dans un deuxième temps, si l'outil est utilisé en interne dans l'entreprise ou lors d'une réunion de compagnons, mais la cible prioritaire, la première, c'est les chefs d'entreprise.

Cependant, les interlocuteurs des branches professionnelles sont souvent des patrons de petites entreprises qui, s'ils perçoivent bien les risques, puisqu'ils y sont eux-mêmes confrontés, apparaissent en grande partie démunis vis-à-vis des conditions de travail et d'organisation qui leur sont imposées sur les chantiers. La cible tend donc à se déplacer encore vers le haut, vers les grands commanditaires, les architectes.

***Dr. C. :** Mais avec ces professionnels là, on est dans quelque chose d'assez paradoxal parce qu'on leur amène un travail extrêmement complexe, avec une origine multifactorielle, une arborescence terrible de facteurs de causalité [...]. Et, eux, ils ont l'impression qu'ils n'ont quasiment pas de maîtrise sur ces facteurs là. En gros, c'est ça.*

***Question :** Et c'est vrai qu'ils n'ont pas beaucoup de maîtrise ?*

***Dr. C. :** Non, ils n'ont pas beaucoup de maîtrise. Du tout, du tout. La maîtrise, elle serait, avec un zoom arrière terrible, sur la gestion des marchés. C'est-à-dire les coordinateurs de travaux, les grands commanditaires, les architectes au niveau de la conception, etc. Nous, on est remontés jusque-là.*

Mais pour la CRAM, l'action s'arrête là. Une fois l'outil terminé, il doit être inscrit au répertoire du centre de documentation et l'institution passe à autre chose.

Pour le médecin, il reste la question de la poursuite et de la valorisation du travail accompli.

***Question :** Mais au final, vous, vous êtes toujours sur le terrain ?*

***Dr. C. :** Je suis toujours sur le terrain, et maintenant, on a à disposition un outil. Donc c'est au niveau du service de médecine travail qu'on peut relancer la chose.*

Les perspectives d'action locales apparaissent cependant réduites.

***Question :** Mais pour ce qui est des conditions de travail des plâtriers, elles sont les mêmes que quand vous avez commencé ?*

***Dr. C. :** Ah, exactement. Il n'y a pas eu d'évolution particulière. Il n'y a eu aucun impact.*

La logique de l'outil, orientée vers la mise en évidence de déterminants macroscopiques tend à projeter le niveau de l'action au-delà des chefs d'entreprise, vers les fabricants de matériel et les formes de régulation institutionnelles qui dépassent de loin le niveau de l'action du médecin du travail.

***Dr. C. :** Moi ce qui m'intéresserait, en tous les cas, ça serait de mettre au point une sorte de méthodologie de réunions collectives avec des chefs d'entreprise, avec, comme porte d'entrée facilitante, les réunions professionnelles des organisations de branche. Parce que l'objectif serait d'arriver à sensibiliser les chefs d'entreprise, pour qu'après, eux, puissent avoir quelque chose de pertinent à échanger avec les fabricants. Mais les fabricants de matériel, ce n'est pas au niveau local que ça se situe, c'est au niveau national. Donc, là, c'est les collègues de la CRAM qui doivent arriver à faire bouger la CNAM pour qu'il y ait des choses qui se passent chez les fabricants de matériel. Pour qu'il y ait une réflexion qui soit conduite.*

A l'issue de l'expérience, il faut donc revenir au rythme quotidien de l'activité du service de santé au travail. Le contraste avec l'ampleur de l'horizon embrassé par l'analyse, est considérable. C'est probablement ce qui conduit le médecin à donner, du travail de consultation, une vision terriblement improductive.

Question : *Si on revient à la situation antérieure : vous êtes médecin du travail dans le bâtiment, donc bien positionnée pour voir arriver des TMS. De temps en temps des tableaux majeurs, mais très souvent des phénomènes douloureux ?*

Dr. C. : *Oui.*

Question : *Alors qu'est-ce qu'on fait en consultation ?*

Dr. C. : *Rien. Ce que je verrais, dans un premier temps, en tout cas chez nous, déjà, si on arrivait - l'équipe des médecins du service - à recueillir des informations de manière maîtrisée, harmonisée, et stockées dans une base de données qui est le dossier médical informatique, et qu'on ait tous à peu près la même approche, déjà on aurait des chiffres, des données sur lesquelles on pourrait peut-être penser. Alors que là, on n'a rien. C'est pour ça que, quand vous me demandiez comment est-ce que ça se passe, qu'est-ce que vous faites, quelle est la situation, très honnêtement, je ne sais pas répondre.*

Question : *Mais, là vous mettez la barre très haut, sur le problème général des TMS. À la consultation, il ne vient pas "les TMS". Ils viennent un par un. Et quand il vous en vient un et que je vous demande qu'est-ce que vous faites, vous me répondez : rien ! Mais c'est quand même douteux. Vous êtes bien obligée de faire quelque chose ? Donc, rien, c'est un peu rapide ?*

Dr. C. : *Oui, c'est vrai que ce n'est pas rien. Personnellement, je fais une évaluation de la plainte. C'est-à-dire que j'essaie d'interroger sur comment le salarié ressent sa souffrance. C'est-à-dire évaluer son niveau de souffrance, rechercher s'il y a une pathologie derrière, réelle ou pas réelle, c'est-à-dire psychologique ou somatique où les deux. Par l'interrogatoire, l'examen et la paraclinique éventuellement. Moi, je revois pas mal les gens. C'est chronophage, donc je me fais taper sur les doigts.*

Question : *Et l'évaluation de la plainte, vous pouvez préciser un peu comment vous faites ?*

Dr. C. : *Alors moi je travaille de manière non structurée et intuitive. Donc c'est très difficile de vous dire.*

Question : *Donc vous évaluez la douleur, et qu'est-ce que vous faites à partir de là ?*

Dr. C. : *J'essaie de savoir, à partir de la petite place de médecin du travail, si, avec la connaissance que j'ai de l'entreprise, je peux avoir un impact ou pas. Et ça, ça va être croisé avec ma disponibilité de tiers temps. Parce qu'aller en entreprise, c'est-à-dire en chantier chez nous, c'est quand même plus complexe que de voir un poste de travail industriel. Parce qu'il y a une variabilité terrible. Prenez un plâtrier-peintre. Ses différentes situations de travail et tâches de travail vont être de l'ordre d'une vingtaine - je dis un chiffre comme ça -, et si, par exemple, il y a une spécificité douloureuse ou pénible à un moment donné, si je dois aller sur place pour voir cet instant-là, il va peut-être falloir attendre un mois, deux mois, ou peut-être que ça va être la semaine d'après, mais c'est difficilement gérable.*

Question : *En gros, la personne vous dit quand je fais telle ou telle chose...*

Dr. C. : *Telle ou telle chose, éventuellement, oui, il peut y avoir des repérages de gestes très pénibles. Ça c'est vrai. Mais il peut ne pas y en avoir. Il y a des gens qui disent que c'est pénible mais qui ne savent pas dire plus, parce que c'est corrélé à un niveau*

d'expression qui n'est quand même pas très très élevé chez les plâtriers-peintres, chez les compagnons.

Question : *Mais, vous, en interrogeant, vous arrivez à avoir une idée de l'origine de leurs difficultés ? Ou bien il faut aller sur le terrain pour voir ?*

Dr. C. : *Je dirais que pour tout ce qui est biomécanique, il faut aller sur le terrain pour voir. Pour ce qui concerne les relations entre les compagnons, ce n'est pas évident, il faudrait aussi avoir des groupes de parole. Pour ce qui est de comprendre la relation entre le salarié et son chef d'entreprise - qui va énormément impacter la problématique des TMS, je trouve que c'est évident -, c'est pareil, il faut aller sur le terrain, il faut comprendre ce qui se passe ; et c'est sous-tendu par un maximum de facteurs différents. Donc, ça, c'est une chose que je ne fais quasiment pas. Pour une question de temps.*

En somme, pour faire les liens entre dégradation de la santé et conditions de travail, il faut aller sur le terrain, mais ce mouvement se heurte à la variabilité des activités : aujourd'hui sur telle tâche demain sur telle autre, aujourd'hui sur tel chantier dans telles conditions, demain sur tel autre.. Cette variabilité des contraintes et des situations, sans commune mesure avec ce qui se produit sur un poste de travail industriel, se traduit par une usure physique que les salariés ont manifestement du mal à ramener à telle ou telle activité. Le bilan médical n'est donc pas articulé à une investigation du travail. Le lien santé-travail s'efface au profit du lien santé-emploi, avec en perspective l'inaptitude évoquée d'emblée par le médecin.

La consultation apparaît donc comme une impasse. Cela conduit le médecin à tenter de négocier avec les employeurs un allègement de la surveillance médicale⁴.

Dr. C. : *Dans notre secteur les entreprises n'ont absolument pas appliqué la réforme et ont maintenu l'annualisation des visites médicales. Et on s'est retrouvé à faire non pas un tiers temps, mais un quart, un huitième, pour pouvoir assurer les visites médicales. [...]Donc, essentiellement, le tiers temps ça été d'aller convaincre les chefs d'entreprise qu'ils mettent leurs gars en surveillance médicale simple et pas en surveillance médicale renforcée, pour ne pas être obligée de ne faire que des visites médicales qui n'avaient aucun sens et pour pouvoir aller sur le terrain.*

Depuis cette expérience, le médecin a été hérité d'un portefeuille d'entreprises plus importantes, ce qui signifie en principe une activité moins dispersée et des espaces de discussion plus structurés. La contrepartie est manifestement une formalisation plus importante et des interlocuteurs plus en mesure d'interroger la responsabilité médicale.

Question : *Là, si j'ai bien compris, vous êtes sur un secteur vous avez un moins grand nombre d'entreprises. C'est plus confortable ?*

Dr. C. : *Non.*

Question : *Ah bon ? Raté !*

Dr. C. : *Je croyais. Le premier mot qui me vient à l'esprit c'est judiciarisation. C'est-à-dire que le rapport avec la tête de l'entreprise, avec le DRH, etc., c'est toujours sous l'angle de « Docteur, ce dossier doit tenir aux prud'hommes ». Maintenant, quand je fais*

⁴ Les entreprises doivent déclarer les salariés exposés à des risques particuliers en surveillance renforcée. Ils bénéficient alors d'une consultation médicale au moins annuellement alors que les salariés en surveillance simple ne sont vus que tous les vingt-quatre mois.

des fiches d'aptitude, à chaque fois, c'est ça qui est derrière. C'est qui a la responsabilité de quoi ? Et en quoi, moi, comme médecin du travail, j'ai une responsabilité sur des endroits tout à fait clés ? Responsabilité d'information en matière de risques professionnels etc., donc c'est moins confortable.

Question : *Il vous est arrivé d'avoir des contentieux ?*

Dr. C. : *Pour l'instant, non, mais potentiellement oui. Je n'ai pas encore reçu de convocation.*

Question : *Vous imaginez que vous pourriez, vous, être attaquée ?*

Dr. C. : *Tout à fait.*

Question : *Sur un scénario de quel type ?*

Dr. C. : *Procédure d'inaptitude.*

Question : *C'est-à-dire que l'employeur contesterait ?*

Dr. C. : *Oui, ou le salarié.*

Question : *C'est-à-dire que vous êtes amenés à faire des inaptitudes contre l'avis du salarié.*

Dr. C. : *Bien sûr. Ça arrive. Il y a des moments...*

La pression des directions oriente donc l'activité vers la sécurisation judiciaire du traitement de la relation santé-emploi.

Et pourtant, le médecin a manifestement retiré de cette expérience une série d'enseignements susceptibles d'être réarticulés dans le cadre d'une authentique pratique médicale proche, en un certain sens, de son expérience en lycée professionnel.

En effet, malgré son insistance à dire que l'opération n'a amené aucune transformation sur le terrain, la dynamique de la discussion permet de faire émerger une série d'effets ou de perspectives par rapport à la situation concrète sur le terrain.

Dans un premier temps, l'effet le plus immédiat d'une mise en discussion des questions du travail concerne les relations au sein de l'entreprise.

Dr. C. : *La seule chose qui a pu changer, c'est l'ambiance, la perception des choses, au niveau de l'entreprise dans laquelle on est arrivé. Ça c'est sûr et certain que ça a changé, et ils reconnaissent que ça a été un plus. Parce que dans le bilan, où je n'étais pas présente, la chef d'entreprise a dit que, du point de vue humain, il y avait eu un retour sur investissement qui était très important. Alors qu'au début ils étaient moyennement chauds pour se lancer là-dedans.*

Il est aussi douteux qu'en matière de condition et d'organisation du travail, les seuls résultats envisageables se situent au niveau des discussions de branches professionnelles.

Question : *Question naïve - je ne connais pas le bâtiment - : on aurait pu s'imaginer que vous seriez tombés sur des situations où il apparaissait évident qu'il y avait des choses à faire tout de suite, qui n'impliquaient pas la branche ? Par exemple tel matériel inadapté ? Il devait y avoir des choses comme ça ? Non ? Pas trop ?*

Dr. C. : *Si, il y a eu des choses au niveau des visseuses par rapport à leur poids, des visseuses sans fil par rapport à des visseuses avec fils. Il y a eu des girafes qui ont été utilisées.*

Question : *C'est-à-dire ?*

Dr. C. : *C'est un disque rotatif. Un matériel qui est plus ou moins lourd et plus ou moins vibrant. Donc, là, il y a des tas de contraintes. On avait noté, sur le matériel, pour faire réfléchir les professionnels dans l'entreprise, son poids, son dimensionnement, l'ergonomie elle-même de la ponceuse, le type de tuyaux, le type d'abrasif, l'empoussièrement généré, l'encombrement du matériel sur le chantier... Ça c'est ce qu'on a bossé en interne avec eux dans l'entreprise. Et ça, sur chaque situation de travail qu'on avait relevée comme étant problématique.*

Donc, les intervenants ont pu faire réfléchir les professionnels dans l'entreprise « sur chaque situation de travail qu'on avait relevée comme étant problématique ».

La séquence suivante montre qu'en-deçà des cibles générales mises en exergue par la démarche, le médecin en a tiré de nombreux enseignements valorisables sur le terrain.

Question : *Donc, si je résume : vous êtes dans votre cabinet vous voyez venir des gens dont vous avez l'idée qu'ils vont s'user et que vous n'êtes pas sûre de pouvoir les accompagner jusqu'à 65 ans. Et en fait comme médecin, dans cette situation là, vous avez peu de possibilité d'actions ?*

Dr. C. : *Tout à fait, la marge de manoeuvre est quasi zéro.*

Question : *Donc on s'allie avec un certain nombre de gens, on va voir sur le terrain et, là, il apparaît qu'il y a des questions qu'il faudrait poser, mais on n'est pas capable d'agir directement à ce niveau-là. Donc on remonte pour chercher les niveaux où on pourrait agir ?*

Dr. C. : *Tout à fait. C'est une remontée d'arborescence. Je dirais c'est tout à fait similaire à l'arbre des causes que l'on fait après un accident du travail, mais là, on part des maladies professionnelles.*

Question : *Si ce n'est que dans l'accident du travail, vous arrivez à trouver des choses sur lesquelles on peut agir directement sur le terrain. La logique de l'accident, on l'interrompt plus facilement ?*

Dr. C. : *Oui, parce qu'on n'est pas dans la même temporalité. Là, on est directement dans les structures de fond. C'est le long cours.*

Moi ce que j'avais, par exemple, dans les mesures de prévention qui étaient présentées lorsque de la semaine de prévention des TMS, c'était adapter le management de l'entreprise, améliorer la conception du matériel et optimiser la conception et la réalisation du chantier. On est vraiment sur des choses hyper-larges. Donc les acteurs, c'étaient les syndicats professionnels, les organismes de prévention, les fabricants de matériel, les maîtres d'ouvrage et les coordonnateurs santé prévention sécurité, les entreprises PME et TPE. C'étaient les différentes cibles.

Question : *Et une fois qu'on a dit qu'il faut agir sur le management, sur le matériel, sur l'organisation du chantier, vous avez une idée de la façon dont ça se décline ?*

Dr. C. : *Oui, on ne l'avait pas formalisé avec les entreprises, mais ça se reprend au niveau des modes opératoires, des caractéristiques des produits utilisés, des types d'outils, de la conception du poste dans son dimensionnement : comment organiser le travail quand il faut peindre un WC qui fait 1m² et une pièce qui fait 100 m² ? L'organisation du travail sur le plan chronologique, donc les horaires, le début de poste, la fin de poste, les poses etc. On abordait aussi les modes de rémunération, parce que,*

dans la plâtrerie peinture, les gens sont ou salariés, ou tâcherons - ce n'est quand même pas du tout la même chose non plus. Il y avait aussi la gestion du personnel en termes d'évolution de carrière, les remplacements lors des absences, etc.

Question : *Et tout ça, ça va se retrouver dans le film ?*

Dr. C. : *Non, pas à ce niveau de précision. Pas tant que ça. C'est abordé un petit peu, mais pas tant que ça.*

En somme, l'analyse aurait révélé de nombreux points à discuter du côté de l'organisation la plus concrète du chantier, mais ce n'est pas cet aspect qui a été valorisé.

Le fait de pousser la discussion dans cette direction réactive d'autres souvenirs jusque là masqués par le développement de la problématique généralisante.

Dr. C. : *Mais, si ! Il y a quelque chose qui me revient à l'esprit, de très précis, qui a été modifié dans l'entreprise. C'est qu'on leur a montré que plus on morcelait les tâches, plus on augmentait les facteurs de risque de pathologie.*

Lors d'une visite sur un chantier, il y avait des gens de l'entreprise qui faisaient je ne sais pas trop quoi - je n'étais pas à cette visite -, et, à côté, il y avait une entreprise Tartempion avec trois gars qui faisaient les tâches les plus pénibles, et en l'occurrence, c'étaient les ratissages de plafond. Parce que maintenant, au lieu de faire un plafond à l'ancienne, on arrive avec un gros truc, on projette avec une buse, et après, on racle, on lisse pour faire les enduits. Et ça, on en fait des centaines de mètres carrés à la journée. Et derrière, les finisseurs, ceux qui savent faire une jolie finition travaillent. Eh bien, il y avait les gars de cette entreprise là, ils étaient, paraît-il, déjà tout cassés entre 25 et 30 ans. Donc ils ne faisaient que ce geste de là, de racler du plafond, huit heures par jour. Dans des conditions où il fait froid, parce qu'on est dans un bâti qui n'a pas encore les huisseries. Ou bien il fait chaud, ou il y a de l'humidité, enfin plein des facteurs de risque supplémentaires..

Question : *Oui, c'est le fait de morceler les tâches, de spécialiser sur les tâches. Mais ça fait que pour eux, ce n'est pas du tout morcelé ?*

Dr. C. : *Voilà. Donc, du coup, on a fait part de ça à l'entreprise avec laquelle on travaillait, en disant que eux, ils sous-traitaient systématiquement certaines tâches, et qu'ils allaient générer de la pathologie de façon plus aiguë dans les entreprises sous-traitantes. Alors, ils ont plus ou moins changé de technique de travail, mais ils nous disaient que pour eux, financièrement, c'était plus intéressant de sous-traiter.*

Question : *Ils ont changé ? C'étaient des gens très ouverts, humanistes ?*

Dr. C. : *Oui, très.*

En somme, une expérience de ce type produit une quantité de questions susceptibles d'être retravaillées dans les différents compartiments de l'activité du médecin du travail et y compris en consultation dans la perspective d'une authentique clinique médicale du travail. Elle révèle une quantité d'espaces de débat articulant santé et travail qui, potentiellement, concernent les chefs d'entreprise, mais aussi les conducteurs de travaux et les salariés-mêmes. L'ensemble dessine les contours d'une véritable pluridisciplinarité articulant intervention massive limitée dans le temps, à visée de connaissance générale, et suivi quotidien dans la longue durée, au niveau du terrain dans la perspective d'aider les agents à acquérir « un plus grand contrôle sur leur propre santé ». Cette orientation se heurte malheureusement à la pression à l'abattage qui sévit dans de nombreux services de santé au travail.

Question : *Et le fait d'avoir participé à cette aventure sur les plâtriers peintres, ça a changé votre façon de faire la consultation quand vous recevez des plâtriers peintres ?*

Dr. C. : *Non.*

Question : *Ça n'a pas augmenté vos possibilités d'actions ?*

Dr. C. : *Non, je n'ai vraiment pas eu l'impression. Non, parce que pour augmenter, il faudrait augmenter le temps de consultation.*

La prise en charges des TMS dans une entreprise du textile Docteur A.

Le Docteur A., 56 ans, est médecin du travail depuis 30 ans. Elle a complété sa formation au CNAM avec un DEST d'ergonomie et un DU de psychodynamique du travail. Elle travaille à 80%. Elle surveille 2200 salariés répartis dans 333 entreprises en milieu rural. L'entreprise sur laquelle nous avons travaillé ensemble est une entreprise de tissage qui existe depuis 200 ans. Elle occupe environ 180 salariés. Elle en assure la surveillance depuis 29 ans.

À la différence du travail réalisé avec le médecin de l'entreprise de découpe, la discussion ne s'appuie pas sur des documents présents dans le dossier de l'entreprise. Lorsque le Docteur A. écrit, c'est plus souvent au sujet d'un salarié particulier. Les documents sont alors classés dans les dossiers médicaux, ils n'apparaissent pas dans le dossier de l'entreprise sur lequel devait a priori porter l'investigation⁵. La discussion repose donc, en grande partie, sur la mémoire qui lui permet d'aller chercher tel ou tel dossier médical. Pour les épidémies, elle tire aussi la plupart des éléments d'analyse du souvenir qu'elle en a gardé. Ce mode d'approche est rendu nécessaire par son style d'intervention : très formalisé et public sur le versant médical, souple et largement souterrain sur le versant organisationnel.

Dans ces conditions, tous les cas de TMS n'ont pas fait l'objet d'une analyse. A plusieurs reprises, elle évoque des cas de TMS que nous n'avons pas discutés. Les éléments abordés permettent cependant de dessiner clairement son style d'intervention et de repérer ses spécificités par rapport aux deux autres médecins.

A son arrivée dans l'entreprise, le médecin a d'abord mené une bataille de longue haleine sur le bruit et les surdités professionnelles. Les troubles musculo-squelettiques ne sont passés au premier plan que plus récemment, à partir des années 90.

Le médecin considère qu'elle est confrontée à deux types de TMS bien distinctes qui appellent des interventions de nature différente : d'une part des TMS liées à l'usure chez des salariées qui ont fait une longue carrière dans le textile ; d'autre part des « *épidémies* » liées à des perturbations organisationnelles.

Cette émergence du problème des TMS s'explique probablement par deux phénomènes différents. En ce qui concerne ce qu'elle caractérise comme des cas isolés, liés à l'usure du métier, l'extension du tableau de maladies professionnelle n°57, au début des années 90, et l'émergence d'un véritable droit au reclassement professionnel sont des évolutions décisives pour la structuration d'un mode de prise en charge fondé sur ces dispositifs réglementaires.

Pour les épidémies les causes se situent plutôt du côté de l'accentuation de la pression en lien avec des difficultés économiques ou organisationnelles qui appellent un mode d'intervention spécifique.

⁵ Le secret médical existe même entre médecins. C'est la raison pour laquelle l'investigation n'a pas porté directement sur les dossiers médicaux. Les cas sont rapportés oralement par le médecin sous une forme anonyme.

Initialement, les cas sont donc essentiellement individuels. Trois d'entre eux ont fait l'objet d'une description particulière : celui de Dominique, celui de Sandrine et celui de Brigitte.

Dominique

Dominique a 47 ans. Le médecin la situe comme une "excellente tisseuse" qui a passé toute sa carrière dans le textile et qui a donc été exposée à des contraintes ostéoarticulaires importantes. Comme chaque fois qu'elle évoque un cas, le médecin donne une description précise du travail, voire mime les gestes du travail : le métier de tisseur consiste à réparer les fils qui cassent sur un métier à tisser et c'est d'autant plus délicat que les fils sont fins, parfois « *comme un cheveu* ». Le tisseur parcourt l'allée d'un bout à l'autre et se porte sur chaque métier arrêté. Cela représente environ 20 km par jour. Il faut « *tenir et passer un fil extrêmement fin dans un chat d'aiguille extrêmement fin. Et puis, parfois, tu peux en passer un gros tas parce qu'il n'y a pas qu'une casse à la fois* ». Et tout cela penché en avant avec les bras travaillant au niveau des épaules, épaule droite en abduction de 90° et l'avant-bras faisant un angle du même ordre pour contourner les cadres et atteindre le fil à réparer.

En 99, Dominique souffre de l'épaule droite. Elle avait déjà eu une alerte en 88. À chaque fois le médecin rédige un certificat en vue de la déclaration de maladie professionnelle, en explique le fonctionnement, les avantages et les inconvénients et adresse un courrier au médecin traitant pour l'informer non seulement sur le problème pathologique, mais aussi sur les contraintes du travail comme sur les possibilités d'adaptation ou de reclassement.

Lorsque Dominique reprend le travail, après intervention sur son épaule, Le médecin entreprise de tissage adresse un courrier à la direction :

« J'ai vu en visite de pré-reprise après maladie professionnelle, à la demande son médecin traitant, madame X. Sa reprise de travail est prévue pour le retour des congés annuels. Il serait souhaitable qu'elle bénéficie d'un aménagement de poste pendant au moins un mois (aide-tisseuse par exemple). Je ne pense pas qu'elle puisse reprendre un travail avec rémunération liée à la production, le stress lié à ce type de travail ayant un effet négatif sur la cicatrisation des structures tendineuses. En vous remerciant de me tenir informée des difficultés de reclassement rencontrées, je vous prie d'agrèer etc. »

A la suite de cette intervention, Dominique est reclassée sur un poste de relayeuse. Elle fait le même travail, mais sans le stress du tisseur qui court en permanence pour réparer les fils sur les 24 métiers de la ligne. A ce poste Dominique a la satisfaction de pouvoir former ses deux enfants au métier de tisseur.

Le médecin considère que ce type de cas appelle des mesures d'adaptation individuelle mais ne permet pas de remonter à la prévention primaire.

Dr. A. : *Bon, sinon, au niveau de l'entreprise, là tu vois, je n'ai rien fait parce que j'ai considéré que c'était une TMS d'usure : 30 ans comme tisseuse, c'est du travail en équipe, c'est du travail payé au rendement, donc moi j'ai considéré que c'était une usure. À part ça, j'y ai repensé après, j'avais déjà eu un syndrome du canal carpien chez un gareur, 60 ans aussi. C'est pareil. Moi, je me dis que certaines pathologies liées au travail, au bout de trente ou quarante années du même travail, eh bien, de toutes façons, tu as la marque de ton métier ».*

Question : *Tu veux dire que ce n'est pas un dysfonctionnement annexe sur lequel on pourrait intervenir, mais qu'il faudrait changer le métier lui-même ?*

Dr. A. : *Oui et je ne suis pas sûre qu'il y ait des métiers qui te laissent indemnes de traces... Je ne suis pas sûre. On pourrait dire peut-être que 24 métiers c'est trop. Peut-*

être qu'il ne faut pas qu'ils soient payés au rendement. Peut-être qu'on pourrait le dire. C'est vrai que peut-être que les métiers sont trop hauts. Mais si les métiers sont plus bas, elles vont avoir mal au dos. Je ne sais pas si on saurait faire des métiers où il n'y aurait pas à passer la main comme ça.

Question : *En gros, une fois que tu as dit que le travail au rendement est mauvais, tu ne sais pas quoi dire en termes d'aménagement ?*

Dr. A. : *Non, parce que sur les métiers à tisser, il faut un espace de battement pour le tissu. Il y en a des plus ou moins hauts, mais le problème de l'empatement des cadres, on ne sait pas encore faire. Il y a de la mécanique, quoi ! Le croisement des fils, c'est toujours un certain nombre de cadres. Et il faut toujours passer. Je ne saurais pas quoi dire là-dessus. Il faut passer par dessus les cadres pour atteindre les fils. Et tu es toujours tendu. C'est toujours un métier où tu es dans cette position. Il y a eu quelques syndromes du canal carpien - je pense à un homme entre autres -, mais c'est des métiers fins. Tu noues des fils de plus en plus fins, donc ça sollicite fortement ».*

Sandrine

Sandrine est née en 1951. Elle a commencé à travailler à 14 ans, en production puis dernièrement au bureau sur une activité de classement. Elle considère cette évolution comme une promotion sociale dont elle est très fière.

À l'occasion d'une réduction d'activité elle est reversée à l'atelier sur un poste de préparation des coupes-types qui impose une forte contrainte physique :

Dr. A. : *On coupe des pièces de tissu, mais c'est des pièces de 10 m qu'il faut plier, emballer. On fait des paquets, on pèse des paquets : un poste de manutention.*

Sandrine choisit de venir consulter le médecin du travail, non pas dans le cabinet médical de l'entreprise, mais dans un centre médical situé à 12 km.

C'est au sujet de cette plainte que le médecin exprime cette position qu'elle reprendra systématiquement : sur les questions médicalisées, elle intervient fortement dans les formes institutionnalisées ; sur le reste, elle considère qu'il est préférable de ne pas intervenir directement :

Dr. A. : *C'est-à-dire qu'il faut que les gens trouvent leur solution tout seuls ou bien, je les aide à trouver une solution derrière, mais c'est eux qui vont négocier. Parce que le fonctionnement ici, c'est on va voir directement le patron pour régler ses affaires ; on ne fait pas intervenir un tiers externe. Faire intervenir un tiers externe, pour eux, c'est une violation de domicile. Et ça va se retourner contre les gens.*

Je sais qu'ici, dans cette organisation là, il ne faut pas monter en première ligne. Globalement, il faut permettre aux gens de se débrouiller tous seuls. Analyser avec eux, leur donner des billes, leur dire on pourrait faire ça ou on pourrait faire ça, du côté du soin, c'est ça, etc. Tu leur donnes les renseignements. Mais il vaut mieux que vous alliez discuter vous-même votre truc ».

L'attitude du médecin peut être rapportée à un contexte relationnel particulier marqué par un employeur très jaloux de ses prérogatives. En témoignent le fait que la salariée vienne consulter hors de l'entreprise, mais aussi que le CHS-CT n'est pas systématiquement réuni et que le médecin du travail n'est souvent pas invitée lorsque se tient une réunion.

Néanmoins, le médecin en fait un principe général.

Question : *Tu sais que c'est motif à débat, que sous d'autres climats, les collègues ne font pas du tout comme ça. Tu penses que c'est lié à une spécificité du tissu social et industriel local ? Ou tu penses que ça a une validité assez générale ?*

Dr. A. : *Je pense que ça a une validité assez générale et qu'ici c'est particulièrement marqué. On a la même chose si tu vas chez un artisan. L'artisan, tu prétends aller lui dire qu'il faudrait qu'il range son atelier comme ça ! Enfin, je dis une bêtise, mais tu vas chez quelqu'un : c'est sa vie, c'est sa maison. C'est une violation. On a un droit d'aller chez les gens, de dire des choses, mais quand même, tu rentres dans leur vie, c'est violent. Tu rentres dans la vie des gens, même si la loi t'a donné ça.*

Il faut certainement ajouter que le médecin participe depuis de nombreuses années à une association qui travaille sur la clinique dans une conception qui associe santé et pouvoir d'agir et qui insiste, de ce fait, sur la dimension de renforcement de la capacité des salariés à penser, débattre et agir.

Sur le conseil du médecin, Sandrine écrit donc elle-même une lettre pour expliquer ses difficultés à l'employeur, avec copie au médecin du travail. La réaction du PDG, rapportée par la salariée, confirme le point de vue du médecin :

Dr. A. : *Quand elle lui a remis la lettre, le PDG lui a dit : Quand même ! Ce n'était pas la peine d'en parler au médecin du travail ! Et elle me l'a dit après. Il n'y a pas de difficultés ; je n'ai aucun clash avec la direction. Mais ici, c'est « On est chez nous, on règle nos affaires nous-mêmes ». Les gens de l'extérieur n'ont pas à intervenir. C'est ça leur fonctionnement. C'est vraiment ça et on n'y peut rien. Il faut faire avec ».*

Parallèlement, comme elle le fait à chaque fois, le médecin « construit le truc » sur le versant médical en mobilisant les médecins traitants. En l'occurrence, elle adresse Sandrine au rhumatologue avec un courrier. Celui-ci prescrit un arrêt de travail et des soins. Le médecin est alors en position d'intervenir sans que son mouvement puisse être considéré comme intrusif : elle intervient « à la demande du médecin traitant ». Elle adresse donc un courrier à l'employeur :

« Je vois en visite de pré-reprise, à la demande de son médecin traitant, Mme X., employée de bureau jusqu'au 10 mai dernier. Le changement de poste de travail est à l'origine de son récent arrêt de travail. Le poste de conditionnement expédition des coupes-types est un poste à fortes contraintes physiques avec importantes sollicitations du rachis et des membres supérieurs dans des positions très au-delà des angles de confort. Compte tenu de son état de santé antérieur, les problèmes de santé actuels étaient prévisibles. Je recommande à son médecin traitant de prolonger à mi-temps son arrêt de travail pour permettre une reprise prudente. Je pense qu'il n'est pas souhaitable pour sa santé que Mme X soit maintenue à ce poste. Quelles possibilités de reclassement sont possibles ? Pouvez-vous envisager une formation lui permettant de garder un poste administratif ? Je reste à votre disposition pour étudier vos propositions de reclassement. » Copie remise à Mme X.

A la suite de cette intervention, Sandrine est remise au bureau.

Le médecin tire de son expérience une leçon d'apparence paradoxale : « Moins on s'en occupe, mieux ça va ». Elle avance un autre cas, celui de Brigitte, comme une illustration de ce principe.

Brigitte

Brigitte est vue en consultation pour la première fois en 2003. Jusque-là, elle travaillait pour l'entreprise mais à domicile. Ce travail à domicile a été rapatrié dans les ateliers. Brigitte est embauchée pour fabriquer les gammes c'est-à-dire les pochettes d'échantillons utilisées par les représentants.

Dès la première rencontre, Brigitte se plaint de l'épaule droite. Le travail implique de faire, sur un plan de travail, un grand nombre de tas coupons correspondant aux différentes déclinaisons de la gamme, puis de constituer les paquets en prélevant les échantillons dans chaque tas sans en oublier aucun. C'est une activité de préhension à distance qui implique une position penchée en avant, bras tendus. Pour le médecin la situation ne laisse pas place au doute :

Dr. A. : Donc, tu vois les conditions de travail que ça représente. Et donc, quelques douleurs cervicales, paresthésies des mains : TMS, aucun doute. Donc je marque MP à déclarer.

La salariée n'est pas emballée à l'idée de déclarer une maladie professionnelle alors qu'elle vient d'arriver. Le médecin lui conseille alors de consulter le mécanicien de l'atelier qui sera capable de lui bricoler un aménagement. Les choses rentrent dans l'ordre.

Brigitte est vue à nouveau en 2005. Elle est maintenant garnisseuse dans l'atelier d'ourdissage. Ce nouveau travail implique une grosse manutention de bobines qui sollicite beaucoup les membres supérieurs. Et pourtant, Brigitte n'a mal ni au bras, ni au dos. Elle trouve le travail beaucoup plus intéressant et moins stressant :

Dr. A. : Elle dit que c'est plus fatigant physiquement mais qu'il y a moins de fatigue nerveuse que dans le travail d'échantillonnage qu'elle avait avant et qui était vraiment un travail répétitif. Elle se trouve plus calme en rentrant, elle est contente, tout va bien.

Nouvelle consultation, en visite de pré-reprise, en novembre 2005 : on l'a changée de poste à nouveau. Elle est au rentrage, un poste très technique de préparation des cadres :

Dr. A. : On fixe des barres à hauteur de l'épaule. Il y a des manutentions et c'est toujours le bras droit qui travaille. La surveillance est constante, on est penchée en deux pour manipuler. Le travail est beaucoup plus pénible que le garnissage. Elle a peur de se tromper. Les vibrations de la visseuse se répercutent dans le bras.

Elle est arrêtée depuis trois semaines : infiltration, kiné. Elle a vu le patron en lui disant que ça n'allait pas et qu'il fallait la changer de poste, mais elle a essuyé un refus catégorique. Comprendre la raison de cette attitude de l'employeur est manifestement une préoccupation pour le médecin.

Elle avance plusieurs explications.

D'une part, le patron a absolument besoin de quelqu'un au rentrage et il n'a personne d'autre formé ; d'autre part, il considère qu'elle refuse le poste non pas en raison des contraintes physiques, mais parce qu'il s'agit d'un poste isolé :

Dr. A. : Alors, sa réaction c'est de dire : c'est parce qu'elle n'est plus avec ses copines et qu'elle ne peut plus papoter. Tout ça c'est des histoires de bonnes femmes ! Elle n'a pas mal !

Enfin, pour le médecin elle-même, la contrainte physique n'est pas évidente à percevoir sur ce poste.

Dr. A. : Je ne comprenais pas bien pourquoi cette épaule était dans cet état. Donc je suis allée voir son poste. Et en fait, c'est un poste où on est toujours en tension comme ça.

Toujours le sus-épineux qui travaille. Et elle, elle avait une rupture du sus-épineux. Mais on n'avait pas l'impression que le bras travaillait autant. Et donc, depuis, j'utilise beaucoup plus le fait de regarder les gestes que font les gens. J'ai besoin d'essayer de reproduire les gestes pour sentir sur moi quels sont les muscles qui travaillent. Donc, les consultations, c'est un peu particulier. Ça fait beaucoup de gestes. Mais j'ai besoin de ça pour comprendre. Parce que là, ça m'a permis aussi de comprendre la posture du patron. Parce que lui, vu de l'extérieur, c'est du cinéma qu'elle nous fait. Vu de l'extérieur, si tu ne regardes pas attentivement les muscles qui sont sollicités, eh bien, tu ne peux pas comprendre.

Brigitte a bien une tendinopathie indiscutable. Le médecin enclenche donc le processus de médicalisation qui va transformer l'affaire en un problème sérieux : rédaction du certificat en vue de la déclaration de maladie professionnelle, lettre au médecin traitant.

« Je vois ce jour Mme S. qui présente une tendinopathie de l'épaule droite. Son poste de travail est à la fois complexe sur le plan technique et sollicite assez fortement le rachis et les membres supérieurs. Les possibilités de changement de poste nécessitent une négociation prudente avec l'employeur et demandent du temps. Actuellement, il me paraît plus prudent de prolonger les soins et l'arrêt de travail et peut-être même les examens complémentaires au niveau de cette épaule (IRM). Je lui remets les éléments nécessaires pour faire la déclaration de maladie professionnelle si besoin. »

Peu avant sa reprise du travail, Brigitte tente de négocier un changement de poste avec le chef d'atelier. Celui-ci en parle au fils du patron qui accepte : *« Bien sûr on va la changer de poste »*. Dans le week-end, le patron l'apprend et bondit : *« Il n'en est pas question ! »*

Le médecin du travail la voit en visite de reprise et statue :

« Inapte temporairement au poste de rentrage, mutation temporaire à un poste d'échantillonnage ou à un poste ne comportant pas de posture avec le bras droit au-dessus du niveau de l'épaule ».

L'employeur ne proposant pas de poste, Brigitte est arrêtée à nouveau. Elle met en route le processus de déclaration de maladie professionnelle et se fait opérer.

Lorsque Brigitte revient en octobre 2006, elle n'a plus de douleurs, elle peut faire son ménage, la rééducation se passe bien. Le médecin du travail lui conseille de reprendre contact avec l'entreprise :

***Dr. A. :** Mais c'est vous qui reprenez contact. Moi, je reste en arrière, on va voir. Vous me tenez au courant de ce qui se passe.*

Brigitte prend rendez-vous avec la responsable financière et demande à reprendre à plein temps à l'échantillonnage. Pas de réponse : il faut prolonger l'arrêt de travail pour attendre la réponse du patron.

Finalement, celui-ci passe la voir un soir chez elle. Il déboule dans la cour entre sept et huit heures du soir et ils discutent. Elle dit *« Je ne veux pas retourner à ce poste, vous me licenciez si vous voulez, mais je n'y retourne pas »*. Et il lui dit *« D'accord vous retournez à l'échantillonnage »*.

Dr. A. : Donc ça s'est réglé comme ça. Après, elle revoit la responsable financière et celle-ci lui dit, texto, si vous aviez fait intervenir le médecin du travail pour la reprise, on ne vous aurait pas repris. Elle me l'a raconté après.

Le médecin insiste sur le fait qu'elle maintient des relations très correctes avec la direction de l'entreprise, mais le récit témoigne du fait que, sous des dehors policés, le cas donne lieu à une véritable épreuve de force où s'affrontent des positions de principe. Et ni le chef d'atelier, ni le fils du patron, ni la responsable financière ne sont en position de s'interposer.

La façon dont l'histoire commence dans un centre médical à distance de l'entreprise et se termine au domicile de la salarié témoigne d'une très forte résistance de la direction à l'installation dans l'entreprise de quelque chose qui pourrait ressembler à un espace public de discussion.

A nouveau, pour le médecin, la leçon est claire :

Dr. A. : Quand on est trop devant, on plante les gens. Et ici, il ne faut pas être devant. Il faut leur donner les outils. Et je lui avais dit, du début, si j'interviens en première ligne, on foire. Le truc : ici, on doit parler bugne à bugne avec le patron. On doit défendre son point de vue et c'est lui qui juge si, les gens, il faut les écouter ou ne pas les écouter.

En somme, le médecin est très attentive à ne pas entrer, sur le terrain de l'organisation du travail, dans un conflit d'autorité avec l'employeur où le salarié se trouverait pris en otage. Toute sa stratégie est donc orientée sur le souci de renforcer le salarié dans une négociation qui a plus de chances de déboucher positivement s'il la mène lui-même.

Elle en tire une doctrine de la non-intervention mais il s'agit d'une non-intervention fortement armée dans la mesure où elle ne se contente pas de conseiller le salarié mais où elle joue à fond la carte de la médicalisation. Cette stratégie est encore plus nette vis-à-vis du deuxième type de TMS celui qui apparaît sur le mode épidémique en situation de crise.

Une crise : Les problèmes à l'ourdissage.

Plusieurs phénomènes ont contribué à l'émergence de TMS à l'ourdissage : le départ en retraite du responsable et son remplacement par un jeune inévitablement doté d'une expérience et d'une autorité moindre, l'arrivée de la fille du patron, les problèmes de changement de la réglementation sur les horaires. S'y ajouteront les problèmes d'accès des ourdisseuses au stock des bobines.

Le jeune responsable ne dispose pas de la même latitude que son aîné :

Dr. A. : Le prédécesseur, quand il voyait un tissu qui marchait bien, il disait je vais en faire faire mille mètres de plus, je les vendrai bien. C'est-à-dire qu'on travaillait un peu sur stocks. Ce qui lissait énormément la production. Maintenant, on ne travaille plus sur stocks dans le textile. On fait des séries beaucoup plus courtes, donc on augmente les manips. Et surtout, lui, il arrivait dans le métier, il n'allait pas prendre le risque de faire faire mille mètres pour rien. Un mec qui a 35 ans d'expérience peut dire si je fais mille mètres, j'ai gagné du temps, je les vendrai. Quelqu'un qui arrive à ce poste, il ne prend pas ce risque.

Deuxième facteur de perturbation : la fille du patron a commencé à travailler dans l'entreprise sur un poste de commercial. Elle fait des promesses à ses clients et exerce une pression sur le responsable de l'ourdissage afin que ses commandes soient mises en fabrication. Les commandes sont donc intercalées dans le flux de la production et en perturbent l'organisation :

Dr. A. : *Ça veut dire que le choix de mettre en fabrication n'obéit plus à une logique industrielle. En principe, il faut essayer de regrouper plusieurs commandes et de faire suivre le fil. Si tu changes de tissu et que tu ne fais pas suivre deux dessins qui ont une logique à être suivis, pour l'ourdisseuse, ça va être des manipulations de bobines considérables. Et donc le fait de désorganiser ça pour faire plaisir à un client, a entraîné une chute de production. Parce que tout ce temps de garnissage et de dégarnissage, ce n'est pas du temps de production. Quand tu garnis, tu n'ourdis pas.*

Par ailleurs, le responsable travaillait antérieurement 9 heures par jour et finissait à 17h. Puis il a été décidé que le personnel ne devait plus faire d'heures supplémentaires. À partir de là, la journée travail du responsable se termine à 15 heures. Il n'est donc plus présent pour rectifier le programme d'ourdisage lorsque le fil prévu n'est pas livré dans les temps par la teinture. En pareil cas, les ouvrières sont contraintes de se débrouiller et d'essayer de trouver le fil par elles-mêmes. Dans ce contexte l'impact des difficultés d'accès au stock de bobines s'accroît.

Enfin, un commercial qui travaille jusqu'à 19 heures rajoute parfois une longueur, par exemple 500 m, sur une fabrication en cours. Mais à la différence du responsable, il n'est pas en mesure d'évaluer la longueur de fil disponible. Il prend donc le risque de mettre les ouvrières en difficulté:

Dr. A. : *Lui, s'il y a le fil, il a raison de le faire. Mais s'il n'y a pas le fil, il plante tout le monde. Donc, tu vois, tout le monde veut bien faire, mais des fois, il manque un lien. Donc, les filles, elles ont cette carte, mais elles disent on ne va pas commencer la chaîne puisqu'on n'aura pas assez de fil pour la faire. Donc, même si tout était garni, elles vont tout dégarnir et en reprendre une autre : le bazar continue.*

Enfin, l'encombrement du local de stockage des bobines rend particulièrement pénible la multiplication des manutentions pour les ourdisseuses. Elles doivent trouver les bobines adéquates alors qu'elles sont stockées dans une multitude de bacs cubiques d'un mètre de côté et pesant environ 200 kilos. Ces bacs représentent en principe une amélioration par rapport à la période précédente où les bobines étaient livrées en cartons. Les ourdisseuses ont cependant beaucoup de difficultés avec cette nouvelle organisation.

Dr. A. : *Les filles me disent « D'accord, il y a des bacs ! Mais on nous a donné un transpalette et nous on n'arrive pas à s'en servir. Il y en a qui n'osent pas, il y en a qui n'arrivent pas. Et on fait le boulot du magasinier ». C'est-à-dire que ça râle.*

Question : *Et comment font-elles, elles prennent à la main ?*

Dr. A. : *Non, comme elles n'y arrivent pas, elles escaladent les bacs en plastique pour aller prendre ce dont elles ont besoin. Et elles me disent ça ne va pas ! D'abord on glisse, on va finir par se faire mal. Et puis, quand tu vas prendre ton fil à trois mètres pour remplir une caisse qui est à trois mètres, ta bobine, tu ne la prends pas délicatement, tu la lances parce que tu ne peux pas faire autrement : tu en as une cinquantaine ! Et elles disent « On blesse le fil ! ». Quand tu lances une bobine pleine contre d'autres bobines pleines, elles vont se heurter. Tu abîmes le fil et ça va casser après. Quand tu vas l'utiliser tu auras dégradé ton outil.*

Le médecin décrit ainsi un contexte où, du fait de leur multiplicité, personne n'a une vision globale des processus en cause :

Dr. A. : *Donc, tu as plusieurs paramètres à la fois qui font qu'on n'y comprend plus rien.*

L'ensemble de ces perturbations se traduit, pour les ourdisseuses, par un surcroît de travail et une production moindre. Elles sont en colère et accusent le responsable. Lui-même va mal et se plaint: « *On ne travaille plus pour le tissage, on travaille pour faire plaisir aux commerciaux* ». Mais personne n'ose incriminer la fille du patron qui démarre dans le métier et veut que ses clients soient servis.

Le responsable présente des chiffres de tension artérielle anormalement élevés. Deux ourdisseuses déclenchent un syndrome du canal carpien.

Face à cette dégradation de la situation, l'activité du médecin se déploie, là encore, selon deux modalités.

D'une part, elle enquête pour comprendre ce qui perturbe l'organisation du travail et dégrade les relations. Pour cela, elle parle avec les individus concernés en consultation mais aussi en intervention dans l'atelier :

Question : *Et toi ton intervention, ça a été quoi ?*

Dr. A. : *Ça a été d'aller retravailler une journée avec J. [le responsable de l'atelier], d'aller faire semblant de faire l'étude de son poste pour pouvoir discuter avec lui, et puis pour pouvoir expliquer aux ourdisseuses, celles qui étaient remontées contre lui, que c'était pas lui qui était en cause. De faire qu'ils ne se battent pas entre eux.*

La stratégie du médecin consiste à mettre en circulation les éléments d'analyse partielle détenus par les uns et les autres.

D'autre part, comme à son habitude, elle remet systématiquement à la salariée un certificat médical en vue de la déclaration de maladie professionnelle. Cela déclenche la mobilisation institutionnelle : intervention du technicien de la CRAM et réunions du CHSCT débouchant sur la décision d'actions « *visant à améliorer l'organisation de l'activité à l'ourdissage et à donner une plus grande autonomie aux opérateurs* ».

Dans le même temps, un accident du travail qui aurait pu être grave survient dans le local de stockage de bobines. Pour le médecin c'est l'évènement qui a permis de boucler l'affaire.

Une ouvrière est tombée et s'est blessée à la cheville en escaladant les bacs pour accéder à une couleur située derrière. Lorsqu'elle la voit en visite de pré-reprise, le médecin constate que la salariée a aussi présenté un traumatisme cervical avec un petit trait de fracture sur une vertèbre. Après la reprise du travail, la salariée continue à souffrir du cou en permanence. Le médecin la renvoie donc au médecin traitant avec un courrier d'explication :

« Le poste de travail de Madame X comporte une forte sollicitation des membres supérieurs dans leur totalité ainsi que de la colonne cervicale. Il est bien compréhensible qu'il persiste des séquelles douloureuses musculo-ligamentaires qui pourraient s'atténuer si la peur d'un nouvel accident, par persistance des mêmes conditions de travail, était levée. Je l'informe de l'existence, dans le code du travail, du droit de retrait face à une situation dangereuse. En fonction de l'évolution du poste de travail et de la réaction de la CPAM, nous aviserons en ce qui concerne la reprise ou non du travail de Madame X. Je compte m'appuyer en interne sur cet accident pour faire évoluer cette situation de travail. C'est pourquoi il me paraît indispensable qu'elle soit en rechute d'accident du travail ».

Comme elle le fait systématiquement, le médecin ne se contente pas d'orienter la patiente vers le médecin traitant pour une prise en charge thérapeutique. Elle fournit au médecin traitant des

informations sur les contraintes et les possibilités du côté du travail qui le mettent en position de participer à la mobilisation aussi sur ce versant. Et quand elle interviendra en retour auprès du chef d'entreprise, ce sera, comme à chaque fois, « à la demande du médecin traitant ».

Comme souhaité par le médecin du travail, le médecin traitant enclenche le processus administratif : la pathologie est prise en charge comme rechute de l'accident du travail. Le médecin du travail s'en sert alors pour alerter l'employeur sur un élément qui contribue à la crise à l'ourdissage :

« J'ai vu en visite de pré-reprise du travail à la demande son médecin traitant Madame X, ourdisseuse, victime d'un accident du travail le 3 octobre dernier. Elle a repris le travail en janvier mais a été à nouveau arrêtée. Les circonstances de l'accident - chute à plat ventre en voulant accéder à un bac stocké sur un autre bac pour se réapprovisionner en fil avec des conséquences sérieuses pour la santé, conséquences qui auraient pu être très graves - confirment que la prise d'appui et le maintien de l'appui des pieds sur le bac inférieur ne constituent pas un mode opératoire acceptable, parce que dangereux. Toutefois, et tous les participants au CHS du 8 avril dernier en ont convenu, l'utilisation du transpalette élévateur ne va pas de soi pour des opérateurs occasionnels. Il s'avère que le stockage sur deux niveaux, dans l'ourdissage, pose un problème d'accès non résolu pour les ourdisseuses et garnisseuses. Il est donc indispensable de revoir les conditions d'approvisionnement pour les ourdisseuses en veillant à ce que tous les bacs soient au sol et accessibles, soit qu'un membre de chaque équipe soit formé pour assurer l'alimentation et l'évacuation en utilisant le transpalette électrique. Compte tenu des circonstances et des séquelles de son accident, il n'est pas évident que Mme X puisse reprendre son poste si ces problèmes d'approvisionnement de bobines ne sont pas résolus. Restant à votre disposition... » (Courrier à l'employeur, copie à la salariée).

Du jour au lendemain, le système de stockage est modifié, et un système d'approvisionnement par chariot est mis en place, à la satisfaction des ourdisseuses.

Conclusion du médecin :

Dr. A. : Et donc là, on a fini : on a définitivement réglé le problème de l'ourdissage.

Le mode d'action déployé articule donc une mise en visibilité appuyée sur les déclarations de maladies professionnelles ou d'accident du travail et une activité souterraine de mise en forme d'une sorte d'analyse collective vis-à-vis de laquelle le médecin joue un rôle de catalyseur et de relais avec, comme objectif, un renforcement de la position du responsable, un approfondissement de l'analyse de la situation par les différents acteurs, l'ensemble se soldant, au final, par un accroissement de l'autonomie des ourdisseuses. La stratégie est suffisamment particulière pour qu'il soit utile d'écouter un peu longuement comment le médecin la dépeint :

Dr. A. : ça s'est réglé tout seul. Sans qu'on n'en parle jamais. Quand j'ai redemandé, après, au responsable, les choses étaient rentrées dans l'ordre toutes seules. On ne sait pas comment, mais c'est rentré dans l'ordre tout seul.

Question : *Oui, mais enfin, tu ne peux pas dire qu'on n'en a jamais parlé ?*

Dr. A. : Si, si on en a parlé. Mais je veux dire qu'il n'y a pas eu de débat pour dire ça déconne au niveau de la direction en ce moment. Personne n'a jamais dit ça. Et moi, je me suis rendu compte après qu'ils m'avaient utilisé pour agiter les choses et que c'était très bien comme ça.

Question : *Ils t'avaient utilisée comment ?*

Dr. A. : *C'est-à-dire qu'ils m'en ont beaucoup parlé. Moi, j'ai fait des déclarations de maladies professionnelles, je suis allé voir le poste du responsable, je suis revenue voir les ourdisseuses la nuit, j'ai participé au CHS quand j'étais convoquée - il y a eu 3 ou 4 CHS quand même. Et le fait que le technicien de la CRAM revienne... Moi, je discute avec les gens, je ne fais pas d'intervention.*

Question : *Tu discutais avec les gens sur ce qu'ils comprenaient ?*

Dr. A. : *Voilà, c'est tout. Mais je n'ai rien fait de plus. J'ai expliqué que la situation du responsable avait changée, que l'on ne pouvait pas comparer avec la situation antérieure. Le fait que l'on ne produise plus dix mille mètres mais deux mille à la fois, ça change les conditions. Mais c'est le fait que tout soit arrivé à la fois qui fait que, à un moment donné, plus personne ne comprenait rien.*

Question : *Et on a arrêté de donner priorité à la fille du patron ?*

Dr. A. : *Ça s'est fait tout seul, oui, parce qu'ils se sont aperçus que c'était plus rentable, qui fallait laisser le responsable de l'atelier d'ourdissage régler son atelier. Mais ça s'est fait sans qu'on en entende parler.*

Question : *D'où l'idée que ce qui fallait assurer, c'était la position du responsable de l'ourdissage ?*

Dr. A. : *Voilà ! Oui, oui, tout à fait. C'est pour ça que je suis allée passer une journée avec lui pour dire : « Attendez ! Il y a des problèmes de manutention ». Pour parler aux filles, et puis après pour pouvoir rebondir sur ce truc qui m'est arrivé par hasard pour finir le machin. Ça a consisté à suivre les changements d'organisation, en sachant que l'entreprise était préoccupée quand même parce qu'ils voyaient bien que ça ne tournait pas, que l'ourdissage ne produisait plus. À partir du moment où il y a eu les bacs, on a réglé une partie du problème mais on n'a pas tout réglé du côté de l'ourdissage. Donc c'est l'accident qui a permis de régler.*

Question : *Ils ont réglé y compris les problèmes d'horaires qui ne correspondaient plus ?*

Dr. A. : *Non, mais du fait que tout soit en bac et que tout soit vraiment visible dans le magasin de fil, les ourdisseuses, s'il leur manque quelque chose, peuvent le trouver, c'est accessible.*

Question : *Ça a augmenté leur capacité à faire face aux problèmes ?*

Dr. A. : *Tout à fait, parce qu'avant, quand tu étais en carton, tu n'étais pas sûre déjà que la couleur qui était sur le carton soit la bonne. Le carton, il faut l'éventrer, l'ouvrir : c'est bon ? Ce n'est pas bon, tu refermes. Maintenant tout est en bac, visible : ça a tout changé. Il y a eu, au niveau de la direction, un choix de faire évoluer ça parce qu'ils ne voulaient pas revenir sur les 35 heures et payer des heures supplémentaires. Et globalement c'est une amélioration considérable.*

Question : *Si je comprends bien, on en est arrivé à une situation qui augmentait l'autonomie des ourdisseuses selon un processus où ce n'était pas du tout l'objectif, dans un espèce de tâtonnement pour régler des problèmes de manutention, et ça s'est stabilisé comme ça ?*

Dr. A. : *Oui, mais c'est parce qu'il y a eu plein de choses à la fois. Mais quand même ça les a bien secoués ».*

[...]

Actuellement, il n'y a plus de tensions. J'ai eu à nouveau une déclaration, mais voilà, c'est chez une ourdisseuse qui a 55- 56 ans. Bon ! Eh bien trente ans d'ourdissage, tu n'es pas intacte.

Question : *Donc tu es revenue au type de pathologie que tu avais avant, alors que celles-ci sortaient de ce modèle ?*

Dr. A. : *C'était dans un contexte d'énerverment et de... Ce n'était pas habituel dans l'entreprise. Les gens étaient mécontents : « On travaille comme des cons, ça ne va pas ».*

Question : *Donc, dans ce que tu dis, il y a deux types de pathologies : celles qui sont liées au fonctionnement de base et aux gestes du métier, intrinsèquement liées au métier, et puis le surgissement d'une épidémie liée à un certain nombre de perturbations.*

Dr. A. : *De problèmes d'organisation. Mais je n'ai pas fait d'intervention officielle, tu vois la seule intervention officielle, c'est cette lettre là, à la fin. J'ai fait des certificats, mais rien d'autre.*

Il faut noter qu'il aura fallu quatre ans, de 1999 à 2003, pour que le travail de maturation conduise à une résolution de la crise.

Cependant, lorsqu'un problème est réglé d'un côté, un autre surgit ailleurs. Le médecin se trouve donc confrontée à une nouvelle épidémie, mais dans ce cas, les déterminants apparaissent beaucoup moins accessibles. Elle affirme ne pas savoir comment avancer.

Une épidémie nouvelle.

Le problème concerne l'atelier de bobinage : un tout petit atelier où, quand le fil sort de teinture, il est débobiné puis re-bobiné pour lui redonner de la souplesse. Six bobineuses y travaillent. Depuis quatre ans, elles se plaignent de l'organisation du travail et présentent des troubles musculo-squelettiques plus ou moins marqués.

Le médecin décrit un atelier dégradé en aout 2006 :

Dr. A. : *Il y a des automatismes qui ne fonctionnent plus et donc il y a des choses qu'elles font manuellement, donc ça va beaucoup moins vite, mais c'est surtout beaucoup plus pénible physiquement. Elles disent « La moitié des bobines ne tournent pas, donc on produit peu. Les souffleurs sont en panne, on respire beaucoup de poussière. On a mal aux épaules. On ne voit pas la patronne - l'ingénieur qui s'occupe de ce site - on ne la voit jamais. On fait tout à la main, ça énerve ! Pas de considération »...*

Le médecin alerte l'ingénieur :

Dr. A. : *Ecoutez, il y a un souci, ce n'est pas possible, elles ont toutes mal à l'épaule, vous allez avoir plein de déclarations de maladies professionnelles. Ce n'est plus entretenu, ce n'est pas possible...*

L'ingénieur accepte de réparer mais explique aussi qu'il y a beaucoup moins de travail et, en tous cas, pas de quoi occuper les salariées à plein temps sur des systèmes automatiques. Le médecin comprend que si les automatismes ne marchent plus, cela évite d'arrêter le travail. En gros les emplois sont préservés au détriment de la productivité et de la santé.

Des réparations sont malgré tout réalisées sur les machines, mais lorsque le médecin revoit les salariées, un an plus tard, le site est de nouveau à l'abandon.

L'activité porte sur des petites séries, beaucoup d'échantillons, avec beaucoup de changements et de manipulations. Or, l'atelier est équipé avec des bobinoirs automatiques qui sont faits pour une production industrielle et s'avèrent inadaptés pour les commandes actuelles :

Dr. A. : *Maintenant, comme on fait de toutes petites chaînes, il y a besoin de refaire quelque chose que l'on faisait il y a 30 ans, sauf que les machines qu'on a ne sont plus*

adaptées pour ça. Et on leur fait faire, sur ces machines là, un travail pour lequel on n'a pas la machine qu'il faut.

Une quinzaine d'années auparavant, l'entreprise avait la puissance pour faire venir un fabricant de machines textiles afin de faire modifier une machine. Mais depuis, tout s'est déplacé vers la Chine. Et donc faire venir pour modifier les bobinoirs actuels, devient extrêmement coûteux. Le médecin est convaincue que les machines ne seront pas adaptées.

En 2007, comme rien n'a bougé, elle délivre à chacune des salariés un certificat pour la déclaration de maladie professionnelle. Parallèlement, elle alerte régulièrement la direction de l'entreprise.

En 2008, elle met à jour la fiche d'entreprise afin que le problème y apparaisse. La situation est néanmoins bloquée :

Dr. A. : Et donc, là, c'est statu quo, je n'ai pas de nouvelles. Ça ne s'arrange pas. Une salariée a fait sa déclaration en 2008, une deuxième en 2009. Ils essaient de reclasser, mais je vois bien qu'ils sont tous coincés. Mais quand même, elles ont compris quand on en discute, le fait qu'il n'y a pas beaucoup de travail. Elles le disent : il y a des périodes où il n'y a rien à faire, mais quand il y a à faire, qu'est-ce qu'on en bave !

En somme, l'activité du médecin comporte toujours deux objectifs : que l'employeur prenne la mesure du problème de santé et que les acteurs concernés, au premier rang desquelles les opératrices, comprennent ce qui se passe. Dans cette perspective, elle a mis en place un dispositif particulier : elle assiste les salariées dans la rédaction de leur déclaration de maladie professionnelle. En effet, c'est au salarié qu'il revient d'expliquer par écrit son travail, ce qui peut s'avérer très difficile sur certains postes. Donc le médecin les reçoit et leur fait raconter : « *Vous venez, vous me racontez, moi je tape en face, et quand je ne comprends pas, je vous demande* » (voir ci-dessous deux documents illustrant ce dispositif).

Le processus demande du temps, mais il produit une analyse du travail qui renforce la capacité d'expression et de réflexion de la salariée tout en améliorant considérablement la connaissance du médecin sur le travail, ses contraintes, son organisation, ses tensions et contradictions.

En somme, alors que Docteur C., dans le bâtiment, évoquait un développement du métier essentiellement hors de la consultation, Le médecin entreprise de tissage développe la position inverse :

Question : *Ton activité, elle est essentiellement centrée sur la consultation ?*

Dr. A. : *Oui, oui.*

Question : *Si je comprends bien, quand tu sors, tu fais la même chose dans l'atelier que dans ta consultation : tu discutes avec les gens sur le travail ?*

Dr. A. : *Ah, mais que ça, oui ! Qu'est-ce que je peux faire d'autre, moi ? Ou bien je vais me faire expliquer sur le terrain des trucs que je n'arrive pas à repérer. Parce que c'est quand même sioux, leur métier. Quand tu as mieux compris, c'est plus facile pour les autres. Parce que là, c'est vraiment de la mécanique fine.*

Mais autrement, plus ça va, plus je pense qu'il faut être en retrait.

PROCEDURE MISE EN PLACE PAR LE DOCTEUR A. EN MATIERE DE DECLARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Les faits sont là, il y a une sous déclaration massive des maladies professionnelles. Il faut bien dire que le parcours du combattant que doit effectuer un salarié a de quoi les décourager, voire les déstabiliser tant les obstacles que représentent les délais, les imprimés, les questionnaires sont nombreux.

Depuis quelques années, je suis arrivée à stabiliser une pratique que je souhaite partager.

Quand je constate une pathologie pouvant répondre aux critères d'un tableau, je remets systématiquement au salarié concerné :

- L'imprimé de déclaration à remettre au salarié que la CPAM met depuis peu à notre disposition. Depuis 2 ans, c'est un fichier PDF CERFA 6100.
- Un certificat médical sur papier libre en 3 exemplaires.
- Le plus souvent ? mais pas systématiquement, en fait en fonction du médecin et du souhait du salarié, un courrier pour le médecin traitant
- Une lettre type, avec mon en-tête et mes coordonnées, dont voici le modèle

*En application du Code de la Sécurité Sociale, du Code de Déontologie Médicale et comme convenu lors de votre récente visite médicale, je vous adresse un certificat de constatation de maladie reconnue par les tableaux de maladie professionnelle. Ce certificat est à adresser, **si besoin**, en particulier si vous devez cesser le travail pour cette raison, à votre Caisse primaire d'Assurance Maladie, à service AT/MP (accident du travail/Maladie professionnelle) avec votre propre déclaration à effectuer en utilisant l'imprimé ci-joint.*

Ecrire de préférence en LR AR (lettre recommandée, accusé de réception). Dans votre cas, écrire à XXXX.

La CPAM vous retournera un questionnaire à remplir, consistant à décrire les tâches effectuées et les outils utilisés.

Ensuite, un enquêteur de la CPAM vient dans l'entreprise vérifier si le travail effectué correspond bien au tableau (ou adresse un questionnaire à l'entreprise) et le médecin-conseil convoque éventuellement l'assuré (e) pour vérifier si la maladie est bien celle reconnue par les tableaux.

*Je reste bien sûr à votre disposition pour tout renseignement, **y compris pour remplir le questionnaire qui décourage souvent les salariés.***

Je vous prie d'agréer, Monsieur, Madame, l'expression de mes sincères salutations.

Signature

EXEMPLE DE REPOSE A LA DEMANDE DE RENSEIGNEMENT DE LA CPAM

REDIGEE PAR UNE SALARIEE AVEC L'AIDE DU MEDECIN DU TRAVAIL.

N° dossiers :

Date MP :

Coordonnées du médecin du travail :

Description de mon poste de travail actuel (travaux, gestes, outils, produits, cadence)

Je suis ourdisseuse depuis ... et je travaille de nuit.

Pour ourdir une chaîne (une chaîne de tissu est constituée de 4000 à 10000 fils de grosseur, de couleur et de qualité variables), il faut d'abord réaliser le dessin (alternance des fils de couleur) .

Faire le dessin consiste à positionner des bobines de fils sur une cantre (sorte de gigantesque porte manteau avec 720 emplacements).

Ma carte d'ourdissage pour une référence donnée m'indique la position des bobines.

Les bobines sont amenées dans l'ourdissage dans des bacs.

Je dispose d'un chariot que je vais remplir des bobines nécessaires. Je vais donc prendre une 1^{ère} fois à la main chaque bobine dans le bac pour la mettre dans mon chariot. Le poids des bobines varie de 1 à 2 kgs. Je reviens auprès de ma cantre et je positionne les bobines une à une de bas en haut pour faire le dessin : il y a 8 rangées de 45 emplacements de chaque côté de la cantre.

Cette opération s'appelle le garnissage.

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

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

Ensuite commence l'ourdissage proprement dit de cette première mise qui sera répétée 10 fois pour une mise de 720 fils et une chaîne de 7200 fils. On tire pour faire passer les nœuds dans le peigne et on commence à enrouler 5 m de fils autour de l'ourdissoir sectionnel, en appuyant avec le pied sur une pédale. Pour une chaîne de 10000 fils, on peut faire 27 mises d'affilée

On réalise ensuite les enverjures. Avec une baguette tenue dans la main droite, je départage la nappe des 720 fils en 7 enverjures (la 1^{ère}, la 2^{ème}, la 3^{ème}, la 5^{ème}, la 6^{ème} puis la 7^{ème} celle du milieu).Chaque fois que je passe la baguette, je mets une cordelette à chaque nappe. Ces cordelettes sont tirées à la main au bout de l'ourdissoir et fixées soigneusement sur l'ourdissoir car elles ne doivent pas se mélanger aux fils de la chaîne. Pour ce faire, on tire à 1 main la cordelette avec son nœud final et on l'enroule autour d'une attache.

J'appuie sur la pédale pour dérouler le métrage de la chaîne (de 350m à 2000 m). J'ai programmé la longueur de la commande et le métier s'arrêtera seul.

Pendant ce déroulage, il arrive que des fils cassent. Je dois aller les rattraper en retirant ma mise en arrière à 2 mains, les passer dans les 2 peignes, les nouer. Ensuite je remonte en fonctionnement manuel par coups de pédales successifs.

Après l'enroulage de la première mise autour de l'ourdissoir je dois faire à nouveau des enverjures ; c'est le tordage. Je reprends ma baguette pour faire 2 nappes différentes de fils. Je passe chacune des 2 cordelettes autour de la main et je coince la cordelette sous les fils de la mise. Je prends mon ciseau et je coupe l'épaisseur des 720 fils de ma 1^{ère} mise et je fais un nœud que je coince aussi dans la mise. Tout se fait à la main. Selon la grosseur du fil, couper une épaisseur de 720 fils est pénible.

Pour chacune des 10 mises (dans cet exemple d'une chaîne de 7200 fils), je procède de la même façon.

Je vais alors dérouler la chaîne sur une cible (rouleau métallique de 2 m de long environ, que je dois caler à la

largeur voulue en dévissant avec une clef les 3 gros vis d'un côté et en les revissant ensuite).
Quand tout est déroulé, je rattache chaque mise sur le rouleau en les coinçant sous la nappe de fils. Je mets une bande de scotch sur toute la longueur de la chaîne.

Je peux alors prendre une autre carte d'ourdissage pour une nouvelle chaîne. Selon le dessin, on doit tout dégarnir, c'est à dire enlever les 720 cônes, un à un, les remettre dans le petit chariot puis ensuite dans les baes. Chaque cône est pris chaque fois à la main

Parfois, on ne dégarnit pas tout, on déplace certaines bobines sur la cantre, et on ne les prend alors qu'une fois.

Donc pour chaque chaîne, chacune des bobines va être prise à la main de 5 à 6 fois soit 4320 manipulations.

Sur une nuit de 8 heures, je vais réaliser 2 chaînes complètes, et parfois avec l'aide du garnisseur, le garnissage de la suivante, c'est à dire manipuler environ 8000 bobines de fils à la main plus 2880 nouages manuels.

Postes antérieurs dans la même entreprise

Supprimé pour préserver l'anonymat de la salariée.

Postes antérieurs dans d'autres entreprises

Supprimé pour préserver l'anonymat de la salariée.

Description du lieu de travail actuel

Atelier d'ourdissage, bruyant, climatisé (chaud et humide pour le travail du fil)

Pourquoi à votre avis serait-elle d'origine professionnelle ?

Par quels travaux, produits et outils, serait-elle survenue ?

Dans quels types de gestes ou de postures cette maladie est-elle mise en évidence ?

Depuis que je travaille, j'ai toujours travaillé manuellement sous contrainte temporelle, avec prise et tenue d'objets avec les mains.

Pendant les week end et les congés, je n'ai que des sensations de mains lourdes au réveil. Au travail et en période de travail, je suis obligée d'interrompre ce que je fais pour secouer ma main et faire disparaître les picotements ressentis. Ces picotements apparaissent dès que je dois tenir et serrer un objet (baguette, noueur etc)

Date :

N° de téléphone :

Signature du salarié

Synthèse et discussion

Les trois médecins qui ont accepté de mettre en visibilité leur action en matière de TMS ont, au premier abord, un profil assez voisin. Il s'agit à chaque fois de femmes, entre 50 et 60 ans, travaillant en service interentreprises.

En matière d'âge, elles sont très représentatives de la profession : 72,2 % des médecins du travail avaient 50 ans ou plus en 2010. Elles représentent aussi le mode d'exercice de loin le plus répandu : en région Rhône Alpes, la Directe annonçait, pour 2009, 572 équivalents pleins temps en service inter-entreprises pour 21 en service autonome.

Leurs situations comme les modes de développement de leurs activités sont néanmoins extrêmement différents. Nous nous arrêterons successivement sur leur formation, les particularités de leurs conditions d'exercice, le regard qu'elles portent sur leur travail. Nous analyserons ensuite la façon qu'a chacune de développer le métier. Au-delà de ces trois expériences nous montrerons comment elles témoignent des tensions qui animent le dispositif français de santé au travail.

1°) La formation :

- Le Docteur E., médecin de l'entreprise de découpe, a le bagage classique du médecin du travail : des études de médecine débouchant sur le Certificat d'Études Spéciales en médecine du travail auxquelles s'ajoutent plus de 30 ans d'expérience.

- La position de Docteur C, médecin du bâtiment, est plus fragile. Après un parcours comme médecin scolaire, elle s'est réorientée vers la médecine du travail en 2001, au moment où la pénurie de médecins du travail permettait d'accéder aux postes vacants sans les diplômes habituellement exigés. Elle a donc commencé à travailler sans formation spécifique tout en suivant, à la faculté, l'enseignement qui lui a permis de régulariser sa situation en 2003. Malgré son âge, elle fait figure de novice par rapport aux deux autres.

- Le Docteur A., médecin de l'entreprise de tissage, possède un bagage universitaire plus important que ses deux collègues : Certificat d'Études Spéciales en médecine du travail, suivi d'une formation lourde en ergonomie au CNAM (Professeur Wisner) débouchant sur un DEST et complété par une Unité de Valeur de psychodynamique du travail (Professeur Dejours). Elle a, comme le médecin de l'entreprise de découpe, une grande ancienneté dans le métier.

2°) Le contexte de l'intervention :

Les conditions d'exercice sont extrêmement différentes.

- le médecin de l'entreprise de découpe exerce dans les conditions assez habituelles de l'interentreprise avec, face à elle pour le cas étudié, un employeur travaillant en sous-traitance, isolé et en partie démuné face à l'ampleur de ses responsabilités. Les conditions de travail des salariés varient sensiblement en fonction des marchés obtenus par le patron puisqu'il prend en charge tous les travaux de découpe, qu'il en ait ou non l'expérience. L'ensemble se joue

cependant dans l'espace défini et accessible de l'atelier.

- En comparaison, le médecin du bâtiment est confrontée à des difficultés particulières. Le travail sur les chantiers connaît une extrême variabilité temporelle et spatiale qui rend très difficile l'articulation entre activité clinique au cabinet médical et intervention sur le terrain. Au constat d'une usure globale des salariés avec l'avancée en âge correspond une vision du travail comme globalement pénible.

D'autre part, l'activité du médecin est soumise à une pression qui se manifeste par une inflation des effectifs et des visites médicales. Pour un travail à 80 %, elle surveille 2790 salariés (à rapprocher des 2100 surveillés par le médecin de l'entreprise de découpe pour le même temps de travail). Elle a donc la charge d'un effectif qui dépasse les normes légales. Dans ces conditions, les activités hors du cabinet médical sont réduites à la portion congrue : « *On s'est retrouvés - dit-elle- à faire non pas un tiers temps, mais un quart, un huitième, pour pouvoir assurer les visites médicales* ».

Enfin, la pression des directions tend à détourner le médecin du lien santé-travail, au profit d'une contribution à la sécurisation judiciaire du lien santé-emploi.

Le médecin de l'entreprise de découpe et celle de l'entreprise de tissage sont, elles aussi, employées par des services interentreprises. Mais il s'agit de services généralistes auxquels adhèrent des entreprises aux situations et aux logiques extrêmement variées. Au contraire, dans le service du bâtiment, la direction est l'émanation d'un patronat à la culture et aux intérêts beaucoup plus homogènes. Cela offre probablement à celui-ci une capacité beaucoup plus grande de modelage de l'activité de la médecine du travail en fonction de ses propres attentes. Les médecins du travail du bâtiment ont d'ailleurs, au même titre que ceux des hôpitaux ou ceux des arsenaux militaires, leur propre association et leurs propres réunions scientifiques.

- L'entreprise de tissage est, elle aussi, très particulière. C'est une entreprise textile familiale qui développe, depuis 200 ans, son activité industrielle en zone rurale. Elle est dirigée par un patron très attaché à ses prérogatives et soucieux de ne pas voir s'interposer de médiations entre lui et ses salariés.

En somme, le médecin de l'entreprise de découpe entretient avec l'employeur des relations assez simples. A l'évidence peu armé en matière d'organisation du travail, ce dernier laisse son médecin du travail occuper une fonction de conseiller, même s'il oppose une grande inertie à ses avis. La partie est plus tendue pour le médecin de l'entreprise de tissage, face à un milieu pétri de traditions et peu ouvert aux interventions extérieures. Enfin, les conditions de travail du médecin du bâtiment sont de loin les plus défavorables.

3°) Le regard porté sur l'activité :

L'appréciation portée sur son travail est très différente d'un médecin à l'autre.

- Lorsque le médecin de l'entreprise de découpe ouvre, sur ma demande, le dossier de l'entreprise, elle prend la précaution de dire que, dans cette société, elle n'a pas fait grand-chose. L'analyse en commun du dossier montre au contraire une activité assez considérable jouant sur un clavier de ressources large. À l'issue de ce travail de reprise, elle constate qu'elle ne se souvenait

pas d'avoir fait autant de choses et que, même si c'est très lentement, les choses avancent tout de même.

Cette réaction alerte sur la nécessité qu'il y a à ne pas prendre pour argent comptant les discours généraux que le médecin peut tenir sur son activité.

Il peut y avoir une distance importante entre la représentation que se fait un médecin de son activité et la réalité de cette activité. Enregistrer simplement la représentation spontanément avancée pour le médecin conduit à orienter l'analyse plutôt sur les manques et les obstacles mais sans pouvoir déboucher sur des transformations. Le tableau est très différent si l'on part de ce que font très concrètement les médecins.

Au bout du compte, cela suppose simplement de prendre au sérieux la différence structurelle entre l'activité dans la réalité et son expression dans le langage.

- Ce constat incite à prendre avec précautions l'évaluation du médecin du bâtiment sur son activité. Celle-ci est en effet très négative. Si elle fonde ses espoirs sur le développement, en direction du patronat, de l'étude qu'elle a menée avec les techniciens de la Cram, elle affirme que les déterminants des conditions de travail sont hors de portée de la pratique quotidienne et que l'étude n'a rien changé. Cependant, pousser un peu la discussion permet de faire émerger rapidement une série d'enseignements issus de cette expérience, susceptibles d'avoir des effets directs en matière de prévention, et dont certains ont effectivement été mis en oeuvre.

Sur le plan de l'activité clinique, son évaluation est encore plus défavorable : l'activité clinique ne sert à rien, il faut la réduire, sortir du cabinet.

Dans la mesure où l'analyse portait sur le dossier d'intervention dans l'entreprise de plâtrerie-peinture et non sur les dossiers médicaux des salariés, il n'a pas été possible de dépasser, sur ce versant, ce discours de niveau général pour se rapprocher de l'activité. Il est très probable que Docteur C. fait, en consultation, bien autre chose que ce qu'elle a évoqué, mais l'investigation n'était pas dirigée dans cette direction.

- Le médecin de l'entreprise de tissage est celle des trois qui porte sur son activité le regard le plus tranquille. Elle connaît et nomme les personnes de l'entreprise par leur prénom. Elle ne s'offusque pas des fonctionnements qui ont pour résultat de la tenir à l'écart comme, par exemple, le fait de ne pas l'informer de la tenue d'un CHSCT. Elle désamorçe en le banalisant tout ce qu'un autre pourrait considérer comme une atteinte à ses prérogatives et à son identité professionnelle. Elle a une connaissance poussée des postes de travail et des problèmes d'organisation des ateliers. Sa façon de discuter le dossier montre qu'elle porte une attention aiguë aux positions de ses divers interlocuteurs et qu'elle s'efforce d'en saisir la logique, voire la légitimité. Elle a manifestement, explicite ou implicite, une théorie de l'action qui lui permet d'aborder avec calme et détermination une situation que d'autres pourraient percevoir comme paralysante.

4°) Trois façons différentes de développer le métier :

Le médecin de l'entreprise de découpe est celle qui donne l'image la plus proche de la doctrine qui sous-tend l'enseignement universitaire de la médecine du travail. Son activité relie et articule trois moments différents :

- temps de la rencontre individuelle avec les salariés et la veille médicale en consultation,
- les interventions dans l'entreprise déclenchées par les problèmes soulevés par la consultation,

- une activité de veille systématique en matière d'hygiène et de sécurité lors de tous ses passages dans l'entreprise.

Elle mobilise les dispositifs de maintien dans l'emploi pour les salariés en difficulté et accompagne les fins de carrière par les demandes d'aménagements de poste. Dans cette perspective, l'inaptitude est utilisée comme un moyen thérapeutique impliquant le consentement éclairé du patient. Dans tous les cas d'origine professionnelle, elle fournit des certificats médicaux en vue de la déclaration, adresse éventuellement les salariés concernés à la consultation de pathologie professionnelle et, si nécessaire, suit le dossier du côté de la sécurité sociale.

Sur les problèmes d'hygiène et de sécurité, elle mobilise le service de prévention de la CRAM et plus récemment l'ergonome du service de santé au travail.

Enfin, elle propose aux salariés qui présentent des problèmes particulièrement délicats des entretiens de clinique médicale du travail qui lui permettent de rompre avec le rythme des consultations traditionnelles et de prendre le temps d'une analyse approfondie.

Ses interventions visent le chef d'entreprise dont il s'agit d'obtenir des mesures de prévention et de normalisation de l'organisation du travail, en se tenant, vis-à-vis de lui, dans une posture d'éducation et d'assistance sur les questions de santé au travail. Cette position est particulièrement perceptible lorsqu'elle évoque l'atout qu'a pu représenter, pour elle, la période où il y a eu un chef d'atelier chargé de la qualité.

Ces éléments nous ont permis de souligner une différence par rapport à ses deux collègues : elle est confrontée, dans le cas présent, à une direction sans tradition de métier et très démunie en matière d'organisation. Le médecin est de ce fait, plus en mesure de préconiser et d'obtenir (lentement) des modifications.

L'analyse du travail des deux autres médecins laisse penser que le contact avec des directions constituées de professionnels de métier peut imposer, par rapport à ce schéma, d'importantes adaptations de style et de méthode.

Le médecin du bâtiment présente une autre option, dans un contexte marqué, d'un côté, par une variabilité et une versatilité des situations de travail, de l'autre, par une pression beaucoup plus sensible du patronat sur l'activité médicale. Le tableau qu'elle dresse du travail de consultation est très négatif :

- environ une inaptitude tous les 15 jours en raison de l'usure physique inéluctable du fait des contraintes du travail,
- des inaptitudes imposées aux salariés,
- seulement deux déclarations de maladies professionnelles par an pour TMS,
- et des mesures de reclassement absolument exceptionnelles.

Face à l'ampleur de ce qu'il faudrait affronter, elle mise sur l'ergonomie. Seulement elle n'est pas dans la position de l'ergonome. D'une façon générale, l'ergonome intervient en réponse à une demande, voire, s'il est extérieur à l'entreprise, à une commande, mais toujours portée par la direction. Et l'analyse de la demande est un moment décisif de l'intervention ergonomique. Le médecin du travail, lui, fait face à une multitude de situations où la direction n'exprime pas de demandes. Il faut donc pratiquer « *une ergonomie sans demande* » ce qui modifie beaucoup les conditions de discussion avec la direction. Le cas exposé dans l'entreprise de plâtrerie-peinture montre que cette orientation peut donner deux types de résultats différents.

Le médecin apprenti-ergonome peut découvrir, en allant sur le chantier, des phénomènes qui appelleraient de façon concrète des modifications. Mais à la différence du médecin de l'entreprise de découpe, le médecin du bâtiment s'adresse à des employeurs qui sont des professionnels de

métier. Leur suggérer des modifications de l'organisation du travail dans un mouvement qui ne part ni d'une demande de leur part, ni d'un constat médical (éventuellement appuyé sur des déclarations de maladies professionnelles) risque bien d'être vécu comme intrusif. C'est en tout cas l'hypothèse que suggère le récit du médecin. En effet, il est manifeste qu'elle a tiré des enseignements très concrets, en matière d'orientations préventives, de sa participation à l'étude. Mais, elle n'est pas en position d'en tirer parti dans son activité.

Il apparaît donc qu'il n'est pas évident de transférer purement et simplement la problématique ergonomique dans la position du médecin du travail. L'exemple des deux autres médecins le montre : pour le médecin du travail, la justification de l'intervention de terrain ne se situe pas du côté de la demande de la direction mais implique une construction sur la base des constats de l'activité clinique au cabinet médical. C'est même le médecin qui possède la formation la plus complète à l'ergonomie, le médecin de l'entreprise de tissage, qui développe la pratique la plus centrée sur le contact en tête à tête au cabinet médical. Elle se sert de son expérience de l'ergonomie, mais dans une posture où cet acquis est recomposé et relié au pôle spécifiquement médical de son activité.

Nous avons vu que les conditions d'exercice du médecin du bâtiment rendent très précaire l'établissement de ce lien. Faute de pouvoir accrocher un problème accessible à l'action immédiate, il est tentant, comme dans le cas présent, de mener une intervention motivée par l'ensemble des conditions de travail susceptibles d'avoir des répercussions sur les systèmes articulaires. Mais les résultats sont alors nécessairement très généraux. Ils ont vocation à circuler dans les fédérations patronales afin de tenter de les sensibiliser au problème. Tout se passe comme si, au final, le détour mis en oeuvre par le médecin du bâtiment, grâce à l'intervention de la CRAM, avait pour objectif d'agir sur les organisations d'employeurs dans le but d'obtenir, à terme, des espaces permettant de travailler concrètement à l'amélioration des conditions de travail dans les entreprises.

En somme, l'activité est explicitement adressée aux employeurs et à leurs organisations. Vue de l'extérieur, elle semble viser la reconquête de capacités de respiration et de travail dans une situation où l'activité du médecin est asphyxiée par la pression qu'exercent les employeurs.

Le médecin de l'entreprise textile intervient, elle aussi, dans un milieu professionnel constitué et dirigé par des gens de métier, dans un contexte de relations sociales très cadrées. Outre sa formation particulière et son ancienneté, elle dispose, par rapport au médecin du bâtiment, d'un avantage très important : la localisation des problèmes dans un espace géographique défini et la possibilité de développer l'action dans la durée.

Même si le contexte est très différent, il apparaît, dans les deux cas (bâtiment comme textile), qu'il est très difficilement envisageable d'aller simplement expliquer à l'employeur comment il doit organiser son activité. Le médecin de l'entreprise de tissage avance une série d'éléments qui témoignent de la volonté de la direction de l'entreprise de ne pas laisser le médecin empiéter sur ses propres prérogatives et elle-même pointe ce qu'il y a de potentiellement intrusif dans l'intervention du médecin du travail sur les conditions et l'organisation du travail.

Sur la plupart des questions, il n'est pas possible de contraindre l'employeur, il faut l'amener à agir de sa propre volonté. Cela se traduit dans l'activité du médecin de l'entreprise de tissage par un très important travail de construction de la légitimité de sa propre intervention. Sur ce versant, elle utilise à fond les ressorts de l'activité la plus strictement médicale : diagnostic, rédaction du certificat en vue la déclaration de maladie professionnelle, mais surtout mobilisation du réseau

des médecins traitants qui sont tenus informés des problèmes de travail et invités à participer à la prise en charge, y compris sur le versant des enjeux professionnels, par exemple en prolongeant un arrêt de travail, en demandant une reprise à temps partiel, en faisant les démarches pour que l'arrêt soit pris comme rechute d'accident du travail.

Cette densité des contacts avec les médecins traitants explique probablement la fréquence avec laquelle elle voit les salariés en visite de pré-reprise. En effet, ce type de visite ne dépend pas du médecin du travail mais de la demande du salarié lui-même, de son médecin traitant ou du médecin conseil de la sécurité sociale.

Lorsqu'elle s'adresse en retour au chef d'entreprise, le médecin de l'entreprise de tissage mentionne systématiquement dans son courrier : « *Je vois, ce jour, en visite de préreprise, à la demande de son médecin traitant, Mme X* ». Ce n'est donc pas de sa seule initiative qu'elle intervient. Elle exprime une exigence plus large portée d'un côté par le corps médical, de l'autre par les exigences réglementaires en matière de maintien ou de retour à l'emploi.

Dans un des cas rapportés, alors que l'employeur ne croit pas à la vérité du motif médical allégué pour justifier la demande de reclassement, il faut que la salariée soit opérée pour que le patron réalise le sérieux de la situation et change sa position.

Sur ce versant, la problématique est globalement la même que dans le cas du médecin de l'entreprise de découpe : la majeure partie des actions les plus concrètes part de la consultation et du repérage des atteintes à la santé qui, manifestement, fondent la légitimité de l'intervention en l'absence de l'émergence d'une demande exprimée par la direction. Simplement, le médecin est, dans le cas du tissage, en face d'une direction mieux campée sur ses positions ; elle est obligée de déployer une mobilisation médicale plus large et une pression plus forte pour obtenir les adaptations nécessaires. A l'inverse, elle bénéficie d'un aspect favorable du caractère très traditionnel et très dense des relations sociales dans l'entreprise : le licenciement n'est pas considéré a priori comme la solution aux problèmes d'adaptation du personnel.

Il reste cependant, dans le cas du tissage comme dans celui de la découpe, toutes les questions qui, au-delà de l'adaptation de la situation de tel ou tel salarié en difficulté, concernent l'organisation du travail. Les deux médecins mettent en scène un souci commun : celui de trouver des alliés au sein des échelons hiérarchiques intermédiaires. Le médecin de l'entreprise de découpe décrit comme un moment favorable la période où il y a eu, dans l'entreprise, un chef d'atelier chargé de la qualité. Le médecin de l'entreprise de tissage, quant à elle, a développé une partie de son action pour stabiliser la position du responsable de l'ourdissage. Dans les deux cas, la relation se construit avec une tonalité différente de ce qu'il est possible de développer avec l'employeur. Vis-à-vis de l'employeur, le médecin du travail apparaît comme une source de contraintes et de problèmes. Au contraire, le récit des deux médecins montre que les responsables de la production sur le terrain et le médecin du travail peuvent se trouver dans une position de soutien réciproque, des problèmes de même nature étant très généralement susceptibles d'avoir des conséquences en termes de production comme en termes de santé.

Enfin, Le médecin de l'entreprise de tissage inscrit son activité dans le cadre d'une théorie de l'action et de ses liens avec la santé, héritée de la psychodynamique du travail, de la clinique de l'activité et de la clinique médicale du travail. Dans cette perspective, santé et développement du pouvoir d'agir sont des notions interchangeables. La difficulté du médecin à négocier directement les transformations nécessaires de l'organisation du travail est donc retournée positivement. Le médecin ne peut pas agir directement sauf à perturber délibérément les équilibres sociaux ; en revanche il peut, à partir de sa position d'extériorité, soutenir la réflexion et l'élaboration des différents acteurs. Dans tous les exemples de prise en charge individuelle, le médecin de

l'entreprise de tissage s'efforce de mettre les salariés en position d'exprimer et de soutenir eux-mêmes leurs points de vue, elle-même se tenant en arrière plan dans une position qui vise principalement à rendre sensible les enjeux médicaux. La même stratégie est développée lorsque se présentent des problèmes d'organisation du travail touchant un secteur entier. L'exemple de l'action à l'ourdissage illustre la façon dont une assistance à la reconstruction des capacités à penser la situation et à en débattre transforme de fait l'organisation.

La façon dont le médecin de l'entreprise de tissage traite l'intervention dans l'atelier est caractéristique de cette position : l'étude de poste est donnée comme un semblant, un prétexte pour assurer la présence dans l'atelier et parler avec les différents acteurs. Non pas tant pour obtenir de l'information que pour les aider à élaborer et à formaliser leurs propres analyses.

Manifestement, ce type d'approche permet au médecin d'acquérir une connaissance extrêmement fine du travail, de ses contraintes, de ses dilemmes et de ses contradictions.

Enfin, il faut noter que cette problématique qui consiste à partir de l'activité des acteurs et à tenter de la développer est aussi présente en filigrane chez le médecin du bâtiment à travers le souci de favoriser la transmission des savoir-faire de prudence entre salariés. Cette orientation qui correspondait à sa sensibilité et à son expérience professionnelle (son expérience de mère de famille, dite-elle aussi) n'a été qu'ébauchée. Le contexte de l'opération ne s'y prêtait manifestement pas.

Au premier abord, le médecin du bâtiment et celui de l'entreprise textile occupent deux positions opposées quant à la façon de considérer les places respectives de la clinique médicale et de l'intervention sur le terrain. La première met tous ses espoirs dans l'activité extérieure au cabinet médical. La seconde développe au maximum la dimension spécifiquement médicale, aussi bien dans ses dimensions médico-administratives qu'en matière de soutien et d'accompagnement des individus. Le médecin de l'entreprise de découpe occuperait une position intermédiaire, développant un travail spécifique de clinique médicale du travail, mais assurant en même temps, dans l'entreprise une fonction de conseil en hygiène et sécurité.

Il faut cependant noter qu'au-delà des différences de pratiques, le médecin du bâtiment et celui de l'entreprise textile se retrouvent sur un point : il y a des dimensions qui échappent à l'action préventive telle qu'elle peut être développée au niveau de l'entreprise. Le médecin du bâtiment considère qu'une partie des déterminants des mauvaises conditions de travail dépassent les capacités d'action des directions et relèveraient d'interventions à un tout autre niveau. De façon similaire, le médecin du textile considère qu'il y a des TMS d'usage qui renvoient à des caractéristiques structurelles de l'activité et d'autres, liées à des perturbations de l'organisation du travail, qui, seules, sont accessibles à la prévention. Toutes deux à partir de situations très différentes attirent l'attention sur le fait qu'une part des mesures préventives nécessaires dépassent les possibilités d'action du service de santé au travail et imposeraient des actions à un niveau supérieur (branche, pouvoirs publics).

La discussion permet aussi de discerner, dans la relation à la clinique, une proximité potentielle plus importante qu'il n'y paraît au premier niveau de l'analyse. En effet, le médecin du bâtiment explique qu'elle suit les salariés en difficulté, qu'elle les revoit et que le temps qu'elle y passe lui est reproché. Nous l'avons vu, ce qu'elle fait dans ce temps clinique n'a pas été exploré. Mais il apparaît qu'elle est soucieuse de la transmission aux salariés de l'expérience des aînés. Cette perspective s'inscrit dans la continuité de son expérience de promotion de la santé dans le cadre

de l'éducation nationale. Or, derrière la transmission de l'expérience, comme en matière de promotion de la santé, l'objectif est le renforcement de la prise qu'ont les individus sur leurs conditions de vie et d'exposition aux risques. Il y a donc là un élément de proximité avec le médecin de l'entreprise textile qui met l'action des salariés au centre de ses préoccupations.

Ce constat permet de repérer un élément dissonant : le médecin affirme que le travail d'observation et d'analyse de l'activité des plâtriers-peintres n'a pas accru ses capacités d'intervention auprès des directions et n'a pas modifié ses modalités de travail avec les salariés en consultation. Or ce type d'action au plus près de l'activité de production fournit très généralement une quantité de pistes qu'il est possible de retravailler avec les directions, avec les responsables de terrain et avec les salariés, au cabinet et dans l'entreprise, et qui permettent d'accroître la capacité d'action du médecin comme de ses interlocuteurs. L'exemple du médecin de l'entreprise textile le montre : les éléments d'information recueillis sur le terrain enrichissent l'activité au cabinet et réciproquement.

Nous sommes donc conduits à un constat : le médecin du bâtiment se montre soucieuse de la promotion de la santé, c'est-à-dire de la recherche d'un plus grand contrôle des individus sur leur propre santé, et des moyens d'améliorer celle-ci. Elle dispose, d'autre part, d'une quantité d'éléments d'observation susceptibles d'être mobilisés au service d'un tel projet, dans la relation avec les plâtriers-peintre en consultation. Or le lien ne se fait pas. Elle ne parvient pas à enrichir et à valoriser son activité clinique à partir de son travail de terrain.

La comparaison avec la situation des deux autres médecins permet de repérer deux spécificités qui peuvent rendre compte de cette impasse. Il y a, d'une part, nous l'avons évoquée, la pression du patronat du bâtiment en faveur d'une activité clinique limitée à la gestion du lien santé-emploi. Cette pression peut, par elle-même, conduire à considérer que les choses intéressantes et importantes sont ailleurs et donc hors du cabinet. Mais, il y a surtout la question du temps. Les enquêtes sur l'action préventive en entreprise montrent que l'action demande du temps. Il ne suffit en aucune façon de réaliser l'analyse et de prescrire les mesures à prendre. Il faut développer un travail lent d'éducation, de conviction, d'assistance à l'élaboration afin que les différents interlocuteurs s'emparent du problème. Or, les trois médecins diffèrent quant au temps dont ils disposent. Le médecin du bâtiment est la plus mal lotie, avec des effectifs pléthoriques dispersés dans une myriade d'entreprise, qui empêchent tout autant de développer l'activité sur son versant clinique au cabinet médical que de mener des interventions suivies en direction du terrain.

A l'opposé, le médecin de l'entreprise textile bénéficie des meilleures conditions ; elle suit un effectif légèrement supérieur à celui de sa collègue chargée de l'entreprise de découpe, mais elle bénéficie d'un double avantage : l'effectif de l'entreprise est de 180 salariés contre une vingtaine seulement dans l'entreprise de découpe et elle consulte dans un cabinet médical situé au sein de l'entreprise. Cela lui offre une durée et une continuité de présence ainsi qu'une latitude d'organisation plus grande que les deux autres médecins.

L'ensemble donne donc une situation paradoxale : le médecin du bâtiment qui est confrontée aux conditions de travail les plus instables est celle qui dispose du moins de temps, alors que le médecin de l'entreprise textile qui suit l'entreprise la plus stable est celle qui a les plus grandes facilités en matière de temps, le médecin de l'entreprise de découpe occupant, là encore, une position intermédiaire.

Cette analyse permet aussi de situer le style d'action du médecin de l'entreprise de découpe. La faiblesse de la direction est à l'origine d'une profusion de perturbations. Celles-ci ouvrent de

larges espaces de développement à une action préventive qui articule des investigations cliniques, éventuellement approfondies comme dans les cas du travail avec les deux sœurs, et des interventions relevant de l'hygiène et sécurité la plus classique.

Il apparaît donc que les formes de médecine du travail les plus conformes à la doctrine⁶ apparaissent particulièrement adaptées à un certain type d'entreprise disposant d'une direction fragile mais bénéficiant d'une certaine stabilité temporelle et géographique. Le coup de sonde que nous avons effectué alerte sur le fait que des secteurs importants imposent des adaptations considérables des modalités de la prévention.

Ces trois modalités très différentes de développement de l'activité du médecin du travail ne peuvent pas être ramenées simplement à des différences de style et d'orientations personnelles. S'il y a bien trois genres différents, ils correspondent à des situations elles-mêmes très différentes quant au niveau de structuration du milieu, à la pression exercée par le patronat sur l'organisation du service de santé au travail, et aux moyens dont dispose le médecin.

⁶ La doctrine fait ici référence à l'idée d'une activité articulant de façon harmonieuse consultations au cabinet et tiers temps sur le terrain.

De l'activité des médecins du travail à la réforme du système

Nous avons présenté trois modes de développement de l'activité du médecin du travail, correspondant à trois situations différentes. Ce coup de sonde ne prétend pas à l'exhaustivité. Il vise seulement à stimuler la réflexion et la discussion en attirant l'attention sur la diversité et la complexité des situations et des pratiques. Il est motivé par le fait que la plupart des gens n'ont qu'une idée très approximative de ce que font réellement les médecins du travail. Les discussions sur la réforme mettent en scène des discours très généraux, insuffisamment nourris d'analyses précises des ressorts réels de l'action en milieu de travail, et qui témoignent le plus souvent de conceptions très naïves de la prévention.

Les éléments rapportés sur l'activité des médecins peuvent permettre de mieux appréhender, au delà des discours, ce qui a des chances d'être développé par la réforme et ce qui va être réduit ou fragilisé. Il faut pour cela exposer les grandes lignes de cette réforme.

1°) Logiques de la réforme

L'orientation donnée à la réforme du système est le résultat de deux dynamiques convergentes, portées par le patronat d'un côté, par les pouvoirs publics de l'autre.

a – Les enjeux pour le patronat

Du côté du patronat, deux lignes s'affrontent concernant les évolutions nécessaires du service de santé au travail. Pour une fraction, il faut abandonner les services et confier les tâches de contrôle médical, auxquelles le patronat s'est montré attaché depuis les premières années du XXe siècle, aux médecins généralistes. Dans l'état actuel, ce projet est socialement et politiquement irréalisable. C'est donc un projet alternatif qui prévaut, porté par le patronat des services de santé au travail : il faut maintenir les services et assurer le pouvoir de direction sur leur fonctionnement. Cet objectif est affirmé comme l'enjeu central de la réforme dans les documents du CISME⁷ :

« Les missions des acteurs de la santé au travail n'ayant de sens qu'à travers les Missions et le Pouvoir de Direction des Services eux-mêmes, ceux-ci constituent de fait la pierre angulaire de la réforme à venir »⁸.

Or, le pouvoir de direction se heurte à un obstacle : l'indépendance technique des médecins du travail, garantie par la loi. Affirmer le pouvoir de direction impose de réduire le poids des médecins du travail. C'est dans cette perspective que les employeurs ont développé le thème de la pluridisciplinarité. Celle-ci présente en effet tous les avantages : intégrer des professionnels plus éloignés de la pathologie et dépendants à la fois de la demande des employeurs et des orientations des directions de services. La perspective est explicitement celle du service aux entreprises :

⁷ Cisme : Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprises, association regroupant les directions des services interentreprises de médecine du travail.

⁸ Rappel des principes défendus par le cisme - Dernière version - 26 novembre 2008. Passage repris par G. Paillereau, Délégué Général du CISME au Congrès de GIT, le 11 juin 2009 - <http://www.git-france.org/fichiers/gre11GP.pdf>.

« *Ce qui est bon pour les entreprises est bon pour le CISME. Comment le CISME qui a vécu dans la dualité ambiguë Entreprises/Médecins va pouvoir prendre en charge le souci des entreprises. Par un remodelage et non un sabotage. [...] Proposer un service : plus global (la santé) ; à la carte ; plus flexible ; comprenant plus d'options, mais composé de : moins de médecins ; plus d'infirmières ; plus d'ergonomes ; plus de service social* ». ⁹

Le déplacement des médecins vers les IPRP (intervenant en prévention des risques professionnels) permet d'orienter l'activité vers le service aux entreprises dans la mesure où il réalise une « *technicisation de la prévention* » ¹⁰, la question de l'orientation politique étant déportée au niveau des directions.

Blandine Barlet souligne que la fragilité du statut de ces nouveaux acteurs ne les met pas en position de résister à la pression des directions de services. Le risque pour eux est de devoir se focaliser sur les activités « *facturables* » et « *nobles* » dans le cadre d'une orientation qui promeut non seulement une technicisation mais une « *marchandisation* » de la santé au travail. Elle observe ainsi sur le plateau technique d'un service de santé au travail, la mobilisation des ergonomes et des psychologues sur les prestations « *bilan de compétence* » et les formations « *gestes et postures* » ¹¹.

Le projet vise à faire des directions des services interentreprises de médecine du travail, qui sont, il faut le rappeler, des représentants du patronat, des acteurs assurant le pilotage de la santé au travail au même titre que les directions des CRAM (aujourd'hui CARSAT) ou des ARACT. Cet objectif est clairement exprimé par Le CISME :

« *Confier aux SIST des Missions et un Pouvoir de Direction mettant leurs organes de direction en situation de s'engager sur des projets de Service avec des équipes pluridisciplinaires dont le médecin du travail serait le pivot, et ce, en partenariat avec les autres institutions de prévention (CRAM, ARACT, OPPBTP...)* » ⁸.

Dans cette perspective, rien ne s'oppose à ce que le médecin soit le pivot de l'équipe pluridisciplinaire puisque son action serait déportée sur un terrain non spécifiquement médical, et soumise à l'autorité du « *Pouvoir de Direction* ».

Evidemment, dans cette perspective, la déclaration de maladie professionnelle n'a pas bonne presse ; l'évolution du système correspond à la recherche par les employeurs d'une « *politique de prévention, qui permettrait de réduire les risques dans l'entreprise sans risquer de mettre en*

⁹ CISME, Avenir de la médecine du travail. Rapport du groupe de réflexions sur l'avenir de la médecine du travail, avril 1987. Cité par Pascal Marichalar : La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) Politix, 23-91/2010, 27-52.

¹⁰ Gabrielle Lecomte-Ménahès : la réforme de la médecine du travail : une technicisation de la prévention au sein des services de santé au travail. Colloque Organisation, gestion productive et santé au travail, GRIS, Rouen, 16 décembre 2010.

¹¹ Blandine Barlet : les enjeux de l'ouverture pluridisciplinaire des services de santé au travail : l'exemple de la prévention des risques psychosociaux. Colloque Organisation, gestion productive et santé au travail, GRIS, Rouen, 16 décembre 2010.

péril leur responsabilité »¹².

Ce que confirme B. Barlet lorsqu'elle évoque les positions des partisans de la réforme proposée par le ministère :

« Les logiques archaïques de reconnaissance et de réparation (qui reposent sur les antagonismes sociaux entre salariés et employeurs) sont opposés à une logique de prévention qui permettrait de dépasser les clivages entre les partenaires sociaux en une démarche fédératrice de collaboration. Le médecin est alors encouragé à collaborer avec les intervenants pluridisciplinaires. »¹³

Il resterait néanmoins au médecin, sur le temps spécifiquement médical qu'il arriverait à conserver, la fonction à laquelle tiennent les employeurs : la sécurisation judiciaire de la relation santé-emploi (gestion de l'aptitude et de l'inaptitude).

b – L'orientation des pouvoirs publics

Du côté du ministère du travail, les préoccupations apparaissent liées au traumatisme qu'a constitué l'histoire de l'amiante. En 2004, le conseil d'état a déclaré que la responsabilité des autorités politiques et des membres de la haute fonction publique pouvait être mise en cause devant les tribunaux en raison de leur carence fautive à prendre les mesures de prévention nécessaires face aux risques professionnels. La sensibilité des autorités à la prévention des risques professionnels s'en est trouvée stimulée. La nécessité de rompre avec les compromis coupables de la période antérieure a été affirmée.

Le cours antérieur était en effet très particulier. Ainsi, lorsqu'en 1977, les pouvoirs publics fixent, comme limite d'exposition aux fibres d'amiante le taux de 2 fibres par centimètre cube, il est scientifiquement établi que ce taux ne protégera pas les travailleurs contre les cancers de l'amiante. Un rapport du BIT de 1973, résultat d'un séminaire international associant chercheurs et représentants du patronat de l'amiante, avait tiré la sonnette d'alarme sur ce point. Les employeurs français ont donc été légalement autorisés à exposer leurs salariés à des concentrations de fibres dont on savait qu'elles tueraient une proportion significative de ces derniers.

Parallèlement, la mission assignée aux médecins du travail s'apparentait à une médecine militaire chargée de sélectionner les salariés qui monteraient au front. Le décret de 1977 prévoyait qu'aucun salarié ne pourrait être exposé *« sans une attestation du médecin du travail constatant qu'il ne présente pas de contre-indication aux travaux l'exposant à l'inhalation de poussières d'amiante »*¹⁴

¹² Pascal Marichalar : Quand le patronat modifie la médecine du travail. L'action du CISME depuis la loi de "modernisation sociale" de 2002, *Colloque "Organisation, gestion productive et santé au travail"*, GRIS, Rouen, 17 Décembre 2010.

¹³ Blandine Barlet : Les enjeux de l'ouverture pluridisciplinaire des services de santé au travail : l'exemple de la prévention des risques psychosociaux. *Colloque Organisation, gestion productive et santé au travail*, GRIS, Rouen, 16 décembre 2010.

¹⁴ Décret n° 77-949 du 17/08/77 relatif aux mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements où le

L'action des médecins du travail était ainsi verrouillée au nom d'une approche de la prévention par l'« *orientation biologique de la main d'œuvre* »¹⁵, reliquat de conceptions révolues de la santé et des relations sociales.

Cette conception du rôle du médecin du travail a été réaffirmée par le décret du 1^{er} février 2001. A nouveau, il était inscrit dans le code que l'on ne pouvait exposer un salarié à des produits cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, si le médecin du travail ne fournissait pas un certificat d'absence de contrindications médicales.

Face aux protestations, la Direction du Travail puis le Conseil d'Etat soutinrent que le rôle du médecin du travail consistait à repérer les salariés présentant un sur-risque sur la base d'éléments « *d'ordre génétique, comportemental ou historique* »¹⁶.

Evidemment, la tâche ainsi assignée était absurde, sans fondements scientifiques, socialement inapplicable et éthiquement intenable. Très éloignée de la vision qu'ont de leur métier la majorité des médecins du travail¹⁷.

Les avancées de la législation européenne et la bataille menée par les victimes de l'amiante ont permis de balayer l'attitude laxiste vis-à-vis des expositions.

En revanche lorsqu'il s'est agi de tirer les leçons de ce drame, il est apparu plus économique de considérer, non pas que le dispositif légal avait paralysé l'action préventive et que les pouvoirs publics s'étaient gravement compromis avec le patronat de l'amiante, mais que les médecins du travail n'avaient pas fait leur travail¹⁸. D'où la nouvelle orientation : l'activité au cabinet médical a montré sa faillite ; il faut recentrer sur l'action sur le milieu de travail.

Ce changement de cap est un leitmotiv des pouvoirs publics dans ce domaine :

*« Il faut donner la priorité à l'action en milieu du travail, en engageant des actions de prévention collectives et en mettant l'accent sur l'exercice de la santé au travail dans le cadre pluridisciplinaire de l'équipe de santé au travail »*¹⁹.

Il faut :

« ...redéployer l'activité du médecin du travail vers le milieu de travail, ce qui lui permet

personnel est exposé à l'action des fibres d'amiante.

¹⁵ Terme mis en circulation par l'institut Carrel sous l'occupation et utilisé jusqu'au début des années 80 pour caractériser l'action attendue du médecin du travail.

¹⁶ Conseil d'Etat statuant au contentieux N°231869/236838 – Séance du 16 septembre 2002. Lecture du 9 octobre 2002.

¹⁷ L'obstacle le plus solide est l'absence de critères biologiques valides permettant une sélection à l'embauche, mais le débat ressurgit dans la profession lorsque des indicateurs sont proposés. C'est le cas actuellement sous l'effet du lobbying mené par les laboratoires qui produisent les kits de dépistage des toxicomanies.

¹⁸ L'auteur de ces lignes était lui-même médecin du travail à la fin des années 70 et confronté à l'exposition des travailleurs à l'amiante. Agir sur cette situation n'était possible qu'en sortant du cadre professionnel. Le problème n'était pas d'appliquer ce que la loi prescrivait mais de changer la loi. Cette position n'était soutenue à l'époque que par un très petit nombre de personnes proches d'Henri Pézerat.

¹⁹ *Axes de la réforme présentés par le Ministre du travail Xavier Darcos au Conseil d'orientation des conditions de Travail*, Vendredi 4 décembre 2009. Téléchargeable sur le site du Ministère du travail.

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 »²⁰.

Ce mouvement conduit à un très singulier chassé-croisé.

Pendant toute la période de développement industriel, les salariés étaient exposés à des risques majeurs, par exemple le risque cancérogène de l'amiante. Sur ce type de risques l'activité médicale est sans effet. Voir les salariés en consultation ne peut en aucune façon les protéger contre des pathologies qui surviennent des décennies après l'exposition. Il aurait fallu agir sur les conditions de travail.

Mais la situation a changé. Les grands risques relevant de l'hygiène industrielle ont reculé. Des phénomènes nouveaux, liés à la crise du travail, sont venus au devant de la scène : une épidémie de troubles musculo-squelettiques et une explosion des manifestations de souffrance psychique. Ces nouvelles pathologies inversent totalement la donne. La prévention ne peut plus consister à désigner un facteur évident qu'il suffirait de contrôler. Alors que la surveillance médicale ne pouvait rien contre les ravages de l'amiante, l'approche clinique de ces nouvelles pathologies constitue un élément majeur pour la mise en place de mesures de correction et de prévention. D'autre part, dans ce nouveau contexte, les salariés ne s'expriment qu'avec beaucoup de réticences dans l'atelier ou le bureau. Ce point est illustré ici, dans le cas de l'entreprise de découpe, par l'ouvrière qui développe une pathologie invalidante et qui, pourtant, ne sait pas si elle a le droit de dire qu'elle a mal, au moment où le médecin du travail passe dans l'atelier pour voir les postes de travail. Dans de nombreuses situations, le cabinet médical est aujourd'hui le seul endroit de l'entreprise où les salariés ont le sentiment de pouvoir s'exprimer sans trop de risques. Et encore, ne le font-ils souvent qu'en demandant expressément au médecin de ne rien dire et de ne rien faire. Dans ces conditions, construire la prise en charge du problème exige une attention aigüe aux points de vue des uns et des autres, ce que met bien en scène le médecin de l'entreprise textile, et la mise en œuvre d'investigations cliniques visant à repérer les enjeux subjectifs du travail comme dans le cas de l'histoire des deux sœurs.

Nous sommes donc en présence d'une séquence historique paradoxale. Lorsque les salariés étaient exposés à des risques massifs qui auraient imposé des mesures collectives de prévention en milieu de travail, les médecins du travail ont été sommés de ne s'occuper que de suivi individuel. Puis, lorsque sont apparues des manifestations de souffrance qui s'exprimaient sous des formes très individualisées et qui appelaient des investigations cliniques approfondies et beaucoup de doigté dans la prise en charge, il est apparu urgent, au nom de l'expérience de la période antérieure, de faire sortir les médecins de leurs cabinets médicaux.

La seule constante repérable dans cette affaire est la tendance à paralyser le système de santé au travail.

c – L'aboutissement : la loi du 9 juillet 2011

La conjonction entre la logique du patronat (affirmer le pouvoir de direction sur les services) et celle des pouvoirs publics (recentrer sur l'action en milieu de travail) est mise en forme par la loi

²⁰ Sénat : Réponse de M. le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville publiée le : 04/02/2010, page 264.

n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Ce texte est la reprise, dans le code, de la quasi totalité des objectifs mis en avant par le CISME.

Jusque là le patronat assurait la responsabilité des dimensions gestionnaires et administratives des services de santé au travail. Le code leur offre désormais l'autorité sur l'orientation et la mise en œuvre de la prévention.

Le 9 juillet 2011, le site web de l'Union Pour les Entreprises des Bouches du Rhône (UPE 13) titrait « *Réforme de la médecine du travail : Nous avons gagné !* » et mettait ce succès au crédit de « *l'importante mobilisation du MEDEF et de l'UPE 13 auprès de nos parlementaires* ».

Du côté des politiques, le mouvement est tout de même singulier. La réforme est sensée tirer les leçons des défaillances passées et particulièrement du drame de l'amiante. Or, un des problèmes majeur dans cette affaire est que les pouvoirs publics s'en sont remis au patronat de l'amiante qui prétendait assurer un usage contrôlé de ce dangereux matériau. Il est singulier que la volonté de réorienter la prévention vers le milieu de travail les amène à confier, à nouveau, les clés du dispositif aux employeurs.

Le chemin qu'empruntent les pouvoirs publics comporte manifestement de profondes ornières dont il est difficile de sortir.

2°) L'exemple du Québec

Au cours de ce travail, la rencontre avec la partie québécoise a permis de constater l'existence de débats et de conflits de logique très voisins de ceux que nous évoquons. Simplement, l'orientation prioritaire vers le milieu de travail y a été décidée il y a plus de trente ans. Il est donc instructif d'examiner comment l'affaire a évolué.

En 1979, le Parti québécois a donné une très forte impulsion à la politique de santé au travail en créant un ensemble de services de santé au travail intégrés au réseau de santé publique. Il s'agissait de rejeter l'approche médicale individuelle, réduite, selon l'exemple français de l'époque, à la détermination de l'aptitude et à un suivi d'indicateurs biologiques peu efficaces en matière de prévention, pour promouvoir « *l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs* ». Là aussi, les pouvoirs publics étaient influencés par le problème de l'amiante.

« Le parti pris pour l'approche de la santé publique a été fortement influencé par les travaux du Comité d'étude de la salubrité dans l'industrie de l'amiante (1976) qui défendait l'amélioration des conditions de travail, l'élimination des dangers à la source et la population. Ce comité était en fait une commission d'enquête instituée par le gouvernement à la suite de revendications ouvrières liées à de graves incidents résultant de conduites répréhensibles de certains employeurs et de médecins d'entreprise »²¹.

Cette impulsion contribue à ce que, encore aujourd'hui, le Québec soit régulièrement cité en exemple.

L'étude réalisée dans le cadre de cette recherche par D. Prud'homme, M. Bellemare et G. Baril-

²¹ R. Plante, L. Bhérier, M. Vézina : Comment protéger la santé des travailleurs dans un système qui ne repose pas sur les notions d'aptitude et d'inaptitude ? Pistes, 12, 1, février 2010.

Gingras permet de se faire une idée assez précise de la façon dont le système de santé public prend en charge les questions de santé au travail et en particulier les TMS.

Le dispositif d'intervention repose sur des équipes pluridisciplinaires (64 équipes) constituées en général d'un médecin, d'une infirmière et d'un technicien. L'intervention est déclenchée soit par une demande de l'entreprise, soit sur la base du constat par l'organisme assureur – la CSST – d'un nombre élevé de pathologies. Elle se déroule selon un protocole en quatre étapes :

1. Evaluation des risques
 - bilan lésionnel par consultation des données statistiques de la CSST,
 - présentation des missions et des prérogatives de l'équipe de santé au travail à la direction et aux représentants du personnel,
 - recueil de données générales à partir d'un questionnaire intitulé « connaissances préalables »,
 - évaluation de la perception des TMS par l'employeur et les représentants du personnel,
 - visite de l'établissement,
 - photos, séquences filmés et questionnaires sur les douleurs ressenties, aux postes repérés comme posant problème,
 - analyse du matériel recueilli, éventuellement avec l'aide d'un ergonome,
 - élaboration d'un programme de prévention indiquant les mesures à prendre.
2. Retour à l'entreprise
 - présentation du programme à l'employeur et aux représentants du personnel,
 - séances d'informations auprès des travailleurs concernés.
3. Soutien éventuel à la mise en œuvre.
4. Suivi des résultats.

Les éléments d'information disponibles attirent l'attention sur deux caractéristiques de ce dispositif susceptibles de faire débat. Le premier point concerne la place de la clinique, il ouvre sur une discussion dont les termes sont un peu confus dans la mesure où les médecins québécois ont tendance à entendre par approche clinique une problématique limitée à l'orientation biologique de la main d'œuvre, alors que les défenseurs de la clinique en France, se situent justement en rupture par rapport à cette tradition qui a profondément marqué l'histoire de la médecine du travail. Le second point est beaucoup plus clair, avec des résonances assez évidentes entre la situation québécoise et la situation française, il concerne la place occupée par le patronat dans le dispositif.

a) La place de la clinique

Le premier point concerne la pertinence des recommandations. Celles-ci sont élaborées en salle à partir d'une investigation sommaire, car focalisée sur les contraintes biomécaniques. Il y a bien le secours possible de l'ergonome, mais ceux-ci sont très peu nombreux (2 pour 65 médecins ?) et leur contribution consiste à épauler et former les équipes, beaucoup plus qu'à mener des analyses ergonomiques. Nous retrouvons ainsi le risque de spécifications techniques générales, issues des brochures consacrées à la prévention des TMS, donc nécessairement plus ou moins inadaptées.

Le dispositif a été conçu pour l'intervention sur des risques objectifs, mesurables (d'où la présence, dans l'équipe d'intervention, d'un technicien chargé des prélèvements et mesures). Il n'est pas certain que la logique d'hygiène industrielle soit adaptée à des pathologies qui, comme les TMS, concernent plus ou moins directement l'organisation du travail.

Cette interrogation peut être rapprochée d'une remarque que font les auteurs : dans le schéma en quatre étapes, les équipes doivent s'assurer que les actions préconisées ont bien été mises en œuvre et que les facteurs de risque ont été maîtrisés. En réalité, Prud'homme et ses collègues notent :

« les équipes sont tenues de réaliser les deux premières étapes, soit l'évaluation des risques et les séances d'information ».

Le suivi et le contrôle des préconisations restent au niveau de la théorie. Cela ne témoigne certainement pas d'une grande confiance des équipes dans le caractère applicable de leurs préconisations.

Il semble cependant que le ressort de l'efficacité du dispositif ne soit pas exactement recherché du côté la mise en œuvre des mesures techniques préconisées. Il serait moins lié à la valeur des préconisations qu'à la façon dont les discussions, à l'occasion des rencontres et des réunions d'information, sollicitent la capacité des intéressés à inventer des solutions.

C'est ce qu'indiquent deux médecins intervenant dans ces équipes :

« Bien informés et supportés par des services de santé compétents et indépendants, les employeurs et les travailleurs trouveront, ensemble, les meilleures façons d'assainir les milieux de travail et d'éliminer les dangers à la source s'ils sont encadrés par une réglementation appropriée ; telle est la prémisse principale sur laquelle repose la Loi sur la santé et la sécurité du travail »²².

La précision est importante. On ne se situe plus dans un registre instrumental où l'équipe de santé au travail prescrit des aménagements dont elle vérifiera l'application avec, en arrière fond, la menace de l'appel à l'inspecteur de la CSST. L'intervention vise à instruire un problème selon des modalités qui sollicitent le pouvoir d'agir des intéressés. On est donc loin de la séquence telle que l'imagine le ministre français du travail : le médecin va sur le poste, il observe les risques et il indique les mesures à prendre.

Dans le même ordre d'idée, Prud'homme et ses collègues signalent que l'intervention de l'équipe donne des résultats beaucoup plus satisfaisants lorsqu'elle est déclenchée par une demande en provenance de l'entreprise plutôt que par une alerte sur la base des statistiques de la CSST. Ce constat est une autre façon de mettre en doute l'efficacité d'une vision purement, technique, instrumentale, prescriptive de la prévention. Il met l'accent sur l'importance du travail d'élaboration du côté des acteurs eux-mêmes. Or, l'assistance au développement de la capacité des acteurs à penser, débattre et agir, est le domaine des approches cliniques du travail, et plus spécifiquement pour les médecins, de la clinique médicale du travail, qui sont précisément les orientations menacées, en France, par la technicisation et la marchandisation de la santé au travail.

De fait, les positions exprimées sur la clinique médicale par les médecins québécois sont ambiguës. L'attachement fort à un dispositif orienté sur la maîtrise des risques, est réaffirmé mais avec en même temps une ouverture vers la clinique :

²² Robert Plante et Luc Bhérier, La médecine du travail au Québec : une pratique de santé publique. Santé, société et solidarité, numéro 2,2 1006, page 15-21

« Cette démarche clinique demeure pourtant nécessaire et des services de consultation spécialisées en médecine du travail ont été développés par le réseau de santé publique dans quelques régions »¹⁶.

La position évoque la recherche d'une articulation entre l'approche de type « hygiène industrielle » et une approche clinique du travail :

« Il faut développer encore d'avantage, bien sûr, l'art d'entendre la parole des travailleurs, des employeurs et de leur représentants, mais aussi les habiletés requises pour influencer l'assainissement des conditions de travail »¹⁶.

La difficulté, pour nos auteurs québécois, tient manifestement au fait qu'ils doivent résister à des pressions qui tendent à dévoyer la clinique et à ramener les médecins vers des activités sans valeur préventive. Ils sont en effet confrontés à des tendances inverses de celles qui avaient conduit à la loi de 79, qui mettent en avant un équivalent des formes les plus racornies du dispositif français. Ainsi, en 1995, le Conseil d'administration de la CSST a adopté un règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines qui prévoyait que

« L'employeur ne peut embaucher un travailleur aux fins de lui faire exécuter un travail visé à l'article 2 à moins que ce dernier, conformément au présent règlement, n'ait subi un examen de santé pulmonaire de préembauche et ne détienne un certificat de santé pulmonaire. »¹⁶

Cela conduit les trois médecins déjà cités à publier, en 2010, un texte titré « *Comment protéger la santé des travailleurs dans un système qui ne repose pas sur les notions d'aptitude et d'inaptitude ?* »¹⁸. Le fait de poser cette question montre qu'il est difficile pour les médecins de développer une authentique approche médicale des questions de santé au travail sans se voir poussés vers des pratiques d'orientation biologique de la main d'œuvre.

En rester là introduit cependant un facteur de confusion, dans la mesure où aptitude et inaptitude sont évoquées dans le même mouvement. Cet amalgame laisse penser que l'alternative se jouerait entre une authentique clinique médicale du travail et une pratique centrée sur l'aptitude et l'inaptitude. Il faut donc insérer une digression et donner quelques éléments d'explications sur cet épouvantail que constituent les notions d'aptitude et d'inaptitude dans la tradition française, afin de clarifier la discussion avec les collègues québécois. En effet aptitude et inaptitude recouvrent deux logiques très différentes.

Le droit de l'aptitude est une prérogative de l'employeur qui s'impose au salarié. Ses premières formes datent du tout début du XX^e siècle (contrôle médical avant exposition au plomb). L'employeur a le droit de faire vérifier que le salarié n'introduit pas, dans l'entreprise, des pathologies ou des susceptibilités qui le conduiront à demander ensuite une réparation dans le cadre de la maladie professionnelle. A l'époque, les employeurs et certains scientifiques (dans la suite de Villermé et pendant un siècle) défendent que les maladies professionnelles ne sont pas dues aux conditions de travail mais aux conditions de dégradation physique et morale qui caractérisent l'état d'ouvrier. La responsabilité ne saurait en être imputée aux employeurs. Ainsi, la silicose n'est pas due aux poussières. Il s'agit d'une tuberculose que l'ouvrier a introduite de l'extérieur²³...

²³ Une série de textes sur l'aptitude et son histoire peut être consultée sur le site <http://philippe.davezies.free.fr>

Le droit de l'inaptitude est d'une toute autre nature. Il émerge dans les années 80, dans une perspective de lutte contre les discriminations. C'est un droit du salarié, qui le protège lorsque son emploi est menacé du fait d'un problème de santé et qui est associé à des obligations d'aménagements de poste. Il s'agit donc d'un droit du salarié, qui s'impose à l'employeur.

Dans la perspective de l'aptitude, la position du médecin est surplombante, autoritaire. Elle s'inscrit dans une perspective de gestion de la main d'œuvre. En revanche, le droit de l'inaptitude s'inscrit dans une problématique d'accompagnement individuel. De nombreux médecins du travail considèrent que, sauf cas très particulier²⁴, son usage n'est possible qu'avec le consentement éclairé du salarié.

Le droit de l'inaptitude s'intègre dans une problématique de protection de la santé du salarié. Le droit de l'aptitude ne protège que les intérêts de l'employeur.

Cette étroite proximité rend la situation difficile à comprendre. Les médecins du travail français qui contestent ce droit, attaquent le droit de l'aptitude (repérage et élimination des salariés à sur-risque dans une perspective de médecine assurantielle) mais défendent le droit de l'inaptitude comme obstacle (relatif) à la discrimination. Les salariés ne s'y trompent pas. Ils se méfient de la fonction de détermination de l'aptitude. En revanche, ils sollicitent l'inaptitude lorsque leur situation devient intenable pour des raisons de santé.

Evidemment, la proximité des deux notions constitue un facteur important de brouillage des pratiques.

Au final, il reste qu'au Québec comme en France, la pression à orienter l'activité médicale vers la sécurisation juridique du rapport santé-emploi constitue un obstacle au développement d'une clinique du lien santé-travail.

Dans le cas français, à l'heure actuelle, cette tension se manifeste principalement dans le registre sécuritaire de la pression au dépistage des drogues. C'est dans ce contexte que la loi de juillet 2011 précise que les services de santé au travail ont pour mission de prévenir les toxicomanies.

Enfin, pour clore sur ce point de la place de la clinique, peut-être faut-il ajouter que la question de l'assistance au développement du pouvoir d'agir des acteurs se pose certainement de façon différente au Québec, qui compte 40 % de travailleurs syndiqués, et en France, où les 8 % de syndiqués se traduisent par l'existence de vastes déserts syndicaux et où la fragilisation des salariés réduit considérablement leurs capacités d'expression publique...

b) La place du patronat dans le dispositif

Le deuxième point critique du fonctionnement du système québécois est introduit par la réflexion de Robert Plante et ses collègues lorsqu'ils affirment que des services de santé indépendants encadrés par une réglementation appropriée sont une condition nécessaire pour un débat fructueux sur la prévention dans l'entreprise. S'ils soulignent cet aspect, c'est dans la mesure où, sur ce plan, la situation du système de santé québécois est fragilisée.

En effet, le dispositif de santé au travail prévu par la loi n'a été appliqué, dans un premier temps, qu'à un nombre limité de secteurs. Il devait être progressivement étendu à l'ensemble des

²⁴ Le cas particulier des postes de sécurités, c'est-à-dire des postes qui engagent la sécurité d'autrui imposerait une discussion sérieuse qui n'a pas sa place ici.

travailleurs. Cette extension dépend de la CSST qui a la maîtrise des budgets. Or, cet organisme est dirigé par un conseil d'administration composé d'un président, chef de la direction de la CSST, de sept représentants des employeurs et de sept représentants de salariés. Il s'agit donc d'un système paritaire où, comme dans le dispositif prévu par la loi française sur les services de santé au travail, les salariés sont minoritaires. De ce fait, là où le législateur prévoyait, à terme, 285 médecins du travail pour couvrir tous les établissements comptant 20 salariés ou plus, 65 postes seulement étaient pourvus à la fin des années 2000. Le système ne couvre que 20 % des entreprises et 25 % des salariés. Les syndicats revendiquent sans succès l'application d'une loi pourtant adoptée depuis 30 ans¹⁶. Plante, Bhérer et Vézina le déplorent :

« la CSST a ainsi complètement bloqué le développement des services de santé au travail et empêché le réseau d'atteindre sa maturité »¹⁶.

Ce constat devrait alerter sur le cas français qui confie l'autorité sur les actions préventives à des conseils d'administration à majorité patronale.

3°) Un aperçu des modalités d'action à venir ?

Au final, il faut bien constater que, dans les trois situations que nous avons évoquées, c'est celle du médecin du bâtiment qui semble le mieux correspondre à l'organisation souhaitée par le patronat et les pouvoirs publics :

- au cabinet :

- réduction de la place de la clinique,
- focalisation sur la gestion du rapport santé-emploi au détriment du rapport santé-travail,
- retenue dans l'usage des déclarations de maladies professionnelles,

- à l'extérieur :

- interventions dans le cadre de campagnes, sous la houlette du directeur de service et en lien avec les institutions extérieures, conduisant à des spécifications générales, sans possibilités de construire les conditions sociales des transformations et laissant donc les employeurs libres de mener la chose à leur guise.

En revanche, les principes de la réforme semblent devoir fragiliser les formes d'activité développées par les deux autres médecins.

Le médecin de l'entreprise de découpe construit son intervention à partir du cabinet. Cette attitude est donnée comme dépassée. Elle devrait décentrer son activité vers le milieu de travail. Dans le cas de l'entreprise étudiée, cette évolution n'est pas dramatique. Les conditions et l'organisation du travail sont suffisamment cahotiques pour offrir de larges espaces d'action. Il en va tout autrement dans le cas d'une entreprise structurée, comme l'entreprise textile. Dans un pareil contexte, toutes les approches cliniques du travail invitent à regarder les choses de très près, à ce niveau où l'observation et l'écoute attentive permettent de saisir les potentiels de transformation. Dans ces conditions - le médecin de l'entreprise textile le montre clairement -, l'action ne peut pas consister à prescrire une mesure de l'extérieur. Il y a même quelque chose de ridicule dans le fait d'imaginer qu'un intervenant va pouvoir regarder le poste de travail et expliquer ce qu'ils doivent faire à des personnes qui connaissent infiniment mieux l'entreprise que lui.

Il s'agit plutôt d'aider les protagonistes à élaborer les solutions, non à appliquer des recettes

préfabriquées prescrites de l'extérieur. La problématique est donc aux antipodes de la vision simpliste qui préside à l'orientation de la réforme.

De même, nous l'avons vu, les interventions du médecin de l'entreprise de découpe comme celles du médecin de l'entreprise de tissage sont légitimées par les constats pathologiques faits au cabinet médical. Dans le cas de la seconde, cette légitimation passe même par l'enrôlement des médecins traitants, généralistes et spécialistes. C'est encore une orientation qui est combattue par le patronat. Les animateurs de la réflexion du CISME l'ont clairement exprimé, ils veulent des intervenants moins pathologistes (infirmières, techniciens, assistantes sociales)⁹.

Beaucoup d'éléments permettraient de soutenir que l'efficacité passe effectivement par la discussion avec les individus, beaucoup plus que par la visite des locaux et l'observation des postes, et que, dans l'état de fragilisation des salariés, le huis clos du cabinet médical est un outil irremplaçable pour faciliter cette discussion.

La position est cependant très faible. Parce que dans ce cas, l'action du médecin n'a qu'une visibilité très réduite. C'est justement en raison de ce caractère invisible que les salariés se confient au médecin du travail... Mais, pour la même raison, c'est une position très difficile à défendre dans le débat public.

De toutes façons, les évolutions actuelles tendent à balayer tout cela. En 2008, le médecin de l'entreprise textile surveillait 2200 salariés pour un travail à 80%. En 2011, sous la pression de la pénurie croissante de médecins du travail, elle a dû passer à plein temps et elle suit 3470 salariés. Une telle évolution pousse nécessairement vers un rapport de plus en plus superficiel aux situations de travail comme aux hommes et aux femmes qui les animent. Il est difficile d'imaginer que cela donnera des effets positifs en matière de prévention.

L'action en entreprise du médecin du travail : être dans la relation avec les acteurs ou faire-faire ? le cas de l'étude de poste

Aurélie Landry, Sandrine Caroly, Céline Cholez

Au cours de notre travail de terrain (observations, entretiens) et des échanges entre médecins du travail, nous avons pu constater qu'intervenir en santé au travail dans les entreprises reposent sur la construction de relations avec les acteurs des entreprises. L'activité du médecin du travail s'entremêle avec celles des autres dans l'action de prévention. Ceci le conduit à ajuster ses objectifs et l'usage des moyens d'action aux particularités de l'entreprise, mais aussi des acteurs qui la compose. Nous proposons à travers ce texte d'examiner comment les médecins du travail utilisent le code du travail, ou les données réglementaires sur les limites d'exposition ou encore les normes sur les efforts et postures dans une double préoccupation :

- Prévenir des effets du travail sur la santé pour les salariés concernés (objectif à court et moyen terme)
- Construire ou maintenir des liens avec les acteurs de l'entreprise (objectif à long terme)

Afin d'étudier cette thématique, nous reprendrons les commentaires effectués par deux médecins du travail engagés dans notre projet de recherche. L'analyse de ces commentaires montrera que des controverses professionnelles émergent entre ceux qui mettent l'accent sur la construction de relations avec les acteurs de l'entreprise et ceux qui imposent un peu plus une action. Les échanges montreront notamment une controverse autour de l'usage de la loi « comme levier d'action » entre ceux qui n'osent pas ou s'interdisent cet usage et ceux qui au contraire y ont recours. Au-delà de cette controverse se pose la question de la place du médecin du travail pour accompagner le changement dans les entreprises.

I L'action du médecin du travail en entreprise

1. Les situations analysées

Nous allons analyser comment les médecins du travail cherchent à améliorer une situation de travail suite à une étude de poste ou une visite d'entreprise. C'est-à-dire comment celui-ci argumente pour provoquer un changement dans l'entreprise visant à diminuer l'exposition du salarié à des risques de TMS. Les analyses porteront sur les activités dites de « tiers-temps » effectuées par les médecins du travail : étude de poste, visite d'entreprise, rédaction, recherche documentaire, propositions de solutions, accompagnement des solutions dans l'entreprise.

2. Qu'entendre par « usage de la loi »

Nous entendons par usage de la loi, la façon dont les médecins du travail peuvent rappeler à l'entreprise un ensemble d'obligations légales comme moyens de provoquer un changement

dans la prise en charge des TMS. Ces formes de rappel peuvent être **écrites** : envoi d'un courrier, d'un mail, documentation ajoutée à la rédaction de la fiche d'entreprise ou, **orales** notamment lors de la prise de parole en CHSCT. La rédaction de la fiche d'aptitude à la fin de la consultation individuelle peut également contenir des rappels sur les normes à respecter sur les efforts et postures. Les discussions que nous avons animées autour de la rédaction de l'aptitude montrent comment la responsabilité légale des médecins du travail vis-à-vis du suivi de la santé des salariés les contraint dans la formulation écrite. Mais nous ne reprendrons pas ici le contenu de ces échanges.

II Présentation des médecins du travail et des situations observées

Avant de réaliser les observations, des entretiens ont été réalisés avec les médecins du travail afin de retracer leur parcours professionnels, leur expérience, leur vision des TMS, l'organisation de la consultation médicale et les types d'actions menées avec les entreprises suivies. Des extraits de cet entretien sont repris afin de présenter les médecins observés.

1. Présentation de Anne

Anne a 25 ans de pratique de la médecine du travail. Pendant la formation initiale, elle a effectué des stages en psychiatrie, neurologie dans un service de médecine interne et au service maladies infectieuses auprès d'un responsable de la médecine interne dont la pratique était marquée par un examen individuel proche du patient. Anne a effectué un CES de médecine du travail tout en effectuant des gardes en cardiologie et réanimations (aux urgences). La pratique de la médecine au travail est un choix à la fois personnel et familial, en effet, elle ne se voyait pas seule dans un cabinet de consultation. La pratique de la médecine du travail lui semble plus ouverte : *« on a un contact avec le salarié, mais également avec son environnement. Ce qui peut parfois être mal vécu puisqu'on est parfois sans solution, ce qui procure des frustrations sur le plan thérapeutique, dans cette recherche du « remède ». Il faut savoir faire abstraction de ce qu'on a appris pendant les études de médecine sur la thérapeutique. Le médecin du travail aide le salarié dans une prise de conscience, il n'est qu'en exploration d'une partie de la vie des individus. Le médecin du travail questionne le travail, mais aussi le rapport au travail et donc par là interroge le vécu »*. Anne a toujours travaillé dans ce service inter-entreprise. Sa pratique dans le service a commencé sur le suivi de salariés travaillant en stations (saisonniers principalement).

A propos des TMS, le médecin n'a pas suivi de formation particulière par rapport à la problématique TMS. Elle a suivi des formations sur la souffrance au travail et le risque chimique. Les troubles psychosociaux étant difficilement dissociables des TMS d'après Anne, les éléments contenus dans la formation souffrance au travail ont pu être utilisés pour aborder certains cas. En effet, Anne déclare : *« il y a en quelques sortes 2 types de TMS qui dépendent des causes principales épidémiologiques :*

- les gestes, les sur-sollicitations biomécaniques,*
- l'environnement psychosocial au travail.*

L'environnement psychosocial au travail est moins évoqué par les salariés, mais majeure grandement les facteurs de risques TMS. Les solutions ergonomiques s'appliquent plutôt bien aux TMS d'origine principale biomécanique. Pour les autres causes, il est nécessaire

d'aborder le salarié dans sa globalité et de comprendre ce qui fait que dans un environnement difficile certains s'en sortent et d'autres pas. »

A propos de **sa pratique** Anne explique que *« en tant que médecin on est formé à vouloir guérir, mais on n'a pas de solution face à toute souffrance, on a une obligation de moyens. Dans l'approche TMS, on peut aller chercher pourquoi il y a des dysfonctionnements dans l'investissement du corps du salarié. Une fois qu'on a trouvé, on peut accompagner la personne dans son contexte de travail. C'est le domaine de l'entretien médico-professionnel. Il faut d'abord recueillir la plainte, et le contexte de la plainte (depuis quand ? qu'est ce qui a provoqué la plainte ? comment elle a d'abord été traitée ?). Puis comment s'exprime la douleur, comment les personnes se débrouillent avec ? A travers l'entretien, le salarié voit peu à peu où se situe le dysfonctionnement et peut commencer à élaborer des réponses. Cela nécessite parfois un arrêt, une restriction, une surveillance médicale particulière. Il est souvent nécessaire de revoir le salarié régulièrement, de reprendre des rendez-vous et de revoir si les choses évoluent sur les lieux de travail. S'il y a une plainte, il y a des choses qu'on peut voir à l'examen clinique, mais dans certains cas, on n'a pas toujours de réalité. »* Anne explique que l'examen médical s'organise des pieds à la tête, comme elle l'a appris, avec une attention particulière sur les endroits où le salarié s'est plaint. D'après elle, il faut donc au minimum 15 minutes, *« ça prend du temps, le faite d'être minuté est stressant, car on ne veut pas faire attendre les autres en salle d'attente. Parfois, le temps nécessaire, dépasse le temps alloué, alors je propose au salarié de reprendre rendez vous pour continuer l'échange. Cela rassure le salarié. »*

Du côté des entreprises le médecin du travail suit actuellement 3 mairies, et beaucoup d'entreprises du tertiaire. Elle a également parmi les entreprises suivies un centre de tri des ordures ménagères. Elle suit 230 à 240 entreprises. *« Toutes les entreprises ne peuvent être vues à travers le tiers temps, d'autant plus qu'il y a des entreprises plus chronophages que d'autres. Ce sont souvent les mêmes entreprises où il y a des problèmes. »* La plus part des entreprises suivies étant d'effectif inférieur à 50 salariés, le médecin interviewé a peu de CHSCT. Pour Anne, les approches organisationnelles sont plus facilement mises en place dans les entreprises privées, les approches études de postes et collectives sont plus facilement adaptées aux mairies.

2. Présentation de Laure

Laure à la fin de son cursus s'est orientée vers la médecine du travail et a choisi comme sujet de thèse les lombalgies en milieu de travail. Elle a donc effectué un CES en médecine du travail. A l'époque de l'obtention de son diplôme, il y avait peu de places en service de santé au travail, ainsi sa première forme d'exercice de la médecine a consisté en la pratique de médecine générale (pendant 10 ans). Puis, elle a intégré un poste dans un service de santé au travail pendant 6 ans. Il y a 10 ans, le Laure a intégré le service actuel.

Le médecin du travail explique que *« les premiers cas de TMS ont été rencontrés à travers des visites médicales. Comme les postes de secrétaires par exemple. Ca a donné lieu à des aménagements simples des postes pour toute une entreprise. D'autres cas de TMS ont évolué vers des aménagements de postes plus conséquents avec l'intervention des Agefiph. »* Le Laure explique que *« bien souvent, l'intervention du médecin du travail se situe en amont du processus : il dirige le salarié vers la CDME pour l'obtention de la reconnaissance travailleur handicapé et bilan... mais les salariés arrivent souvent à la fin de l'arrêt maladie, quand les aides sont coupées, ils sont envoyés par le médecin généraliste ou le médecin conseil au médecin du travail pour déterminer leur aptitude au poste et les possibilités*

d'aménagement du poste. Ceci constitue une possibilité d'action pour le médecin du travail mais trop tardive par rapport à la prise en charge de l'handicap et aux possibilités de reclassement.»

Pour mieux gérer la prise en charge des TMS, le médecin a suivi diverses formations sur « *la charge mentale ou la charge musculaire. Le contenu était organisé sur des éléments de physiologie, sur l'intérêt du questionnaire Karasek, Sigriest pour mesurer la charge mentale. Questionnaires qui pourraient être utiles dans certaines situations, pour faire de l'épidémiologie par exemple. Puis la formation contenait des questionnaires et normes relatives aux TMS : NIOSH, ARACT, qui peuvent être mobilisés pour effectuer des études de poste mais qui sont plus adaptées aux postes du secteur secondaire.* » A propos des difficultés de prévention des TMS, Laure explique que « *la peur des salariés sur les conséquences d'une action ou de l'inaptitude est un frein important des actions réalisables par le médecin. Les limites peuvent être dues au contenu du travail lui-même qui n'est pas facilement transformable. De plus les compétences des salariés souvent spécialisées pour un poste et ça compliquent les possibilités de reclassement. Les directions d'entreprise sont à l'écoute de propositions d'améliorations de poste (quand elles ne demandent pas d'investissements financiers importants), mais concernant l'organisation du travail, il est plus difficile d'initier du changement. Une autre limite concerne le nombre de cas de personnes touchées et le temps donné au médecin pour effectuer des études de postes.* »

Laure explique qu'une **consultation de salarié** dure 15 minutes et « *est organisée de la façon suivante : accueil du salarié, interrogatoire notamment focalisé sur le travail. Prise de notes en même temps qu'on interroge, pour retenir les éléments importants. Quand le salarié évoque un problème de TMS, alors on cherche à savoir comment se passe le travail, mais aussi l'ambiance au travail... L'interrogatoire médical est un protocole clinique courant. L'interrogatoire sur le travail, est basé sur le travail de la personne, il n'est pas forcément systématisé. Si on veut vraiment que la consultation soit utile, il faut aller au fond des choses, et cela prend du temps. Il faut construire un climat propice pour parler, cela prend du temps et parfois dépister les « stratégies de contournement » des salariés. Les salariés ont peur de ce qu'ils disent, ils ne savent pas trop les suites de la visite, et sont craintifs. Ensuite on fait un examen clinique standardisé au salarié.* » Une partie des examens est effectué par la secrétaire médicale : le visio test (systématique), l'audio test (à la demande). Suite à la consultation il peut être nécessaire de faire une exploration fonctionnelle respiratoire ou des ECG. Laure explique que « *la consultation des salariés permet de donner quelques indices sur les risques au poste et fournit des indications pour remplir la fiche d'entreprise. Les salariés se livrent d'autant plus qu'ils sont remontés, que rien ne bouge dans l'entreprise malgré de nombreuses tentatives de leur part.* »

Dans **sa pratique de tiers temps**, Laure explique que des liens directs sont possibles entre médecins généralistes, médecins conseils et médecin du travail. « *Les médecins généralistes sont de plus en plus informés, dans les modules de formation continue, sont intégrés des connaissances sur les Accidents du travail et les maladies professionnelles. Ceci va de pair avec une augmentation de la reconnaissance de l'action des médecins du travail dans le corps médical. Il arrive même que des chirurgiens appellent pour connaître les avantages et inconvénients pour les salariés avant l'opération. Le rôle du médecin du travail dans ce cas, est de rassurer le salarié sur les suites de l'opération, d'informer le salarié sur sa probable inaptitude au poste après intervention.* » Le médecin du travail travaille avec les dispositifs

CDME. Laure explique que le travail avec la CRAM est plus rare, moins fréquent. Lorsque celui-ci est possible « *la CRAM a été un soutien comme dans le cas d'un soudeur afin que l'employeur installe une hôte aspirante pour les vapeurs toxiques. Dans le cas de problématiques de lombalgies, il est plus difficile de construire des projets avec la CRAM qui est plus axée conseils pour des grandes entreprises, ou appartenant au secteur secondaire.* »

Le médecin du travail interviewé suit 3065 salariés en effectif instantané pour 424 entreprises adhérentes. Au début de l'année (2008) 2679 salariés étaient prévus, l'augmentation d'effectifs étant due aux embauches pendant l'année. Les entreprises suivies sont majoritairement des petites entreprises. Le médecin du travail a dans ses adhérents 5 entreprises de plus de 50 salariés dotés d'un CHSCT. Le médecin travaille avec les chefs d'équipe et cherche l'appui des ingénieurs sécurité, elle appelle directement le chef d'entreprise si besoin. Parfois, elle contacte la direction au siège, même si celui-ci n'est pas dans le département de l'entreprise qu'elle suit. Elle fait beaucoup de recherche documentaire pour trouver des solutions d'aménagements (chaise, écran, outils) et pour cela elle consulte les sites de l'INRS ou encore « *bossions futés* ».

« L'étude de poste est importante pour bien connaître le travail, se représenter le métier. Les postes de travail sur écran sont plus facilement améliorables car il existe des normes et références fournies sur le sujet. De plus les transformations sont souvent simples, et ne demandent pas de gros investissements financiers ou le recours à un ergonome ce qui fait que les transformations peuvent être rapidement mises en place. Il s'agit souvent de réorganiser le poste de travail. La fiche d'entreprise permet de renvoyer l'employeur à des documents relatifs à la législation notamment, mais cela prend du temps. »

3. Les visites de postes étudiées

Anne a été observée dans 2 études de poste d'agents d'entretien d'école. Cette visite est inscrite dans une démarche globale : toutes les écoles de la ville vont être visitées. La visite a lieu en groupe pour la mairie : ACMO, responsable sécurité et médecin du travail. Elles donneront lieu à une restitution en CHSCT afin de trouver des pistes de prévention pour ces opératrices. Le projet d'étude du poste des agents d'entretien s'inscrit dans une double démarche :

- connaissance des postes de travail des agents de la commune (études de postes dans les différents services)
- travail de réflexion sur l'usure professionnelle et la prévention des pathologies générées par les contraintes au poste de travail.

L'observation a porté sur le déroulement de la visite, avec une attention sur les questions posées par le médecin aux salariés, les échanges entre le médecin et les membres du groupe de travail. Par la suite le document écrit envoyé aux préventeurs a été analysé, de même que la présentation du travail en CHSCT. Chaque visite a duré entre 1h30 et 2h.

Suite à la validation des observations avec le médecin du travail, nous avons co-construit une trame d'organisation de la visite :

- Arrivée dans l'entreprise avec la fiche précédente d'étude de poste qui va servir de guide,
- Suivi du produit en visitant les lieux de travail
- Identification des risques aux différents postes
- Quantification de la charge de travail :
 - Postures et gestes contraignants et quantification de la fréquence,

- Observation des déplacements et quantification de la distance,
- Observation de la surface à nettoyer, et de son encombrement, de sa répartition par agent,
- Observation des types de sol, des dénivellations...
- Observation des manutentions et quantification,
- Observation des ports de charge,
- Observation de l'environnement de travail (bruit, thermique, vapeurs...),
- Observation des moyens de protection à disposition,
- Observation des lieux de stockage matériel, des déplacements matériel/zone de nettoyage,
- Observation de la situation et accessibilité des points d'eau.
- Questions aux salariés :
 - les horaires de travail
 - Questions sur la répartition des agents aux postes.
 - Le médecin du travail essaie de connaître par l'entretien, les situations de manipulation de produits qui peuvent engendrer des expositions à des risques chimiques (éventuellement consulter les fiches de sécurité des produits),
- Echanges avec le groupe
 - Discussion sur les effets des premiers aménagements effectués (étude précédente),
 - Recherche de solutions sur le nettoyage des surfaces verticales,
 - Question de l'organisation du travail soulevée et de la répartition de la charge de travail (en lien avec les horaires d'occupation de l'école), coopérations avec les professeurs des écoles pour alléger la charge (mettre les chaises sur les tables...)

Laure a été observée dans 3 visites de postes, qui sont toute à la demande des salariés suite à l'expression de douleurs lors de la consultation. Il s'agit d'un chauffeur-livreur, et de 2 gardiens d'immeubles travaillant dans des copropriétés différentes. Ces visites ont duré à peu près 45 minutes.

Suite à la validation des observations avec le médecin du travail, nous avons co-construit une trame d'organisation de la visite. Nous y retrouvons à peu près le même canevas d'analyse de poste qu'Anne sauf pour le suivi et l'organisation du moment d'observations :

- Arrivée dans l'entreprise à la fin du poste du salarié (pour ne pas perturber le travail)
- Présentation à la direction si elle est sur les lieux et présentation au salarié,
- Observation du poste de travail en demandant aux salariés de faire les gestes habituels de travail (suivre le produit du début à la fin) :
- Prise de photos et de notes qui serviront à écrire un compte rendu de la visite de poste
- Recensement des :
 - Postures et gestes contraignants et quantification de la fréquence,
 - Observation des déplacements et quantification de la distance,
 - Observation des manutentions et quantification,
 - Observation des ports de charge,

- Recenser les situations de manipulation de produits qui peuvent engendrer des expositions à des risques chimiques (éventuellement consulter les fiches de sécurité des produits),
- Observation de l'environnement de travail (bruit, thermique, vapeurs...),
- Observation des moyens de protection à disposition.
- Entretiens et questions avec le salarié :
 - Questions sur les horaires de travail, l'ancienneté au poste,
 - Questions sur la fréquence des gestes dans la journée,
 - Questions sur les distances parcourues,
 - Questions sur l'organisation du travail au poste,
 - Questions sur les phases de travail les plus difficiles (souvent les salariés sont étonnés par cette question),
 - Evocation des douleurs ressenties, de la prise de médicaments antidouleur,
 - Questions sur les tâches annexes au poste.
- Avant de repartir, informer le salarié sur les suites de la visite : transmission du rapport et information de la direction.
- Gestion de l'inquiétude du salarié lié à la présence du médecin du travail sur son poste.
- Rédaction d'un rapport sur le poste qui sera envoyé au salarié et à la direction
- Suivi de la transformation : appelle du salarié pour savoir si la situation a changé.

Les documents rédigés à la suite des études de poste ont également fait l'objet d'une analyse.

III Méthodologie utilisée et données recueillies

1. Observations de l'activité des médecins du travail

Nous avons dans un premier temps observé 2 médecins du travail dans plusieurs visites de poste décrites brièvement précédemment. Nous avons validé ces observations individuellement avec les médecins du travail concernés. Par la suite, les médecins du travail nous ont fait parvenir les documents écrits transmis à l'entreprise ou nous avons assisté au CHSCT dans lequel le médecin souhaitait argumenter sur les améliorations à produire. Les observations réalisées à ces occasions ont été à nouveau validées individuellement. A la suite de ces validations, chaque médecin du travail a choisi une situation de visite de poste qu'il avait envie de mettre en débat avec un confrère dans le cadre de la recherche action.

2. Organisation de la confrontation croisée simple

Les consignes de déroulement de la confrontation ont été rappelées aux médecins du travail. A partir des données d'observations, les deux médecins ont discuté la façon dont ils réalisent la visite de poste et accompagnent le changement dans l'entreprise. Tout d'abord Anne a pris connaissance de la visite de poste réalisée par Laure et un dialogue sur la façon de réaliser cette visite, mais surtout d'accompagner le changement par la suite s'est instauré. Ensuite, c'est Laure qui a pris connaissance de la visite de poste d'Anne et qui a commenté son activité. Les données suivantes ont été utilisées lors de la phase de confrontation croisée :

Contexte visite 1 (Laure)

Il s'agit d'un salarié que le médecin a vu en consultation 2 semaines avant environs. Celui-ci s'est plaint de douleurs à l'épaule. Il évoque notamment l'aménagement de son camion. Il est livreur, il charge des camions, puis conduit au point de livraison. Il ne fait pas le déchargement. Il se plaint de l'ouverture d'une plateforme qu'il doit faire à la main, alors que les autres camions sont équipés d'une télécommande. Le médecin décide d'aller voir le poste à la demande du salarié pour donner suite à la plainte et voir ce qu'il peut être proposé comme aménagements.

Début de la visite

Lors de l'arrivée du médecin sur site, celle-ci se présente au bureau d'accueil. Elle est accueillie par le vice responsable de l'atelier et le salarié. Le responsable est absent. Le médecin du travail demande à l'opérateur de l'emmener sur son poste. Celui-ci montre alors le camion. Le médecin demande à l'opérateur de lui montrer comment il manipule la plateforme, de « refaire les gestes ». Pendant qu'elle parle avec le salarié elle prend quelques photos sur les postures et gestes exercées par l'opérateur. Tout en montrant la manipulation, le médecin pose des questions : combien de fois par jour est manipulée la plate forme ? qu'est ce que fait le salarié avant ? comment sont chargés les camions ? avec un transpalette ou sans... Elle lui demande où est situé la télécommande. Le salarié et le médecin vont voir comment les autres camions sont équipés pour cette manipulation. Le salarié répond qu'il charge le camion avec un transpalette si possible, parfois un chariot électrique, mais celui-ci est souvent en panne. Le médecin demande ensuite ce que le salarié fait d'autre que le chargement. L'opérateur lui montre alors son poste de conduite, avec un siège en mauvais état, un pommeau de vitesse cassé.

Suites de la visite

Les autres salariés viennent alors discuter et emmènent le médecin faire un tour des locaux pour lui montrer l'état des sanitaires, de la salle de repos. Ils signalent également l'état insalubre des quais, la présence de trous dans les sols. Chaque salarié montre au médecin son camion. Le médecin du travail prend le temps d'écouter le collectif et note avec précisions ce qui est dit. En sortant de l'entreprise, le médecin du travail fait remarquer qu'aucun autre opérateur ne s'était plaint en consultation, mais que le collectif entier semble touché par les mauvaises conditions de travail.

Contexte visite 2 (Anne)

Il s'agit d'une visite de poste pour des agents d'entretien d'école. Cette visite est inscrite dans une démarche globale : toutes les écoles de la ville vont être visitées. La visite a lieu en groupe pour la mairie : ACMO, responsable sécurité et médecin du travail. Elles donneront lieu à une restitution en CHSCT afin de trouver des pistes de prévention pour ces opératrices. Le projet d'étude du poste des agents d'entretien s'inscrit dans une double démarche : connaissance des postes de travail des agents de la commune (études de postes dans les différents services) et travail de réflexion sur l'usure professionnelle et la prévention des pathologies générées par les contraintes au poste de travail.

Début de la visite

Le médecin du travail arrive dans l'école avec la fiche d'analyse de l'activité réalisée précédemment et qui va servir de guide. Le groupe décide d'organiser la visite en « suivant le produit » pour identifier les risques aux différents postes. Le médecin du travail évoque la difficulté de la définition du « produit » dans le cadre d'entretien de locaux. Il a été convenu que se serait « le service » à savoir la propreté.

Questions du médecin du travail aux salariés:

- *Quels sont les horaires de travail ? 16h30/20h*
- *Quelle est la répartition des agents aux postes ? 1 maternelle au début, 3 en primaire, puis les 3 du primaire viennent aider à la maternelle.*
- *Essai de quantification de la charge de travail :*
 - *Postures et gestes contraignants et quantification de la fréquence,*
 - *Observations des déplacements et quantification de la distance,*
 - *Observations de la surface à nettoyer et de son encombrement, de sa répartition par agent, d'autant plus que la moitié de l'école n'est pas utilisée mais quand même nettoyée,*
 - *Observation des types de sol, des dénivellations...*
 - *Observation des manutentions et quantification,*
 - *Observation des ports de charge,*
- *Le médecin du travail essaie de connaître par entretien, les situations de manipulation de produits qui peuvent engendrer des expositions à des risques chimiques (éventuellement consulter les fiches de sécurité des produits),*
- *Observations de l'environnement de travail (bruit, thermique, vapeurs...),*
- *Observations des moyens de protection à disposition,*
- *Observations des lieux de stockage matériel, des déplacements matériel/zone de nettoyage,*
- *Observations de la situation et accessibilité des points d'eau.*

Entretiens et questions avec le groupe :

- *Discussion sur les effets des premiers aménagements effectués pour les ATSEM (étude précédente) : est ce que ça a diminué les accidents ? le responsable de service répond que oui il y a une diminution. La responsable sécurité propose de regarder du côté de l'absentéisme pour voir les effets de la démarche.*
- *Discussions pendant la visite autour de solutions sur le nettoyage des surfaces verticales (mousse),*
- *Le médecin du travail est interrogé sur la répartition de la charge de travail entre les opérateurs (en lien avec les horaires d'occupation de l'école),*
- *Le médecin du travail est interrogé sur l'effet des coopérations avec les professeurs des écoles pour alléger la charge (mettre les chaises sur les tables...)*

- *Lors de la visite de l'école primaire, le groupe recherche des solutions sur la situation d'un point d'eau et de stockage matériel à l'étage.*

Des échanges entre les deux médecins du travail sur ces situations, nous avons tiré les extraits suivants, dont certains contenaient des controverses professionnelles, c'est-à-dire des désaccords sur les objectifs poursuivis, ou les moyens mobilisés pour atteindre ces objectifs. Ces controverses sont reprises dans le chapitre suivant.

3. *Thèmes abordés lors de l'entretiens d'autoconfrontation simple*

Les échanges ont débuté par un rappel du contexte de la visite, puis les médecins du travail ont discuté de l'importance de la visite pour « refaire les gestes, sentir le travail » et comme un moyen de « donner de la crédibilité au discours du médecin du travail ».

a) Apport de la visite en entreprise dans la construction de la relation médecin-salarié, médecin-employeur

Les médecins du travail ont toutes les deux exprimées que le regard sur le travail et le salarié change au cours de la visite :

« On a un abord différent, on a les salariés « malades », chez le médecin, et le salarié en activité, et là il ne parle pas de la pathologie, ou c'est rare, ils disent « c'est ça qui me fait un peu mal au dos », mais la santé n'est pas au premier plan » (Anne)

« On quitte notre enveloppe de médecin, on a 2 casquettes, une dans le travail et une dans la santé... les gens dans l'entreprise ils disent « ah mais c'est le médecin ! », ils ne nous reconnaissent pas tout de suite, on parle moins de la santé, on parle travail » (Laure)

Mais c'est également la relation entre le médecin du travail et l'employeur qui peut évoluer suite à une étude de poste ou une visite d'entreprise :

« Je me souviens avec un employeur, je venais d'avoir l'entreprise et je refaisais l'historique de l'entreprise avec lui. Il était très fier de raconter l'histoire de l'entreprise, il m'a montré des power-point, et finalement une visite qui devait durer 1 heure a duré 4 heures car finalement il était content. On est allé voir les postes, il me les a montrés, il m'a tout expliqué et à la fin il était demandeur. Il était de-man-deur ! Il me posait plein de questions sur les aménagements de poste, et ce qu'on doit faire dans ces cas là et maintenant je pense que si un des salariés a des problématiques, il va écouter, je ne me fais pas de soucis, je sais que je vais pouvoir discuter avec lui... c'est une relation qui s'est mise en place» (Anne).

Anne a insisté à cette occasion sur le rôle que doit jouer le médecin du travail pour valoriser le travail du salarié vis-à-vis de l'employeur :

« Quand on est allé observer à 5 h du matin, le responsable de service, il m'avait dit « à 5 h du matin vous rigolez ?! », alors je lui ai dit, écoutez, on fait ça au mois de Juin, il fait jour plus tôt se sera plus facile pour se lever... et puis ce jour là à 5h du matin, il faisait épouvantable, la nuit noire, des trombes d'eau ! c'était épouvantable ! Quand il est arrivé sous son parapluie tout dégoulinant, je lui ai dit « vous voyez le 15 juin ! vous imaginez à 5h du matin en plein hiver, quand il gèle, qu'il y a de la neige partout ! et ben voilà, c'est ça les conditions de travail de salariés de l'équipe mobile !

il n'était pas allé là-bas, il ne savait même pas ! Là il se rend compte du travail réel, avec le salarié on se rend compte des contraintes de travail et le responsable employeur aussi, tout le monde entend la même chose » (Anne).

b) Suites de la visite et questionnement sur l'efficacité

Les échanges se sont poursuivis autour des suites à donner à la visite de poste, et le type de solutions proposées. A cette occasion les médecins se sont interrogés sur la réussite de l'action : est-ce dans la mise en place de solutions ?

« j'ai l'impression d'avoir fait les propositions que je devais faire : demander la concertation avec les enseignants pour voir comment soulager le travail des agents de nettoyage... après je me vois mal intervenir directement auprès du directeur, j'ai l'impression que se serait de l'ingérence » (Anne)

« j'irai voir le directeur, c'est lui qui a la responsabilité de l'établissement, il pourrait ainsi faire bouger les choses pour les agents de nettoyage » (Laure.).

C'est à la suite de ce questionnement que les médecins du travail ont eu une controverse professionnelle autour de l'usage de la loi, nous reviendrons plus tard sur ces extraits.

IV Analyse des observations et des échanges autour de la visite de poste : confrontations croisées simples

1. L'organisation de la visite : analyse des observations

Lors de la confrontation croisée, les médecins n'ont pas échangé sur l'organisation de la visite de poste. Cependant, lorsqu'on regarde de plus près les canevas que nous avons construit lors de la séance de validation, on constate qu'Anne et Laure diffèrent sur : le choix du moment de la visite de poste, puis le suivi de l'action.

En effet, Laure choisit d'organiser la visite en fin de poste, ou pendant une pause, ceci afin de ne pas perturber le salarié par ses questions et la prise de photos. Elle préfère également ne pas être accompagnée par un responsable, redoutant la présence de celui-ci pour discuter librement avec le salarié. Elle termine d'ailleurs la visite en rassurant le salarié sur les suites qu'elle va donner à cette visite, et passe du temps à expliquer que la visite de poste ne va pas mettre en péril l'emploi du salarié. Anne organise plutôt des visites pendant les heures de travail, et si possible avec la présence du responsable hiérarchique, dans le but, comme nous l'avons lu dans les extraits précédents, de valoriser le travail des salariés et de s'assurer qu'à tout niveau hiérarchique, le réel des conditions d'exécution du travail soit partagé. Pour Anne, c'est dans cette visite que les solutions de prévention sont déjà débattues et trouvées. Ce qu'elle va appeler plus tard « être dans la relation ».

Pour Laure la visite de poste est le démarrage de son action, une fois réalisée, le médecin va utiliser les photos et ses notes pour rédiger un rapport pour la direction. Elle va compléter ses notes avec des références documentaires, issues de la législation ou des normes. Elle fera également en sorte de proposer des solutions techniques d'aménagements, ou organisationnelles. Pour se faire, elle accompagne et suit l'avancée, en téléphonant directement au salarié, ou au directeur de site, et/ou de l'entreprise. Laure voit l'efficacité de son action dans ce qu'elle appelle « le faire ».

Cette première grille d'analyse permet peut être de comprendre pourquoi l'une et l'autre ont un usage différent « de la loi » et une pratique d'accompagnement des solutions différentes. Une autre explication se situe également dans le contexte même de la visite de poste. En effet, Anne a été observée dans des visites de postes inscrites dans un projet d'usage professionnelle, projet co-construit entre le médecin du travail et le service de prévention d'une mairie ; alors que Laure a été observée lors de visites à la demande du salarié, ou motivées par l'identification lors de la consultation médicale de problèmes de santé. Ces différents contextes peuvent jouer d'une part sur la présence d'accompagnants lors de la visite, et sur le suivi effectué suite à la visite de poste.

2. L'usage de la loi

A partir d'un échange sur l'intérêt de la visite de poste pour construire des relations avec les acteurs de l'entreprise, émerge la première controverse professionnelle autour de l'usage de la loi :

« Anne : c'est une relation qui se met en place...

Laure : tout dépend de l'employeur...

Anne : tout dépend de l'employeur, tout dépend de l'entreprise, il y a des entreprises où ça se passe très bien !

Laure : y'a des employeurs qui sont vraiment hermétiques, hein ?!

Anne : y'a des employeurs hermétiques, mais même quand ils sont très hermétiques... on force la porte au départ, c'est normal, c'est quand même rare...

Laure : la première fois c'est hermétique, et puis bon y'a toujours quelque chose qui passe.

Anne : même si on arrive à parler du travail...

Laure : ils cheminent dans leur tête et puis ils voient autre chose, et finalement ils se disent « ce médecin du travail qui est venu me voir, elle a ptet pas tord, parce que il y a ci ci, **des règlementations qui sont apparues**, je vais peut être faire plus attention à ce qu'elle me dit » Il y a des choses qui se jouent aussi chez eux...

Anne : oui, **mais même sans rentrer dans la réglementation**, le fait de s'intéresser à ce qu'ils font, y compris à ce que fait l'employeur, j'ai l'impression... bon on rentre chez eux, on force un peu, mais si on s'intéresse à ce que vous faite.... En général je ne connais pas grand-chose. Ils sont contents d'expliquer à quelqu'un qui y connaît rien, ils transmettent quelque chose et petit à petit on...

Laure : on est là sur du long terme, il y a des fois où on a pas, on a l'impression que ça a rien donné et tout ça et puis petit à petit, il y a un cas, deux cas, on peut revenir, ils prennent plus en compte, en considération. »

Dans cet extrait on voit comment Laure perçoit la réglementation comme une aide pour appuyer, voir rendre légitime son discours, son jugement médical, les conseils qu'elle fournit aux employeurs. Anne par contre, prend de la distance vis-à-vis de la réglementation, elle cherche à acquérir de la légitimité en construisant la relation avec l'employeur en s'intéressant à son travail et à ce qu'il fait.

Cette controverse revient plus loin à propos de la suite donnée à la visite de poste :

« Laure : tu lui fais des remarques ou pas à ton employeur ?

Anne : oui, ben oui, si je vois... mais bon, c'est vrai, faudrait peut être que je fasse autre chose comme boulot, je ne suis pas dans les clous... je ne sais pas... je vais voir des étagères je vais dire « oulà, il y a des têtes de mort là ! ouf », je schématise, ensuite je dis « bon faut qu'on regarde ça de près, vous me sortirez les fiches de données sécurité », évidemment je vais dire « c'est toxique, vous ferrez attention à comment vous les utiliserez, je dirai « faut bien boucher le flacon », mais **je ne vais pas l'embêter avec ça**, je vais le signaler, mais... on va faire la liste des produits

Chercheur : vous feriez comment vous Laure ?

Laure : ben, si les salariés se plaignent, qu'il y a problème d'odeur, tout ça, « je m'intoxique », la dernière fois dans une pharmacie, il avait changé le local, toute la réserve était dans ce local qu'il n'avait pas du tout nettoyé... une salariée est venue me voir, elle me dit : « j'ai changé de local, ça fait 5 jours que j'y suis et je fais que de tousser, ça va pas du tout ». Du coup, sur la fiche d'aptitude, j'ai marqué « apte au poste à condition »... je ne sais plus, non j'ai commencé par « inaptitude temporaire au poste » et puis j'ai du faire un mot comme quoi, elle ne pouvait pas travailler à ce poste de travail car il y avait des risques... je ne sais pas elle m'a dit que le sol n'avait pas été nettoyé et que il y avait des risques de... enfin le sol était une dalle, du béton, donc j'ai mis « risque de silice » car il y a de la silice dans le béton, enfin **je lui ai fait peur à ce monsieur !** et du coup il m'a écrit, il m'écrit toujours « ben se sera nettoyé et il m'avait envoyé une photocopie d'un devis de nettoyage de la dalle » des fois je suis un peu...

Anne : ah oui moi je ne vais pas si loin

Laure : mais quand le salarié se plaint, il faut faire quelque chose

Anne : quand le salarié se plaint, oui »

Ce deuxième extrait de controverse entre les deux médecins du travail met en évidence des stratégies différentes de construction de relation médecin du travail-employeur. Anne n'ose pas « embêter » l'employeur, elle trouve d'ailleurs que Laure va trop loin lorsqu'elle « fait peur » à l'employeur à travers la fiche d'aptitude. Bien que la référence à la réglementation et au code du travail n'est pas explicite, la stratégie de Laure repose sur une posture plutôt d'expertise que de conseil, ce qui n'est pas le cas d'Anne. Les motivations de Laure dans l'usage d'une telle pratique sont des questions d'efficacité à court terme, elle évalue sa propre pratique à la capacité qu'elle a à provoquer des changements sur les situations de travail. Ce qui est également frappant dans les situations évoquées par les deux médecins, c'est que Laure fait encore référence à une situation où le salarié est demandeur, alors que l'exemple utilisé par Anne est une situation où le médecin est demandeur, dans le sens où le médecin du travail vient dans l'entreprise à sa propre initiative pour rédiger la fiche d'entreprise. Même si ces différences contextuelles peuvent expliquer les écarts de pratique, cet échange semble montrer que pour prévenir les risques (ici toxicologique) certains médecins favoriseront une pratique d'expertise (presqu'une injonction à faire) et d'autre une pratique de construction de la relation.

La poursuite de l'échange en confrontation croisée simple s'est progressivement orientée sur l'accompagnement des solutions suite à la visite.

3. L'accompagnement des solutions

C'est surtout à propos de l'accompagnement de la visite de poste des agents de nettoyage que les deux médecins ont le plus échangé. La question de l'accompagnement de la transformation se pose autour de la limite de l'action du médecin du travail :

« Anne : alors j'encourage à la concertation entre les agents de nettoyage et les enseignants, c'est ce que j'ai dit... »

Laure : cette concertation elle ne peut pas se faire avec toi ?

Anne : (silence) j'ne ai pas demandé, je n'ai pas demandé, car je ne sais pas si j'ai ma place là dedans...

Laure : ben c'est pour le bien être des agents d'entretien non ?

Anne : oui, mais... je n'ai pas pensé à demander à être là avec les enseignants, mais pourquoi pas !

Laure : tu peux tirer des conclusions en disant : « voilà pour diminuer la charge de travail de ses personnes, on pourrait mettre des bâches en plastique sur les tables... »

Anne : alors ça je l'ai écrit, je l'ai écrit sur la fiche d'entreprise.

Laure : et pourquoi pas faire des petits protocoles, un guide de bonnes pratiques, ben je ne sais pas...

Anne : (long silence) ouai, oui oui, c'est une bonne idée, mais heu... mais voilà, c'est une proposition que j'ai faite, puis je me suis que ça ne m'appartenait plus...

Laure : moi je pense que c'est notre travail, tu es là pour soulager, diminuer les contraintes de travail, si tu n'es pas là, personne ne va pouvoir défendre les femmes de ménage !

Anne : ben j'aurai un peu peur de faire de l'ingérence, d'imposer...

Laure : mais si tu les connais bien...

Anne : les instit, non !

Laure : oui mais les chefs d'équipe...

Anne : (réfléchit) oui, mais, bon, enfin ça c'est une bonne idée, je vais en parler au responsable d'entretien, en lui disant que je veux bien rencontrer les directrices d'école, mais tu vois j'ai jamais pensé... heu, bon je me suis dite, il faudrait que les agents de la mairie mettent en place des procédures, ou protocoles, des recommandations, oui c'est ça, des recommandations auprès des enseignants pour soulager le travail des agents. Ca je l'ai dit ! mais j'ai jamais...

Laure : aller plus loin

Anne : voilà, aller voir les enseignants

Laure : parce que moi dans mon collège, le directeur de l'établissement je vais le voir, je trouve que c'est important quand le directeur de l'établissement est associé. Ils sont assez réceptifs.

Anne : j'étais resté dans les agents communaux, ce que je veux dire dans ceux que je vois en visite médicale, je suis restée en quelque sorte « dans mon camps », c'est-à-dire la fonction publique territoriale, enfin la mairie. J'ai l'impression d'avoir fait les propositions que je devais faire.

Laure : c'est une action de sensibilisation du directeur

Anne : c'est délicat, quand même, entre agir et en même temps garder la distance, je ne peux pas dépasser le responsable d'entretien non plus. Si le directeur il dit, bon « le médecin du travail il souhaite que vous protégiez les tables pour diminuer les contraintes de travail des agents d'entretien » mais comme les instit ils n'aiment pas

qu'on leur dise ce qu'il faut faire ou pas faire... faut pas après que ça accentue les difficultés entre les agents d'entretien !

Laure : (silence)... moi j'aurai associé les agents d'entretien » à l'écriture de la procédure, puis le responsable d'entretien pour valider, puis ensuite je serai aller voir le directeur de l'école, arriver avec des recommandations pour sensibiliser au travail de l'agent d'entretien... Parce que chacun vit dans son monde et on ne pense pas qu'on peut générer des contraintes pour les autres. »

Alors que dans le cadre de ce projet Anne voyait la fin de son action à la rédaction de recommandations, Laure l'interroge sur les raisons qui la poussent à ne pas accompagner ses recommandations. Laure aurait poursuivi son action jusqu'à l'argumentation avec le directeur de l'école de changements nécessaires. Anne évoque son sentiment de faire de l'ingérence, de trop s'immiscer dans le fonctionnement de l'école, notamment pour des raisons « de camps ». En effet, le directeur de l'entreprise, ainsi que les enseignants ne font pas partie de la fonction publique territoriale, et ne sont donc pas suivis par Anne. Elle craint également de pousser un peu trop le responsable du service et le responsable de prévention de la mairie si elle les accompagne. Laure quand à elle privilégie l'accompagnement des solutions y compris auprès d'acteurs avec qui elle n'est pas directement en relation, ceci dans une double préoccupation : à la fois d'efficacité de son action (pour les agents de nettoyage), mais aussi poussée par l'idée que son rôle sert à relayer la parole des salariés à sensibiliser aux contraintes de travail. Sur ce point, les deux médecins du travail se retrouvent, sauf qu'Anne sensibilise au moment de la visite de poste, puisqu'elle l'organise avec les acteurs de l'entreprise, alors que Laure sensibilise au moment de la restitution des recommandations, deux pratiques différentes, qui conduisent les médecins à s'interroger sur l'efficacité de leur action :

« Laure : pourquoi il y a un tel changement à ton avis ? pourquoi ils ne faisaient rien avant toi et maintenant ils arrivent à faire ?

Anne : (silence)

Laure : pourquoi eux ils n'arrivaient pas tout seuls à trouver la solution ?

Anne : je crois qu'ils ne s'étaient jamais posé la question. Le fait de vider un saut à l'autre bout du local, ça choquait personne. Là on aide les responsables à découvrir la réalité du service

Laure : on sert à quelque chose alors ! »

Cette réflexion sur l'utilité de l'action du médecin du travail interroge également la vision des médecins du travail de l'action de prévention :

« Chercheur : c'est quoi pour vous agir dans l'entreprise ?

*Anne : je ne sais pas si agir est le terme approprié, je vais dans l'entreprise pour **rencontrer l'employeur** en dehors du contexte du cabinet médical, pour voir les salariés en dehors du cabinet médical et comprendre ce qu'ils font et voir comment ils travaillent. Mais là on n'est pas dans la problématique comme le camionneur, là c'est ciblé. Ici je parle de la visite classique pour faire la fiche d'entreprise c'est le prétexte pour rencontrer l'employeur, connaître l'entreprise.*

Chercheur : rencontrer, connaître, comprendre, c'est agir en quelque sorte ?...

Anne : c'est une forme d'action, mais voilà, le terme de rencontre me semble approprié dans ce que je fais : je vais rencontrer l'employeur, je vais rencontrer l'entreprise, je vais rencontrer les salariés.

*Laure : tu as le but de comprendre, et non pas de changer quelque chose, enfin pas tout de suite... moi je dois **changer, transformer, faire** pour construire ma relation avec l'employeur...*

Anne : ... je suis très en retard sur l'efficacité dans l'action, mais j'ai quand même l'impression que depuis qu'on met en place le projet « usure professionnelle », c'est peut être un peu prétentieux de dire ça, mais il y a moins de plaintes, j'ai l'impression. C'est la sensation que j'ai, depuis qu'on va voir les postes, en consultation j'ai moins de plaintes sur la pénibilité... je suis assez contente

Laure : alors y'a un effet psychologique aussi ?

Anne : ben peut être... ils ont rencontré le médecin du travail, avant le médecin du travail ne venait pas si souvent

Laure : oui mais ce n'est pas placebo

Anne : non ce n'est pas placebo non plus, on dit des choses aussi »

Ce dernier extrait illustre bien que les objectifs poursuivis par les deux médecins du travail dont nous avons analysé la pratique sont les mêmes :

- construire leur relation avec les acteurs de l'entreprise
- sensibiliser l'employeur aux contraintes du travail réel pour prévenir les risques pour la santé au travail.

Cependant les moyens mis en œuvre pour atteindre ses objectifs ne sont pas les mêmes :

- « embêter l'employeur »/ « apprendre à le connaître »,
- sensibiliser l'employeur en lui demandant de « venir sur les postes »/sensibiliser l'employeur en « discutant avec lui des recommandations »...

Aussi les effets produits par ces pratiques s'observent à des temporalités différentes de l'action.

V Conclusion

L'ensemble des échanges que nous avons eu au cours du projet ont mis en évidence les difficultés à faire usage de la réglementation dans l'entreprise. Certains médecins du travail s'interdisent de rappeler à l'employeur ses obligations, ou le code du travail, car ils ont peur d'entraver la construction de relations avec l'employeur.

Ceux qui utilisent les réglementations comme un levier d'action relatent des expériences positives quant à cet usage, et expliquent qu'ils accompagnent toujours ce rappel par un travail de traduction pour l'employeur. Ils défendent l'idée que cet usage peut être un support aux argumentations nécessaires des liens entre travail et santé, et un moyen de rendre visible et de sensibiliser au réel du travail.

Les médecins qui n'osent pas ou ne souhaitent pas utiliser le rappel à la loi comme un moyen pour argumenter de l'importance d'un changement, préfère « être dans la relation », se positionner comme partenaires de l'entreprise et soigner la qualité de la relation entretenue avec l'employeur. Quelque soit le mode d'action privilégié, il se pose toujours la question de

la limite de l'accompagnement : jusqu'où le médecin du travail peut s'immiscer dans le fonctionnement de l'entreprise ? Dans les relations qu'entretiennent les acteurs de l'entreprise entre eux ?

Les échanges entre médecins du travail autour de la mobilisation de la réglementation semblent montrer un usage plus unanime de la loi lorsqu'il s'agit de l'utiliser pour rappeler les missions et les fonctions du médecin du travail. Notamment pour se sortir de situations délicates où certains acteurs de l'entreprise demandent au médecin du travail d'outrepasser le cadre de ces missions.

Au regard de l'ensemble de l'analyse de l'activité des médecins du travail que nous avons menée dans le cadre de la recherche-action, nous avons constaté que le contexte d'action jouait un rôle sur les modes d'action privilégiés par le médecin du travail. Par contexte, nous entendons « les éléments structurant le champ dans lequel l'action est mise en œuvre, et tous les autres systèmes organisés d'action avec lesquels l'action interagit » (Contandriopoulos, 2006).

Ces influences vont mettre les médecins du travail dans ce que l'une d'entre elle a qualifié de « zone de confort ». La « zone de confort » est le moment où le médecin du travail fait usage de la loi (ou non usage) en correspondance à son mode d'action privilégié : par exemple construire la relation avec les acteurs de l'entreprise pour faire avancer la prévention des TMS plutôt que d'envoyer un extrait du code du travail. Cependant, certaines situations poussent le médecin du travail à se mettre en « zone d'inconfort » de manière à obtenir des résultats significatifs en matière de prévention des TMS. Il y a donc interaction entre le contexte d'action et les moyens d'action choisis par le médecin du travail. Cette interaction peut être à l'origine des controverses professionnelles débattues entre médecin du travail.

Pour une même situation de visite de poste par exemple, les médecins du travail vont discuter entre eux de nuances dans l'exercice de leur pratique, ces différences pouvant être l'expression de leur « zone de confort », cependant, dans une autre situation, comme nous l'avons observé, chaque médecin s'écartera plus ou moins de ces modes d'action privilégiés, se rapprochant des pratiques qu'ils déclarent ne pas adopter.

C'est la nécessaire construction de relations avec les acteurs de l'entreprise qui met le médecin du travail en situation d'arbitrage parmi toutes les nuances possibles de ses pratiques, il doit penser à l'usage de son expertise par les autres acteurs de l'entreprise lorsqu'il l'exprime à l'écrit ou à l'oral. Le médecin du travail doit faire usage de son savoir de manière à rencontrer les autres dans la situation de prévention, ainsi le médecin du travail ne peut presque jamais développer son activité de travail, il y a toujours une part d'activité « empêchée » (Clot, 2009) en attente de mise en œuvre dans ses actions de prévention. Le médecin du travail pris dans la nécessaire construction de relations avec les autres acteurs doit lui-même choisir les moments où il fera un plein usage de son expertise, et ceux où il n'en fera qu'un usage partiel. Ceci éclaire partiellement pourquoi les médecins du travail ont le sentiment de ne pas être efficaces dans leurs actions ou encore d'être tous différents des uns et des autres.

Médecin du travail, une expertise au quotidien Les écrits au cœur de la production et la diffusion du jugement

Céline Cholez, Sandrine Caroly, Aurélie Landry

Les différents textes législatifs qui ont contribué depuis les années 40 à la structuration de l'exercice de la médecine du travail assignent au médecin un rôle de préventeur plutôt que de « guérisseur »¹. Les récentes réformes ont d'ailleurs renforcé cette orientation. Il est dit du médecin du travail qu'il est « le conseiller du chef d'entreprise ou de son représentant, des salariés, des représentants du personnel, des services sociaux » (article R241-41 du code du travail) pour éviter toute altération de la santé des salariés, du fait de leur travail. Il est également juge quant à l'aptitude ou non des salariés à exercer l'activité proposée par l'employeur (le cas échéant à proposer une adaptation du poste de travail ou un reclassement du salarié). L'observation in situ du travail des médecins du travail confirme l'importance de cette activité d'*expertise* : qu'il s'agisse des visites médicales ou des visites dites de reprise, de la participation aux CHSCT, ou encore de l'engagement dans des démarches pluridisciplinaires telles que les cellules départementales de maintien dans l'emploi (CDME), les médecins sont en permanence mis en situation de devoir donner leur avis.

Plusieurs publications récentes (Salman 2008), (Marichalar 2010) pointent les profondes transformations que rencontre depuis quelques années la médecine du travail en France et mettent en avant le malaise et le questionnement identitaire qui traversent ses praticiens. Aux difficultés historiques de la discipline à construire sa légitimité tant dans le champ de la médecine que dans celui de l'entreprise, s'ajouteraient le spectre du développement de la pluridisciplinarité (partenariat avec des ergonomes, des infirmières, des ingénieurs et des psychologues) dans des services de santé au travail « démedicalisés » (Marichalar 2010) et l'attente d'une réforme sans cesse reportée. Dans le cadre d'interviews accordées aux chercheurs, les médecins du travail donnent à voir l'image d'une profession en doute, cherchant à redéfinir son territoire professionnel et les conditions de sa coopération avec d'autres. Nous proposons ici de nous intéresser au travail des médecins à partir d'un questionnement quant à ce rôle d'expert. Nous voulons montrer qu'il n'est pas sans difficultés et soumet les médecins du travail à un travail permanent de construction de leur légitimité, mais aussi à de nombreuses interrogations qui viennent questionner le cœur même de leur métier. Il s'agit donc de saisir ce malaise en prenant au sérieux ce que les médecins nous disent de leurs doutes quant à leurs conditions concrètes d'exercice de cette expertise. Nous

¹ Au sens où le médecin du travail n'a pas pour vocation à rédiger une ordonnance pour une prescription médicale ni à prescrire un arrêt de travail.

soutenons que les questionnements des médecins vis à vis de leur légitimité peuvent être vus comme le résultat de ce difficile positionnement d'expert.

La notion d'expertise est depuis quelques années l'objet d'une abondante littérature. On entend généralement l'expertise comme une situation au cours de laquelle un individu reconnu, pour ses connaissances, est sollicité pour donner son avis, en vertu de ses connaissances, sur une question donnée. Les travaux sur l'expertise ont d'abord concerné les rapports entre les champs politiques et scientifiques et ont mis en lumière les multiples enjeux qu'elle pouvait recouvrir. L'usage de l'expertise par une pluralité d'acteurs engagés dans des processus d'évaluation questionne notamment l'évolution des formes de gouvernance et de qualification des savoirs. La représentativité des avis des experts a ainsi pu faire l'objet de controverses et de confrontation aux points de vue de groupes d'acteurs engagés (habitants, usagers, citoyens...).

Plusieurs auteurs (Granjou 2004, Barthe & Gilbert 2005) ont plus récemment attiré l'attention sur la nécessité d'étudier plus finement les pratiques d'expertise pour en mieux saisir les dynamiques de construction. Une attention est particulièrement accordée à la manière dont on « devient expert » (Béroujon 2008, Backouche 2008) et notamment comment les experts, particulièrement dans le cas des scientifiques, établissent des ponts entre les situations de production de connaissance et les situations d'expertises. Granjou et Barbier (Granjou & Barbier 2010) montrent ainsi que le passage d'une position du laboratoire aux lieux d'exercices d'une expertise suppose divers apprentissages « *qu'il s'agit de reconstituer, contrairement à une vision commune de l'expert comme homme de savoir accompli (et donc saturé de savoir). (...) En effet si un certain nombre de cadres du travail d'expertise sont donnés (mandat plus ou moins explicité, situation institutionnelle, état de l'art scientifique) le rôle et les représentations de ce qu'est une « bonne expertise » se construisent au fur et à mesure de l'activité.* » (p.24). Ces travaux mettent également en lumière l'existence de trois temps distincts de l'expertise dont l'articulation est source de tensions : le temps de la production des connaissances, le temps de l'évaluation de la situation à expertiser (l'audit) et enfin le temps de la diffusion des résultats de l'expertise. Ce faisant ils montrent que devenir expert ne va pas de soi et soumet ceux qui s'y engagent à de multiples interrogations sur la légitimité et la robustesse de leurs postures.

C'est bien ce que donnent à voir les médecins du travail dans le cadre de leur activité quotidienne comme lors des échanges entre pairs que nous avons organisés dans le cadre de cette recherche. A la différence des experts étudiés jusqu'ici, donner « son avis », « juger », « évaluer », fait partie de la mission principale du médecin du travail. On peut avancer que les trois temps de l'expertise énoncés plus haut se confondent dans la pratique quotidienne, et ce particulièrement lors des visites individuelles de salariés où le médecin doit tout à la fois mobiliser ses connaissances (voire les actualiser), se faire un jugement du cas, juger (prendre une décision quant à l'aptitude du salarié) et « rendre compte » (*beaccountable*) de sa décision en rédigeant la fiche d'aptitude. Dans ce chapitre nous voudrions montrer que pour les médecins du travail comme pour les autres experts, l'articulation de ces différentes

temporalités les soumet à de fortes tensions qu'ils résolvent en partie grâce au développement de ruses dans l'usage des écrits.

Focalisant notre analyse sur ces traces du jugement qui circulent en médecine du travail et contribuent à fonder l'expertise du professionnel, nous montrerons dans un premier temps que l'écriture est un support essentiel pas seulement de l'énonciation mais aussi de la construction du diagnostic. Puis nous verrons que les médecins associent à ces rédactions de multiples enjeux qui les questionnent dans l'objectivation de leurs connaissances ainsi que dans leurs capacités d'influence et les conséquences de leurs actes. Nous verrons enfin comment ils résolvent les tensions associées à la crainte des conséquences de leur jugement par l'intégration de la parole des salariés et employeurs dans leurs formalisations pour produire une expertise qu'ils veulent co-produite et partagée.

Cette interprétation repose sur un travail d'accompagnement de deux groupes de médecins du travail de la région Rhône-Alpes, notamment une vingtaine de réunions d'échanges sur les pratiques enregistrées et retranscrites, l'observation d'une dizaine de journées de consultations individuelles avec trois médecins appartenant à ces groupes, trois femmes âgées de 45 à 55 ans et exerçant depuis plus de 15 ans. L'une d'entre elles suit à mi-temps une seule entreprise de la micro-électronique. Les deux autres interviennent chacune dans une trentaine d'entreprises de tout secteur. Lors des observations nous avons été particulièrement attentifs aux échanges verbaux et non verbaux entre le médecin et les salariés et entre le médecin et son assistante (qu'il s'agisse d'une infirmière dans un cas ou d'une secrétaire dans les deux autres cas). Nous avons également porté une attention particulière à l'usage et au rôle des objets et des corps dans les séquences d'action. Nous avons également suivi deux médecins (2 femmes, 35 ans et 55 ans, tout secteur) lors de leur participation aux réunions d'un dispositif local de maintien dans l'emploi. Les interactions y ont été partiellement enregistrées par le biais d'une prise de note sélective. Nous avons enfin eu accès et traité les tableaux de synthèse concernant 276 cas de salariés postulant au dispositif de maintien dans l'emploi, tableaux utilisés lors des réunions de la cellule pour orienter les décisions.

1. Observation de deux scènes de l'expertise : les consultations individuelles de salariés et les cellules pluri-institutionnelles de maintien dans l'emploi

Parmi les différentes scènes au sein desquelles le médecin du travail est sollicité pour donner son avis, nous avons choisi d'en retenir deux qui nous semblent caractéristiques des tensions qui traversent leur exercice professionnel : la scène de la relation de face à face avec le salarié dans la consultation médicale où le médecin délivre une fiche d'aptitude et la scène de la relation avec d'autres acteurs de la santé au travail dans les cellules départementales de maintien dans l'emploi. L'objectif d'une consultation dite de visite annuelle est d'évaluer la santé du salarié en lien avec son poste de travail et sur la base de ce « contrôle » d'établir la fiche d'aptitude. L'exercice de l'expertise dans le cadre de la visite annuelle porte

principalement sur la délivrance de cette fiche, document administratif sur lequel le médecin doit porter les résultats de son diagnostic : « apte », « inapte », « apte avec telle ou telle restriction » et dont il remet un exemplaire au salarié, le second étant envoyé théoriquement par le service de santé au travail à l'employeur. C'est dans un laps de temps très court et sous le regard du salarié, que le médecin doit évaluer la situation qui se présente à lui, identifier la décision appropriée et la formaliser oralement et par écrit pour diffusion.

Le contexte est très différent dans le cadre des cellules de maintien dans l'emploi. La cellule réunit une fois par mois un médecin du travail, une à trois assistantes sociales de la CRAM, un médecin de la Maison du Handicap, une chargée de mission de l'AGEPHIP responsable de la cellule et son assistante. L'objectif est d'étudier les dossiers de demande de prise en charge de salariés qui se déclarent en situation de handicap. En amont de la réunion, les dossiers de prise en charge CDME sont d'abord remplis par le médecin du travail de secteur qui après avoir discuté avec le salarié, envoie au secrétariat de la cellule une demande de prise en charge (formulaire à remplir) dans lequel il indique les coordonnées du salarié, l'entreprise concernée, le poste, son avis et ses observations concernant la situation. Certains ajoutent un courrier plus détaillé concernant le salarié qu'ils adressent au médecin du travail siégeant à la commission. Pendant la réunion de la cellule, chaque représentant des différentes institutions donne son avis sur le cas présenté. L'expertise du médecin du travail est associée à celles des autres professionnels réunis autour de la table. La décision de prise en charge est élaborée collectivement même s'il revient à la chargée de mission de l'AGEPHIP de la formuler pour transcription dans le dossier du salarié et dans un tableau récapitulatif faisant office de compte-rendu, diffusé quelques jours après la réunion à l'ensemble des participants.

L'intérêt de ces deux scènes est d'accéder à des situations où l'expertise du médecin du travail doit se déployer dans un espace temps réduit : il y a bien trois moments distincts (celui de la prise de connaissance du cas, celui de l'évaluation de la des solutions possibles et celui de la formulation d'un avis) mais ils s'enchaînent dans un temps raccourci et sous le regard d'un public.

2. Les écrits, un élément essentiel de l'expertise médicale lors des consultations et dans les cellules pluri-disciplinaires de maintien dans l'emploi

Dans les deux situations, les médecins sont amenés à manipuler, produire et mettre en circulation un grand nombre de documents : courriers de pairs, examens et dossiers médicaux, fiches d'aptitude, etc. Dans les deux cas, s'interpénètrent constamment construction et énonciation du jugement du médecin, en s'appuyant sur ces multiples écrits.

L'imaginaire populaire représente souvent le médecin en blouse blanche équipé de son stéthoscope. Si les médecins du travail n'échappent pas à la règle en revêtant bien des fois le costume lors des consultations, une rapide visite de leur bureau laisse apercevoir que les documents écrits constituent des outils essentiels dans l'exercice de leur art. Les étagères regorgent fréquemment d'archives, de dossiers mais aussi de revues professionnelles. Les

bureaux des différents médecins que nous avons observés se ressemblent : la première chose que l'on voit ce sont des piles de dossiers et de documents administratifs qui occupent parfois plus de la moitié de la surface du meuble. Un médecin nous explique qu'il sort chaque semaine les dossiers des entreprises et des salariés qu'il devra traiter dans la semaine de manière à ce qu'ils soient « *bien visibles* ».

Pendant la consultation, on est ensuite surpris par le grand nombre de documents papiers et numériques que manipule le médecin tandis qu'il s'adresse au salarié : dossier, feuilles volantes, classeurs, cahiers... Certains de ces documents sont des résultats d'examens réalisés quelques minutes plus tôt par le salarié (audiogramme, vue). On peut également trouver des recensements des postes et des risques présents sur le site. Et puis à un moment de l'entretien, des notes sont griffonnées sur un bout de papier ou un petit cahier.

Tout au long de la consultation, y compris pendant l'examen clinique les médecins circulent entre ces documents, pour les lire mais surtout pour écrire. Tant est si bien que le travail d'écriture semble occuper un temps important de l'entretien. Les médecins que nous avons observés alternent habilement des moments où tête baissée ils écrivent, et les moments où ils regardent leur interlocuteur. L'observation des mouvements de tête du médecin montre l'existence parfois de tensions entre la nécessité de soutenir du regard le propos du salarié (qui fait part à ce moment d'une situation émotionnellement chargée) et le besoin de garder trace de ce qui est dit.

Que note le médecin du travail sur ces documents intermédiaires ? Des mesures (poids, rythme cardiaque, tension) mais aussi des éléments que les salariés portent à sa connaissance : traitements médicaux, horaires de travail, manipulation de produits sur le poste de travail, mais aussi des ressentis, des sentiments. Plusieurs médecins observés commencent leur consultation par un « *comment ça va ?* ». Ils notent alors les réponses du salarié : « *bof* », « *pas terrible* », « *c'est mieux* ». Un autre médecin en interrogeant une salariée en arrêt de travail pour une pathologie de l'épaule, qui va bientôt reprendre son travail, dresse à chaque visite de consultation sur son dossier médical la liste des activités domestiques que la salariée parvient à réaliser chez elle. Dans le dialogue avec le salarié comme dans les notes prises dans les dossiers, on observe rarement des références explicites à des pathologies. Nous en reparlerons plus loin.

Certains médecins n'écrivent pas tout dans le dossier médical. Ils peuvent utiliser des feuilles volantes sur lesquelles ils inscrivent des informations données par le salarié et qu'ils jugent trop personnelles pour être rendues publiques (auprès de salariés eux-mêmes qui peuvent accéder à certaines parties de leur dossier, ainsi qu'auprès de collègues médecins dans le cadre d'un remplacement). Glissées dans le dossier médical à la fin de la consultation, les feuilles volantes peuvent être retirées du dossier si nécessaire². Nous avons rencontré un médecin qui tient également un cahier qu'elle utilise des deux côtés : un côté où elle note les

² Cette possibilité a été évoquée en réunion collective.

informations personnelles liées au salarié et de l'autre des informations qu'elle estime renseigner la vie dans l'entreprise à laquelle il appartient.

Notes sur le dossier médical ou sur des feuilles volantes, ces rédactions sont décrites par les médecins interviewés comme très personnelles : elles font sens pour celui qui les écrit et uniquement pour lui. En réunion collective, un médecin évoque ainsi sa difficulté à prendre en charge une salariée suivie par un de ses collègues absent : « *Là je reprends les dossiers d'un collègue en arrêt. Les gens me disent « je vais mal ». Je ne sais pas quoi faire. (...) Je viens de voir une dame qui me dit « Il faut me changer mon poste de travail ». Pourtant j'ai un collègue qui renseigne tout mais j'ai botté en touche parce que je ne savais pas faire. Je lui ai dit de continuer le traitement et que je la reverrais dans un mois* ». Les débats autour des traces ont été nombreux dans le cadre de l'accompagnement des groupes de médecins. Ils ont révélés de profondes différences entre ces derniers sur ce que l'on pouvait ou pas noter, sur le « comment » et sur les endroits appropriés (et la correspondance entre ces endroits). Il n'est pas surprenant que le passage à l'informatique ait été décrit par certains comme particulièrement déstabilisant dans ce qu'il obligeait à fabriquer de nouveaux repères dans la prise de note et dans la mise en relation des documents.

Principalement destinées à un usage médical, les notes sur le dossier ou sur les artefacts personnels élaborés par les médecins diffèrent de la fiche d'aptitude dont la fonction est de transmettre l'avis du médecin concernant l'adéquation entre la santé du salarié et son poste de travail. La rédaction de la fiche d'aptitude clôt généralement la visite annuelle. C'est en effet le dernier document que les médecins remplissent dans toutes nos observations. Tout se passe comme si ce dernier geste relevait de l'ordre du rituel. Il s'agit alors d'énoncer le résultat de l'examen du salarié et de porter un jugement sur ses capacités. Quand il n'y a pas de problème de santé, c'est souvent un moment où la concentration semble se relâcher, l'écriture est plus large comme en un geste de routine pour rédiger le terme consacré « *apte au poste de travail* ». Il n'est pas rare que le médecin adresse au salarié une remarque personnelle, un encouragement, un trait d'humour, en même temps qu'il rédige ou remet le document.

En revanche quand des obstacles à la reprise au poste se font jour, la rédaction de la fiche d'aptitude semble réclamer d'avantage de précautions. Nous avons pu constater que la formulation des restrictions médicales donne lieu à des formes d'expressions variées. Ils arrivent que les médecins listent l'ensemble des gestes incompatibles avec la situation de la personne. Parfois ils écrivent simplement : « *éviter les manutentions lourdes* ». Plus rarement, ils utilisent un vocabulaire médical très spécialisé. Pour éviter d'écrire « inapte », plusieurs médecins inventent des expressions plus ambivalentes : « *J'ai trouvé une autre formule pour ne pas mettre inapte c'est « contre-indication médicale au poste »* ». Pour le travail de nuit je mets « *pas de contre-indication médicale au travail de nuit* ». L'étendue de ces formalisations est liée aux enjeux que les médecins associent à la rédaction de la fiche d'aptitude comme nous le verrons plus loin.

Lors des réunions de la cellule départementale de maintien dans l'emploi, les principaux écrits manipulés par les médecins sont constitués des synthèses rédigées par leur confrère pour la

cellule et des courriers complémentaires dont ils sont les seuls destinataires. Que contiennent-ils ? Les documents rendus publics en cellule contiennent des remarques décrivant le contexte de l'entreprise qu'il s'agisse d'éléments socio-économiques (« *Petite entreprise dans laquelle tous les salariés ont le même poste* »), du positionnement des acteurs (« *La directrice est favorable à l'idée d'envisager à ce moment là un reclassement sur une création de poste. Il sera peut-être nécessaire de faire formations complémentaires pour la salariée et aide financière pour motiver l'employeur* ») ou encore du fonctionnement des équipes (« *Les restrictions d'aide aux manutentions ne sont pas inscrites car il est un travailleur isolé et personne ne viendra l'aider³ sur les 4-5 sites et pour quelques minutes* »). Certains médecins font également part de leurs préconisations vis-à-vis du salarié et ce avec plus ou moins de précision. Le cas suivant est un exemple extrême (parmi ceux que nous avons pu recueillir) d'une rédaction précise en termes de recommandations : « *Maintien possible au poste avec siège ergonomique avec accoudoirs et appuie tête et étudier la mise en place d'un support adapté sur le membre supérieur gauche lors de son appui sur le support de cartes. Rapprocher le support de cartes de l'opératrice en positionnant la butée du support contre la table de travail. Verticaliser le cadre du support de cartes jusqu'à 40° max.* ».

Les précisions concernant les éléments liés à la santé des salariés varient considérablement selon les médecins de secteurs. Certains évoquent « *des problèmes de santé importants* », d'autres dressent la liste des restrictions médicales qu'ils ont rédigées sur les fiches d'aptitude, d'autres enfin utilisent les termes médicaux précis pour désigner des pathologies, et ce, nous semble-t-il, particulièrement lorsqu'il s'agit de TMS (« *syndrome douloureux lombaire et des membres inférieurs* »). On retrouve cette même variabilité dans les courriers « de pair à pair ». Ces courriers ont été envoyés à l'AGEFIPH pour être versés au dossier du salarié et sont remis au médecin du travail siégeant à la cellule de maintien dans l'emploi au moment de l'évocation du cas. Cachetés, leur circulation et leur manipulation donne lieu à une sorte de rituel entre l'assistante de l'AGEPHIP et le médecin du travail : glissés le long de la table, ils sont lus silencieusement par ce dernier tandis que les autres participants attendent ses commentaires. En cinq demi-journées d'observation, nous n'avons jamais entendu le médecin lire le courrier intégralement. Cependant, tout en lisant pour lui, il évoque à voix haute des éléments du contenu à l'intention des autres membres de la cellule. « *On peut deviner : dos et membres supérieurs...* », « *le souci cela doit être le dos. Il doit y avoir une hernie discale* ». *Lecture silencieuse de la lettre et à la fin : « problème de santé lourd* ». « *Il y a de l'articulaire plus du syndrome anxieux... elle n'a pas déclaré de MP elle pourrait y prétendre, elle a deux pathologies, elle a des restrictions sur la production* ». « *C'est un genou. Arthrose* ».

3. Le rôle des écrits dans la construction du jugement

³ Souligner par nous.

Après avoir abordé sous quel format et quel était le contenu des écrits manipulés par les médecins du travail, nous proposons maintenant de nous intéresser à leur rôle dans le processus d'expertise. Nos observations et échanges avec les médecins du travail nous conduisent à identifier que les écrits jouent un rôle essentiel pas seulement dans la formulation du jugement mais d'abord dans la construction de ce dernier, c'est-à-dire dans l'évaluation des situations.

En premier lieu nous constatons que les documents et leur mise en relation permettent au médecin de juger de l'état de santé à un instant t d'une personne en référence aux traces qu'il a conservé des états de santé antérieurs. Ecrire sur le dossier médical ou sur une feuille volante, permet d'inscrire les éléments actuels dans une épaisseur historique qui en éclaire l'interprétation. Lors des réunions collectives, les médecins font état de l'utilité de leurs annotations pour que leurs reviennent en mémoire toute la situation du salariée. Nous avons pu en faire l'expérience lors d'un entretien d'auto-confrontation. N'ayant pas noté les noms des salariés rencontrés, nous avons décrit rapidement les personnes et leurs situations quand, préalablement à l'entretien, nous avons prévenu le médecin concerné des dossiers sur lesquels porteraient nos échanges. Il fut impossible au médecin de se souvenir de qui il s'agissait. Le jour du de l'entretien nous avons fait lire au médecin nos retranscriptions de la consultation. Dès les premières lignes le médecin c'est écrié « *ah oui ça y est je vois qui c'est !* ».

Les verbatims des salariés enregistrés au fil des rencontres et relus au cours de l'entretien semblent aider à recréer la relation avec le salarié qu'ils n'ont pas vu depuis un ou deux ans et surtout de voir les évolutions de sa situation. Lors d'une réunion collective, et alors que les médecins débattent de l'intérêt ou non de voir tous les salariés, « *même ceux qui vont bien* », un médecin s'exclame : « *mais c'est important pour moi de savoir qu'ils vont bien. Si pendant des années je reçois monsieur Ninnin qui me dit « ça va », je note « ça va » et un jour il arrive et il me dit « ça ne va pas », ce « ça ne va pas » il aura du sens par rapport à toutes ces visites où j'ai noté « ça va ».* ». Nous avons cité le cas d'un médecin qui inscrivait au fil des consultations les tâches domestiques réalisées par la salariée. Ceci lui permet d'en suivre l'évolution les capacités physiques et contribue à l'élaboration de son diagnostic sur les conditions de réussite d'une reprise du travail. Le dossier médical et les notes personnelles paraissent alors un artéfact servant d'instrument à la construction du jugement médical. Cette s'inscrit dans une continuité temporelle et relationnelle que les traces écrites soutiennent.

Mais les écrits aident également le médecin à élaborer progressivement, au fil des visites individuelles, une connaissance sur l'entreprise et ses fonctionnements (et dysfonctionnements) internes. Les piles de dossiers sur le bureau en sont un premier support. Conein et Jacopin (Conein & Jacopin 1993) ont montré combien l'étude du placement des objets sur un bureau permettait de comprendre mieux l'activité et notamment sa planification. Comme dans les travaux de ces auteurs, on retrouve pour les médecins du travail que la visualisation des dossiers permet d'anticiper le travail à venir. Mais elle permet également la mise en relation de l'individuel (le salarié ausculté) et du collectif (l'entreprise où il exerce), les médecins pouvant circuler à chaque visite entre le dossier du patient et celui qu'il a constitué sur l'entreprise.

Nous avons évoqué par ailleurs le cahier à double entrée d'un médecin que nous avons suivi. Voici ce qu'il en dit : « *Quand cela est dans l'intimité de la relation du travail je le note dans le cahier jaune parce que là pour moi c'est ma responsabilité de le noter quelque part parce que derrière si je fais un retour à l'entreprise, je ne le donnerai pas ça mais c'est cela qui va me servir... pour le bilan annuel, si je n'ai pas cela après je n'ai plus rien.* ». Ce médecin utilise son cahier pour rassembler les informations par entreprise et pour se construire une connaissance transversale lui permettant d'établir un diagnostic de la santé non plus du salarié mais de l'entreprise dans son ensemble.

Dans le cadre des réunions de cellule de maintien dans l'emploi, ce rôle de l'écrit dans la construction du jugement est moins évident. On note tout de même que sans avis écrit du médecin de secteur, les décisions sont systématiquement repoussées à la prochaine rencontre. Il nous semble important en revanche d'analyser ce que le médecin du travail siégeant « fait » de ces écrits émanant de ses confrères de secteurs lors de la réunion. Si la lecture silencieuse du courrier lui permet de se faire une idée sur la situation, de conserver également le secret médical, on peut dire que ses commentaires à voix haute aux autres participant agissent comme une forme de traduction du contenu du courrier dans un langage et dans un sens qui rendent les données directement utiles à la prise de décision. Par exemple, alors que les échanges concernent la possible requalification d'un salarié dans un poste de conduite, le médecin siégeant, tout en regardant la lettre intervient dans le débat : « *il ne pourra pas, vu ce qu'il a, la posture assise prolongée va poser problème* ». Le médecin siégeant confronte les traces de ses confrères pour évaluer la faisabilité en termes de santé des pistes explorées par l'équipe pluridisciplinaire. Lors d'une autre réunion, un autre médecin siégeant, commente les remarques écrites transmises par son confrère de secteur qui décrivent le contexte difficile de l'entreprise. Il associe alors sa connaissance de l'état du secteur industriel dans la région et ces remarques pour orienter l'évaluation d'un possible reclassement en interne du salarié.

4. Une expertise en tension : les enjeux de la formalisation

Nous venons de voir que la consultation correspondait à un temps où se croisent de multiples écrits. Ces différents textes ont différents destinataires. Les médecins écrivent pour soi : les notes dans les petits cahiers ou sur les feuilles volantes constituent des traces de leurs réflexions. Ils écrivent pour eux et pour leur assistante, l'infirmière ou un collègue médecin de leur service : c'est le cas du dossier médical qui circule entre ces différents acteurs. Ils rédigent les fiches d'aptitude à destination du salarié et de l'entreprise. Il leur arrive de rédiger un courrier pour un confrère, notamment dans le cadre des dispositifs pluridisciplinaires tels que la CDME. Dans toutes ces situations ils « pèsent leurs mots » car ils associent des enjeux forts aux traces qu'ils laissent.

Bien entendu, la rédaction de la fiche d'aptitude est associée par les médecins à de multiples enjeux qui concernent d'abord l'emploi du salarié, puis secondairement le rapport du médecin à l'entreprise et au-delà sa capacité d'action. Ainsi un médecin du travail écrit « *apte* » sur la fiche d'aptitude alors que le salarié a des déficiences handicapantes pour son poste de travail

actuel. Il ne tient pas son diagnostic dans cette fiche pour éviter que d'envenimer la relation entre le salarié et son employeur, relation qui est déjà conflictuelle. Néanmoins il écrit en parallèle un courrier au chef d'entreprise relatant les points de discussion échangés ensemble sur ce qu'il sera nécessaire d'améliorer sur le poste du salarié. D'autres médecins du travail pratiquent de la même façon, ils écrivent « apte » sur la fiche et ajoutent leurs observations dans le rapport annuel ou dans la fiche d'entreprise.

Lors d'une réunion collective où plusieurs médecins échangent sur la rédaction des fiches d'aptitude, l'un d'entre eux évoque en ces termes ses craintes quant aux risques qu'elle fait prendre à une salariée qu'elle suit selon ce qu'elle écrit : *« c'est dans l'agro-alimentaire à l'examen je trouve une pathologie à l'épaule pour une femme sur une ligne de steak à l'étiquetage. J'avais écrit « apte sans manutention lourde et éviter les gestes répétitifs pendant 1 mois » sachant très bien que ce ne sert à rien dans cette entreprise car il y en a forcément. C'était juste pour leur envoyer une alerte de baisser un peu la cadence. De même quand écrit « éviter les manutentions lourdes » cela veut dire « ne poussez pas les caisses ». (...) Je n'aime pas écrire sur les fiches inaptitudes parce que j'ai peur qu'il l'a licencie. Je pensais qu'elle était inapte au poste mais je ne l'écris jamais. Elle n'a rien fait, cela a empiré et elle a dû se faire réopérer et puis elle s'est cassée la seconde épaule. Là j'ai écrit « éviter les manutentions lourdes, l'étiquetage et les gestes répétitifs ». Parce que là c'était évident qu'avec les deux épaules cassées elle ne pouvait plus étiqueter. Mais entre temps le directeur a changé. Le premier était dur et j'avais vraiment peur qu'il la licencie. Le second est vraiment plus compréhensif, il n'est pas là pour se débarrasser des gens. D'ailleurs on a travaillé avec le CHSCT sur l'étiquetage pour abaisser le poste de 50 cm mais il reste toxique. »*

Cet extrait révèle bien les paradoxes auxquels se sentent confrontés les médecins du travail que nous avons rencontrés quant aux conséquences de leurs écrits. D'un côté ils semblent ne se faire guère d'illusion sur les chances d'être suivis (« sachant très bien que ce ne sert à rien ») tout en craignant d'être utilisés à des fins qu'ils condamnent. On retrouve ici un dilemme classique des situations d'expertise qui manifeste les relations ambivalentes qu'elles entretiennent avec la décision. Comme d'autres experts, les médecins du travail ne se trouvent-ils pas mis à mal dans leur légitimité pris entre le sentiment qu'ils ne servent à rien et celui de faire du tort par une mauvaise utilisation de leur évaluation ?

L'extrait de la réunion collective ci-dessous illustre cette tension entre le désir d'agir et la nécessité de construire progressivement le dialogue avec l'employeur. *« Notre pouvoir est celui de la persuasion »* dit un médecin plus expérimenté à un jeune médecin troublé par un sentiment d'impuissance.

N: Ne va pas dans le pouvoir, l'injonction, ne va pas au-delà car cela se retourne contre toi.

A : Oui mais parfois rien ne change

N : mais ce n'est pas à cause de toi.

AC : le risque c'est que tu sois ostracisé, plus personne ne te parle. Par rapport à l'inspection du travail il n'y a pas de commune mesure. On arrive à faire des choses petit à petit.

N: on a le pouvoir de persuasion.

AR : le nombre de situation où tu vas avoir besoin d'une posture réglementaire, je ne sais pas si cela marchera, tu vas perdre le pouvoir que tu as installé avec la discussion, la négociation... Cela prend du temps.

A : oui mais on voit les gens s'aggraver et c'est dérangeant.

AS : et les gens t'interpellent...

AR : c'est l'inspection du travail, ce n'est pas toi. Moi je ne me sens pas coupable.

AC : On n'est ni coupable ni responsable de la situation de travail. Nous on est conseillés...

I : Moi je suis depuis 2 ans dans la grande distribution, je vois des épaules continuellement et je suis effrayée, ils me les reclassent tout cela mais au niveau de la CRAM ils se sont rendus compte qu'il n'y avait pas d'ingénieur sécurité donc au niveau national ils sont en train de mettre en place quelque chose... Mais ce n'est pas notre rôle...

AC : il ne faut pas rentrer dans une culpabilité...

A : quand tu mets apte...

AS : dans le contexte législatif il y a l'aptitude.

La manière de rédiger la fiche d'aptitude engage également la relation du médecin avec l'entreprise. Comme on le voit dans le passage ci-avant, le médecin envoie un message à travers cet écrit. Nous avons évoqué plus haut des cas où un vocabulaire médical complexe était employé. Un médecin nous explique : « *Moi je laisse tous les termes compliqués. Ils ont qu'à aller chercher dans le dictionnaire* ». Il ne le fait pas avec les entreprises avec lesquelles il a un bon contact mais avec celles où l'échange est difficile. Nous avons entendu certains médecins évoquer la rédaction de restrictions comme une forme de manifestation d'insatisfaction. Lors de l'observation d'une après-midi de consultation, le médecin que nous accompagnons essaie de régler un différent qu'il a avec un employeur qu'il juge « *peu coopératif* » après qu'il a écrit sur la fiche d'aptitude d'une salariée très atteinte physiquement « *inapte à ce poste* ». Pour l'employeur c'est une provocation. Le médecin reconnaît également qu'il est lui-même arrivé aux termes de ses propres capacités de négociation.

Il arrive aussi que le médecin se sente piégé par l'entreprise qui à travers une demande d'énonciation de toutes les restrictions voire de proposition d'aménagement engage sa responsabilité. « *J'ai un salarié qui a eu un accident et il veut reprendre, il me dit que le chef d'atelier lui propose de reprendre en faisant de la saisie informatique et de la formation. J'appelle le chef d'atelier pour vérifier et il confirme. Je revois le salarié à la consultation il me dit c'est impeccable. Et avant-hier j'étais dans l'entreprise et l'assistante RH me dit que le chef d'atelier veut que j'écrive toutes les restrictions sur la fiche d'aptitude alors que j'avais écrit apte au poste tel que définit par M... Un autre médecin intervient : cela a été lu par un juriste... Il ne veut pas prendre de risque.* ».

Objet d'enjeux dans la relation à l'employeur qui dispose in fine du pouvoir de décision, l'énonciation du jugement sur le salarié engage également des enjeux vis-à-vis de l'évolution psychologique de celui-ci. Plusieurs médecins ont ainsi évoqué le risque d'enfermer un salarié dans sa souffrance en officialisant, nommant des dysfonctionnements jusqu'alors gérés sans

difficultés. « *Il faut respecter le symptôme* » nous expliquent ces derniers pour signifier combien il peut être délicat de vouloir intervenir à tout prix et de se méfier de certains diagnostics stigmatisants et autour desquels peuvent s'enraciner des identités bloquées. Dans sa relation au patient, le médecin du travail défend un accompagnement de long terme et la nécessité de ne pas se précipiter dans des jugements trop rapides dont les conséquences pourraient être plus néfastes.

Nous avons évoqué une situation où un médecin écrit sur le dossier médical la liste des activités que la salarié qu'il reçoit parvient à réaliser. Tout en notant, il évoque les faits ce qui aide le salarié à faire son propre diagnostic par rapport à sa reprise. Le jugement médical n'est pas directement évoqué dans le dialogue avec le salarié. Quand cette même salariée, l'interpelle un peu plus tard sur son jugement après un premier échec de la reprise dans une autre visite de consultation, le médecin semble un peu gêné pour répondre. Il évoque son diagnostic seulement après avoir fait l'examen clinique, qui l'autorise à poser un jugement. Dans cette situation la compétence médicale joue un rôle dans son positionnement d'expert. Dans le cas de cette dame, qui a 59 ans, le médecin sait que si elle ne reprend pas le travail, l'invalidité de catégorie 2 permettra à la salariée de partir dans de bonnes conditions salariales en attendant l'âge de la retraite. Poser un jugement n'est pas une question simple selon la situation sociale du salarié et dépend aussi de la relation entretenue avec ce dernier. Dans le cas de cette dame, plusieurs rencontres ont eu lieu ainsi que des essais sur le poste aménagé pour l'accompagner vers une invalidité.

L'écriture d'un jugement médical dépend donc du dialogue avec les acteurs de l'entreprise, de la relation avec le salarié et du contexte institutionnel en matière de santé au travail. L'anticipation des enjeux liés à l'énonciation d'un jugement, à l'exercice même de l'expertise n'est pas surprenante. L'est en revanche d'avantage la découverte de plusieurs enjeux associés par les médecins avec la construction même du jugement. En premier lieu, certains médecins ont mentionné qu'ils préféreraient noter les verbatims des salariés pour interpréter le moins possible la situation. Tout se passe comme si le fait d'écrire « dépressif » pouvait enfermer leurs propres regards ou celui d'un confrère qui reprendrait le dossier. Ensuite, lors d'échanges sur les études de postes, une discussion sur l'établissement d'un diagnostic de pénibilité a mis en avant les doutes de la plupart des médecins présents quant à la possibilité d'objectiver leur analyse. Voici un extrait de ces échanges :

« I : Quand on fait une étude de poste on essaie d'être neutre.

O : Peut-on ? Moi je pense que non.

OP : justement on peut se dire que c'est la confrontation des points de vue qui nous permet de faire le tour du problème

O : cela ne vous est jamais arrivé de visiter un poste où il n'y a aucune plainte mais vous êtes horrifiée ?

S : Une fois cela m'est arrivé pour un manutentionnaire, j'ai voulu porter mais j'ai mal au dos et quand je l'ai porté aïe cela m'a fait mal mais je me suis dit de quelle douleur je parle ? la mienne ou la sienne ? Il ne se plaint pas, de quoi je me mêle ?

O : C'est aussi en lien avec la parole parce que quand quelqu'un nous dit « ouvrir tel robinet c'est dur » et le tester c'est peut-être aussi de chercher à comprendre ce que le salarié entend par « dur ».

I : et cela donne de la légitimité au salarié vis-à-vis de l'employeur qui est peut-être là...

U : et si ce n'est pas dur ?

S : cela décale la question, on se demande pourquoi il trouve cela dur. (...) D'ailleurs ce que l'on devrait d'avantage chercher ce sont les stratégies que les salariés développent quand c'est trop dur. Une fois j'avais observé des manipulations chimiques et je me disais que ce n'était pas possible qu'elles supportent cette atmosphère et je me suis rendue compte qu'en fait elles s'y prenaient autrement, elles regroupaient leurs affaires et se déplaçaient. Et toi O quand tu vois un poste de travail où tu te dis « je vivrais pas ça » qu'est-ce que tu fais ?

O : Je les interroge sur comment ils le vivent et je leur dit que peut-être on pourrait faire mieux mais je ne creuse pas trop... enfin ce n'est pas la même chose entre une situation dangereuse et une situation à risque. »

Curieusement, les médecins évoquent peu d'enjeux de légitimité associés à leur jugement dans le cadre des cellules de maintien dans l'emploi. La cellule de maintien dans l'emploi est décrite, par ceux qui y participent, comme un espace convivial et ressourçant pour l'activité de médecin du travail : à la fois par le partage de la recherche de solutions et par la possibilité de moyens d'action concrets tels que l'étude de poste ergonomique ou la compensation du handicap : « Avant on était tous seuls. Maintenant on arrive avec toute l'armada : les ergonomes, les études techniques et les aides comme la lourdeur du handicap ». Dans cet espace, le médecin est certainement dans un contexte plus confiant avec des partenaires en santé et sécurité qu'il ne l'est dans l'entreprise. On peut faire l'hypothèse que le choix d'énoncer plus explicitement son jugement médical traduit le besoin d'une recherche de solutions collectives avec les partenaires.

5. Une co-construction de l'expertise : l'intégration de la parole d'autrui

Confrontés à ces multiples enjeux et tensions qui traversent l'exercice de leur expertise, les médecins du travail ont développé une réponse qui nous semble consister en partie dans l'intégration des points de vue des salariés et des employeurs à la construction de leur expertise. Nous avons vu que les médecins notaient les verbatims des salariés dans les documents qu'ils rédigeaient pour établir leur diagnostic et garder une trace de la consultation. Cette pratique semble également présente lorsqu'il s'agit d'établir la pénibilité d'un poste comme nous l'avons vu plus haut : « Quand je suis sur un poste de travail d'informaticien par exemple et que la direction me demande « alors qu'est-ce que vous en pensez ? » je me tourne vers le salarié « comment vous vous sentez » et s'il me dit « c'est bien » je réponds « ben voilà » et j'en ai un peu honte. Alors j'ai tout un discours sur « c'est vous qui faites le travail, ce que vous ressentez c'est important » mais il faut bien l'expliquer ».

De même la rédaction de la fiche d'aptitude peut-être discutée avec le salarié : « *alors qu'est-ce que l'on met ?* » demande un médecin au terme de la consultation. Elle l'est également avec l'employeur ou l'encadrement sous la direction de laquelle exerce le salarié concerné. Dans l'extrait de réunion collective ci-dessous les médecins expliquent leur habitude de téléphoner au préalable aux responsables de l'entreprise avant de rédiger la fiche pour s'assurer que leur formule sera comprise.

« A : il est rare que j'écrive quelque chose avant d'avoir téléphoné avant au hiérarchique, direct ou quelqu'un... (...) Souvent je dis aussi au directeur qu'elle est inapte à l'étiquetage mais je me rends compte que je ne l'écris pas [sur la fiche d'aptitude]. Je fonctionne beaucoup par mail avec le directeur. Je fais aussi un petit courrier annexe.

AC : la façon dont on rédige notre avis est très « responsable dépendant ». Il faut souvent commencer par trouver le bon responsable hiérarchique. Des fois on met apte et l'on sait que l'on téléphone avec le chef d'équipe et l'on sait que cela va bien se passer que le collectif va gérer mais des fois on doit écrire un peu plus tout en sachant que l'on doit faire attention car cela peut ouvrir à un licenciement. C'est pour cela que je demande tout le temps au salarié « qu'est-ce que l'on fait ? » je leur précise les risques.

N : j'écris « Aptitude à revoir après étude du poste ». C'est une autre façon de dire « à réfléchir ». Moi je n'ai que Xolax⁴ et ils savent que je mets des trucs comme ça. Si c'est une reprise de travail je lui demande d'aller voir son médecin et j'ajoute à la formule « après avis complémentaire » et je l'envoie chez son médecin qui l'arrête.

A : dans tous les cas il faut une explication de texte après. « Apte à la reprise sur telle ligne telle que définit avec la maîtrise » : c'est important car cela fait trace, cela montre que tout le monde est d'accord.

AC : je le mets aussi « tel que définit avec l'accord de M. untel ou untel ou par... ».

I : comme cela, cela responsabilise tout le monde.

AR : ils en sont destinataires, s'ils ne la contestent pas c'est qu'ils sont d'accord et s'ils ne l'appliquent pas ils engagent leur responsabilité. Moi je joins un courrier. »

Ce long extrait met en évidence la production d'un « réseau » de documents qui font sens pris ensemble pour saisir la jugement du médecin concernant le salarié : la fiche d'aptitude n'en constitue qu'une partie, elle s'assortit de courriers personnalisés et de mails qui la complètent. En observant la manière dont les médecins du travail raisonnent et entourent la rédaction de la fiche d'aptitude on comprend qu'ils « jouent » avec ces divers écrits pour tenir à la fois le souhait de voir leurs conseils pris en compte et le volonté de protéger le salarié des conséquences de leur jugement. La rédaction de ces différents documents et l'activité relationnelle qui y est associée témoigne de leur travail d'enrôlement des acteurs les plus réticents dans la réception de leur expertise.

⁴ Les noms ont été changés pour préserver l'anonymat.

Conclusion

Au regard de la sociologie des professions, on peut s'étonner d'entendre les médecins du travail mettre en discussion si fréquemment et si profondément leurs compétences et leur légitimité. Le sentiment d'impuissance revient souvent lors des échanges dans les groupes de pairs et on peut s'interroger sur les raisons pour lesquelles un discours de normalisation des échecs et de désidérialisation du métier semble peiner à émerger. Nous avons ici soutenu l'hypothèse selon laquelle le malaise des médecins du travail pouvait être rapproché de celui qu'évoquent fréquemment les professionnels placés en situation d'expertise.

Devenir expert ne va pas de soi et soumet ceux qui s'y livrent à de multiples tensions. Les travaux récents sur ce sujet ont contribué à remettre en cause l'image de l'expertise comme un « simple » transfert de connaissances objectives pour mettre d'avantage en avant le travail d'alignement de matériaux hétérogènes (données scientifiques mais aussi enjeux économiques, positionnements professionnels, opinions publiques, relations avec les « groupes concernés ») qui est au cœur de l'activité d'expertise. L'expert compose en permanence avec une pluralité de faits, d'interpellations, d'avis et de controverses et c'est de la mise en cohérence de ces éléments, de la capacité à les faire « se parler » que dépend le succès de l'expertise. Et parce qu'action et légitimité sont indissociables dans l'expertise (donner son avis soumet à une épreuve (Trépos 1996) de soi, de sa posture, de sa démarche, de son savoir), la mobilisation de ces sources hétérogènes et « impures » (Barthe & Gilbert 2005) et tout autant une condition de l'activité que de sa reconnaissance tant par les parties concernées que par les experts eux-mêmes.

Usure professionnelle et travail empêché – Etude de cas

Fabien Coutarel, Perrine Parrel

La pratique du médecin du travail est confrontée aux récentes évolutions du travail et des politiques de santé publique (Dellacherie, 2008 ; Caroly et al, 2006). Les Troubles Musculo-squelettiques d'origine professionnelle (TMS) continuent de représenter un enjeu social et économique majeur.

Le projet MEDTRATMS¹ financé par l'ANR vise à décrire les modes de pratique du médecin du travail, qui restent la plupart du temps inconnus des autres acteurs de la santé au travail. Le secret médical, l'intimité de la consultation représentent, en effet, les aspects les moins visibles de l'activité du médecin, tout en constituant encore une partie essentielle de cette dernière. Mieux comprendre les dilemmes professionnels du médecin du travail est un enjeu pour la construction de la pluridisciplinarité. Parce que l'efficacité des actions de prévention des TMS suppose une articulation de compétences et de modes d'actions variés, la méconnaissance par les acteurs de la pluridisciplinarité des pratiques et conditions d'exercice du médecin du travail constitue un frein au positionnement efficace de ces acteurs.

L'étude de cas présentée ici contribue à éclairer les conditions d'une situation dégradée d'un médecin du travail. Nous avons cherché à décrire les problématiques et le contexte d'exercice du praticien. Le médecin du travail, F., est un praticien expérimenté qui exerce dans une société filiale d'un groupe industriel. Cette entreprise regroupe environ 700 salariés et fonctionne « 7 jours sur 7 », « 24 heures sur 24 ». Cela fait trois ans que F. exerce son activité aux côtés d'une infirmière (au niveau du site). Le MT et l'infirmière couvrent environ 20% du temps d'activité de l'usine. Le site est protégé par des règles de confidentialité spécifiques. L'infirmière et le médecin font partie d'un Service Autonome de Santé au Travail où 5 autres médecins du travail sont également présents (au niveau du Groupe). Elle travaille à mi-temps. De façon générale, son intervention s'inscrit dans une logique de prévention secondaire et tertiaire, dans le sens où les problématiques de santé à traiter concerneraient davantage les situations de maintien ou de retour à l'emploi.

F. décide de démissionner de ses fonctions, en mai 2010, en raison d'une accumulation de difficultés pesant sur sa propre santé, pour rejoindre la fonction publique.

I - LES CONDITIONS PARTICULIERES D'INVESTIGATION DE LA PRATIQUE DU MEDECIN DU TRAVAIL

Les conditions d'investigation de l'activité de ce médecin ont été pour partie déterminées par la situation de désaccords vécue dans l'entreprise par le médecin et le secret industriel associé aux activités des travailleurs. Ceci a conduit le médecin lui-même à juger non opportune la présence des chercheurs dans l'entreprise. Ces derniers ont néanmoins considéré intéressante l'opportunité d'intégrer dans le panel des médecins du travail du projet MEDTRATMS un

¹ Notre étude de cas est tirée d'une recherche sur les pratiques de prévention des TMS, chez les médecins du travail, dans le cadre d'une ANR SEST impliquant le Laboratoire PACTES (S. Caroly, C. Cholez, A. Landry), l'Université de Lyon (P. Davezies), le Laboratoire clinique de l'activité CNAM (G. Fernandez, N. Poussin), l'ENSC (K. Chassaing, F. Daniellou, J. Petit), l'Université de Bordeaux (A. Garrigou), l'Université Laval à Québec (M. Bellemare, D. Prudhomme, G. Baril-Gingras) et l'Université de Clermont-Ferrand (F. Coutarel, P. Parrel).

cas d'extrême difficulté et de rendre compte de cette situation. Les investigations ont donc été menées à partir d'entretiens. Ce choix méthodologique n'est pas qu'un choix de circonstances. C'est aussi une posture scientifique assumée : l'observation ne peut rendre compte à elle seule des dilemmes de l'activité, et notamment de l'activité empêchée (Clot, 1999). Nous avons donc utilisé les traces d'activité à notre disposition, notamment le journal de bord du médecin du travail pour conduire des entretiens d'explicitation à partir de cas, d'histoires, de projets concrets et détaillés. De cette explicitation, les chercheurs et le praticien ont ensemble fait émerger des éléments de généralisation permettant d'interpeller le métier.

La posture des chercheurs impliqués a visé à rendre compte de la perception de sa situation par le médecin lui-même. L'impossibilité de conduire des observations en situation constitue une limite évidente : l'ergonomie de l'activité (Daniellou, 2005) a montré que les acteurs ne disent pas spontanément leur activité, qu'il existe bien souvent un décalage entre le discours tenu et les conduites adoptées. La méthodologie d'entretien s'est donc appuyée sur l'explicitation du vécu, en référence à des histoires professionnelles concrètes, destinées à situer le discours au plus près de l'activité et ainsi à éviter les formes de sur-généralisations classiques.

Entre les mois de février 2010 et de juillet 2011, nous avons alors mené cinq entretiens semi-directifs (durant, chacun, environ deux heures) avec ce médecin du travail. Chaque entretien a été enregistré de manière audiovisuelle. L'étude a systématiquement procédé par transcriptions et/ou prises en notes du discours enregistré.

Après chaque entretien, nos analyses ont été soumises au regard d'autres acteurs du projet de recherche (dont certains notamment, ayant eu, eux, la possibilité d'observer les praticiens). Ceci a permis, d'une part, de confirmer la pertinence des orientations proposées et, d'autre part, de questionner l'interviewer pour préparer le futur entretien. Par ailleurs, notre connaissance de l'entreprise et de ses acteurs nous permet finalement de considérer comme pertinentes les données sur lesquelles se fondent ensuite les éléments de discussion.

II - LE SENTIMENT D'IMPUISSANCE D'AGIR MALGRE DES STRATEGIES ET DES RESULTATS EFFECTIFS

II.1. Le vécu d'un investissement couteux

La charge de travail importante constitue le premier élément de difficulté mentionné par notre médecin du travail « F. ». Il se dit saturé de nombreuses tâches plus ou moins formelles : les consultations médicales, les opérations administratives, les actions sur les situations de travail, les actions de conseils auprès des différents acteurs internes à l'entreprise, la participation à des groupes de réflexion contribuant à la formation continue du médecin. Elle doit gérer ainsi, quotidiennement, un volume d'activité qui lui apparaît trop important par rapport à son mi-temps et que son investissement n'arrive pas à compenser. A ce sentiment d'être dépassé se joint un sentiment classique d'inefficacité assez prononcé (« n'avoir rien fait »).

En creusant un peu son activité, sur des situations concrètes, on se rend bien sûr compte que F. arrive à obtenir certains résultats.

« - Chercheur : Et donc là, il y a quand même des pistes parfois où...il y a des problèmes sur lesquels vous réussissez à avoir des satisfactions, parce qu'ils se résorbent...? - F. : Ah oui c'est sûr, il y a quand même des satisfactions, oui c'est sûr, il y en a heureusement ! Ça peut être, je sais pas, des personnes un petit peu vieillissantes, ça fait très longtemps qu'ils tournent en 3X8, on a

trouvé des changements pour pas qu'ils fassent de nuits, et ils sont très reconnaissants, ils sont très...ça c'est vraiment, ça a l'air de rien, mais c'est important. ».

Pour F., remplir sa mission de préservation de la santé des travailleurs suppose de manière générale l'intervention sur les facteurs de risque et le maintien dans l'emploi. Or, elle constate que de nombreux cas ne permettent pas cela, et vit mal le fait d'être « directement » et « durablement » exposée aux souffrances des salariés et d'avoir à « encaisser » celles-ci, sans réel « pouvoir d'agir ».

« -F. : (...) C'est vrai que, comment dire, à l'infirmerie, on est très exposé, les salariés nous exposent beaucoup de leurs soucis, beaucoup aussi de ce qu'ils vivent dans les ateliers, et il me revient finalement tout un collectif ; parce qu'une personne expose un souci, bon, on peut toujours en faire ce qu'on peut, mais quand un ensemble d'opérateurs d'un même secteur, nous expose un même souci, mais avec des mots différents, avec des exemples différents, enfin tout un vécu un peu différent, mais bon, on voit que c'est la même origine, il est intéressant, au bout d'un moment, de le faire remonter, tout d'abord, aux salariés et puis bien sûr à l'employeur ; et c'est vrai que quand il n'y a pas de prise de conscience comme ça, qu'on n'arrive pas à convaincre, et quand on passe beaucoup de temps, finalement, à essayer d'aider les salariés en difficulté alors qu'on n'arrive pas à faire prendre conscience de l'origine des choses, des problèmes ; si on ne traite pas la source, on a l'impression que ce qu'on fait, on s'épuise pour rien, enfin, en gros c'est ça. Parce que tant que l'origine du problème n'est pas réglé, les salariés peuvent ramener toujours les mêmes vécus, il peut y avoir une souffrance, et bon...on peut aider les salariés, mais bien sûr que c'est important, il faudra toujours le faire, mais on aimerait bien, moi, pour ma part, j'aimerais bien aller plus loin. Et c'est vrai que de ce point de vue là, je ne suis pas toujours entendue, et c'est vrai que je le vis plus ou moins bien, en fonction...certainement, de mon état du moment, en fonction des événements qui se passent concomitamment (...) ».

La persistance de F. dans son engagement professionnel, face aux obstacles rencontrés, est aussi ce qui rend son activité coûteuse : « je suis arrivée en butée de ce que je peux apporter », « je ne sers à rien », « s'épuiser pour rien », « s'essouffler ».

II.2. Des arbitrages majeurs dans son activité

Nous observons en fait que le mode d'intervention de F. est guidé par des arbitrages selon deux critères : la demande des acteurs et la criticité de la situation. Ces arbitrages, consistant à favoriser certaines tâches par rapport à d'autres compte-tenu du « trop plein » d'activité, est orienté par le souhait de privilégier la prise en charge des priorités sanitaires de l'entreprise.

F. choisit effectivement de ne pas réaliser des visites de contrôle systématiques (18 mois à 2 ans de retard pour certaines) et de favoriser les visites médicales qui sont demandées soit par les salariés soit par les hiérarchiques, ainsi que les visites d'atelier. Ceci lui permet d'être en phase avec la vie de l'entreprise et ses problèmes, plutôt que de développer une activité routinière autocentrée.

« -F. : (...) Il se trouve qu'il y a des jours où je sens qu'on a accumulé du retard, ou que toutes les deux [l'infirmière et elle] on fatigue, on ne prévoit pas de visites systématiques, et on se dit on prend que les personnes qui veulent vraiment venir nous voir, qui viennent en urgence ; on se donne un peu de « mou », un peu de temps, pour soit faire un tour dans les ateliers, soit se consacrer à une personne qui a besoin de temps, soit rédiger un rapport annuel [...].

« Ce qu'on est incapable d'effectuer dans de bonnes conditions [les visites systématiques]. Donc, j'ai pris le parti de ne pas les faire ces visites de nuit, sauf si un salarié le souhaite évidemment, nous avons beaucoup de visites à la demande du salarié, énormément ; et même sur des visites annuelles, je suis très en retard, actuellement je suis à 18 mois, ou il y en a même qui ont à peu près deux ans,

mais peu importe, l'important pour moi, c'est de vraiment voir les gens qui en ont besoin, on en a repéré quelques uns, donc on...les voit un peu plus souvent que les autres ; et puis c'est vrai que...ma priorité c'est ça, et puis bon, c'est vrai que les visites annuelles, elles ont un peu de retard tant pis, mais c'est que je suis incapable d'effectuer des visites tous les 6 mois pour une personne qui travaille en partie de nuit. Et pour moi, l'important, c'est de repérer ceux qui ont des difficultés avec la nuit et qu'ils savent venir me le dire, si jamais la difficulté intervient en l'espace de deux visites systématiques. Pour moi, c'est plus intéressant de travailler comme ça, plutôt que d'effectuer des visites tous les quart d'heures, que ce soit quelque chose de trop routinier, j'ai peur de louper des choses, je préfère prendre les personnes toutes les demi-heures. Quand il y a un souci, souvent je les, on les fait revenir, soit on les fait revenir assez rapidement parce qu'en une demi-heure, trois-quarts d'heure, je n'ai pas le temps de voir avec elle tout ce qu'il faut voir, soit j'anticipe, et donc on les convoque en fin de matinée ou en fin d'après-midi pour ne pas avoir de buté ; ça, ça me paraît important, parce que pour moi, l'important, c'est d'essayer de régler le souci des personnes, s'il y en a un, et puis prendre le temps aussi, qu'ils aient le temps de poser des questions, et moi je me vois pas, toute la journée, effectuer des visites très très rapides, très rapprochées (...).

« -F. : (...)Alors c'est vrai qu'en disant ça, je sais que je ne réponds pas totalement à ce qu'attend la législation, mais par ailleurs, il ne me paraît pas possible de répondre à tout ce qu'attend la loi, dans notre travail. C'est-à-dire pratiquer des visites tous les 6 mois pour les salariés qui travaillent en partie de nuit, voir tous les salariés qui le demandent, voir tous les salariés que l'employeur demande, parce qu'il y a un changement de poste, bon ça je le fais, c'est important, mais heu voir pfff, participer à tous les CHSCT, participer, enfin avoir tout notre partie administrative. Evidemment, aller sur le lieu du travail, essayer d'appréhender un peu tous les problèmes chimiques, appréhender un minimum de conditions de travail au poste, enfin répondre aux questions des représentants du personnel, des délégués, enfin ça, je pense qu'on est obligé de, enfin je pense que c'est souvent selon son tempérament en fait, il y a des personnes qui vont absolument assurer, mon prédécesseur assurer absolument toutes les visites, il y en avait pas une, il privilégiait ça. Moi je privilégie autre chose et puis un autre privilégiera peut-être plus l'action en milieu de travail. Je pense vraiment, il me semble très difficile de tenir tout ce que l'on a tenir. Je pense qu'on n'est pas la seule profession comme ça. Je sais qu'à la fois je suis en dehors des clous, et, à la fois, il me semble que cela correspond un peu à la demande des salariés, et puis bon, à ce qui peut aider aussi à ce que ça marche bien. A la fois je suis en dehors de la législation, mais bon, j'ai quand même déjà rencontré le médecin inspecteur du travail sur ce sujet, notamment sur les deuxièmes visites de nuit. Et il est au courant que je ne les effectue pas mais bon, j'veux dire y a pas, on verra si un jour il y aura un problème, mais bon pour le moment. Je vais aussi bien-sûr l'expliquer au CE, lors de la présentation du rapport annuel, ils n'ont pas émis non plus d'opposition, sachant que chaque personne souhaitant être vue est vue. Quand c'est une urgence, elle est vue tout de suite, rapidement. Si je sens que ça ne peut pas attendre, que c'est une semi-urgence, c'est pareil je la vois dans 8 jours. Je privilégie ça. Et puis aussi la longueur de la visite, parce que si on veut vraiment effectuer toutes les visites, c'est mathématique, je pense qu'on ne peut guère prendre plus d'un quart d'heure par personne. (...).

La criticité de la situation, régulant aussi l'investissement de F., est estimée par F., selon la persistance des problèmes (fatigue, stress, TMS, etc.), la gravité du problème (troubles psychologiques se manifestant par des tendances suicidaires ou agressives, etc.), et l'ampleur collective (tout un atelier de travail concerné par exemple).

II.3. Les obstacles rencontrés par F. et mettant à l'épreuve ses capacités d'action

Dans le cadre des interventions privilégiées suivant les arbitrages précédents, F. considère que les situations d'exercices sont plus difficiles :

- quand les salariés ne se dirigent pas vers les décisions ou les conduites qu'il « faudrait » envisager pour se prendre en charge (passivité, fatalité, déni) ;

« (...) -Françoise : C'est vrai que les meilleurs résultats sont ceux, les gens qui ont une certaine volonté d'évoluer, de s'en sortir, qui ont des atouts, enfin je ne sais pas si c'est...quelques atouts, c'est-à-dire qui sont actifs et qui ont le potentiel d'évoluer, parce que c'est vrai que celui qui va s'occuper du développement, qui va aller dans la recherche, qui va aller dans un laboratoire, qui va aller dans un poste administratif, forcément, il aura moins de contraintes et sa pathologie... J'ai plusieurs cas où c'est ce qui s'est passé, mais c'était pour des gens qui avaient le potentiel quoi, et qui avaient envie quoi, qui se comportaient aussi d'une certaine façon, parce que c'est vrai que le service du personnel a toujours une réticence à faire évoluer vers un poste que beaucoup souhaite, quelqu'un qui, comment dire, qui s'est comporté de façon négative par rapport à son travail, par rapport à l'usine, par rapport à ses collègues, qui a un comportement qui n'est pas agréable, qui est en retard, qui manque beaucoup, voilà ; donc, quand quelqu'un a un mauvais comportement, c'est vrai que, même moi, j'ai plus de mal à dépenser de l'énergie ; alors qu'on peut laisser aussi donner le...comment dire, les gens, tout à chacun est sur un chemin, évolue, change, pour mieux ou pour moins bien, on peut pas enfermer les gens avec une étiquette, mais c'est vrai que vu la quantité de personnes à gérer, c'est évident que celui qui est actif, qui a toujours été un peu actif a beaucoup plus d'atouts que celui, pour qui, c'est jamais sa faute, sur qui on ne peut jamais compter, qui, pour un oui ou pour un non n'est pas là, il tombe trois flocons de neige, il n'est pas là alors qu'il habite à côté, enfin je veux dire, voilà, c'est tout un ensemble qui fait que il y a des gens qui placent le travail à des niveaux différents de leur vie (...).»

« F. : Je pense que mentalement, elle était trop, enfin je pense qu'elle avait atteint ses limites, il y a avait un cumul de fatigue, quand on la voit, elle est un peu victime, enfin, elle se place en..., enfin, elle est un peu fataliste, oui, c'est la fatalité, c'est comme ça, ' je ne peux pas faire autrement', 'je ne peux pas faire autrement que d'habiter à plus d'une heure d'une mauvaise route', 'je ne peux pas faire autrement que d'être dans ce poste' ; c'est difficile parce qu'il y a une sorte de passivité...ça s'accumule sur elle, mais elle n'arrive pas à avoir le, à réagir ».

- quand il y a la perception que la vie privée du salarié est largement impliquée dans les difficultés du travail

« F. : Il y a déjà, il y a beaucoup beaucoup le contexte extérieur, avec le nombre de kilomètres, avec la situation financière dans laquelle elle est, parce qu'il y a deux voitures tous les jours qui font des centaines de kilomètres, alors qu'ils ont deux petits salaires ; après, il y a des problèmes intrafamiliaux, conflictuels, enfin je veux dire où elle est maltraitée, donc ça s'est très difficile d'intervenir là-dessus ; après, elle a deux enfants assez petits, donc, elle s'en occupe tant bien que mal, avec l'un, elle a des difficultés ; au niveau de l'entreprise, elle arrive, elle est très fatiguée, donc elle fait ce qu'elle peut, elle n'ose pas dire quand ça va pas, donc, elle fait au maximum, mais du coup elle peut laisser passer des contrôles qualité, elle peut laisser passer des choses qu'elle ne devrait pas laisser passer, parce qu'elle est trop fatiguée, trop épuisée ; elle vit ça comme un truc qui lui tombe dessus, elle n'arrive pas à réagir, et moi, là dedans, j'ai beaucoup de mal, j'ai beaucoup de mal. J'essaie de donner des idées, mais mes idées ce sont des solutions, mais ces solutions, ça ne peut pas l'aider parce que ces solutions elle les aurait trouvées. Alors je me dis, il faut que je lui pose des questions, mais je lui pose des questions, et elle répond de façon très... ou c'est sans retour, donc c'est fermé, et après, j'avance pas. Donc, je n'ai pas l'impression de l'aider, donc, du coup, je la laisse un peu...on ne sait pas vers qui, bon, parce que nous aussi, on a nos limites, mais bon, on ne sait pas bien vers qui, bon, les problèmes financiers, on peut trouver, il y a

le CE qui l'aide, donc, qui avance de l'argent, mais c'est un truc sans fin, parce qu'il y a des crédits, enfin bref, je ne sais pas, j'avoue que là, là, je pfffou...

-Moi : Vous me disiez que vous aviez votre propre jugement, en quoi il vous pose problèmes en fait ?

-F. : Bien, j'ai peur que le fait que je la juge, que je juge un peu son comportement en me disant « c'est complètement, ça va pas, c'est un peu débile comme situation, ça pourrait tellement être plus simple, mais c'est de mon point de vue ! », du coup, je me dis ça, du coup je ne m'en sors pas de ce truc ! Alors peut-être qu'on ne peut pas plus l'aider, ou peut-être qu'on peut l'aider plus, quand même. Il y a des gens pour qui j'arrive à trouver quelqu'un d'extérieur, ça peut-être une assistante sociale, ça peut être un psychologue, ça peut-être un psychiatre, ça peut-être un conseiller conjugal, ça peut-être, bon, tous les spécialistes de la création, j'arrive à trouver quelqu'un qui peut, parce ce que quand on est implanté dans une région depuis longtemps, il y a quand même des gens qu'on connaît, on voit avec qui à peu près...mais, pour elle, je ne vois pas, je ne vois pas quelle aide. Je ne vois pas une personne extérieure, quelqu'un qui peut aider, alors c'est souvent plusieurs personnes quand c'est si complexe comme ça. Alors, c'est cahin caha d'une consultation à l'autre [...].

-Moi : et elle, comment...?

-F. : Ben elle, justement, c'est ça aussi qui est difficile, je pense qu'elle n'est pas dans la réflexion, elle n'est pas dans l'anticipation, c'est « au moment », au jour le jour, il y en a d'autres comme ça, de façon peut-être un petit peu moins forte, mais il y a des gens comme ça. C'est difficile de réfléchir pour des gens, si eux, ils ne réfléchissent pas, ils ne se prennent pas en main. Les aider à se prendre en main, les aider à se prendre en main, avec certains jeunes, on y arrive, en leur posant certaines questions. Parce que certains ont l'idée que c'est à l'employeur de trouver une solution, ou que c'est à moi de trouver une solution, et ce n'est pas comme ça que ça se joue, et avec certains on arrive à leur faire prendre conscience [...] Surtout avec les jeunes, c'est plus facile, parce qu'ils ne sont pas 'finis' encore ; on arrive à avoir des décalages d'une consultation à l'autre, c'est intéressant. (...) »

- quand la dégradation de la situation dans l'entreprise est telle que les possibilités d'aménagements ou de reclassement deviennent inexistantes, notamment du fait des inaptitudes présentes,

« (...) –F. : Par exemple, il y a un jeune qui a des, qui a une pathologie, qui développe des fibromes sur ses nerfs, donc ça a commencé, le premier diagnostic a été fait il y a à peu près un an, donc il souffre de névralgies très sévères [...] il est très pénalisé dans son poste, donc il ne peut plus occuper son poste. Et donc, ça fait presque un an qu'il est en dehors, on essaie de l'occuper [...] ça ne pourra pas durer 10 ans, il faut qu'on trouve une solution, ça déjà été un peu une preuve de patience de l'entreprise, on a essayé de trouver, mais on a pas vraiment trouvé, ils donnent des petits services [...] et là on se heurte à un vrai problème, un vrai vrai vrai problème [...] il y a une volonté à la fois de l'employeur de rendre service à ce jeune et à la fois, ils ont aussi des contraintes, il faut absolument trouver une solution, et puis pour lui aussi qu'il ait un poste qui ait du sens, et qui soit un vrai poste, même si c'est pas un poste qui existe actuellement, et qui contribue à la vie de l'usine, ce qui n'est peut-être pas trop le cas actuellement. (...) »

-F. : Ben la hiérarchie, c'est vrai, ils ont si vous voulez des comptes à rendre, des comptes à rendre en termes de productivité, en termes de qualité, en termes d'occupation de postes. Et donc, c'est vrai s'ils ont un petit peu plus de personnels que ce qu'il leur faut, il faut qu'ils le justifient, et puis comme ça, ça gravite tous les échelons. Ils ont aussi des pressions un peu pour faire, pour travailler normalement. Et ils attendent un peu, quelques mois, ils attendent un peu et après ils reviennent en disant 'ce n'est plus possible'. Donc, c'est là où, c'est des tensions mais qui ne sont pas malsaines parce que chacun fait avec ce qu'il doit faire.

-Moi : quand ce n'est plus possible, c'est plus possible par rapport à quoi ?

-F. : Ce n'est plus possible de continuer à fonctionner avec une personne qui n'est pas affectée [à un poste], qui n'apporte pas. Donc on attend, et puis souvent comme ce sont de grosses pathologies, les gens ont des arrêts maladie assez longs, et puis ils reviennent, ils se reposent la question, et bon comme ça bonnant-malant (...) »

- quand le reclassement suppose de nouvelles compétences pour le salarié et que F. doute des possibilités pour ce salarié d'y arriver ;
- quand la hiérarchie n'a plus le temps de gérer son personnel ;

« - F. : (...) Vous voyez dans un atelier, c'est structuré un peu de cette façon là, il ya des opérateurs, il y a des chefs d'équipe qui ont, ils sont fonctionnent souvent en ilot, ils ont une trentaine de personnes, et puis après ils ont un chef d'atelier qui a normalement une vision globale de l'atelier [...] Je n'arrive pas à travailler avec la hiérarchie d'atelier, surtout le hiérarchique d'atelier, j'arrive un peu encore à travailler avec le responsable d'ilôt, parce qu'ils sont en buté et ils faut qu'ils arrivent à travailler avec leur personnel, savoir ce qu'ils peuvent faire, pas faire [...] mais par contre toute la hiérarchie d'atelier est complètement déconnectée [des réalités du travail], ça c'est depuis quelques années, je l'avais déjà un petit peu remarqué ça dans mon secteur précédent, mais là, c'est vraiment, je ne leur en veux pas personnellement bien sûr, ils sont comme les autres. Je pense qu'ils ont des missions très complexes, et puis surtout, ils ont un calendrier très très rempli, avec plein tableaux de bord et plein de choses à gérer. Donc, du coup, tout ce qui est gestion des gens, ils peuvent pas, enfin je veux dire les journées ne sont pas élastiques, ils font de très très grosses journées Donc ben des fois, la gestion des gens c'est...donc ça c'est aussi une déception parce que j'ai l'impression de me battre un peu pour rien. (...) »

- Quand l'engagement de la direction parait insuffisant ;

« F. : on est un peu dans le conseil, dans la recommandation, c'est-à-dire que, à un moment donné, on peut dire ce qu'on veut, si ce n'est pas porté par une hiérarchie, par une direction, on...on marche dans le vide ! Ce qu'on fait c'est dans le vide, parce qu'on porte, on porte vraiment des convictions, on porte quelque chose qui va améliorer, mais il faut un moment donné qu'il y ait une direction qui dise d'accord, ok, on y va, parce que ça a un coût, soit, ça à un coût financier, soit, l'organisation doit changer, parce que..., c'est pas nous qui allons changer l'organisation, c'est la direction qui va changer, c'est elle qui impulse, tout ce que j'ai vu, tous les changements qui ont été faits, c'est quand la direction a été consciente, qui a changé son regard et qui a impulsé quelque chose, nous on ne peut pas impulser quelque chose, ça ne marche jamais, je peux me tuer à la tâche, je ne pourrais pas faire avancer d'un iota, si la direction n'est pas convaincu, si elle n'est pas partante. (...) » .

- quand les compétences du médecin du travail atteignent leurs limites : par exemple pour des aménagements de postes qui nécessiteraient des compétences ergonomiques dont elle ne dispose pas, ou encore lorsqu'un accompagnement psychologique professionnel s'avèrerait nécessaire.

III – Discussion : usure professionnelle, activité empêchée et posture professionnelle

Il ne s'agit bien sûr pas ici de procéder à des formes de généralisation hâtives à partir d'un seul cas. Ce cas mérite cependant notre attention compte tenu de la criticité de la situation rencontrée : personne n'y gagne lorsqu'un médecin du travail très engagé dans son activité professionnelle s'use au point de démissionner. C'est l'ensemble des cas suivis par le projet MEDTRATMS qui permettra d'aller vers des formes de généralisation.

Nous souhaitons également souligné que les chercheurs ont pris soin d'éviter toute posture surplombante, qui pourrait consister, par exemple, à établir des jugements de valeur, à poser des certitudes. Dans la démarche compréhensive qui a guidé nos travaux, l'expert de la pratique médicale reste le médecin du travail. Les éléments de discussion soumis ici ont émergé du médecin lui-même : à partir de l'explicitation de son vécu, c'est établi avec les chercheurs un processus de co-construction.

Les arbitrages de F. consistant à privilégier les situations où elle perçoit des besoins d'action (demande) et/ou des situations critiques se heurtent à un manque de ressources : les problèmes du travail sont souvent complexes, interpellent l'organisation de l'entreprise.

« - F. : Pour la jeune-femme, c'est plus difficile, enfin, elle vient volontiers, elle peut me confier beaucoup de choses de son intimité, mais à la fois, je me sens moins à l'aise, parce que je vois qu'il y a tellement de choses qui interfèrent sur lesquelles je ne peux absolument rien, et puis je peux, c'est très difficile, sans juger, de dire « mais pourquoi vous n'habitez pas plus près ! » ; donc c'est vrai qu'il y a tellement de choses qui me paraissent interférer avec sa fatigue, je ne sais pas bien comment faire...je ne vais pas directement sur, c'est peut-être un tord, je ne sais pas, je me pose des questions.

-Moi : Qu'est-ce que vous voulez dire 'je ne vais pas directement sur' ?

-F. : Par exemple, je ne vais pas directement sur tous les facteurs qui interfèrent, je lui dis bien-sûr que sa santé c'est un tout, avec tout ce qu'elle vit, il me semble que tous ces kilomètres, que tout ce qu'elle accumule ça fait beaucoup, c'est vrai que là j'ai des idées, j'ai un jugement quand même, quelque part au fond de moi, même si je ne l'exprime pas, et je n'arrive pas à m'en sortir de ce jugement, parce que je me dis quand même qu'elle se met dans une situation inextricable, d'un point de vue privée, d'un point de vue financier, parce qu'elle me raconte toute son affaire, c'est vraiment, elle cherche quoi ! Donc là, quand je pense ça, je suis dans le jugement, et quand je suis dans le jugement, je ne peux absolument pas faire part de quoi que ce soit, donc ça me bloque un petit peu aussi pour aller plus loin, pour l'aider à avancer, mais d'autre part je n'arrive pas à m'en défaire, parce que je me dis quand même... ».

L'impuissance vécue par F. dans la réalisation de ses arbitrages est fortement liée aux exigences fortes qu'elle se pose à elle-même et également au contexte d'exercice dans une entreprise où le dialogue social est très faible. Pour le dire autrement, F. semble touchée par les difficultés rencontrées dans son travail parce qu'elle est très fortement engagée dans celui-ci. Les sociologues ont depuis longtemps décrit cette posture de retrait, dont les psychologues du travail ont eux pu montrer que le désengagement professionnel constitue une défense face à un milieu dans lequel la perception par le travailleur des possibilités de développement professionnel est très réduite.

D'une part, les fortes exigences de F. renvoient aux résultats attendus ainsi qu'à la volonté de porter ces manquements malgré l'insuffisance des ressources.

« - F. : (...) quand on passe beaucoup de temps, finalement, à essayer d'aider les salariés en difficulté alors qu'on n'arrive pas à faire prendre conscience de l'origine des choses, des problèmes ; si on ne traite pas la source, on a l'impression que ce qu'on fait, on s'épuise pour rien, enfin, en gros c'est ça. Parce que tant que l'origine du problème n'est pas réglé, les salariés peuvent ramener toujours les mêmes vécus, il peut y avoir une souffrance, et bon...on peut aider les salariés, mais bien sûr que c'est important, il faudra toujours le faire, mais on aimerait bien, moi, pour ma part, j'aimerais bien aller plus loin. » ; « - Chercheur : Comment vivez-vous tout cela, qu'est ce qui est le plus difficile pour vous ? - F. : C'est de se sentir un peu démunie, une fois qu'on a dit ce qu'il fallait faire ou ne pas faire, une fois qu'on a vu plusieurs fois le salarié, je ne sais pas bien comment aller plus loin. Au niveau des études de poste, je ne suis pas tellement compétente, je n'ai pas beaucoup de connaissances en Ergonomie. Je peux avoir des contacts, je peux demander des conseils, mais il faut quand même avoir des idées de départ, là je suis arrivée à mes limites, je ne sais pas comment je peux apporter plus. ».

D'autre part, le positionnement de la direction de l'entreprise tend à enfermer la pratique médicale dans les visites de contrôle systématiques. La légitimité de F. à remettre en cause des dimensions organisationnelles du travail lui apparaît très faible dans son milieu.

« (...) – F. : Voilà c'est ça un peu qui est difficile, on voit ce dysfonctionnement, on voit qu'on peut apporter sa pierre, mais on n'y arrive pas parce que c'est tout un système, il n'y a pas vraiment une vraie attente, c'est ça aussi le secteur dans lequel je suis, je sens bien qu'il n'y a pas une vraie attente de l'employeur, même, qu'on partage vraiment au fond (...) ».

« - F. : Moi je pense que c'est le relationnel, je pense qu'il y a beaucoup de choses qui se jouent à ce niveau là, c'est surtout une Direction qui soit là, qui soit un peu vertébré et qui puisse, avec lesquelles on puisse avoir des échanges, j'étais avec des directions, je n'étais pas toujours d'accord,

ils n'étaient pas toujours d'accord avec moi, je veux dire, ça se frottait des fois, mais au moins il y avait des choses qui se passaient, et on pouvait, moi, j'étais avec un directeur qui était capable de m'influer, de me faire changer d'avis et moi j'étais capable de le faire changer d'avis, on arrivait comme ça à améliorer certaines choses qui étaient intéressantes, et ça c'était passionnant. Alors que, là, je suis écoutée, poliment, et rien ne se passe. (...) ».

« F. : Alors donc, le chef d'équipe est au courant. Donc le chef d'équipe a changé trois fois en l'espace de deux ans et demie, bon celui-là a commencé à prendre les choses en main. Il y a un chef d'atelier qui était dans le prescrit mais qui n'était pas dans le réel, c'est-à-dire qu'à mon avis il n'est pas assez sur le terrain. Un responsable du personnel qui m'a beaucoup écouté mais pour qui les affaires n'avançaient pas plus. Et un directeur d'usine qui m'a écouté mais bon ça s'est arrêté là. Donc ça faisait quand même plusieurs échelonnages, ça fait trois échelons hiérarchiques. (...) »

« -F. : J'ai plusieurs exemple, mais il y en a un, c'est un secteur où ils travaillent sur plusieurs machines, et il y a une machine qui tourne plus vite et qui est plus pénalisante en terme physique, parce qu'il faut beaucoup approvisionner cette machine en pains, en pains de gomme qui font une dizaine de kilo mais qui sont pas parfois collés entre eux. Donc, il faut l'approvisionner assez rapidement, elle tourne assez vite, et au bout de la machine, la gomme est transformée en gomme plate, et elle part sur des rouleaux de gomme et il faut ensuite enlever les rouleaux de gommages. Donc ils courent d'une machine à l'autre, sans compter les aléas qui peuvent il y avoir sur ce genre de machine, et la répartition des salariés sur cette machine est faite de, il y a trois salariés sur deux machines. Et donc, il y a quatre machines, donc au total, il y a six salariés. Et dans les faits, sur la première, il y a qu'un salarié, et sur la deuxième qui tourne moins vite et qui est moins pénalisante, il y en a deux. Ils n'arrivent pas à se mettre 'trois pour deux' ou 'un, à cheval' [sur les deux machines]. Et bon les autres posent pas trop de problèmes parce qu'elles tournent moins vite, elles sont moins pénalisantes, et ça fait deux ans que remonte, que l'intégralité des salariés m'a dit que ce n'était pas normal. Je leur ai demandé, je leur ai dit : 'mais de toute façon vous être trois pour deux machines', donc vous pouvez vous répartir'. Mais dans le réel, il y a le prescrit qui est de se répartir trois pour deux machines, et puis il y a le réel où, dans les faits, systématiquement ils se mettent un d'un côté et deux de l'autre.

- Moi: Et que se passe t-il à ce moment là en termes de dysfonctionnement ? - F. : En termes de dysfonctionnement, il y a une très mauvaise répartition des tâches. Et je l'ai remonté vraiment sur plusieurs niveaux hiérarchiques et à chaque fois on me dit, 'non non, ce n'est pas comme ça que ça se passe, c'est 'trois pour deux', 'oui, mais enfin dans les fait', je dis, 'ce n'est pas comme ça que ça se passe'. Et c'est un dialogue un peu de sourd, on n'arrive pas à...alors quand même, depuis une semaine, mais ça fait plus de deux ans que ça dure, ils ont essayé de marquer les affectations des gens aux postes, et ils en ont marqué 'un, à cheval sur les deux' [...] ça veut dire que celui qui est à cheval sur les deux, est responsable un peu quand même, puisque c'est écrit, de ce qui se passe d'un côté et de l'autre. Mais dans les faits ça n'arrive pas encore à... Et là je trouve que, et donc évidemment ça crée des tensions entre les gens, en plus les personnes qui travaillent sur ces postes pénalisants physiquement, quand ils y sont 8 heures, 5 jours de suite, c'est pénalisant. Mais certaines travaillent en équipe de fin de semaine, ils ont 2 fois 12 heures de suite. C'est vrai qu'ils n'avaient pas d'aide et ça crée vraiment des tensions et finalement aussi des problèmes physiques ».

« -F.: (...) Après à un niveau supérieur au dessus, ils des questions qui relèvent certainement de la politique de l'usine, qui sont plutôt des questions qui concernent le 3X8, qui concernent une certaine polyvalence, oui, ce sont vraiment des décisions qui sont prises au niveau de l'échelon de l'usine, sur lesquelles j'ai des idées, que j'ai transmises, qu'il me semble qu'elles sont intéressantes, mais rien ne bouge non plus. On est toujours sur un 3x8 systématique. Il faut qu'il y ait une restriction pour que les personnes fassent autres choses que du 3X8. Je sais très bien qu'on peut faire autrement. Sans remettre en question du tout le fait que l'usine travaille 7 jours sur 7, toutes les heures de l'année.

« Ce n'est pas la remise en question d'une mission d'usine, c'est juste une organisation un petit peu différente qui tient compte des gens, de leur état de santé, de leurs aspects sociaux aussi. Et je sais que tout le monde serait gagnant. C'est ce que je leur dis, c'est gagnant gagnant. Je ne suis pas pour qu'il y ait un gagnant et puis un perdant. Et on peut très imaginer des organisations où chacun est gagnant. Mais c'est pas gagné ! Donc, au bout d'un moment, il faut savoir se retirer plutôt que s'agacer dans son coin. »

De manière générale, la mise en débat des formes organisationnelles, déclinant une logique économique sur la base de considérations liées aux effets sur la santé, est très difficile. Les discussions prolongées avec la hiérarchie auprès de laquelle F. essaie de justifier et de légitimer ses positionnements, sont coûteuses et peu efficaces. Le mode relationnel reste en apparence cordial, malgré l'existence de certains différents.

Face aux difficultés repérées, et malgré les stratégies développées (posture « interventionniste » et de légitimation), F. ne dispose pas de ressources collectives qui l'aideraient à surmonter cette impasse. L'isolement de F. concerne à la fois sa situation au sein du collectif de médecins du travail, et au sein de l'entreprise.

D'une part, F. tient un positionnement atypique et dissonant dans son environnement de travail : ce que qu'elle privilégie ne correspond pas vraiment aux attentes du milieu. Elle se trouve souvent en désaccord avec sa hiérarchie du site, responsable du personnel. Au niveau du Groupe, elle est aussi en désaccord avec le médecin coordonateur et ses confrères, au sujet de l'utilisation de certains outils de travail : questionnaire HAD, visites systématiques, recueil de données chiffrées pour le rapport annuel d'activité.

« F. : (...) C'est un petit peu ça les difficultés du métier. Mais c'est aussi de trouver des collègues avec qui on puisse, avec qui ait à peu près les mêmes objectifs, enfin le, le même sens du travail. C'est très particulier ce métier, je trouve. Dans d'autres métier aussi, mais il y a vraiment une diversité d'exercice, incroyable quoi. Avec certains, on ne peut même pas se comprendre, on n'est pas du tout sur la même longueur d'onde. (...) »

« - F. : (...) moi je fais tâche un peu, je ne suis pas dans les visites tous les 6 mois, alors que c'est vraiment le truc 'visite tous les 6 mois', c'est vraiment le truc, alors que bon c'est quand même très dur d'effectuer les visites tous les six mois, alors, dans certaines usines, ce sont les infirmières qui les effectuent, ce qui peut être très bien, à partir d'un questionnaire. Mais c'est pareil, ce questionnaire, il n'a pas été vraiment très discuté, et puis surtout il y a souvent pas de retour de questionnaires, ni aux salariés ni à l'employeur. Donc je ne vois pas bien à quoi ça peut servir un questionnaire. »

-Françoise : (...) Alors il y a une raison aussi, c'est que les médecins ne sont pas toujours d'accord, ne sont pas souvent d'accord, il est très difficile d'avoir un travail en commun. Parce qu'on est tellement, on est tellement très différent et assez individuel aussi dans nos modes de fonctionnement qui fait que pour produire un travail en commun, c'est très difficile, très difficile.

-Moi : Vous avez déjà été impliquée dans ce genre de démarche ?

- Françoise : Oui, oui oui. Alors, qu'est ce qu'on avait produit ? Ben rien que pour se mettre d'accord sur un petit programme informatique pour pouvoir valider nos données. C'est un peu éloigné du métier mais d'autre part il faut aussi, c'est vrai que ce sont des Groupes de travail qui dure, qui dure, qui s'éternise, il y en a toujours un qui a quelque chose à rajouter et puis l'autre, qui dit que ça suffit. Et on arrive à des choses compliquées parce qu'on a voulu répondre à chacun. (...) »

« -F. : « Ce sont des réunions entre médecins où on discute, en règle générale, à bâton rompu de ce qui nous est arrivé, mais c'est vrai que je trouve qu'on ne parle pas assez du cœur du métier. Pour moi ce qui serait important, ça serait d'amener un dossier où, voilà, et puis d'en parler, et de voir comme on a agit. Et en fait c'est très très peu ça, c'est beaucoup plus sur, ce qui est important aussi, donc justement ça peut être sur les questionnaires pour ces visites tous les 6 mois, ça peut-être sur l'informatique médicale, ça peut-être sur la rédaction du rapport annuel [...]. C'est aussi un peu la vie de l'usine, ce qui est intéressant, on ne peut pas être déconnecté de la vie des usines, mais c'est vrai que je trouve qu'on parle très très peu, on n'en parle jamais ou c'est quasi insignifiant, du cœur du métier. (...) »

Même si elle se contraint à réaliser certaines tâches qui lui sont prescrites et qui ne vont pas dans son sens, F. cherche plus généralement à adopter des pratiques respectant son

éthique professionnelle. L'ensemble de ces choix l'isolent. Notamment, F. préfère n'assister que rarement aux réunions collectives avec ses confrères pour éviter une confrontation qui la déstabilise. De son point de vue, le collectif local de médecins ne constitue pas une ressource.

D'autre part, la très forte structuration de l'entreprise isole les différents acteurs de la prévention, à la fois au niveau du site et du groupe. Ainsi, les recommandations auprès de l'employeur et des autres hiérarchies, de la part du médecin, des services « Ressources humaines » et « Environnement prévention » (là où sont par exemple les ergonomes), s'effectuent de façon disjointe et non coordonnée, même si elles peuvent être l'occasion d'échanges informels entre ces derniers.

F. trouve un peu de soutien dans sa pratique dans des échanges informels avec d'autres médecins.

« -Françoise : (...) Et là vraiment je ressors toujours remplie, et puis je sens que j'ai un métier, parce qu'il y a des moments on se dit, on se pose des questions sur son métier, on est un petit peu décalé. Alors quand on est décalé par rapport aux personnes que l'on rencontre, ce n'est pas très grave parce qu'on a notre point de vue et puis on peut le partager mais quand on est décalé par rapport à des collègues, c'est un peu plus embêtant, parce qu'on ne peut pas se ressourcer finalement.

-Moi : Et ces personnes avec qui vous êtes en contact, de loin comme de près, ces personnes vous ressourcent pour quels types de problèmes ?

-Françoise : On se ressource mutuellement ! Parce que c'est réciproque. C'est réciproque parce que chacun a des creux de la vague à des moments différents. Donc quand on est en haut de la vague, on peut aider un petit peu ceux qui sont aux creux de la vague. C'est vrai qu'on se soutient mutuellement. [...] Et donc, du coup, ça l'a un petit peu aidée. Et moi pareil, avec ma situation actuelle où je me sens, je fatigue un peu, où j'ai une masse importante de travail et où à la fois je n'arrive pas à agir ou à influencer les sources des problèmes, je suis vraiment au stade où l'énergie est un peu, et donc ce sont mes collègues qui me soutiennent [...] c'est vrai que ceux avec qui ont a plus de, ceux avec qui on s'entraide, c'est vrai qu'on a plus la même façon, pour nous le métier comment dire, a le même sens.

-Moi : Vous vous rejoignez sur quels aspects ?

-Françoise : Ben on se rejoint sur l'aspect que quand il y a un salarié et un souci plus collectif, on est là pour aider. On est là pour aussi participer à des rencontres pluridisciplinaires (...). »

IV – CONCLUSION : QUELLES IMPLICATIONS POUR LA PLURIDISCIPLINARITE EN SANTE AU TRAVAIL ?

L'ensemble des difficultés repérées a, malgré les stratégies développées, conduit F. à démissionner, après plus de 2 ans de situation difficile.

Dans le cadre du projet MEDTRATMS, nous avons des situations contrastées face aux évolutions de la pratique de la médecine du travail : les possibilités de déploiements de l'activité du médecin du travail varient. Notre étude de cas tend à souligner deux aspects qui nous paraissent interroger directement la construction de la pluridisciplinarité en santé au travail :

- la nécessité de prendre en compte le contexte,
- et, l'importance de la posture professionnelle adoptée par le médecin face à ce contexte.

Le contexte de la pratique du médecin en service autonome concerne à la fois l'entreprise et sa pratique du dialogue social, mais également les collaborations qui peuvent ou pas être tissés avec les autres acteurs : ressources humaines, ergonomes. Notre cas illustre le fait que la présence de confrères ne garantit pas une ressource pour le médecin. En l'occurrence, cela renforce son isolement professionnel. Au sein du groupe, et a fortiori au niveau du site, les ergonomes n'ont pas développé non plus de relation particulière avec les médecins : les uns ne s'appuient pas sur les autres. Ceci interroge directement la pluridisciplinarité et les

possibilités de sa mise en œuvre dans certains contextes, tout autant que la posture des acteurs de la santé au travail pour faire évoluer ce contexte.

Les arbitrages du médecin du travail consistant pour partie à favoriser les situations où existe une demande, le mettent en difficulté quand il s'agit ensuite d'intervenir concrètement sur les situations de travail pour traiter la demande. Les difficultés s'expliquent, d'un côté, par les carences des dispositifs collectifs (collectif des différents acteurs de la prévention, le dialogue social avec les autres acteurs de l'entreprise) et, d'un autre côté, par l'engrenage de la posture engagée de F. l'amenant d'abord à porter seule les initiatives et ensuite à investir beaucoup de sa personne malgré les impasses.

Compte-tenu du type de positionnement dans lequel se trouve F. pour traiter une demande, quelle place reste-t-il pour la pluridisciplinarité et plus spécifiquement pour l'ergonome ?

De la littérature (Davezies, 1997) et du projet MEDTRATMS, émerge le fait que d'autres postures sont constatées : construire les conditions d'un nouveau discours sur le travail par le salarié et les différents acteurs afin que les difficultés sortent de la relation médecin – salarié. Il s'agit donc pour le médecin du travail de co-construire un discours sur le travail pour favoriser la prise en charge par le salarié lui-même de sa situation, de favoriser l'émergence d'une demande, qui sera ensuite traitée par d'autres professionnels. Pour le dire autrement, dans ces cas-là, le médecin ne s'interpose pas entre le salarié et son employeur, mais aide le salarié à reprendre la main. Cette aide peut passer par la mobilisation d'autres acteurs, par le jeu des relations qui viendront appuyer la demande.

Faire émerger des questions de manière à ce qu'elles soient prises en charge socialement, en établissant notamment durant la visite médicale des liens entre les pathologies constatées et des facteurs de risque est une posture médicale qui peut être frustrante. Dans le champ du travail, la thérapeutique n'est pas principalement de l'ordre du rôle du médecin du travail : elle relève de la responsabilité de l'employeur et des acteurs dont il s'accompagne, avec des compétences que le médecin n'a pas. Le passé et la formation du médecin du travail peuvent rendre plus ou moins aisée l'adoption d'une telle posture.

Cet autre positionnement renvoie d'abord au fait que la légitimité du médecin du travail pour interroger l'organisation de l'entreprise n'est jamais acquise. Ensuite, les compétences du médecin se trouvent vite dépassées lorsqu'il s'agit de faire des préconisations de transformation des situations de travail, ou encore intégrer un projet. Probablement cela n'est-il pas souhaitable pour une autre raison : l'extériorité du médecin au projet de transformation des situations de travail lui permet de maintenir une posture critique quand il s'agira de soulever les « oublis » des réponses apportées. Enfin, accompagner trop visiblement le salarié dans l'entreprise, quand on est médecin, c'est aussi fragiliser le salarié dans sa posture.

Dans notre cas, un contexte difficile a conduit le médecin à adopter une posture interventionniste pour malgré tout faire avancer les choses. Il faut bien sûr rester prudent sur ce qu'il en aurait été si une autre posture avait été adoptée, mais il semble que cette posture a généré un coût devenu insupportable et ayant conduit à sa démission. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que la stratégie de F. pour tenir dans son contexte, consistant à vouloir « se démener » pour traiter les situations où il y a déjà une demande pourrait contribuer à renforcer son propre isolement (s'attribuer la responsabilité dans la recherche de solutions et s'y enfermer) et son sentiment d'impuissance (se sentir démunie dans cette entreprise). Le médecin du travail peut chercher autant à convaincre un employeur (qui ne demande rien la plupart du temps), qu'à renforcer le salarié dans sa relation à l'employeur. Dans bien des cas, cela s'accompagne aussi d'une forme de désillusion dans la capacité du médecin à transformer le travail : les médecins n'ont pas toujours les moyens de développer la posture professionnelle qu'ils souhaiteraient adopter.

Entre ces deux postures extrêmes (favoriser les visites à la demande et s'impliquer dans la transformation des situations de travail / favoriser l'émergence d'une demande hors du cabinet médical pour que d'autres acteurs s'en emparent), on peut imaginer de nombreuses graduations possibles, dépendantes du contexte, du style professionnel du médecin, des opportunités. Ces postures professionnelles nous paraissent centrales dans la compréhension de l'usure professionnelle : d'elles, dépend finalement le jugement que le médecin porte sur les résultats de sa propre activité.

Il n'y a sans doute pas une bonne posture professionnelle pour le médecin du travail : celle-ci renvoie à son histoire propre, au contexte dans lequel il évolue et aux circonstances présentes. Ces dilemmes professionnels constituent aussi certainement ce qui fait la richesse du métier.

La description fine des contextes et des postures professionnelles sous-tend deux enjeux :

- élargir le panel des outils disponibles pour chaque médecin. Autrement dit, développer la capacité du médecin à lire le contexte et à opter pour une posture, elle-même variable au cours du temps, d'un projet...
- rendre compte de la complexité de la pratique médicale auprès des acteurs de la santé au travail et de la pluridisciplinarité. De nombreux acteurs, notamment ergonomes, regrettent régulièrement un « faible » engagement du médecin du travail dans les projets, les instances de pilotages des actions, etc. Notre cas nous invite à plus de prudence et de nuance : est-ce toujours souhaitable ?

Bibliographie.

- Caroly, S., Schweitzer, J-M., Coutarel, F. & Roquelaure, Y. (2006). Démarche de construction des indicateurs de santé pour orienter la prévention durable des TMS : rôle du service médical dans une entreprise de l'automobile. In J. Maline et M. Pottier (dir.), *Ergonomie et santé au travail, Transformations du travail et Perspectives pluridisciplinaires* (pp.223-228). Toulouse : Editions Octarès.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF, coll. Le Travail Humain.
- Daniellou, F. (2005). The French-speaking ergonomists' approach to work activity: cross-influences of field intervention and conceptual models. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 6 (5), 409-427.
- Davezies, P. (1997). Médecine du travail : obstacles, impasses et perspectives ?, *Médecine et Travail*, 1, 43-46.
- Dellacherie, C. (2008). L'avenir de la médecine du travail. Avis et rapports du conseil économique et social : République française.

Prévention individuelle et / ou prévention collective ?

Des difficultés à gérer dans la pratique

L'exemple d'un médecin du travail dans un service santé au travail (SST) spécialisé

Karine Chassaing

Introduction

Le texte présenté ici repose sur une analyse de l'activité d'un médecin du travail dans une approche ergonomique. Cette analyse contribue à montrer l'une des facettes du travail réel des médecins du travail, des difficultés auxquelles ils sont confrontés, de la manière dont ils y font face et à quel coût. Pour cela, des observations ont été menées dans le cadre de visites médicales réalisées dans une fromagerie sur une journée. Elles ont servi ensuite de support pour organiser des entretiens, trois au total, afin de nourrir un peu plus la compréhension de la pratique réelle du médecin en question.

L'objet de ce texte consiste à mettre en avant la difficulté du médecin à passer d'une visibilité individuelle à une action collective pour laquelle elle ne se sent pas compétente, ni même formée. De son point de vue, le cœur de son métier ne se trouve pas dans les actions collectives alors que le contexte du SST spécialisé en agriculture dans lequel elle travaille valorise les actions collectives et crée même un cadre concret pour être à l'initiative de ce type d'action. Et au-delà même de son SST, les évolutions de la médecine du travail, ce qui est dit dans les congrès de médecine, les sociétés savantes vont dans ce sens.

Dans ce contexte, les observations menées lors de visites médicales montrent à quel point le médecin résiste dans sa pratique à prioriser les actions individuelles et la dimension médicale de son activité. Elle met une priorité aux consultations. Elle se crée une autonomie, une indépendance à l'intérieur de sa structure, à laquelle elle tient même si elle peut avoir un certain coût.

Présentation du médecin « Elise » et de son contexte d'intervention

Elise¹ est médecin du travail dans un SST spécialisé dans l'agriculture depuis 5 ans, elle travaille à mi-temps. Elle est en fin de carrière et pratique la médecine du travail depuis 5 années, auparavant elle était médecin scolaire.

Elle travaille beaucoup dans des TPE et PME et seulement deux entreprises pour lesquelles elle intervient, possèdent des CHSCT. Elle a 1000 salariés à charge dans divers secteurs de l'agriculture : élevage ovins, lycée agricole scierie, fromagerie, coopératives, ADMR (en grand nombre), jardinerie, maçon artisan... Dans beaucoup d'entreprises seulement un salarié travaille.

Une des particularités du travail d'Elise est qu'elle est éloignée géographiquement de l'agence locale du département, son bureau se situe dans une antenne située à 80 km. La superficie du département est grande et donc une antenne a été créée pour la zone sud du département. Du

¹ Prénom fictif

fait de cet éloignement la relation avec le secrétariat est particulière, ce dernier étant basé à l'agence locale du département. Elise réalise donc une partie de l'activité des secrétaires comme la préparation et le rangement des dossiers, du temps non reconnu dans le 1/3 temps. Elle correspond par téléphone avec les secrétaires. Ce sont elles qui recensent les visites, qui préparent les convocations, qui font le planning, saisissent du courrier, les rapports, tiennent le standard téléphonique.

Elle correspond par courrier avec les secrétaires, une navette transmet pour la semaine des disquettes sur lesquelles figurent les dossiers. Il lui est difficile d'anticiper au-delà d'une semaine du fait de changements fréquents.

Le SST spécialisé en question connaît depuis quelques années des restructurations de services. Ces dernières consistent en la fusion de services départementaux à un niveau régional. Les objectifs affichés sont la simplification des démarches qui s'accompagne d'un usage renforcé de nouvelles technologies au service de la « dématérialisation » (supprimer les papiers) et l'amélioration de la productivité.

Le cadre d'intervention des médecins du travail subissent donc ces réorganisations. Chaque service santé au travail est sous la responsabilité d'un médecin chef. Le service santé au travail en question, a connu sa première fusion avec un département limitrophe en 2006, un des deux médecins chefs a été muté et celui qui est resté est devenu responsable de 6 médecins à la place de 4 initialement. Au moment de l'étude, le service a fusionné avec un troisième département, il y a toujours un seul chef médecin pour 8 médecins du travail et 6 secrétaires. Au printemps 2010, une autre fusion était prévue avec un passage à 11 médecins. Les bureaux des médecins restent au niveau d'agences locales en département. La particularité du SST d'avoir un médecin chef se poursuit mais l'éloignement géographique avec ce dernier se renforce. Des réunions mensuelles sont organisées entre médecin et sous l'animation du médecin chef. Ce dernier a à charge de manager l'équipe, il est à l'interface entre le niveau local et national. Au jour des observations le médecin chef du SST d'Elise est à 40% cadre manager et 60% médecin. Il est le garant de l'évaluation des médecins (contrôle du tiers temps, nombre de visites médicales...), il a à charge la rédaction d'un rapport d'activité annuel, il gère l'équipe : répartition des effectifs, gestion des vacances, promotion, budget... Il est compté théoriquement environ 3000 salariés par médecin.

Les consultations : une priorité dans son activité

10 visites médicales ont été observées. Ces observations ont eu lieu pendant « l'interrogatoire » et l'examen clinique, elles ont été pour la plupart enregistrées avec un dictaphone (avec accord du médecin et du salarié). Elles se sont déroulées dans le bureau de la directrice de la fromagerie, le lieu habituel pour les visites médicales se trouvant ce jour-là occupé pour une réunion. Réaliser les visites médicales sur le lieu de l'entreprise est une stratégie. Elle essaie au maximum de les organiser de cette façon. D'une part, cela lui permet de garder le contact avec l'entreprise, elle profite des visites médicales pour faire une visite d'entreprise : « *Etre au plus près de l'entreprise quand on fait les visites, y aller, ça c'est un peu un principe de la médecine du travail. On est plus proche des postes (extrait d'entretien)* ». Elle peut aussi être invitée à déjeuner avec la direction, c'est une forme de 1/3 temps selon elle mais non reconnu. D'autre part, le fait d'être dans l'entreprise lui permet d'augmenter ses marges de manœuvre. Elle ressent moins de pression pour le temps alloué aux visites, aucun horaire de convocation n'est fixé aux salariés. C'est le salarié qui vient de passer qui dit à un autre de venir. Cela lui permet aussi de pallier à leurs éventuelles absences et de ne pas perdre de temps : « *et c'est affreux quand ils ne viennent pas, parce que là il ne*

vient pas, on fait comment, qu'est-ce qu'on fait. Des fois on est là à piétiner à pas savoir comment faire (extrait d'entretien) ».

Le choix de l'entreprise repose sur divers critères : une bonne relation avec la direction, Elise est à l'initiative dans cette entreprise d'actions en lien avec la prévention des TMS et enfin, il y avait une correspondance des plannings pour faire les visites.

Le déroulement des visites

La première visite a commencé à 8h45 et la dernière à 17h30. Elise a effectué 14 visites sur la journée, nous en avons observé 10. Le tableau ci-dessous reprend de façon synthétique l'enchaînement de ces visites.

Numéro visite	Heure début	Heure fin	Durée	Salariés	Modalités d'observations
1	8h45	9h50	1h05	Femme Quest. SUMER (fin 9h28) Douleurs épaules	Pas d'enregistrement audio Prise de notes
2	9h55	10h19	24 mn	Femme Problème de dos	Enregistrement audio complet Prise de notes
3	10h26	10h36	20 mn	Homme	Enregistrement audio pendant entretien Sortie pendant examen
4	10h52	11h13	21 mn	Homme	Enregistrement audio complet Prise de notes
5	11h20	11h26	6 mn	Homme, en CDI depuis oct. 2008, donc visite faite pour l'embauche 8 mois avant	Enregistrement audio complet Prise de notes
6	11h37	11h59	22 mn	Femme Opération hernie discale	Enregistrement audio complet Prise de notes
7	12h05	12h28	23 mn	Femme	Enregistrement audio complet Prise de notes
8	14h00	15h00	1h00	Femme Quest. SUMER	Pas assistée, Visite atelier
9	15h05	15h24	19 mn	Femme Tendinite coude	Enregistrement audio complet Prise de notes
10	15h32	15h56	24 mn	Femme	Enregistrement audio complet Prise de notes
11	16h00				Fin des observations, pas assisté à la dernière

Elise consacre entre 20 – 25 mn à chaque visite. Seules celles pour lesquelles elle fait passer un questionnaire durent 1h. Une seule visite n'a duré que 6 mn parce qu'elle avait vu le salarié 8 mois avant pour une visite d'embauche. 4 salariés sur 10 souffrent de douleurs ostéoarticulaires.

Toutes les visites observées se sont achevées par la signature de la fiche d'aptitude avec aucune inaptitude de signalée. Au-delà de cette journée d'observation, Elise précise qu'elle prononce peu d'inaptitudes. Elle en a stipulé sept en 2009 dont une pour difficultés relationnelles avec dépression, puis les six autres plus en lien avec des problèmes ostéoarticulaires : fibromyalgie, opération hernie discales... Parmi ces sept inaptitudes, trois concernent la fromagerie en question. Depuis le début de l'année 2010 (juin 2010 au moment de l'entretien), elle en a prononcé une pour une personne qui a eu un infarctus: *« je n'aime pas prononcer des inaptitudes, cela m'ennuie quand les gens ne peuvent plus travailler comme lui qui a aussi des problèmes personnels en plus des soucis de santé. Et le travail c'était bien pour lui, j'avais essayé de le remettre au travail, à temps partiel, mais ça n'a pas marché, c'était trop fatigant pour lui mais psychologiquement c'était bien mais physiquement ce n'était pas possible. Je n'en fais pas beaucoup. J'essaie de trouver une autre solution (extrait d'entretien) »*. Une solution c'est souvent le reclassement et elle collabore pour cela avec le SAMETH qui lui apporte une efficacité sur la dimension technique où elle se sent plus démunie.

Le dossier médical informatique : une ressource pour guider l'interrogatoire

Une des particularités de la visite médicale est que le salarié n'arrive pas forcément avec une demande, des symptômes, comme c'est le cas pour un médecin en consultation dans son cabinet ou à l'hôpital. C'est donc le mode de questionnement du médecin du travail qui permettra de déceler ou pas des difficultés. Le dossier du salarié peut jouer ici un rôle important parce qu'il constitue une trace d'une pathologie ou autre... Sur les 10 visites observés, Elise utilise le dossier médical de la personne qui est informatisé pour se remémorer l'histoire du patient, ses antécédents. Elle le consulte entre deux visites et pendant la visite. Elle saisit les nouvelles données au fur et mesure de la récolte des informations face au salarié. Le dossier constitue donc une aide pour guider l'entretien. Il s'agit aussi d'une source d'information pour confronter la parole du salarié. Par exemple, lors de la visite n° 2, Elise lit son écran d'ordinateur puis dit à une opératrice qu'elle avait été plusieurs fois en arrêt maladie à telle date et pour telles raisons. Elle précise au salarié qu'elle ne fait que lire et qu'elle ne contrôle pas, son intérêt n'est pas là : *« moi je ne suis pas contrôleur médical mais je lui explique... on a les arrêts de travail au sein du SST, mes collègues (des autres SST) non et c'est quand même précieux parce qu'il y en a qui vous disent qu'ils ne vont pas bien du tout et qu'ils ne se sont pas arrêtés de l'année ou inversement qui disent qu'il vont très bien mais qui ont eu des arrêts sans arrêt. (...) moi je m'en sers et je leur explique que je l'ai (extrait d'entretien) »*.

Durant la journée d'observation, Elise n'a utilisé que des dossiers informatiques et pas de dossiers papiers : *« au niveau du département, on s'est mis d'accord là-dessus, on a un dossier papier dès qu'il y a un souci. Pas pour le tout venant, dès qu'il y a autre chose, dans le département X (qui fait parti du même service que celui d'Elise depuis la restructuration), ils ont un dossier papier pour tout le monde (extrait d'entretien) »*. Si le dossier n'est pas encore informatisé, elle utilise aussi le dossier papier. Dans sa voiture elle fait suivre une sacoche avec tous les dossiers difficiles en cours pour pallier à l'éloignement géographique. Un échange a eu lieu sur ce qu'elle considère comme difficile. Elle nous montre un dossier classé difficile qui est plus épais que le précédent (celui qui n'est pas difficile mais qui est sur

papier car pas encore informatisé). Le dossier difficile contient toutes les traces concernant le salarié: courriers... Elle trouve des avantages aux dossiers papiers quand ils sont difficiles : « *vous savez que nous on est tenu...les dossiers médicaux peuvent être consultés à tout moment, donc on aime bien avoir des feuilles volantes qu'on remettrait à personne, enfin qu'on remet aux personnes, on est obligé depuis 2002 je crois, le patient a accès au dossier médical sur demande alors il y a des conditions et on le donne dans certaines conditions et comme on n'a pas envie de marquer tout, enfin de tout donner aux gens et bien on fait des feuilles volantes. Je peux donner un dossier et puis s'il y a une feuille où j'ai marqué je ne sais quoi et que je n'ai pas envi que le monsieur le lise et bien je la retire (extrait d'entretien)* ». Même sur une version informatique que le salarié demande à voir, il y a une impression qui est faite mais « *on ne va pas tout marquer* » (extrait d'entretien).

Dans son activité elle a une réflexion sur ce qu'elle marque ou pas et sur comment elle le marque.

L'avantage aussi pour elle du dossier informatique concerne la réduction de la charge à porter du fait de ses déplacements fréquents, elle est aussi plus sûre de tout avoir.

L'articulation de « l'interrogatoire » et de l'examen clinique

L'observation des visites mettent en avant les deux temps classiques d'une visite médicale que sont l'interrogatoire et l'examen clinique. Nous nommons ici cette phase de la consultation « *interrogatoire* » qui est le terme utilisé par Elise pour signifier cette partie de l'entretien clinique avec le salarié. Ces deux moments ne se manifestent pas de façon disjointe, l'interrogatoire continue durant l'examen clinique. Cependant d'une visite à l'autre, il y a des variations concernant l'ordre et la nature des questions posées durant l'interrogatoire ainsi que des différences dans les contrôles réalisés lors de l'examen clinique.

L'examen clinique : un moment pour asseoir son rôle de médecin au regard des salariés

Les observations montrent la récurrence de certains tests comme le contrôle des mains : « *Les mains je les regarde quasiment systématiquement, pour les problèmes articulaires, les problèmes de peau. Tous les produits chimiques et tout peuvent donner de l'exéma (extrait d'entretien)* ». Elle contrôle aussi systématiquement la tension ainsi que l'écoute du cœur.

D'autres tests sont spécifiques en fonction des salariés, avec trois cas de figures identifiés et non exhaustifs :

- A la demande du salarié, par exemple une salariée lui a demandé de contrôler une boule qu'elle avait sur le pied, Elise a donc procédé à l'examen du pied et à des palpations (observations visite n° 10) ;
- à l'initiative du médecin :
 - o en fonction d'une pathologie du salarié, par exemple une opératrice qui a subi une opération d'une hernie discale a été la seule sur la journée des visites médicales à réaliser le test de se mettre debout, puis se baisser avec les genoux tendus et mains tendues vers le sol (observations visite n° 6) ;
 - o Quand elle ne connaît pas le salarié, elle réalise un examen complet, systématique : contrôle de la thyroïde, des dents, des ganglions, les « *angiopathies ?* », mobilité du cou, examen cardio-respiratoire avec la tension, palpation abdominale, état des jambes, équilibre (**observations visite n° ?**). Elle dit regarder aussi tous les problèmes de peau, s'il y a des déformations, « *tout ça*

c'est à la vue et si les gens ne se déshabillent pas on ne voit pas (extrait d'entretien) » ;

- Pour remplir les cases du dossier informatique.

L'examen clinique lui permet d'asseoir sa position de médecin, elle ne perçoit pas sa pratique que dans l'interrogatoire. Elle conçoit que de la « bonne » médecine du travail puisse être faite sans examen clinique mais elle ne se voit pas pratiquer de la sorte. Pour elle, cette partie de la visite médicale la replace dans son rôle de médecin au regard du salarié. En outre, l'examen clinique est une source pour l'interrogatoire. Des manipulations qui aident à une prise de conscience, ou pour vérifier, mesurer des douleurs, gênes... elles appuient la parole du salarié. Cet examen peut aussi permettre de déceler des problèmes de santé qui ne sont pas en lien direct avec le travail même si elle précise que ce n'est pas son rôle premier : *« on n'est pas dans un rôle normalement de prévention santé, c'est pas le but. (...) Mon rôle c'est de déceler toute altération à la santé du fait de son travail, et prévenir aussi la mise en danger du salarié pour des raisons de santé (extrait d'entretien) ».*

« L'interrogatoire » comme un acte médical

A propos de l'interrogatoire, Elise mobilise un modèle d'entretien sans ordre préétabli avec des questions récurrentes qui portent sur le hors travail, le sommeil avec une attention particulière sur ce dernier : *«- parce que c'est du travail posté, et le travail posté, plus on vieillit plus c'est dur et puis il y a des gens qui ne s'habituent jamais.*

- Et qu'est-ce que vous faites sur ce sujet ?

- Ben là pour le moment je ne sais pas, rien, on constate tristement que les salariés ont un sommeil difficile. Alors maintenant les entreprises et si j'ai bien compris, sont obligés de faire un plan d'action pour les salariés vieillissants. Mais à partir de 50 salariés ou de 20, je ne sais plus. Donc je vais voir un petit peu, j'attends, j'ai demandé à la chef d'entreprise de m'envoyer leur...puis je vais voir dans toutes les entreprises en matière de maintien dans l'emploi qu'est-ce qu'ils font ».

A propos d'une salariée qui a le syndrome des jambes sans repos et qui aussi lors de la visite souffre de difficultés de sommeil, d'insomnies. Le médecin questionne le salarié sur ces insomnies et fait le lien avec le travail posté. *« J'ai une autre jeune fille que j'ai reçu ce matin, qui travaille... qui est contrôle laitier, c'est-à-dire qui passe dans les fermes. Elle commence à 5h / 5h30, manifestement elle a des troubles du sommeil qui sont apparus depuis qu'elle tient ce poste. Elle n'a pas voulu m'entendre et c'est pas grave, c'est parce qu'elle est ravie d'avoir ce poste, elle adore ce qu'elle fait, manifestement... elle nie, elle a 25 ans, on verra après... bon je vais pas elle n'a quand même pas de fatigue excessive, elle ne s'endort pas volant dans la journée, moi je vais jusque là, des gens qui conduisent et qui ne dorment pas bien. Et ça c'est un vrai risque d'accident. Mais bon elle n'est pas prête à l'entendre.*

C'est pour ça que j'insiste là-dessus, dans la fromagerie, il y en a qui commence plus tôt, il y en a qui commence à 2h. Il y a un gars qui m'a dit mois je ne peux plus. Donc je vais voir le plan sénior ».

Elise précise que la question du sommeil est récurrente même quand il n'y a pas de travail posté car pour elle c'est un révélateur de tout ce qui est par exemple syndrome dépressif, puis l'autre aspect qui est l'impact du travail posté sur le sommeil.

Elle questionne aussi la santé physique et mentale : douleurs, prise de médicaments... à propos des questions sur la prise des médicaments et leur fréquence, Elise pense que c'est un critère de plus pour évaluer la gravité d'un symptôme mais ce n'est pas un très bon argument :

« je suis très critique sur cet élément, parce que si on les écoute personne ne prend rien alors que les français sont les plus grands consommateurs de médicaments, il y a une négation parce que je pense qu'on ne doit pas dire qu'on prend des médicaments ».

Elise interroge aussi le travail. Son objectif est de faire parler du travail à partir de la connaissance du travail qu'elle possède, du poste du salarié et par analogie avec des études de postes notamment avec l'exemple des études de poste qu'elle a réalisées pour une femme enceinte et qui lui sert pour questionner l'activité de travail d'une jeune opératrice qui souffre du dos (observations visite n° 2 citée ci-après).

Elise considère l'interrogatoire comme un acte médical. *« Toute démarche médicale commence par un interrogatoire mais c'est tout du long de la visite et parfois il y a des choses qui sortent qu'on avait oubliées (extrait d'entretien) ».* L'interrogatoire médical correspond au recueil des symptômes. C'est une démarche médicale. Elle fait référence à ce propos à son expérience de médecin scolaire, elle collaborait avec des infirmières scolaires qui faisaient passer des interrogatoires et cela ne lui convenait jamais et pourtant elle leur avait marqué ce qu'il fallait qu'elle demande mais la façon dont les infirmières menaient cet interrogatoire n'allait pas. Elle n'avait pas les informations qu'elle voulait avoir. Et les infirmières lui disaient qu'elles ne savaient pas faire comme elle. Ce n'était pas une démarche médicale : *« j'ai travaillé avec des infirmières scolaires et on s'entendait très très bien mais elles n'étaient pas formées à l'écoute comme moi et ça les agaçaient, elles me disaient tu leur fais sortir des choses que nous on est incapable de leur faire sortir. Cela fait parti d'un interrogatoire, c'est un acte médical.*

- et cet interrogatoire, on vous l'apprend dès la formation ?

- ben on nous l'apprend dès la formation clinique oui. Tout examen d'un malade ça commence par un interrogatoire (extrait d'entretien) ».

Dans l'interrogatoire, il y a les antécédents familiaux et le recueil des symptômes. Mais elle ne commence jamais par les antécédents familiaux pour rester centrée en début de consultation sur le salarié en question avant de passer à sa famille.

Elise dispose d'une forme de prescrit de l'interrogatoire qui lui sert de guide et correspond aux cases à remplir du dossier informatique avec les antécédents familiaux, les habitudes de vie, les vaccinations, les déficiences *« mais bon moi je ne sais pas ce que ça veut dire déficience (extrait d'entretien) ».*

Elle possède des questions un peu transversales, systématiques comme : *« est-ce que le matin vous avez envie d'aller au boulot ? »* ; *« qu'est-ce que vous faites comme travail ? (observations visites) ».*

Faire du lien travail-santé en consultation, le salarié comme ressource et acteur de sa santé

L'un des objectifs qui guide la visite et le style des questions posées concerne la découverte d'un problème de santé en lien avec le travail : *« Le principal but de la visite c'est de déceler si le salarié est en train d'avoir un problème de santé lié à son travail, en général. Après si c'est une visite d'embauche c'est de voir s'il n'y a pas de problème de santé qui va l'empêcher de travailler. J'ai un souci énorme avec un salarié épileptique, j'ai beaucoup de difficultés et pour le moment je l'ai maintenu au travail un peu contre l'avis de son médecin traitant donc c'est chaud mais avec l'aval d'un spécialiste et en fonction de l'aménagement aussi, des horaires moins fatigants etc. Donc là ça a été un peu compliqué. J'ai été obligé*

d'aller voir l'employeur pour discuter, il a fallu que le salarié accepte de ne plus faire d'heures supplémentaires. Donc s'il continuait à travailler comme ça avec tant d'heures et si peu de sommeil, il se mettait en danger donc c'est aussi déceler un danger pour lui ou pour les autres. Ca a été compliqué aussi parce qu'il a fallu que le salarié accepte d'être moins payé (extrait d'entretien)».

Elise essaie de trouver l'origine des difficultés, des douleurs en vue de penser des actions. Par exemple lors de la visite 2, une jeune femme souffre de problème de dos sans que cette dernière évoque spontanément un lien avec son activité. Le médecin commence par parler des problèmes de dos de l'opératrice pour essayer de trouver progressivement les causes dans le travail.

Extrait de l'enregistrement de la consultation n°2 :

9h55

- *Mdt : alors comment allez vous ?*
- *Op : ça va*
- *Mdt : ça va... ce dos ?*
- *Op : ben toujours plus ou moins mal*
- *Mdt : ni plus ni moins ?*
- *Op : non voilà*
- *Mdt : vous avez l'impression que le travail ça ne vous aggrave pas ?*
- *Op : quand je suis en vacances, j'ai autant mal*
- *Mdt : vous avez autant mal en vacances qu'au travail*
- *Op : oui*
- *Mdt : vous avez eu un arrêt de travail là en mars (en regardant son ordinateur)*
- *Op : oui c'était toujours pour ça*
- *Mdt : toujours de temps en temps vous vous arrêtez*
- *Op : oui*
- *Mdt : un arrêt de travail en octobre, toujours les mêmes raisons ? alors je vous dis parce que moi vous savez je lis...*

[Des rires]

- *Mdt : c'est en général à cause de... vous n'avez pas eu d'autres soucis de santé ?*
- *OP : non*
- *Mdt : et vous vous soignez comment quand vous avez mal au dos ?*
- *Op : alors je fais de la mésothérapie, bon alors j'avais fait de la kiné mais ça m'aggrave encore plus le mal en fait, je n'en fais plus. Voilà, j'ai testé une méthode sans médicament, c'est en fait j'ai une copine infirmière qui a fait une formation sur l'Atlas, c'est la première vertèbre cervicale*
- *Mdt : sur l'Atlas oui d'accord*
- *Op : et qui remet en place avec un appareil*
- *Mdt : avec un appareil, et donc elle utilise cet appareil sur d'autres personnes enfin... autour d'elle*
- *Op : oui voilà*
- *Mdt : et c'est un appareil qui marche avec quoi ?*
- *Op : c'est des vibrations en fait*
- *Mdt : d'accord donc elle vous l'a appliqué ?*
- *Op : oui il n'y a que deux jours en fait*
- *Mdt : d'accord et ça s'applique régulièrement ?*
- *Op : non qu'une fois. Parce qu'après c'est tout le long de l'Atlas, il est déboité à gauche et avec son appareil elle le repousse enfin elle pousse les muscles et les tendons et il se remet en place naturellement*

- Mdt : *et elle pense que ça pourrait améliorer vos douleurs de dos ?*
 - Op : *dans al théorie ça améliore beaucoup de choses mais bon*
 - Mdt : *oui. Chez vous c'est ancien c'est douleurs de dos ?*
 - Op : *oui*
 - Mdt : *j'avais marqué 2005, c'est plus ancien non ?*
 - Op : *oui*
 - Mdt : *d'accord, bon la kiné ça n'a pas marché ?*
 - Op : *non*
 - Mdt : *vous ne prenez pas de médicaments en général ?*
 - Op : *juste quand j'ai mal*
 - Mdt : *et vous prenez quoi quand vous avez mal ?*
 - Op : *le nom d'un médicament, diantalvic*
 - Mdt : *d'accord et ça vous arrive d'en prendre avant quand vous vous arrêtez une semaine ? Vous prenez des médicaments pendant la semaine ?*
 - Op : *pas chaque semaine mais oui ça m'arrive*
 - Mdt : *avant de faire ce travail en fromagerie vous faisiez ?*
 - Op : *des études*
 - Mdt : *d'accord et vous aviez déjà mal au dos ?*
 - Op : *non*
 - Mdt : *non. Avant de faire un travail physique vous ne souffriez pas du dos*
 - Op : *non.*
- [Silence]
- Mdt : *et vous avez l'impression que c'est certaines tâches ici qui vous font mal au dos ou c'est diffus ?*
 - Op : *je ne sais pas*
 - Mdt : *vous ne savez pas*
 - Op : *non.*
 - Mdt : *d'accord. Sinon pas d'autres soucis de santé ?*
- [... Le médecin poursuit l'interrogatoire sur le sommeil et le travail posté, le hors travail avec des questions sur la famille, les activités sportives notamment la marche, les vaccinations, le contrôle visuel, le contrôle urinaire]
- 10H09
- Mdt : *voilà pas de souci, tout va bien, vous vous déshabillez ? **[Examen clinique]***
- [... Pendant les examens, le médecin pos des questions sur les dents, maux de tête, prise de tension problèmes digestifs, problèmes gynécologiques puis elle revient sur les douleurs du dos]
- Mdt : *vous êtes souple... il n'y a pas de soucis. D'accord et sinon quand vous avez mal c'est aussi dans le dos ?*
- [L'opératrice lui montre la zone]
- [...]
- Mdt : *je suis venue étudier le poste pour la jeune femme qui est enceinte là et je me suis posée la question : elle me disait que ce qui était pénible c'était quand vous faisiez le « déplombage » (le fait de poser les fromages enveloppés et les débarrasser de leur enveloppe)*
 - Op : *ah*
 - Mdt : *vous le faites vous ?*
 - Op : *oui.*
 - Mdt : *le poids vous...*
 - Op : *Ben en général c'est un homme qui le fait mais... (des rires)*
 - Mdt : *et vous y arrivez quand même s'il n'y a pas d'hommes ?*

- *Op : ah oui, oui, mais bon c'est sûr que c'est pas...*
 - *Mdt : c'est quand même le poste le plus pénible, parce que là du coup j'ai regardé vraiment toute la succession, là c'est le plus lourd*
 - *Op : ah oui, oui.*
 - *Mdt : j'avais noté deux choses, il y avait ça et puis il y avait aussi quand vous faites les « dés », le maniement des plateaux. Ça, ça vous pose aussi problème ?*
 - *Op : non ça va*
 - *Mdt : c'est le déplombage qui vous pose souci ?*
 - *Op : oui.*
 - *Mdt : mais c'est très rare pour vous ?*
 - *Op : ah oui, oui*
 - *Mdt : une fois par mois ?*
 - *Op : oui même pas*
 - *Mdt : même pas d'accord. Oui j'avais vraiment noté que c'était la chose la plus... au niveau du dos. On a calculé en 2h, je ne sais plus combien de tonnes, je l'ai marqué mais je ne retrouve pas l'écrit, je n'ai toujours pas écrit la conclusion mais bon c'était intéressant de voir chaque chose et là je me suis dit effectivement c'est un peu dur. Et donc pour vous qui n'êtes pas très grande, ni très costaud, ça me paraissait un peu limite pour vous mais bon si ça arrive très rarement.*
- 10h19
- [Silence, elle remplit la fiche d'aptitude]
- *Mdt : voilà, votre papier. Bon et bien continuez bien*
 - *Op : oui*
 - *Mdt : donnez moi des nouvelles de l'Atlas, ça m'intéresse, oh fait comment il s'appelle cet appareil ?*
 - *Op : propiac*
 - *Mdt : bien je regarderai, je suis toujours intéressée par des choses qui peuvent marcher pourquoi pas. Au revoir.*

En début de visite, Elise parle essentiellement du problème de dos et de ce que fait l'opératrice pour se soulager. Elle représente une ressource pour penser d'autres formes d'action de prévention des TMS. Elise la questionne précisément sur cette méthode tout en restant neutre quant à ce qu'elle pense de la méthode. Elle dit apprécier quand des salariés prennent en charge leur santé. Elle estime qu'elle est tenue d'une réserve si elle possède un avis assez négatif sur la méthode en question : « *on est tenu à une réserve par rapport à tout ça, quelque part c'est nos confrères enfin bon pas tous mais enfin à priori toutes les méthodes de soin c'est des méthodes de confrères donc on va pas démolir les autres, les gens ils ont confiance donc on ne va pas, c'est par déontologie mais par exemple si je trouve qu'une méthode n'a aucun effet, je trouve ça débile, je fais passer qu'il faut qu'il prenne du recul par rapport à la méthode, vous prenez un certain temps et si ça ne vous améliore absolument pas c'est que ça ne vous convient peut-être pas. Voilà j'essaie d'y aller comme ça (extrait d'entretien)* ». Puis elle arrête d'en parler pour poursuivre l'interrogatoire et l'examen clinique. Sur la fin de la consultation, Elise revient sur les problèmes de dos en évoquant une étude de poste qu'elle a menée pour une femme enceinte. Cette dernière lui avait pointé les tâches pénibles. Et elle a retenu deux points qui lui paraissent difficiles et qu'elle soumet à l'opératrice pour qu'elle réagisse :

- la tâche du déplombage qui engendre des ports de charges lourdes. Le médecin demande à l'opératrice si elle réalise cette tâche et elle répond oui ;
- le maniement des plateaux et des dés qui impliquent aussi des manipulations lourdes mais que l'opératrice dit moins avoir à faire.

Si Elise évoque ces tâches c'est qu'elle fait un lien avec les douleurs au dos et cette activité de manipulation. Elle travaille ainsi en collaboration avec l'opératrice sur l'origine des maux de dos et cherche s'il y a un lien avec l'activité de travail en convoquant sa connaissance du travail.

Une prévention collective plus valorisée mais moins évidente

Si l'on reprend la mission prescrite du médecin du travail du SST en question, on perçoit bien que l'accent est mis sur une présence accrue de ce dernier en milieu de travail et sur une surveillance médicale plus personnalisée. *« Le médecin est un conseiller de l'employeur et des salariés en matière de santé et de sécurité. Il a pour mission de protéger la santé des travailleurs agricoles et de prévenir les risques professionnels. Il met en œuvre des actions en milieu de travail, une surveillance médicale des salariés. La « structure en question » propose aux entreprises et aux salariés la mise en œuvre de projets d'amélioration de la santé, de la sécurité et des conditions de travail grâce à l'intervention conjointe du médecin du travail et du conseiller en prévention qui prennent plus particulièrement en compte les conditions, la nature du travail et les risques professionnels identifiés ou potentiels. Ensemble ils aident les employeurs à construire une politique de santé sécurité au travail basée sur une évaluation des risques et sur la mise en place d'actions adaptées ».*

Une des difficultés d'Elise dans sa pratique concerne justement les actions de prévention à mettre en place. Il lui est difficile de se positionner dans le passage de l'individu au collectif avec la préoccupation de ne pas fragiliser le salarié. De son point de vue, la prévention individuelle est dense et elle n'est pas reconnue. Elle est moins valorisée que la prévention collective. Elle voit la prévention individuelle comme les messages passés aux salariés. Elle considère que monter une action collective, ce n'est pas son travail, elle ne sait pas faire. Elle ne fait pas beaucoup de formation et c'est ce qui est notamment reconnu au sein de sa structure comme de la prévention plus collective.

Dans sa pratique, une priorité est faite à la prévention individuelle et à la dimension médicale de son activité sans que celle-ci soit reconnue. Et les actions qu'elle met en place reflètent cette priorité.

Participation à des enquêtes

Comme en témoignent deux visites (n°1 et n°8) réalisées lors des observations, Elise participe à des enquêtes qui peuvent compter dans son activité de tiers temps mais qu'elle ne fait pas toujours reconnaître. Depuis avril 2009, elle participe à l'enquête SUMER, ou encore elle fait partie d'un groupe sur les maladies à caractère professionnel (MCP) dans sa région. Elle a à ce titre une réunion par an. Pour cette dernière enquête, pendant deux semaines, elle fait la liste des salariés qui ont une MCP, elle travaille à ce niveau sur la douleur et les plaintes. Elle envoie cette liste aux personnes en charge de ce groupe qui font des statistiques, puis elle leur envoie aussi un dossier. Elle apprécie cette action qui lui permet de prendre du recul sur son activité de visite médicale, elle regarde autrement le salarié :

« ça me donne un autre regard sur les salariés pendant les deux semaines, je regarde d'autres choses parce que vous savez on a quand même une routine, quand on fait purement une journée de visites médicales, c'est routinier, faut pas rêver, les gens, on commence à les

connaître... bon je ne dis pas que ce n'est pas intéressant mais il y a une routine où on perd peut-être le fait qu'on est médecin du travail alors participer aux enquêtes...

- *C'est poser d'autres styles de questions ?*
- *Voilà être attentif et puis prendre conscience aussi... prendre conscience dans certains cas que la pathologie est directement liée au travail.*
- *Alors en fait cela vous permet de faire du lien avec le travail et ne pas trop rester sur l'individu c'est ça ?*
- *Voilà oui, moi j'aime bien, j'aime bien faire ça. Alors oui c'est vrai c'est long mais qu'on fasse ça ou autre chose. On a une très grande liberté quand même dans le service c'est vrai. Je me sens très libre (extrait d'entretien)».*

Selon elle, l'enquête MCP est plus axée sur la problématique des TMS avec plus de questions sur les gestes contrairement à SUMER.

- *« Et vous rendez compte de ces participations à des enquêtes dans le rapport d'activité annuel c'est ça ?*
- *Oui (en hésitant qui veut dire plutôt pas vraiment). Moi je ne marque pas, je n'ai pas du tout l'esprit à ça. C'est fou ça j'ai du mal et ce n'est pas mon truc (extrait d'entretien) ».*

L'usage d'enquête lui permet de prendre du recul sur sa pratique en visite médicale, sur la façon de mener l'interrogatoire, on reste à un niveau assez individuel finalement dans l'usage qu'elle fait de ces enquêtes.

Trouver des prétextes pour engager des actions en entreprise,

Dans la fromagerie en question, Elise a mené notamment deux études de postes pour des femmes enceintes comme déjà mentionné ci-dessus, avec toutes les difficultés ressenties au niveau de la dimension technique. Elle a l'impression qu'on lui demande d'être de plus en plus compétente sur la dimension technique du travail : *« Il y a différentes façons d'approcher un poste, moi j'ai fait des études de postes et les dernières que j'ai faites c'était pour des femmes enceintes et c'était intéressant. C'était deux postes différents, à la fromagerie là où vous avez été, une qui travaillait au conditionnement et une autre au laboratoire. Pour la première c'était surtout sur les charges et les mouvements et l'autre c'était plus la chimie et la bactériologie qui représente un danger pour l'homme. Je les ai vues à travers deux personnes qui étaient enceintes et pour moi ça change, je suis incapable de travailler... moi je pars toujours de l'individu, je ne pars pas de la technique, c'est mon approche. (...) Tous les techniciens ne partent pas de l'individu, ils n'ont pas l'approche de l'individu, tous les techniciens en prévention et tout. C'est bien mais c'est complètement différent, ils n'approcheront pas de la même façon. Nous, on est médecin et on a été formé d'abord au contact de la personne. (...)*

- *Je ne sais pas ce que ça deviendra (en référence à la pénurie de médecin du travail), moi je me dis que trop technique, moi je ne suis pas une technicienne, c'est pas que ça me déplaît de faire une étude de poste, moi j'aime bien faire des études de poste au contraire.*
- *la dimension technique c'est par exemple dire là il faudrait telle chaise et la mettre à telle hauteur ?*
- *ben ça c'est bien, enfin j'aime bien mais à partir de la personne, je sais qu'ils feront comme ça mais ils ne partiront pas comme nous. Bien sûr ils vont travailler avec la personne, ils vont lui demander ce dont elle a besoin mais il y a quand même le risque qu'eux pensent parce qu'ils n'ont pas la chance d'avoir le contact qu'on a avec la personne. C'est pour ça que*

nous on part de la personne parce qu'on l'a écoutée tout le temps, c'est notre fonction (extrait d'entretien) »

Faire une étude de poste pour des femmes enceintes « légitime » son action, ou encore s'il s'agit d'un salarié reconnu avec une pathologie ou un handicap. Par contre il lui est plus difficile d'intervenir lorsque les pathologies ne sont pas avérées au risque de répercussion sur le salarié : *«Vous n'y croyez pas trop aux adaptations de poste ?*

- *si j'y crois mais là pour des filles jeunes sans pathologies avérées, comment est-ce qu'on justifie ? Une salariée qui a travaillé 30 ans et qui ne peut plus faire ça, l'entreprise, elle accepte, une fille jeune...faudrait pas que ce soit la première qu'on licencie s'il y a une production parcellaire. C'est un problème...j'y crois aux adaptations de poste mais faut quand même qu'on fasse gaffe. (...)*
- *Par exemple là si vous dites il faut aménager ce poste car il y a des problèmes de dos, on peut cibler les gens, c'est un peu ça la crainte ?*
- *Ils ne vous le diront pas comme ça mais oui, c'est ce qu'on craint.*
- *Et comment vous vous en sortez de ça ?*
- *Au feeling mais ce n'est pas forcément le bon feeling.*
- *S'il y en a plusieurs qui se plaignent sur ce poste là, vous pouvez le demander à titre collectif ? Ou ils essaient quand même de chercher qui...*
- *Ben pour ça il y a le CHSCT, c'est bien le CHSCT. Il y a tout le monde, le patron, le salarié, l'inspection du travail et les gens sont obligés de faire attention à ce qu'ils disent. C'est une instance où on dit beaucoup plus de choses qu'ailleurs parce qu'il y a des éléments extérieurs à l'entreprise.*
- *C'est un outil pour vous pour faire changer les choses... ?*
- *Oui il faut passer par là, on le doit au salarié.*
- *Pour le coup là vous passez de l'individu au collectif ?*
- *Oui tout à fait (extrait d'entretien)»*

Le CHSCT, quand il y en a un, ce qui est rare pour Elise, représente une instance qui permet de passer d'actions individuelles à des actions collectives.

Elise met en avant ici, une difficulté de justification des aménagements et des conséquences sur un individu des actions proposées. Ces justifications varient selon l'âge et l'ancienneté des opérateurs en difficulté sur un poste et selon la pathologie qu'elle soit avérée ou pas.

La mise en place d'une formation aux étirements avec un kinésithérapeute

Elise a initiée une formation aux étirements en collaboration avec un kinésithérapeute. Elle croit à ce genre de méthode mais reste inquiète en raison du coût financier pour l'entreprise. *« Bon je fais quand même partie de ce truc et quand on sait les sommes engagés, enfin peut-être que je me fais du souci parce que je n'ai pas l'habitude mais c'est quand même, très, très cher cette formation. Ils vont continuer, ça va faire 3 ans, c'est pas mal et je suis étonnée. Parce que moi j'ai fait ce pari, j'avais une collègue qui n'était absolument pas enthousiaste, il y avait une autre qui l'a fait aussi. Parce que ça me correspondait.*

- *Ça veut dire quoi ça vous correspondait ?*
- *Parce que bon alors, je vais vous dire. Moi j'aime bien le travail sur soi alors ça me correspondait, prendre conscience de ses douleurs, prendre conscience de son corps, de ses mouvements. C'est un travail où les gens sont acteurs et ensuite ça s'apparente quand même au travail que fait un sportif c'est-à-dire faire des étirements après l'effort où on a mis les tendons en tension etc. Donc je trouvais ça intéressant et moi je crois que ça fait partie des choses qui peuvent être intéressante mais j'ai une*

collègue qui dit non ça c'est faire le jeu des patrons, ça veut dire que c'est au salarié de faire le travail alors qu'il faut adapter les postes et il faut diminuer la charge de travail et les contraintes.

- *Et vous en pensez quoi de ça vous ?*

Moi j'entends qu'il faut adapter les postes mais tout travail physique est usant pour les articulations quoiqu'on fasse mais le sport aussi, donc c'est pareil. Moi je crois qu'on ne peut pas faire bouger les articulations sans les user. Bien que si on ne les utilise pas du tout on a aussi de très gros ennuis mais quand même... (extrait d'entretien) ».

Sur les 10 consultations observées, Elise a posé systématiquement la question de la formation aux opérateurs pour savoir s'ils l'avaient suivie (cf pour exemple les deux extraits d'observations des visites médicales ci-dessous): « *Oui alors là peut-être que je fais un petit complexe c'est-à-dire que surtout c'est pas mon argent, c'est l'argent de l'entreprise et ils n'étaient pas obligés d'accepter. Mais avoir fait cette proposition qui est quand même un peu lourde de conséquence et pour les gens et pour l'entreprise, j'espère que je ne les ai pas entraînés sur une piste débile (extrait d'entretien) ».*

Extrait de l'enregistrement de la consultation n°2 :

- *Mdt : quand vous avez vos douleurs dans le dos, il n'y a pas de prolongement sciatique ?*
- *Op : non.*
- *Mdt : assoyez-vous. Vous avez fait la formation avec le kiné ?*
- *Op: oui*
- *Mdt : ça a été bien ?*
- *Op : ben oui quand même je continue à les faire les exercices*
- *Mdt : (d'un ton très enthousiaste et surprise) c'est vrai ?*
- *Op : oui*
- *Mdt : ah c'est bien, vous les faites le soir ?*
- *Op : ben quand je suis du soir je les fais le matin et quand je suis du matin je les fais...*
- *Mdt : oui je comprends qu'à 10h du soir...pffffff et vous les faites régulièrement ?*
- *Op : oui, oui.*
- *Mdt : et ça a été bien ?*
- *Op : ben oui. Bon sur le coup ce n'est pas non plus miraculeux*
- *Mdt : mais vous le faites*
- *Op : oui, oui.*
- *Mdt : d'accord très bien. Respirez fort, vous n'êtes pas fumeuse*
- *Op : non*
- *Mdt : d'accord. Les mains, pas de fourmillement ? Pas de souci ?*
- *Op : ça m'arrive, en fait j'ai fait des examens et tout vient des cervicales*
- *Mdt : vous allez voir avec votre appareil... si c'est vraiment l'Atlas ou pas... d'accord, vous avez mal au cou ?*
- *Op : oui surtout en haut*
- *Mdt : quand vous me dites que vous avez mal au dos c'est surtout au cou ?*
- *Op : oui*

Extrait de l'enregistrement de la consultation n°10

[Pendant l'examen clinique]

- *Mdt : vous avez fait la formation kiné ?*
- *Op : oui*
- *Mdt : vous faites toujours ?*
- *Op : non, enfin si, j'ai commencé 15 jours puis j'ai arrêté, je trouve que c'est nul ce truc, je n'ai pas le temps de faire ça.*
- *Mdt : ah voilà ! Attendez !*
- *Op : j'ai pas le temps et j'ai pas envi*
- *Mdt : pas envi, ça ne vous attire aps du tout ce genre de chose ?*
- *Op : non mais je ne me vois pas faire ça, bon au début je l'ai fait parce que je pensais que j'allais être une bonne élève mais après j'ai arrêté. Au début j'ai commencé mais je l'ai dit honnêtement au kiné*
- *Mdt : et vous avez mal au dos ?*
- *Op : je n'ai jamais eu mal au dos et il m'a dit que j'aurais mal un jour, s'il le dit...il le dit. Je n'ai pas mal au dos, j'ai une tendinite tous les 10 ans, j'ai d'autres douleurs.*
- *Mdt : vous ne sentez pas un risque de ce côté ?*
- *Op : non je ne crois pas.*

Ce choix d'action appuie l'idée qu'Elise se sent démunie face à cette problématique des TMS en termes d'action. Elle choisit finalement un niveau d'action individuel qui renvoie à un modèle explicatif des TMS assez physique. Pour appuyer cette idée, elle donne l'exemple d'un cas, un jeune homme né en 1984 qui est chauffeur de poids lourds. Pendant 6 mois de l'année il récolte les agneaux qui pèsent environ 40kg et il les charge dans le camion en les tirant. Et les autres 6 mois il fait les inséminations. A la fin de la période des 6 mois de chargement des agneaux, à la question « est-ce que vous dormez bien ? », il répond : « non, j'ai des fourmis dans les mains. » Le médecin diagnostique un SCC et le salarié sait que l'origine de ces fourmis vient du fait de tirer les agneaux parce que cela lui est déjà arrivé. En citant cet exemple, elle dit être démunie car elle ne sait pas comment modifier le geste.

Son niveau d'action est le geste et pour cela la formation serait un moyen de modifier le rapport au corps du salarié. Ce choix s'inscrit dans sa conception de l'homme comme acteur de sa santé.

Elise appartient à un collectif de médecin du travail constitué et cadré au sein de son service avec des réunions mensuelles regroupant les 8 médecins du service et le médecin chef pour échanger sur les pratiques et faire état des actions mises en place. Ce collectif participe à mettre en avant la prévention collective et à la valoriser. Elise explique d'ailleurs que ses collègues ne cautionnaient pas la formation aux étirements. Ces réunions sont des lieux d'échanges pour discuter, notamment des choix d'action.

L'analyse de l'activité d'Elise permet de mettre en avant ici la difficulté à porter seule des pistes d'action et soulève la question des appuis dans l'entreprise, de l'efficacité des actions proposées et des conséquences financières notamment pour l'entreprise.

Une difficulté à travailler avec les IPRP du SST

La Collaboration avec les IPRP de la structure est difficile. Dans le cas d'Elise, l'éloignement géographique des bureaux (environ 80 km) ne facilite pas cette collaboration, il faut qu'elle prenne rendez-vous si besoin et donc elle ne le fait pas vraiment. Elle pense qu'il y a un problème organisationnel à la base qui dépasse son agence. Des IPRP peuvent intervenir dans

une de ses entreprises sans qu'elle le sache. Même ses collègues, qui possèdent leurs bureaux plus à proximité ne collaborent pas. Des services qui ne semblent pas en harmonie: *« je pense qu'on aurait intérêt à travailler ensemble, moi tout ce qui est technique je le laisserais et j'aimerais bien moi, j'aimerais bien. Moi je ne suis pas technicienne et ça m'arrangerait. Je pense que c'est ensuite à un niveau individuel, si on s'entend bien avec une personne on doit pouvoir collaborer. Mais c'est aussi une histoire de lutte de pouvoir et des deux côtés. Il y a une crainte des IPRP d'être sous la croupe du médecin et inversement (extrait d'entretien)».*

Les difficultés à construire une action collective de prévention dans l'entreprise

Johan Petit

1 Le contexte

Cette partie est issue d'un suivi de l'activité d'un médecin du travail, que nous nommerons par la suite Valérie. Les analyses ont été effectuées sur la base d'observations de consultations, d'une visite de reprise, d'une réunion de CHSCT et d'entretiens avec le médecin, un ergonomiste et une infirmière, relativement à 2 entreprises jugées comme « difficiles » par Valérie. Nous argumenterons nos propos à partir du matériau recueilli.

1.1 Le service de santé au Travail

Valérie exerce dans un SST composé d'une centaine de médecins, de 10 IPRP (3 ergonomes, 2 métrologues, 2 techniciens en hygiène et sécurité, 1 psychologue du travail, 1 épidémiologiste et 1 toxicologue), de 6 intervenants en santé au travail (3 infirmières du travail, 2 formatrices « sauveteurs secouristes » et 1 assistante santé au travail), de 59 paramédicaux et de 23 personnels administratifs.

Ce SST gère environ 26000 entreprises correspondant à un peu plus de 250000 salariés. Sur le plan géographique, le service est composé de 11 centres ainsi que 29 annexes. 4 bureaux mobiles sont à la disposition des médecins pour organiser des visites médicales « délocalisées ».

1.2 Le centre

Le centre dans lequel travaille Valérie est composé de 7 médecins, 3 secrétaires et 2 infirmières. Valérie est un médecin du travail expérimenté puisqu'elle comptabilise une ancienneté de plus de 25 ans. Elle suit régulièrement des formations pour compléter ses champs d'action. Les dernières ont eu lieu en milieu universitaire et concerne les TMS et les RPS. Cette ouverture vers de nouvelles formations est motivée par une volonté d'élargir ses capacités d'action sur les problématiques de santé rencontrées dans les entreprises, notamment par un travail avec d'autres professionnels. Ceci la conduit à mener régulièrement des actions avec les IPRP de son service. Dans ce cadre, Valérie adopte un point de vue plutôt ouvert pour laisser des marges de manœuvre aux intervenants avec lesquels elles travaillent. Cette position n'est pas nécessairement partagée par l'ensemble de ces collègues. Dans le cadre d'une expérimentation avec les infirmières, de nombreux débats, mettant en avant des approches différentes, ont été nécessaires avant de trouver un point de vue commun quant aux protocoles devant être appliqués par ces dernières : certains médecins penchant pour des protocoles extrêmement cadrés permettant une délégation de tâches « techniques » et d'autres souhaitant plutôt élaborer des guides pour leur activité sans questionnaires préétablis par exemple.

Valérie gère 257 entreprises, soit 3238 salariés. Parmi les entreprises qu'elle gère, 8 possèdent un CHSCT, ce qui représente théoriquement 32 réunions par an, soit 16 journées.

Concernant les principales évolutions de son activité constatées ces dernières années, on peut noter une augmentation d'environ 600 salariés entre 2004 et 2009 et une demande de plus en plus croissante concernant les TMS et les RPS.

1.3 L'entreprise A

L'entreprise A est un établissement de nettoyage, appartenant à un groupe international (105 établissements en France).

L'établissement en question est composé de :

- 1 responsable,
- 3 agents administratifs,
- 3 inspecteurs (managers et relation avec la clientèle),
- Environ 200 agents techniques, dont la plupart sont en contrat à temps partiel.

Cette entreprise fait peu de nettoyage industriel mais traite plutôt des résidences, des bureaux de poste et des entreprises de services (bureaux).

Valérie n'a pas rencontré tous les salariés de l'entreprise. La gestion contractuelle des salariés des entreprises de nettoyage les contraint à changer fréquemment d'entreprise. Par conséquent, l'organisation des visites reste difficile à gérer. Les visites ne se font pas sur le site mais au centre ou, pour la plupart des salariés, en bureau mobile.

Étant donné la diversité des chantiers effectués, des contextes de travail, la fiche d'entreprise est difficile à élaborer : « *J'ai du mal à la faire* ». L'ensemble des médecins du service semble avoir des difficultés à bien identifier le périmètre de ce type d'entreprises. Une collaboration avec un IPRP du SST a été entreprise pour sa rédaction.

Concernant le CHSCT de cette entreprise et sa participation aux réunions, elle me confie n'y être allée qu'une seule fois : « *Leurs réunions ont lieu une fois par trimestre et dure de 10h à 10h45. Vu le temps que ça dure, seulement ¾ d'heure, et le peu qui s'y passe, c'est trop coûteux en temps d'y assister.* ».

De façon générale, elle a identifié le manque de temps comme la contrainte la plus importante pour les salariés : « *Il n'y a pas de chantier sans contrainte de temps. Ils n'ont aucune marge de manœuvre, ce sont les clients qui l'exigent. Concernant le nettoyage chez X par exemple, 3 personnes sur 7 se sont arrêtées depuis avril 2009, sur ce chantier. En fait, il n'y a quasiment pas de négociation du temps dans les contrats* ».

Sa connaissance de l'entreprise provient des consultations de salariés et de visites sur les postes de travail, chaque fois qu'il y a une restriction.

1.4 L'entreprise B

B est une entreprise de logistique de produits alimentaires implantée sur le territoire national. Ses principales missions consistent à stocker, conditionner et livrer des produits secs, frais et surgelés. Les tâches des salariés sont concentrées autour de la manutention pour de la mise en rayon, le chargement de camions, la conduite de camion pour la livraison ainsi qu'une partie d'activité administrative dont un centre d'appels pour la gestion des commandes et le SAV.

Le site en question est composé d'environ 280 salariés dont 60/70 travaillent à la préparation des produits en zone tempérée, froide ou en congélation.

Il y a 5 ans, l'entreprise a été rachetée par un groupe plus important. D'une gestion plutôt familiale, l'entreprise est passée à une gestion du résultat, dont la principale conséquence a été l'augmentation des cadences. En même temps, les plaintes et les problèmes de santé des salariés ont augmenté. Pour Valérie, la question centrale reste de trouver et de tisser des liens

avec la « bonne personne relais » pour les problèmes de santé. À l'heure actuelle, il s'agit du responsable des préparations.

Les visites médicales se déroulent sur le site dans un local dédié et le suivi de l'entreprise par Valérie est effectif depuis 2000/2001.

2 Construire une relation avec les salariés

De manière structurelle, l'activité des médecins du travail se réalise au contact même des salariés. En analysant celle de Valérie, nous avons constaté qu'il s'agit beaucoup plus qu'un simple contact, et qu'il est question de construire une véritable relation avec les salariés. Dans certains cas, le salarié est connu de longue date, dans d'autres, le salarié est vu pour la première fois. Chaque fois, Valérie est obligée de « concocter » une manière de faire, pour faire parler le salarié et pour, éventuellement, le convaincre de modifier sa situation de travail ou de se retourner vers son médecin traitant, par exemple. En effet, l'action du médecin se joue sur 2 volets : conseiller les salariés et conseiller l'entreprise (ses dirigeants). Dans les 2 cas, il est nécessaire de créer ce lien avec les salariés afin de comprendre les problèmes qui se posent ainsi que leur genèse. Pour autant, contrairement à ce que l'on pourrait penser, il n'est pas toujours aussi simple d'établir une relation de confiance. En témoigne cet extrait d'une consultation avec une salariée de l'entreprise A, suivie depuis 2 ans par Valérie.

« Valérie (V) : C'est la première fois que je vous vois ?

Salariée (S) : Non mais ça fait longtemps. Après vous avoir vu, j'ai eu des problèmes personnels : il y a eu la naissance de mon enfant et j'ai divorcé.

V : vous êtes chez A depuis quand ?

S : Environ 5 ans.

V : En ce moment, vous êtes sur quel chantier ?

S : X.

V : Vous y faites quoi ? Que dans la surface de vente ou la galerie aussi ?

S : Les 2. Je lave les sols.

V : Avec une auto-laveuse ?

S : Pas que. Je fais tous les rayons, les bordures et après la machine. Je fais ça de 8h à midi. Avant, j'embauchais à 4h du matin à Z, mais avec ma fille ça me posait des problèmes.

V : Vous devez aller très vite de 8h à 9h avant l'ouverture ?

S : Ah oui très vite. C'est actif. En fait c'est la course.

V : Au niveau des déplacements ?

S : On fait en fonction des mises en rayon. Je fais aussi les remplacements donc je vais aussi au T. Le soir je vais travailler à C et chez Y, seulement pour un ¼ d'h.

V : Ca vous convient ?

S : Non pas trop. Mes heures sont adaptées à ma fille. Ma fille est épanouie donc mon travail va bien.

....

V : Vous avez eu des problèmes de santé ?

S : Je suis sujette aux lumbagos et à la sciatique.

V : Ca descend jusqu'où ?

S : Dans la fesse.

V : Vous avez fait des examens ?

S : Non mais il faut juste que je ne lève pas de charges lourdes.

V : C'est-à-dire ?

S : Je porte mon seau en plusieurs fois. Une fois, ça a lâché, je me suis bloquée et je suis tombée. Je ne peux pas m'arrêter.

V : Et les autres articulations ?

S : Non, juste la cheville.

V : Les bras ?

S : Non, c'est les mains. J'ai des fourmillements la nuit et aussi comme des décharges électriques.

V : Vous en avez parlé à votre médecin traitant ?

S : Non, mais je ne me plains jamais moi.

V : les fourmis dans la main, ça vous arrive la nuit ?

S : Oui. Quand je ne suis pas très fatiguée, ça me réveille.

V : C'est depuis que vous retrainé à A la main ?

S : Si je dois me faire arrêter, c'est pas possible, j'ai pas le temps.

V : Je comprends mais c'est pas une solution. Parlez-en à votre médecin.

S : Hum. (silence). Je suis venue vous voir sur mes congés.

V : Comment ça se fait ?

S : On m'a rien dit. J'ai juste reçu un courrier. On nous dit rien dans cette entreprise... »

À travers cet exemple, on perçoit les difficultés à établir cette relation de confiance avec la salariée, avant de tenter prudemment de lui donner quelques conseils. La salariée en question est dans une situation financière et sociale difficile : elle élève seule son enfant et son emploi conditionne très largement cette capacité. C'est la raison pour laquelle elle ne souhaite pas bénéficier d'un congé pour maladie par crainte de perdre en salaire car elle n'a pas de complémentaire santé. Valérie l'a bien compris. En déroulant une série de questions sur le travail de la salariée, elle prend connaissance et fait prendre conscience à la salariée de la fragilité de son état de santé : « *Une fois, ça a lâché, je me suis bloquée et je suis tombée* », « *les fourmis dans la main [...] Quand je ne suis pas très fatiguée, ça me réveille.* ». Une fois ce stade passé, elle tente d'ouvrir une brèche vers un conseil en évoquant le médecin traitant « *Vous en avez parlé à votre médecin traitant ?* ». Quand elle voit que la tentative échoue, « *Non, mais je ne me plains jamais moi.* », elle n'insiste pas et revient sur des questions relatives au travail et la santé de la salariée. Un peu plus loin dans l'entretien, elle fait une seconde tentative plus prononcée pour que la salariée en parle à son médecin traitant : « *Je comprends mais c'est pas une solution. Parlez-en à votre médecin.* ». La salariée esquivait de nouveau en ne répondant pas à la question. Elle préfère évoquer son engagement pour son travail : « *Je suis venue vous voir sur mes congés.* ». L'entretien a déjà duré plus de 20 minutes et un terme y est mis pour passer à l'examen médical.

Cette stratégie basée sur l'établissement d'une relation solide avec le salarié est très sensiblement nuancée par les moyens à disposition de Valérie, comme par exemple la quantité de salariés suivis (3238). La relation médecin/patient est basée sur la confiance. L'élaboration de cette confiance nécessite du temps. Si l'on se réfère au temps passé avec le salarié en entretien médical (Annexe 1) et au fait que les salariés sont vus de moins en moins souvent (tous les 2 ans), on peut aisément faire l'hypothèse que le médecin ne passe pas suffisamment de temps pour établir une véritable et nécessaire relation avec les salariés. Pour autant, on constate que c'est une stratégie relativement développée par Valérie. Il s'agit-là d'une contradiction importante de son activité entre la pratique qui semble nécessaire pour réaliser un travail de qualité et les moyens non appropriés pour y parvenir.

Selon Valérie, seuls les salariés qu'elle connaît et suit depuis plusieurs années permettent de construire cette nécessaire relation. Comme le montre l'extrait de consultation suivant avec un

salarié de l'entreprise B, suivi depuis plus de 7 ans, le contenu des échanges sur le travail est plus riche et les possibilités de construire une action avec le salarié plus importantes.

« ...Valérie (V) : Et donc les chariots, ils vous les ont tous changé ?

Salarié (S) : 2 ont été changés, 2 autres dans 2 mois et les 2 autres après.

V : Et vous avez chacun vos chariots maintenant ?

S : Oui, mais moi j'en ai pas.

V : Ah bon ?

S : C'est l'intérim qui a le mien.

V : C'est un problème pour vous ?

S : Oui, j'aime bien travaillé avec mes outils. Le mien, c'est avec une nacelle et pas ceux que j'utilise aujourd'hui.

V : Pourquoi ?

S : C'est plus facile, on voit les palettes, on est à hauteur.

V : Ca évite les erreurs ?

S : Oui, on voit que c'est des haricots verts et pas des petits pois, et puis c'est sécurisant. Toute façon, quand il y a une erreur, on sait trouver le coupable.

Avec les anciens appareils, j'ai fait tomber des palettes. Une fois, une palette de thon. C'était 21h, un peu fatigué, il me tardait de rentrer, j'ai tapé un talon et les 240 boîtes sont tombées.

Une autre fois, des champignons à la grecque de 3L, j'ai juste eu le temps de sortir.

Avec les nouveaux, on ne peut pas se faire tomber quelque chose dessus...

V : Je viendrais voir ça pour bien comprendre.

Et la nacelle pour le dos ?

S : C'est pas terrible. Mais bon je fais de la musculation. Quand j'ai mal au dos, c'est quand j'arrête la muscu. Bon en ce moment, c'est pas ça car j'ai d'autres problèmes.

V : Personnels ?

S : Oui, je me sépare, donc la motivation n'y est pas.

V : Ca va ?

S : On fait aller.

V : Et votre canal carpien, ça va mieux ?

S : Ben oui, je crois que c'est parti.

V : Y avait eu une exploration ?

S : Oui.

V : Des infiltrations ?

S : Non, pas de traitement, juste un diagnostic de début de syndrome. Donc on ne saura jamais si le changement de poste y est pour quelque chose.

V : Et votre épaule, comment va votre problème ?

S : Oui, elle craque toujours, j'allais voir un kiné. C'était en 2006... »

Dans ce cas, on sent Valérie beaucoup plus à l'aise dans la gestion de l'entretien. Elle utilise ses connaissances sur le salarié pour faire un point sur son état de santé. Elle ne suit pas la trame d'entretien issue du dossier médical informatisé. Elle connaît suffisamment le salarié pour gérer l'entretien ainsi. De plus, le fait que le salarié se sente en confiance lui permet de parler aisément de son travail sans crainte. Cet échange a permis à Valérie de détecter une situation à risque potentielle, ce qui la guide pour faire une prochaine visite de poste à propos de l'utilisation des chariots élévateurs.

En fait, ce salarié a été très proche d'une inaptitude en 2004 à cause d'une hernie discale. À cette période, Valérie avait tenté de faire aménager son poste sans succès. Ce salarié était dans une situation difficile, il ne faisait plus le rendement attendu, son salaire avait baissé et ses

responsables voulaient le licencié. Elle a proposé une aptitude à l'essai, ce qui a été bénéfique pour le salarié. Elle lui a conseillé de voir régulièrement un kiné et de suivre un programme de musculation : « *Il tient depuis 2004* ». Contrairement au cas précédent, on constate avec celui-ci qu'il existe bien une relation établie entre le médecin et le salarié. Il suit ses conseils ce qui lui permet de ne pas entrer dans une procédure d'inaptitude et de ne pas être licencié. D'autant plus que la situation du salarié est relativement dégradée, du fait de son état de santé : « *Aujourd'hui, je touche comme les derniers temps à la préparation, quand ça allait mal. J'ai perdu en salaire. Avant tout ça, j'étais le premier en record de lignes et puis tellement j'en ai donné, je me suis usé* ».

3 Construire une relation avec les responsables de l'entreprises

Même si cette dimension de l'activité du médecin du travail est prépondérante, son travail ne se limite pas pour autant à traiter les problèmes individuels des salariés. Il doit aussi permettre de sensibiliser les responsables de l'entreprise à la problématique de santé au travail et les conseiller. Pour cela, il est aussi utile de construire une relation avec eux.

Dans les deux cas d'entreprise étudiés, Valérie explique sa difficulté à construire une relation de confiance suffisante pour pouvoir travailler avec les responsables. Son action est souvent perçue comme un frein au fonctionnement de l'entreprise et les questions de santé sont considérées comme une dimension dont les responsables n'ont pas le luxe de pouvoir se préoccuper. Pour autant, Valérie tente régulièrement d'établir cette relation les responsables pour pouvoir construire une action plus collective de prévention en partenariat. Ces tentatives peuvent prendre des formes différentes en fonction des cas traités, des responsables concernés et des situations dans lesquelles se trouve Valérie.

3.1 Chercher à comprendre les logiques et contraintes de chacun

Valérie rencontre une salariée de l'entreprise A en janvier 2010, qui revient d'un arrêt pour maladie de 6 mois. Au moment de la visite, la salariée est en pleurs. Elle a reçu une lettre de son responsable lui expliquant que son poste n'existe plus. Elle est transférée dans une résidence. Valérie tente de la convaincre que ce peut être une bonne opportunité de changer pour une résidence. Mais la salariée lui rétorque qu'elle ne se sent pas en capacité d'y parvenir : « *Monter les escaliers, je n'y arriverai pas* ». Après la visite, Valérie appelle le médecin traitant de la salariée : « *Qu'est-ce que tu en penses ?* ». Il lui manifeste que cette salariée n'a pas l'habitude de se plaindre et que son état est une véritable alerte.

Ensuite, Valérie appelle le responsable de l'entreprise : « *J'aurais besoin de voir le chantier avant de me prononcer sur l'aptitude.* ».

Le responsable ne comprend pas pourquoi. Il exprime que faire le ménage dans une résidence, c'est la même chose que le faire dans une grande surface. Valérie lui répond que « *ce n'est pas le problème du médecin* » et qu'ils auraient pu « *informer la salariée avant la veille de la reprise* ».

Le responsable finit par monter le ton : « *Les torts sont partagés, elle ne nous a pas informés non plus de sa reprise* », et Valérie aussi : « *Vous avez mis la salariée en difficulté en faisant ça* ».

La situation est très tendue, rien n'a réellement avancé dans cet échange mais Valérie poursuit sa tentative de trouver une issue pour la salariée, avec le responsable. Quelques jours plus tard, elle effectue la visite du chantier en question en présence de l'inspecteur, responsable de la salariée.

Pour m'expliquer la démarche qu'elle essaie de construire avec cette entreprise, Valérie me confie : « *Souvent, au départ, c'est une restriction d'aptitude qui permet d'enclencher une discussion. Ensuite, il faut aller sur le terrain et en parler avec eux (les responsables). Je crois qu'ils entendent petit à petit.* »

De plus, Valérie est parfaitement consciente que le travail des inspecteurs est aussi très contraint et qu'il est nécessaire de prendre le temps de leur expliquer, même s'ils acceptent peu la discussion.

« *L'action collective se joue dans la relation, mais avec cette entreprise, comme souvent, c'est difficile. J'essaie de leur faire prendre conscience que tous les chantiers ne sont pas identiques : ce n'est pas parce que la salariée faisait une grande surface qu'elle peut faire une résidence.* »

3.2 Construire son positionnement

Plus qu'une relation établie avec un responsable d'entreprise, le médecin du travail a la nécessité de construire un véritable positionnement vis-à-vis de l'équipe de direction et de l'encadrement. En effet, ses conseils ne sont pas du tout perçus de la même manière selon qu'il ait pu acquérir un niveau de crédibilité suffisant. Dans le cas dans l'entreprise A, le manque de temps est un facteur essentiel pour construire un positionnement plus fort auprès de la direction : prendre le temps d'expliquer pour convaincre de l'intérêt de prendre en compte les problèmes de santé. Pourtant cette situation va influencer l'activité du médecin.

« *Il faudrait que je poursuive mon action, que je retourne au CHSCT. Ça fait longtemps que je n'y suis pas allée, ça vaudrait peut-être le coup d'y retourner. En plus, ce CHSCT n'est pas un lieu de discussion, de construction. Pour la direction, le médecin est souvent considéré comme 'pro-salariés', et pour les membres, il peut être vu comme un partenaire de la direction qui défend peu les intérêts des salariés. C'est difficile de se positionner. L'état des relations entre les partenaires sociaux et la direction est très important dans le positionnement du médecin. Quand il n'y a pas ça, c'est très difficile. Je finis par me dire que finalement, mon rôle est peut-être seulement d'alerter. C'est l'exemple de toute la difficulté de passer de l'individu à l'action collective. Pour les questions de TMS, comme pour les RPS, c'est hyper difficile. Il s'agit d'un risque professionnel aux causes plurifactorielles. On nous met les aspects individuels en avant : 'elle est fragile, elle ne veut pas travailler'.* »

Pourtant, les différentes tentatives de construire ce positionnement, explicitées ci-après, montrent combien il semble difficile, pour les responsables de l'entreprise, de dépasser une vision négative, voire contreproductive de l'action du médecin.

3.3 Concentrer l'échange sur la base du travail du salarié

Pour dépassionner le débat, pour « dé-cristalliser » la situation, un des moyens utilisés par Valérie consiste à ancrer la discussion sur des éléments de terrain. C'est la raison pour laquelle elle a souhaité avoir un échange avec l'inspecteur sur le chantier, au sujet de la salariée affectée à une résidence dès son retour d'arrêt pour maladie.

En fait, ce qui préoccupe l'inspecteur reste de savoir si la salariée sera capable de balayer et de laver le sol. Alors Valérie prend des situations de travail plus concrètes : « *Comment voulez-vous qu'elle s'aide de la rampe alors qu'elle a 2 seaux à porter ? Ca n'a pas de sens* ».

Malgré cet effort, la salariée reprendra son travail sur le lieu de résidence choisi par le responsable.

Quoiqu'il en soit, pour Valérie, c'est beaucoup plus facile de discuter avec les responsables lorsqu'ils sont sur le terrain. Elle peut ainsi leur faire prendre plus facilement conscience des difficultés que doivent gérer les salariés. Par contre, cette démarche a un coût en temps et elle se fait généralement autour d'un cas individuel. Ceci ne constitue pas une construction collective de prévention, même si ça peut y participer partiellement ou en amont.

3.4 Le poids de l'alerte ?

Les moyens de faire pression du médecin du travail, pour une prise en compte des questions de santé, sont finalement assez réduits, au-delà de la constatation d'une maladie professionnelle. Pourtant, dans les situations où l'action de prévention du médecin est empêchée, s'il souhaite continuer à produire un travail de qualité, il se doit d'inventer des artifices pour convaincre de la gravité d'une situation. Les alertes par courriers peuvent constituer un des moyens pour convaincre le directeur d'un établissement : pour Valérie, il s'agit d'alertes « explicatives, argumentées et constructives » qui n'ont pas pour objectif de dénoncer une situation.

Bien qu'elle n'ait assisté qu'à une seule réunion de CHSCT de l'entreprise A depuis deux ans, Valérie décide de participer à la prochaine. Son objectif est d'ouvrir le débat à propos de deux situations qui lui paraissent inquiétantes. En effet, avant la réunion, Valérie a envoyé 2 courriers au directeur de l'entreprise pour l'alerter sur les atteintes TMS de ses salariés et sur les risques spécifiques sur un chantier [Annexe 2].

Pour constituer son argumentaire dans le premier courrier, Valérie présente un état statistique de la situation des salariés de l'entreprise en termes d'atteintes à la santé, ce qui lui permet de montrer que quasiment 40 % des salariés sont atteints de pathologies du rachis, des épaules, des coudes, des bras, des poignets et des mains. La suite de son courrier met en avant le fait que les TMS relèvent d'un problème de santé public et que leur origine est multifactorielle et complexe. La stratégie de Valérie pour convaincre le directeur est composée de 3 aspects :

- Montrer au directeur que la situation des salariés de son entreprise est critique (état statistique) ;
- Ne pas totalement l'accabler en manifestant qu'il s'agit d'un problème de santé publique et que beaucoup d'autres entreprises et secteurs sont concernés ;
- Et enfin, le convaincre que la prise en charge de ces pathologies nécessite un travail de fond à moyen terme (caractère complexe de l'origine des pathologies).

Dans le second courrier, Valérie présente, dans un premier temps, les résultats d'analyses effectuées sur les lieux de travail concernant l'exposition de salariés à des toxiques, au bruit ainsi qu'à des charges physiques. Ensuite, elle propose un plan d'action pour limiter les atteintes.

Le contenu de ces courriers est le résultat d'un travail conséquent d'analyse (analyse de dossiers, observations et mesures sur le terrain, analyses de données et formalisation) effectué par Valérie, un toxicologue, un ergonome et une infirmière. Et donc, cette réunion de CHSCT est l'occasion pour Valérie d'évaluer la réaction du directeur aux propos avancés dans les courriers et d'enclencher une discussion sur les suites à conduire par rapport aux problèmes soulevés. Elle a fourni des éléments complets et tangibles sur les situations et proposé des plans d'actions pour ne pas limiter son travail à un simple constat négatif de la situation.

Cette réunion s'est tenue pendant 1h15 en présence du directeur du site, du secrétaire du CHSCT (un inspecteur) et de Valérie (les 2 autres membres du CHSCT sont absents : un a été licencié et l'autre est en congés). Il n'y avait pas d'ordre du jour établi.

Elle a principalement été l'occasion d'un échange entre le directeur et le médecin. Le premier ¼ d'heure ressemblait à une discussion informelle sur les difficultés des chantiers « résidences ».

Valérie s'engage : *« Ce sont des chantiers très difficiles. Il y a des problèmes d'ordre matériel, les salariés manquent de reconnaissance et sont pour certains en souffrance. »*. Et le directeur lui répond en esquivant et en globalisant le problème : *« Les résidents mettent la pression aux gestionnaires qui mettent la pression aux entreprises de nettoyage. Les conditions de travail dépendent aussi de ces facteurs. Et encore, nous, nous avons le luxe de pouvoir choisir nos clients. L'autre fois, l'entreprise D m'a demandé de chiffrer une cinquantaine de résidences : j'ai refusé, ils tirent trop les prix. La précarité dans le nettoyage dépend des sociétés qui ne veulent pas se poser de barrières et aussi des clients. Il faudrait une négociation au niveau de la branche. »*

Ce premier échange est significatif de l'état des relations entre le médecin et le directeur de l'entreprise : Valérie essaie de manifester son inquiétude quand à l'état de santé des salariés et le directeur utilise des raisons qui sortent du cadre de l'entreprise, ou tout au moins de son champ d'action.

Ensuite, Valérie demande au directeur s'il veut bien réagir aux 2 courriers qu'elle lui a fait parvenir.

Valérie : *« Vous avez reçu mes courriers ? »*

Directeur : *« Celui sur les TMS, on l'a transmis au responsable sécurité du siège national. L'autre, je n'en pense pas grand-chose car je n'ai pas assez de recul sur ces maladies.*

Vous savez, les TMS c'est vraiment quelque chose d'inaccessible pour nous. Toutes les situations sont différentes. »

Valérie insiste et essaie de le convaincre de l'intérêt d'une démarche de fond, avec un ergonome du SST par exemple. Le directeur lui répond : *« Je suis à l'écoute de vos remarques mais c'est difficile de mettre en place quelque chose. Vous savez, si on perd un marché, on perd des salariés. En plus, les salariés changent régulièrement d'employeurs. Il y a une combinaison de contraintes qui ne viennent pas que de nous. »*. Valérie persiste et questionne le directeur sur l'obligation de l'entreprise d'entamer des négociations sur les RPS. Le directeur trouve là encore une réponse lui permettant d'esquiver la proposition : *« Il y a un groupe de travail au niveau régional à T. Mais pour le moment, on n'a aucun retour. Vous voyez, nous sommes une entreprise qui prenons nos responsabilités »*.

Le directeur questionne alors Valérie sur la manière d'organiser les consultations car il a l'impression que tous les salariés ne font pas leurs visites : *« On paie pour des salariés qui n'ont pas de visite ? »*. La suite de cette discussion s'oriente sur la manière de comptabiliser les salariés tant du côté de l'entreprise (nouveau logiciel) que du côté du SST.

Par la suite, la réunion se centre sur l'énumération des cas d'accidents sur le trimestre passé. Le secrétaire du CHSCT est sollicité par le directeur, prend alors la liste et les énonce à voix haute. Il s'agit de sa première prise de parole de la réunion. Tous les cas, sauf un, ont un lien avec des atteintes dorsolombaires ou des membres supérieurs. Une fois les cas énumérés, le directeur se retourne vers le secrétaire : *« Est-ce que le CHSCT a un commentaire à faire ? »* (en riant). Puis, il rajoute : *« Il y a des déclarations d'AT, on se demande. Je suis septique sur*

la véracité de certaines déclarations. ». Valérie défend alors l'idée qu'ils travaillent seuls et que, forcément, il est difficile d'avoir des témoins. Elle tente alors une dernière tentative et propose de travailler sur les manutentions des grandes poubelles dans les résidences. Le directeur évacue une fois de plus la proposition : « *Nous avons trop peu de cas pour en faire une généralité.* ».

Compte-tenu du travail conséquent effectué par Valérie pour convaincre les responsables de cette entreprise, les résultats, obtenus au cours de cette réunion, paraissent extrêmement faibles. En effet, le diagnostic du médecin n'est pas seulement issu des propos de salariés durant les consultations. Il s'agit d'un diagnostic étayé de données précises issues des situations de travail. De plus, les pistes d'action proposées (intervention d'un ergonomiste du SST pour les TMS et un suivi plus fréquent et précis des salariés exposés) ne paraissent en aucun cas insurmontables pour ce directeur. Néanmoins, il ne laisse transparaître aucune possibilité d'enclencher un quelconque travail ou de simplement reporter cette discussion. Valérie me confiera ensuite que cette réunion a néanmoins été beaucoup plus constructive que la précédente (et la seule).

4 Trouver les moyens d'une mobilisation collective

Dans le cas précédent, on perçoit la mobilisation de Valérie et les efforts qu'elle fournit pour tenter de passer d'une action à un niveau individuel à une action plus collective. Pour cette entreprise A, elle possède, dans un premier temps, des informations sur les problèmes rencontrés à partir des entretiens individuels et examens médicaux en consultations. Pour aller plus loin et essayer de mobiliser les responsables, elle sollicite ses collègues (infirmière, ergonomiste, toxicologue) pour analyser les situations sur le terrain et épluche les dossiers médicaux afin d'étayer son diagnostic. Stratégiquement, elle passe d'un modèle de dénonciation de situations difficiles (cas individuels) à un modèle de construction d'un diagnostic « partagé ». Le passage d'une gestion des cas individuels à une action plus collective, plus globale dans l'entreprise, et inversement, constitue un véritable objectif pour Valérie. En effet, selon elle, traiter des cas individuels est une partie importante de l'activité du médecin du travail, mais la prévention des problèmes de santé dans l'entreprise passe inévitablement par la participation de nombreux acteurs, au-delà du médecin et du salarié. Pour autant, les moyens et les conditions ne sont pas toujours réunis pour y parvenir. Dans ce cas, l'élaboration d'une stratégie d'action devient alors l'une des seules ressources pour le médecin du travail.

4.1 Le point de départ : la parole du salarié

Même si le médecin fait un certain nombre d'hypothèses sur le fonctionnement de l'entreprise et sur les problèmes de santé qui s'y posent, le point déclenchant d'une démarche collective reste la parole du salarié. En effet, les moyens temporels du médecin ne lui permettent absolument pas de réaliser régulièrement des visites dans les services ou ateliers des entreprises. Dans le cas contraire, cela lui permettrait de détecter un certain nombre de difficultés vis-à-vis de la santé des salariés. Ce sont les salariés, dans les consultations, qui envoient les « signaux d'alerte ». C'est à ce moment-là que le travail du médecin prend un caractère plus complexe en termes de décisions et d'action. Quel statut donné à l'alerte du salarié ? Est-ce un problème à caractère individuel, qui devra se traiter très localement avec le salarié en question, voire avec son responsable, ou s'agit-il d'un problème plus important qui concerne un plus grand nombre de salariés, et dont la résolution passera par la mobilisation d'autres acteurs ?

Un des moyens de confirmer l'ampleur du problème reste la répétition de l'alerte par différents salariés au cours de consultations. Pour autant, la parole du salarié reste une donnée partielle et subjective. Dans une même situation les ressentis peuvent évidemment être différents. Par moment, les propos des salariés peuvent être suffisamment contradictoires pour pouvoir en déduire un résultat général. À propos de 2 chauffeurs en visite médicale le même jour :

Chauffeur 1

« ...Valérie : Combien de clients par jour ?

Chauffeur 1 (C1) : une vingtaine mais ça monte.

V : Toujours gérés avec leur logiciel ?

C1 : Oui mais c'est une catastrophe. S'il tape mal, ça fait une erreur. On se retrouve avec 2 camions au même endroit. On fait plus de Km et d'heures depuis qu'il y a une nouvelle personne derrière le logiciel.

V : Vous reproche t-on de faire plus de Km et d'heures ?

C1 : Oui, tout le temps. Alors on repart.

V : Et la manutention ?

C1 : C'est pire. C'est mal préparé, c'est mal fait, on court. Par exemple, hier, sur 13 palettes, le premier client était dessous. J'ai été obligé de tout sortir... »

Chauffeur 2

« ...V : Les manutentions, c'est pas trop physiques avec vos problèmes de dos ?

C2 : Non, ça va, il y en a beaucoup moins qu'avant... ».

Cet exemple met bien en évidence la difficulté d'accepter la parole du salarié comme une donnée révélatrice de son activité. Dans un cas comme celui-ci, il serait nécessaire à Valérie de faire sa propre analyse pour comprendre dans quelle mesure les manutentions sont effectivement plus contraignantes et plus fréquentes. C'est ce qu'elle essaie de faire dans la mesure du possible, comme elle le propose dans l'exemple cité plus haut, lorsqu'un salarié lui explique les risques pris lors de manutentions de marchandises avec des chariots, dans l'entreprise B : « Je viendrais voir ça pour bien comprendre ».

Mais, lorsqu'elle prend cette décision, d'une certaine manière, elle s'engage à aller faire sa propre analyse, sans quoi, elle met en difficulté sa propre crédibilité auprès des salariés. De manière consciente ou pas, cette décision se prend sur la base d'éléments à la croisée du présent et du futur :

- Les éléments suffisamment significatifs révélés par la parole des salariés ;
- La représentation du médecin concernant les possibilités d'action dans l'entreprise, issue de ses connaissances sur le fonctionnement de l'entreprise, sur la volonté de prise en charge de la santé, sur l'état de ses relations avec les décideurs, ou encore issue des résultats d'actions déjà tentées dans cette entreprise ou d'autres.

4.2 Élaborer son propre diagnostic

Le choix d'aller voir sur le terrain, quel que soit le temps qu'il y passera, constitue pour le médecin une volonté d'échafauder son propre diagnostic. La parole des salariés est finalement une ressource pour élaborer des hypothèses à propos du travail des salariés et de leurs difficultés. Compte-tenu de la solidité de ces hypothèses, de l'évaluation des difficultés à surmonter pour convaincre les décideurs de l'entreprise et de l'enjeu des problèmes soulevés, le médecin du travail juge des moyens nécessaires à mettre en œuvre. Cela pourra être une « simple » visite de sa part dans l'atelier concerné, comme une analyse plus complète réalisée

avec des collègues (infirmière, toxicologue, ergonomiste) et des méthodes diverses (entretiens, observations, mesures, analyse de dossiers). Quoi qu'il en soit, ce choix se fera, chaque fois, en fonction de 3 éléments :

- Les enjeux en question ;
- La solidité de la parole des salariés ;
- L'ampleur du travail pour convaincre les décideurs.

4.3 Convaincre et mobiliser

Finalement, une condition nécessaire à une action efficace du médecin du travail, reste sa capacité à mobiliser :

- Les salariés ;
- Les décideurs de l'entreprise,
- Des collègues du SST (métrologue, infirmier(ière), ergonomiste, toxicologue...).

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la mobilisation des collègues du service de santé ne constitue pas une évidence. Il est nécessaire qu'il existe une confiance réciproque basée sur la connaissance du travail de l'autre. Si le médecin ne connaît pas les méthodes de travail d'un ergonomiste et ne prend pas le soin de le laisser construire ses propres modes d'action, la qualité des collaborations pourra en pâtir, comme en témoignent les propos d'un ergonomiste du SST de Valérie : « *On prend l'habitude de travailler avec certains médecins plus que d'autres. On a besoin de bien comprendre le problème et d'agir avec nos méthodes. Si le médecin ne nous laisse pas de marges, on ne peut pas travailler correctement* ».

L'action du médecin dans l'entreprise a besoin d'être soutenue par les salariés avant, pendant et après. Le positionnement qu'il construit auprès des salariés doit lui procurer une crédibilité durable. C'est un enjeu majeur pour l'efficacité de son action de prévention. Par exemple, dans l'entreprise B, Valérie a participé à faire abaisser le seuil de rendement nécessaire pour l'obtention d'une prime. Les salariés en reconnaissent globalement les effets positifs pour la santé, comme en témoigne cet échange avec un salarié en consultation :

« Valérie (V) : Vous faites combien de lignes par heure ?

Salarié 1 (S1) : Je suis limité à 85 lignes.

V : Et si vous dépassez ?

S1 : Pas de prime.

V : Avant, c'était plus ?

S1 : J'ai fait des journées à 12 tonnes. Si je veux, je peux me faire violence même si j'ai un mauvais camion. Je donne de ma personne, aller à fond et porter le plus de poids plus vite. 70 lignes à 1,4 tonne en $\frac{3}{4}$ d'h, c'est possible.

J'y ai joué à ça.

V : Et maintenant, vous jouez toujours ?

S1 : Non j'y joue plus trop.

Je suis fatigué. Quand je rentre le soir, si je me pose, je peux dormir, mais je veux une vie sociale.

V : Vos objectifs sont pas moindres qu'à l'épicerie ?

S1 : Non, c'est la même chose. Maintenant que c'est X, on ne négocie rien sur site, c'est au national. J'ai demandé pour qu'on ait 10 min au surgelé pour se réchauffer sans que ce soit décompté, et ils ne veulent pas... »

Ce salarié qui accordait une place majeure à l'atteinte d'objectifs élevés a finalement pris conscience de ses limites physiologiques et par conséquent, de l'efficacité de l'action du

médecin : « *C'est quelqu'un qui ne me faisait pas confiance avant* », me confiera Valérie après la consultation avec ce salarié. Sa confiance le conduit même à faire comprendre au médecin qu'il partage les mêmes difficultés à convaincre ses responsables. Cette confiance des salariés est évidemment une aide pour l'action du médecin, d'autant plus lorsqu'il rencontre des difficultés à installer sa crédibilité auprès des dirigeants de l'entreprise : « *Ils sont durs maintenant dans cette entreprise. C'est pas tant les conditions de travail mais c'est l'ambiance. Il n'y a pas d'échange. Pas qu'avec les salariés, avec moi aussi.* »

Dans l'exemple présenté plus haut, dans lequel Valérie écrit deux courriers au directeur de l'entreprise A, avant la réunion de CHSCT, on constate parfaitement l'ampleur des difficultés à convaincre le directeur et à le mobiliser pour enclencher une démarche de prévention. Pourtant, Valérie consent que la réunion a été plus constructive que la précédente. Pour bien faire, il serait nécessaire de poursuivre le travail engagé pour tenter une prévention à plus long terme. Mais le médecin est alors confronté au décalage entre la nécessité de passer du temps à construire une action et le peu de temps qu'il a à consacrer à chaque entreprise. De plus, convaincre et mobiliser les dirigeants nécessite aussi du temps à préparer le terrain pour confronter des logiques. C'est un point sur lequel Valérie se sent quelque peu démunie : « *le concept de performance, par exemple, je ne sais pas en parler à la direction* ».

Le **temps** est donc une variable importante. C'est finalement sur la durée que se construit une action collective. C'est dans le temps que l'on peut permettre une confrontation des logiques (de « production » pour les dirigeants et de « santé » pour le médecin). Le choix d'analyser le travail du médecin dans les entreprises A et B a été fait compte-tenu des difficultés rencontrées par le médecin dans ces entreprises. Elles sont donc représentatives des cas difficiles que le médecin gère. Pour autant, le responsable de l'entreprise A est en fonction depuis seulement 2 ans. Selon Valérie, le contexte était beaucoup plus défavorable avec l'ancien directeur. Celui-ci semble plus conscient des problématiques de santé et plus enclin à tenter des actions pour y remédier. Sa principale contrainte, dont Valérie et lui-même sont conscients, reste son manque de marges de manœuvre au niveau local.

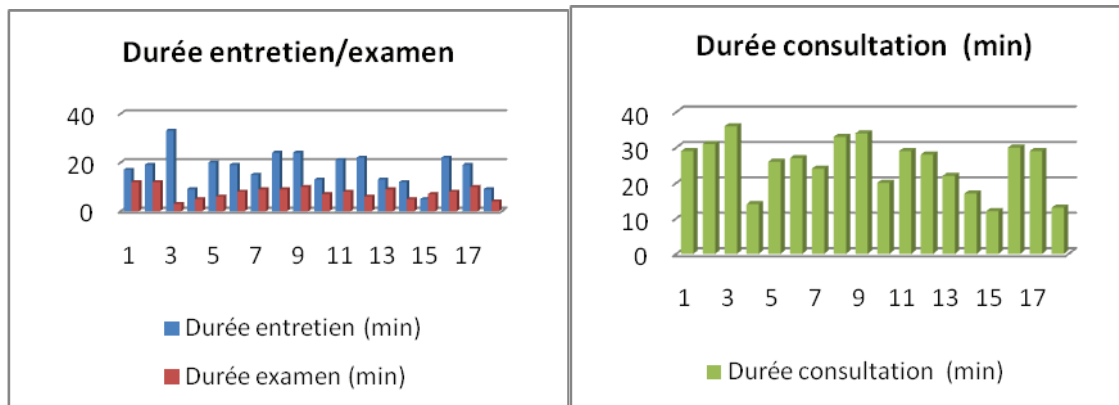
Dans l'entreprise B, cela fait 4 ans que Valérie travaille avec le responsable des préparations et cela porte ses fruits. Au-delà de l'abaissement du seuil de rendement pour la prime, depuis deux ans, les salariés ont la possibilité de prendre entre 15 jours et 3 semaines de congés en été avec une embauche significative d'intérimaires et de personnels en CDD pour compenser.

Donc, la construction d'une action collective par le médecin du travail, jugée comme plus efficace en termes de prévention des TMS par Valérie, peut prendre du temps. Il faut agir par petites touches et laisser du temps à l'action.

Annexes

Annexe 1 : Durée des consultations : exemple en équipement mobile

Consultation	Durée entretien (min)	Durée examen (min)	Durée consultation (min)
1	17	12	29
2	19	12	31
3	33	3	36
4	9	5	14
5*	20	6	26
6	19	8	27
7	15	9	24
8*	24	9	33
9	24	10	34
10	13	7	20
11	21	8	29
12	22	6	28
13	13	9	22
14	12	5	17
15	5	7	12
16	22	8	30
17*	19	10	29
18	9	4	13





Service de Santé au Travail

A l'attention de Monsieur
Directeur

Docteur

Objet :
Pathologies Ostéoarticulaires et tendineuses

le 28 Avril 2010

Monsieur,

En tant que conseiller en santé au travail, je me dois de jouer mon rôle d'alerte ; je me permets donc de formuler quelques remarques et d'essayer d'ouvrir quelques pistes de réflexions sur l'émergence depuis quelques années de **pathologies ostéo-articulaires et tendineuses dans votre établissement.**

Ces pathologies touchent les salariés quelque soit leur âge et leur poste de travail. Certaines sont consécutives à des accidents de travail, à des maladies professionnelles reconnues, mais aussi à des maladies non reconnues, mais qui pourraient être en lien avec le travail dans certains cas.

J'ai fait la synthèse des dossiers médicaux des salariés concernés sur les dernières années, en ne prenant en compte que les pathologies ostéoarticulaires et tendineuses, en différenciant les pathologies des membres supérieurs et les pathologies du rachis.

- ✓ 42 salariés présentent des pathologies du rachis, principalement du rachis dorsolombaire ;
- ✓ 12 salariés présentent des pathologies des épaules ;
- ✓ 8 salariés, des pathologies des coudes et bras ;
- ✓ 16 salariés, des pathologies des poignets et/ou des mains.

Ce sont les pathologies du rachis et des épaules que l'on rencontre majoritairement.

- Service de Santé au Travail



Ce sont des pathologies que l'on voit apparaître dans bon nombre d'entreprises et de branches professionnelles, les dernières données des CRAM mettent bien en évidence ce phénomène par le nombre croissant de demande de reconnaissance de maladie professionnelle. Ce n'est donc pas un problème spécifique à votre établissement. Je vous joins les dernières données des CRAM de 2008.

Ma mission de médecin du travail est de vous alerter le plus tôt possible pour s'engager dans une réflexion collective et **une prévention primaire** et non, d'être obligée de ne gérer que les salariés dont l'état de santé est déjà dégradé (**prévention tertiaire**), la seule possibilité dans ce cas est l'inaptitude au poste, avec une impossibilité de reclassement dans la très grande majorité des cas, cela se solde par une rupture du contrat de travail .

Ce sont des pathologies multifactorielles dont l'un des nombreux facteurs est le travail.

Je me permets de vous apporter quelques informations sur ces pathologies.

o Les pathologies ostéo-articulaires et tendineuses regroupent (T.M.S)

- Les pathologies du rachis (cervicalgies, lombalgies banales, lumbagos aigus qui peuvent se compliquer de lombo-sciatiques, de hernies discales, d'arthroses, ...). Les « Hernies Discales » peuvent être reconnues en maladies professionnelles si le salarié en fait la demande. (Tableau N° 98 des MP).
- Les pathologies des membres supérieurs (tendinites, ténosynovites,...au niveau des épaules, coudes, poignets ..., ces pathologies débutent dans la majorité des cas par des douleurs, celles-ci doivent être prises comme un **indicateur sensible et ne pas être banalisées**. Ces pathologies peuvent se rencontrer dans toutes les catégories socioprofessionnelles, il existe «un bruit de fond» dans la population générale, mais d'après les données des CNAM de 2008.

Les pathologies ostéo-articulaires représenteraient 67% des maladies professionnelles. Le tableau 57 regroupe toutes les pathologies des membres pouvant être indemnisables.

- Les pathologies des genoux, indemnisables uniquement pour les pathologies méniscales (Tableau N° 69).

Toutes ces pathologies peuvent être génératrices de handicap, de difficultés à tenir son poste de travail sans aggravation de l'état de santé, tout ceci pouvant aboutir à des inaptitudes au travail avec les conséquences que l'on connaît, tant pour les salariés que pour l'entreprise : absentéisme, perte de compétence, accident de travail...

En 2008, les 36 900 nouveaux cas de TMS ont été indemnisés, qui s'ajoutent à ceux des années antérieures.



- Service de Santé au Travail

Au total, l'ensemble des TMS indemnisées ont engendré en 2008 la perte de 8,3 millions de journées de travail et 786 millions d'euros de frais couverts par les cotisations des entreprises.

Ces pathologies ostéo-articulaires et tendineuses représentent encore la première cause d'incapacité au travail.

D'après les dernières données régionales, à la suite d'arrêt maladie pour l'une de ces pathologies, la reprise se fait dans la majorité des cas au même poste de travail, le salarié étant fragilisé, on observe en moyenne 1/3 des cas qui reprennent avec une persistance des douleurs, 1/3 qui récidiveront et seulement 1/3 qui guériront.

- Ces pathologies sont d'origine multifactorielle, les principaux facteurs de risque sont :

- Les susceptibilités individuelles, l'âge, le sexe, l'état de santé de l'individu...
- Les facteurs Biomécaniques, les gestes et postures professionnels : les postures en antéro-flexion du rachis (penché en avant) et les manutentions manuelles, les postures agenouillées, la montée et descente fréquentes d'échelles et/ou escaliers, les postures bras en élévation avec ou sans charge, les angles entre 90° et 120° sont pour les épaules des postures caractérisées comme difficiles et délétères pour cette articulation.
- La conception des équipements, le matériel, les outils ...
- Les environnements de travail : le bruit, le froid ...
- Les organisations de travail :

L'obligation pour les entreprises de rester compétitive, à l'heure de la mondialisation et dans un contexte de mise en concurrence sur les appels d'offre, les obligent à mettre en place des nouvelles organisations, en intensifiant la productivité, avec des contraintes temporelles importantes en diminuant, voire en supprimant les temps de pause... tout ceci réduisant leur marge de manœuvre.

- Les risques psychosociaux.

Un certain nombre d'études a montré un lien entre les situations de « Forte Tension » d'après le modèle de « Karasek » (modèle : demande-autonomie) et l'émergence des pathologies ostéo-articulaires et tendineuses.



- Service de Santé au Travail

Cette entité (risques psychosociaux) regroupe :

- ✓ La demande élevée : charge de travail et son intensification.
- ✓ Les faibles latitudes décisionnelles et le faible contrôle sur son travail.
- ✓ La satisfaction au travail, le sens donné au travail, bien faire son travail pour le salarié : « c'est quoi ? », la reconnaissance de la part de l'entreprise, des collègues, de la hiérarchie, du client ...
- ✓ La multiplicité des prescripteurs, qui ne vont pas tous dans le même sens, avec leurs logiques différentes, est source de difficulté pour les salariés.
- ✓ Le soutien social aussi bien de la part des collègues et de la hiérarchie, que dans le milieu social et familial.
- ✓ La capacité à faire face en toutes circonstances, les changements quels qu'ils soient (reprise de chantier, changements d'organisations...) nécessite pour le salarié une remise en cause et une adaptation aux nouvelles demandes.

○ Les politiques de prévention :

Les facteurs de risques étant multifactoriels, il semble logique que les mesures de prévention doivent prendre en compte les différents facteurs ; l'ampleur du problème ne doit pas inhiber l'action, mais au contraire faire prendre conscience qu'un seul acteur ne peut pas tout seul résoudre ces problématiques.

Face à la diversité des facteurs de risques, la démarche devrait être globale, pluridisciplinaire et interactive. L'implication forte de la direction est indispensable pour assurer une prévention efficace et durable.

La constitution d'un groupe de réflexion avec la direction, les inspecteurs, les contremaîtres, le médecin du travail, ainsi qu'un intervenant extérieur : un ergonomiste du service de santé au travail par exemple pourrait être un début de réflexion sur ces problématiques.

Je reste à votre écoute pour tous renseignements complémentaires et vous prie d'agréer, Monsieur, l'assurance de mes salutations les meilleures.

Docteur
Médecin du Travail

N.B. : Ce document est à intégrer aux différentes études de postes de travail effectuées qui constitueront la Fiche d'Entreprise et en informer le C.H.S.C.T. lors de la prochaine réunion.

Effet du contexte sur la pratique des médecins du travail : exemples de la participation en CHSCT et du déroulement de la consultation

Aurélie Landry

L'analyse de l'activité des médecins du travail que nous avons effectuée nous a conduit à observer des effets du contexte de l'action sur l'action elle-même. Par contexte, nous utiliserons la définition de Contandriopoulos (2006) : « le contexte d'intervention sont les éléments structurant le champ dans lequel l'intervention est mise en œuvre, et tous les autres systèmes organisés d'action avec lesquels l'intervention interagit ». C'est à dire que le contexte est à la fois l'environnement dans lequel se situent l'action et les actions d'autrui dans la même situation. Par exemple, une partie de nos observations se sont déroulées pendant la campagne de prévention de la grippe H1N1, ceci a produit un contexte d'action particulier en CHSCT, où le médecin du travail était sollicité pour des conseils sur les mesures de prévention, cette sollicitation provenant des acteurs des entreprises sous l'impulsion des politiques publiques de santé. Cet exemple est cependant anecdotique, car quotidiennement les médecins du travail doivent faire usage de leur expertise, leurs connaissances, leurs savoir-faire dans des contextes particuliers d'exercice. En effet, l'action en santé au travail nécessite d'établir des relations avec d'autres acteurs, les parties précédents ont fait souvent mention de ses relations. Ainsi, l'activité du médecin du travail s'entremêle au cours de ses actions avec les activités d'autres sujets présents au moment de l'action. Ceci nous conduit à adopter avec Daniellou et al. (2007) que pour chaque situation d'action le médecin du travail « se mêle de la vie des autres, se mêle à la vie des autres, les rencontre dans leur activité, leurs savoirs et leurs valeurs, pour produire de la ressource, développer, faire évoluer, transformer leur vie ». Ainsi, l'activité du médecin du travail est intrinsèquement « contextualisée », car ouverte sur l'environnement dans laquelle elle se déroule, nécessitant la prise en compte de finalités multiples (parfois contradictoires) des acteurs présents dans la situation. Schwartz (2007) précise que pour agir le sujet « met en lien des savoir « désinvestis » tels que les universités ou autres institutions les « usinent » et les situations industrielles singulières où s'enracinent les compétences entre des intervenants professionnels : l'intervenant s'alimente aussi bien aux sources académiques qu'à celles des professionnels de l'intervention interne et externe ». Il rejoint ainsi Teiger (2007) qui voit l'action en santé au travail comme un « bricolage méthodologique » et une coopération constante avec les acteurs de terrain. Ce « bricolage » d'après l'auteure consiste à combiner plusieurs types de données quantitatives et qualitatives de façon « opportune » : les dimensions à étudier ne sont pas choisies avant l'action, mais

bien en fonction d'un intérêt particulier. Cette gestion d'intérêts contradictoires est une activité à part entière effectuée par le médecin du travail.

Ainsi, nous allons préciser dans cette partie, comment l'activité du médecin du travail est contextualisée, en choisissant une « même scène » mais deux contextes différents : la consultation médicale pour deux salariés différents et la participation à un CHSCT pour deux organisations différentes. Afin de généraliser les apports de ces situations, nous inclurons dans les analyses des extraits des échanges collectifs entre médecins du travail sur ces situations.

I Présentation du médecins du travail et des situations observées

Avant de réaliser les observations, des entretiens ont été réalisés avec les médecins du travail afin de retracer leur parcours professionnels, leur expérience, leur vision des TMS, l'organisation de la consultation médicale et les types d'actions menées avec les entreprises suivies. Des extraits de cet entretien sont repris afin de présenter les médecins observés.

1. Présentation de Anne

Anne a 25 ans de pratique de la médecine du travail. Pendant la formation initiale, elle a effectué des stages en psychiatrie, neurologie dans un service de médecine interne et au service maladies infectieuses auprès d'un responsable de la médecine interne dont la pratique était marquée par un examen individuel proche du patient. Anne a effectué un CES de médecine du travail tout en effectuant des gardes en cardiologie et réanimations (aux urgences). La pratique de la médecine au travail est un choix à la fois personnel et familial, en effet, elle ne se voyait pas seule dans un cabinet de consultation. La pratique de la médecine du travail lui semble plus ouverte : *« on a un contact avec le salarié, mais également avec son environnement. Ce qui peut parfois être mal vécu puisqu'on est parfois sans solution, ce qui procure des frustrations sur le plan thérapeutique, dans cette recherche du « remède ». Il faut savoir faire abstraction de ce qu'on a appris pendant les études de médecine sur la thérapeutique. Le médecin du travail aide le salarié dans une prise de conscience, il n'est qu'en exploration d'une partie de la vie des individus. Le médecin du travail questionne le travail, mais aussi le rapport au travail et donc par là interroge le vécu »*. Anne a toujours travaillé dans ce service inter-entreprise. Sa pratique dans le service a commencé sur le suivi de salariés travaillant en stations (saisonniers principalement).

A propos des TMS, le médecin n'a pas suivi de formation particulière par rapport à la problématique TMS. Elle a suivi des formations sur la souffrance au travail et le risque chimique. Les troubles psychosociaux étant difficilement dissociables des TMS d'après Anne, les éléments contenus dans la formation souffrance au travail ont pu être utilisés pour aborder certains cas. En effet, Anne déclare : *« il y a en quelques sortes 2 types de TMS qui dépendent des causes principales épidémiologiques :*

- les gestes, les sur-sollicitations biomécaniques,
- l'environnement psychosocial au travail.

L'environnement psychosocial au travail est moins évoqué par les salariés, mais majeure grandement les facteurs de risques TMS. Les solutions ergonomiques s'appliquent plutôt bien aux TMS d'origine principale biomécanique. Pour les autres causes, il est nécessaire d'aborder le salarié dans sa globalité et de comprendre ce qui fait que dans un environnement difficile certains s'en sortent et d'autres pas. »

A propos de **sa pratique** Anne explique que *« en tant que médecin on est formé à vouloir guérir, mais on n'a pas de solution face à toute souffrance, on a une obligation de moyens. Dans l'approche TMS, on peut aller chercher pourquoi il y a des dysfonctionnements dans l'investissement du corps du salarié. Une fois qu'on a trouvé, on peut accompagner la personne dans son contexte de travail. C'est le domaine de l'entretien médico-professionnel. Il faut d'abord recueillir la plainte, et le contexte de la plainte (depuis quand ? qu'est ce qui a provoqué la plainte ? comment elle a d'abord été traitée ?). Puis comment s'exprime la douleur, comment les personnes se débrouillent avec ? A travers l'entretien, le salarié voit peu à peu où se situe le dysfonctionnement et peut commencer à élaborer des réponses. Cela nécessite parfois un arrêt, une restriction, une surveillance médicale particulière. Il est souvent nécessaire de revoir le salarié régulièrement, de reprendre des rendez-vous et de revoir si les choses évoluent sur les lieux de travail. S'il y a une plainte, il y a des choses qu'on peut voir à l'examen clinique, mais dans certains cas, on n'a pas toujours de réalité. »* Anne explique que l'examen médical s'organise des pieds à la tête, comme elle l'a appris, avec une attention particulière sur les endroits où le salarié s'est plaint. D'après elle, il faut donc au minimum 15 minutes, *« ça prend du temps, le fait d'être minuté est stressant, car on ne veut pas faire attendre les autres en salle d'attente. Parfois, le temps nécessaire, dépasse le temps alloué, alors je propose au salarié de reprendre rendez vous pour continuer l'échange. Cela rassure le salarié. »*

Du côté des entreprises le médecin du travail suit actuellement 3 mairies, et beaucoup d'entreprises du tertiaire. Elle a également parmi les entreprises suivies un centre de tri des ordures ménagères. Elle suit 230 à 240 entreprises. *« Toutes les entreprises ne peuvent être vues à travers le tiers temps, d'autant plus qu'il y a des entreprises plus chronophages que d'autres. Ce sont souvent les mêmes entreprises où il y a des problèmes. »* La plus part des entreprises suivies étant d'effectif inférieur à 50 salariés, le médecin interviewé a peu de CHSCT. Pour Anne, les approches organisationnelles sont plus facilement mises en place dans les entreprises privées, les approches études de postes et collectives sont plus facilement adaptées aux mairies.

2. Situations observées

Les consultations

Nous avons observé Anne sur 1,5 journées de consultations. Selon le protocole établi par le groupe de recherche, après avoir reçu l'accord des salariés nous assistions à l'interrogatoire réalisée par le médecin. Au moment de l'examen clinique nous sortions discrètement du cabinet de consultation. L'interrogatoire a été enregistré, puis retranscrit. La consultation d'Anne dure en moyenne 20 minutes, mais elle peut être plus courte dans le cas des visites d'embauche par exemple, ou plus longue dans le cas de consultation à la demande du salarié par exemple. On voit ici un premier effet du contexte sur la pratique de consultation d'Anne. Ainsi, Anne voit en moyenne 10 salariés par demi-journée, et doit ainsi s'adapter à 10 situations différentes dans le même laps de temps. Nous verrons plus loin ce que nous entendons par « adaptation », mais ceci demande de la part du médecin du travail une grande disponibilité cognitive, aussi parfois une gestion émotionnelle qui peut être source de fatigue.

Suite à nos observations, nous avons sélectionné parmi l'ensemble des consultations quelques cas afin de les discuter avec Anne. Le but de cette discussion étant d'accéder en entretien aux savoir-faire mobilisés par Anne lors du déroulement de la consultation. Ces échanges ont permis de mettre en évidence les effets de contexte que nous allons détailler ci-après.

La participation au CHSCT

Nous avons observé deux CHSCT. Nous avons retranscrit les échanges en CHSCT et notamment étudié :

- les questions posées au médecin du travail par les membres du CHSCT,
- les interventions du médecin du travail.

En entretiens avec Anne et sur la base des retranscriptions, nous avons analysé les cas précis observés. L'entretien a également permis de discuter du déroulement global du CHSCT sur plusieurs séances afin de généraliser certains échanges qui ont eu lieu dans les situations observés. Cet entretien a permis de mettre en évidence les effets de contexte sur l'activité d'Anne.

II Effet du contexte en consultation médicale

Nous allons examiner 2 consultations, la première est une visite d'embauche pour une salariée de la restauration « *ça fait du bien aussi de voir des salariés qui vont bien, on respire* » (Anne en entretien). La consultation se situe en milieu de vacation, l'interrogatoire dure 8 minutes et l'ensemble de la visite 16 minutes. La seconde visite est une visite annuelle pour une salariée de nettoyage de locaux qui a des problèmes de santé. La consultation se trouve également en milieu de vacation, l'interrogatoire dure 20 minutes et l'ensemble de la visite 36 minutes. Le type de visite a donc un effet sur la durée de l'interrogatoire, mais aussi sur la durée de l'examen clinique. De plus, les caractéristiques du salarié et son histoire, vont jouer aussi un effet sur l'interrogatoire et l'examen. En s'intéressant aux activités réalisées par le médecin du

travail lors de l'interrogatoire nous allons préciser les influences du contexte sur le déroulement de l'interrogatoire.

Dans sa consultation, Anne effectue une succession d'activité de nature différente : elle débute par une phase d'accueil du salarié dans le cabinet, puis par une prise d'informations de santé générale et sur les antécédents médicaux si elle ne les connaît pas. Anne continue par une mise en lien avec le travail, et prend des informations sur le travail réalisé. Elle peut donner des conseils de prévention en situation de travail, elle cherche à déceler les changements dans la santé du salarié pour évaluer l'aptitude du salarié. Il lui arrive parfois en fonction de la situation d'avoir à « dynamiser le salarié dans son retour au poste » ou évaluer les conditions de la reprise du travail. La principale activité d'Anne en consultation est d'« être à l'écoute du salarié ». Ces différentes situations vont être plus ou moins mise en œuvre en fonction du type de visite.

Par exemple, en visite d'embauche, le médecin du travail passera plus de temps à comprendre l'état de santé général du salarié, ses antécédents qu'en visite annuelle, où ceci a déjà été effectué. La visite d'embauche est un moment privilégié où médecin du travail et salarié font connaissances à la fois sur le plan de la santé, mais également sur le rapport au travail :

Médecin du travail : « alors Restaurant X...

Salariée : oui

M : vous y êtes depuis Septembre c'est ça ?

S : oui

M : d'accord... et c'est un contrat à durée indéterminée ou déterminée ?

S : indéterminé

M : indéterminé, d'accord

M Note... regarde le dossier

M : vous habitez sur Crolles, hein ? Vous avez une voiture pour vous déplacer ?

S : oui

M : oui, d'accord

M : et vous êtes célibataire, sans enfants ?

S acquiesce

M : d'accord... vous travaillez à temps plein ? à temps partiel ?

S : heu je suis à 17 h par semaine

M : 17h semaine, « CDI 17 heures » (note)

M : vous êtes formée à tous les postes ou en caisse uniquement ?

S : en caisse, mais je vais essayer d'être en cuisine

M : d'accord ils vous ont proposé la formation

S : je l'ai demandé et puis ils ont accepté

M : d'accord « c'est caisse/salle pour le moment et formation en cuisine qui est prévue »

M note

M : d'accord, vous êtes étudiante à côté ?

S : oui

M : qu'est ce que vous préparez ?

S : j'fais une licence LEA en préparatoire allemand

M : en deuxième année de licence ?

S : non première

M : combien d'heures de cours ?

S : 9 h par semaine

M : 9 h de cours, ça laisse du temps ça ! il doit y avoir beaucoup de travail personnel, non

S : oui parce qu'i faut que j'apprenne une langue en 1 an

.../...

M : d'accord donc pas mal de travail personnel... Donc là 17h par semaine ça rentre dans le planning de la semaine, c'est pas trop compliqué ?

S : non, non ça va

M : vous travaillez plutôt quoi le matin ? le midi ? le week end ?

S : le soir et le week end

M note

M : le soir c'est des fermetures ?

S : non, je fais généralement 18h-21h et le mercredi midi

M : d'accord, 18h-21h c'est 21h le maximum

S : oui

M : donc en principe vous n'avez pas de fermetures à faire

S : non j'en ai jamais eu à faire

M : bon et comment ça se passe ?

S : ben plutôt bien, je suis assez contente

M : au niveau de l'adaptation, l'intégration

S : oui oui

M : c'est pas trop dur ?

S : non non ça s'est très bien passé, je me suis vite intégrée enfin je suis contente quand j'y vais

M : d'accord donc ça se passe plutôt bien. Pas trop fatiguée quand même ? travailler en plus des cours ?

S : non, vu que je fais pas de fermeture et que j'ai pas énormément d'heure de cours, ça va

M : ça va vous arrivez à faire autre chose à côté ? un peu de sport, un peu d'activité...

S : oui

M : qu'est ce que vous faite comme sport ?

S : j'fais de l'escalade quand je peux

M : oui

S : mais j'ai quelques soucis de genoux

M : ah vous avez fait des entorses, vous avez fait quoi ?

S : l'année dernière grosse entorse mixte à la cheville, j'ai eu des ptits problèmes pour passer le bac et tout...

S : je m'étais plantée une aiguille dans le pied, si bien qu'après j'ai marché différemment...

M : d'accord, d'accord... ça a été traité ?

S : oui

M : cheville droite, cheville gauche ?

S : droite

M : vous avez fait de la kiné ?

S : oui

M : ça va mieux ?

S : oui

M : d'accord mais vous n'avez pas repris les activités antérieures ?... et aux genoux qu'est ce que vous avez fait ?

S : ben j'ai toujours eu des problèmes, je ne sais pas trop ce que j'ai... je fais beaucoup de snowboard et heu, avec le froid ou quoi je sens que ça fait très mal, ben il craque

M : vous avez fait un bilan chez un spécialiste ?

S : ben oui, mais je n'ai pas vraiment de réponse en faite

M : quand vous restez longtemps assise et que vous vous relevez ça fait mal ?

S : heu oui, en faite il va se bloquer... et

M : hum... c'est probablement ce qu'on appelle un syndrome rotulien enfin on regardera à l'examen... mais heu, c'est assez fréquent chez les filles, il y a la rotule qui a tendance à se légèrement subluser sur l'extérieur... il faudrait faire du vélo...

.../...

M : sinon sur le plan santé est ce que dans votre famille il y a des problèmes particuliers ?

S : ma mère fait de l'hypertension

M : elle est traitée ?

S : oui

M : et votre père est en bonne santé ?

S : oui

M : vous avez des frères des sœurs ?

S : oui une sœur

M : d'accord... et vous en dehors de ce problème de cheville de genoux est ce que vous avez d'autres problèmes de santé ?

.../... »

L'interrogatoire est ici plus exploratoire que dans le cas d'une visite annuelle, où il sera beaucoup plus personnalisé :

« Médecin du travail : alors vous habitez toujours à la Tronche ?

Salariée 2 : oui

M : oui, vous vous étiez rapproché du lieu de travail (tout en rangeant le dossier)

S2 : c'était en 2008

M : ah déjà... on s'était vu en Juin 2008...

M lit le dossier informatique

M : comment va votre petite ? elle a grandi ?

S2 : ça va

M : ça va ça se passe bien ?

S2 : ah super

M : vous arrivez à vous en sortir, ça doit être un peu moins compliqué maintenant ?

S2 : oui, elle est plus autonome aussi, franchement elle est bien équilibrée, pas de problèmes

.../...

M : parce que là vous travaillez toujours à temps plein au X... c'est toujours 8h30-16h30 sur 5 jours ?

M regarde le salarié

M : d'accord donc le mercredi du coup vous avez...

S2 : le centre aéré

M : le centré aéré et du coup vous arrivez à la récupérer le soir quand même ?

S2 : oui oui

M lit le dossier

M : donc là, c'est toujours le suivi de l'entretien, la gestion des commandes alimentaires, réchauffage des plats, responsable du service entretien... c'est toujours pareil ?

S2 : toujours pareil »

La personnalisation de la consultation s'appuie beaucoup sur les notes prises par le médecin du travail lors de la consultation précédente. Cela permet de « *remettre le salarié dans son contexte professionnel et personnel* » (Anne en entretien).

La visite d'embauche est plus propice que certaine visite annuelle pour conseiller le salarié sur des moyens de prévention :

« *M : Faites attention à ça. Bon vous allez travailler 17 h par semaine... mais euh... vous travaillez debout, bien pensez à boire beaucoup dans la journée, plus vous êtes déshydratée plus les masses musculaires vont se contracter plus vous aurez mal ... Donc bien penser à boire et à être vigilant sur la position aussi. »*

Anne commente à propos de cet extrait : « *elle est jeune, et va devoir s'organiser pour travailler tout en étudiant, alors j'en profite pour lui donner quelques conseils pour tenir le rythme* » (Anne en entretien).

Dans le cas de la visite annuelle, le médecin passe plus de temps dans l'entretien, notamment pour identifier la perception du salarié de son travail « *là j'ai passé du temps sur ses questions de santé, elle (la salarié) a eu des gros problèmes de santé personnels, mais en plus, elle exprime un ras le bol au travail, je dois l'écouter et la conseiller* » (Anne en entretien).

Médecin du travail : « il y a une augmentation de la surface de nettoyage ?

Salariée 2 : oui, mais on me dit que non donc heu...

M : alors en rajoutant 80 m² on vous dit que

S : il y a moins, car en haut on passe en chambre mais en fait il y a quand même un escalier, même si les bureaux ne sont pas faits tous les jours, ils disent qu'une fois par semaine les bureaux peuvent être faits, mais bon il faut bien descendre, il y a quand même un réfectoire enfin un coin pause où ils prennent le café, il y a un sanitaire.... Donc heu là en ce moment il y a beaucoup de pression vis-à-vis de ça...

M : et ça ça se discute avec qui ? avec Monsieur X ou avec les...

S : ça se discute, heu oui... ben je pense que Monsieur X et les usagers se sont concertés en demandant l'avis de chacun, ben je vous dis ce n'est pas la peine qu'on le fasse tous les jours mais il y a quand même à le faire tous les jours pour descendre les poubelles, il y a quand même ce couloir, ce coin sanitaire, ces escaliers, donc bon... Mais Monsieur X ce n'est pas prouvé pour lui qu'il y ait plus de travail, pour nous si !

M : vous savez, vous sentez vous qu'il y a plus de travail ?

S : oui oui, les salles sont prises plus tôt le matin, il y a plus de chambres...

M : donc il y a plus de bureau

S : il y a plus de fréquentation... il y a des clashes, je le cache pas

M : hum

S : j'ai pris une grosse colère il y a 3 semaines parce que trop de pression

M avec vos collègues ou avec la direction ?

S : ben avec Monsieur X, parce que bon on me met au milieu toujours

M : hum hum

S : donc quand on est au milieu : « comprenez vous avez une casquette de responsabilités » ... c'est une grosse restructuration de secteur je trouve, il y a un travail... on me demande d'essayer sur un secteur ce que fait mon collègue, en même temps je coordonne un certain secteur, s'il y a un remaniement ce n'est pas à moi de décider. En fait il veut me faire porter

M : il veut vous faire porter...

S : on me jongle... d'un côté il a fallu que je heu cause, ça m'a fait du bien...

M : et ça va mieux ? Ça se...

S : on va voir on a réunion encore pour ça, ça fait quelques mois que ça dure, et c'est toujours retardé retardé. C'est que ce n'est pas bon !

M : oui, alors du coup c'est conflictuel sur la répartition des tâches

S : oui, ben je dis faut arrêter

M : hum hum (en regardant la salariée)

S : on a des choses à dire, mais en même temps on dit, ben c'est comme ça... ils veulent arriver à un résultat, je comprends, ...

M : Hum

S : en même temps nous on dit attention il y a plus de chambres etc.... et en plus s'il faut faire à manger il y a plus d'ouvrage...

M : il faut, il faut arriver à lister un petit peu, ce qu'on vous a enlevé, et lister tout ce qu'on vous a rajouté, lister tout ce que vous avez à faire !

S : moi je suis des 2 côtés... alors je dis stop, je ne subis plus

M : hum hum

S : je ne veux plus subir, ça c'est clair

M : oui mais en même temps essayez peut être, ça peut faire partie de votre activité, essayez de faire un listing de tout ce que vous avez à faire jour par jour ou semaine par semaine, puisque tous les jours sont différents et puis voir comment cela peut être réparti entre les 3 et puis

S : sauf qu'il y en a un qui dit « il est hors de questions que j'en fasse plus »... et donc... c'est très ... difficile à gérer

M : hum hum

S : je lui dis « on ne peut pas dire non » ...

M : le tout est de savoir jusqu'où vous pouvez aller ! Et à partir de quel moment vous pouvez plus.

S : c'est simple, si vraiment on est surbooké je craque, et il y a l'entreprise extérieure, ils le font bien pour la technique...

M : oui oui, c'est ça essayez de lister et de faire des propositions

.../... »

Lors des visites annuelles, le médecin du travail utilise également beaucoup la connaissance qu'il a obtenu en visite d'entreprise « *je connais le directeur du site, les locaux, ça m'aide à me mettre dans la situation avec la salariée, je peux l'aider à se redynamiser dans son projet professionnel* » (Anne en entretien). Le savoir-faire mobiliser par Anne en consultation au-delà de la simple rédaction d'aptitude s'exprime lors de l'entretien qui précède l'examen clinique, « *à travers une écoute et la réflexion commune salarié-médecin du travail pour trouver des solutions aux difficultés exprimées* » (Anne, en entretien). Dans le cas de la visite annuelle, Anne déclare « *prendre le temps de conseiller le salarié pour qu'il prenne en charge sa situation, se mettent en action et non pas en spectateur* ». Cette posture professionnelle est également mobilisée lors des consultations de maintien dans l'emploi, de reprise...

L'examen clinique semble être le moment de la consultation qui varie le moins d'un salarié à un autre d'après les déclarations d'Anne, du moins dans « l'écoute du corps », car pendant la consultation, l'entretien continue avec le salarié. Mais nous n'avons pas observé cette situation. L'examen clinique est tout de même contextualisé car Anne nous dit « *je vais être plus attentive sur les zones du corps où le salarié a exprimé préalablement une plainte* ».

Ce que nous avons décrit dans ce chapitre est « le travail de la clinique » comme le font remarquer les médecins du travail lorsqu'ils échangent entre eux. Ce qui fait varier la situation est en lien avec l'histoire du salarié qui vient à la visite et, bien que les médecins du travail aient ce qu'ils appellent un canevas de questions à poser, une organisation prévue de la consultation, les médecins du travail expriment souvent que la consultation ne se passe pas comme prévu, par exemple : « le déroulement de la consultation se passe **toujours comme ça, sauf** pour les gens qui sont vraiment pressés, alors je leur dis « attendez un peu on va discuter » (médecin du travail collègue d'Anne, 28 ans d'ancienneté), ou encore « l'aptitude **je la formule toujours comme ça, mais ça dépend** aussi des salariés, des gens de l'entreprise » (médecin du travail collègue d'Anne, 15 ans d'ancienneté). L'influence du contexte sur l'interrogatoire et l'examen clinique fait donc partie intégrante de la consultation du médecin du travail, mais elle va au-delà car cette adaptation gagne l'ensemble du déroulement de la consultation et parfois les actions qui suivent la consultation.

Les caractéristiques du salariés, sa demande ou sa non-demande, mais aussi l'entreprise à laquelle il appartient influence alors le type de questions posées, la formulation des questions, l'expression de l'aptitude, le déroulement de l'examen clinique ainsi que l'implication du médecin du travail dans la situation du salarié.

Même si la consultation clinique est par nature une situation qui doit être adaptée au salarié, nous avons souhaité montrer que pour un même médecin du travail, des pratiques différentes pouvaient être mises en œuvre. Nous souhaitons mettre en évidence qu'il y a un écart entre le discours du médecin du travail « j'ai un canevas de questions, je fais toujours comme ça » et l'activité réelle comme dans toutes les activités de travail. Cet écart est peu perçu par les médecins du travail et peut être à l'origine de malentendus ou de controverses professionnelles. En effet il contribue à l'illusion que les pratiques entre deux médecins du travail sont très différentes et indiscutables. S'il existe un écart dans le discours qu'ont les médecins du travail de leur action (souvent non contextualisée), il y a probablement moins de différences de pratique lorsque les médecins du travail s'entendent sur un contexte bien précis. Nous verrons en conclusion que ceci aura des effets sur les échanges entre praticiens et l'auto-évaluation de l'efficacité des actions.

III Effet du contexte sur la pratique du tiers-temps : exemple de la participation en CHSCT

Nous allons maintenant observer comment les interventions et sollicitations d'un médecin du travail peuvent varier d'un contexte de CHSCT à un autre. Le premier CHSCT étudié est celui d'une mairie que le médecin du travail suit depuis de nombreuses années « *il dure toujours 2 heures, il y a toujours beaucoup de points à débattre, et comme ça débat beaucoup il n'y a pas toujours le temps de tout passer. L'ordre du jour est toujours reçu avant, on sait toujours où on va... Les questions de maintien dans l'emploi, de reclassement sont toujours beaucoup*

débatues dans ce CHSCT car il est question de dépenses d'argent publique. Je n'y parle jamais de cas individuel, pour cela j'organise des réunions tous les 2 mois avec le premier adjoint, le directeur de service, le DRH et l'assistante sociale » (Anne en entretien). Le second CHSCT est celui d'un magasin de vente *« j'ai l'entreprise depuis longtemps, mais la direction change souvent. Ce qu'on attend de moi varie selon la direction. Les représentants du personnel ne prennent pas souvent la parole. On a récemment aménagé un poste pour un salarié en situation de handicap, ceci a permis de montrer en quoi le médecin du travail peut être utile, je veux dire, au-delà d'être un simple regard extérieur »* (Anne en entretien). La présentation de ces deux situations faites par Anne, montre comment ces deux CHSCT qui semblent se ressembler sont en fait très différents : le soutien que peut avoir Anne de la part des représentants du personnel varie, les échanges entre salariés et direction ne sont pas aussi nombreux dans les 2 cas, tout comme la vision des autres participants du rôle du médecin du travail.

Anne se sert de cette connaissance pour préparer sa participation à ces CHSCT. Dans le premier cas, elle connaît à l'avance les sujets qui vont être abordés, et peut anticiper les réponses qu'elle va fournir lorsqu'elle sera directement sollicitée. Dans le second cas, le médecin du travail va devoir s'adapter, mobiliser ses connaissances au cours du déroulement du CHSCT. Ceci conduit donc à la réalisation d'activités très différentes en termes de prise de paroles, de propositions d'action ou d'accompagnement.

La différence majeure entre ces deux situations est la vision des autres acteurs de l'expertise du médecin du travail. Dans le cas du CHSCT de la mairie, le médecin du travail rapporte que *« ma parole est très entendue, les acteurs se servent de mes avis, les syndicats par exemple disent « attention le médecin avait dit... On remet peu en cause mon expertise sur les conseils que je donne »* (Anne en entretien) ; alors que dans le cas du CHSCT du magasin de vente *« je suis vue comme le regard extérieur, le regard extérieur « donne du poids sur les décisions » me dit souvent le responsable de magasin »* (Anne en entretien). Ceci modifie la prise de parole d'Anne en CHSCT mais aussi les actions qu'elle mène dans ces organisations : Dans le cadre du CHSCT de la mairie Anne participe à des actions de prévention, alors que pour le CHSCT du magasin de vente, elle s'exprime en CHSCT sur l'analyse des accidents de prévention et les changements, mais n'a pas de possibilité d'agir en anticipation. La construction dans le temps de liens entre le médecin du travail et les acteurs de l'entreprise revient souvent dans les discussions entre médecins du travail, Anne nous explique à propos du CHSCT du magasin de vente que *« ce qui a changé c'est la direction. Moi (médecin du travail) j'étais déjà sous l'enseigne quand le directeur est arrivé. Le précédent directeur est resté six mois, c'était quelqu'un qui recevait qui entamait des relations intelligentes avec moi, il y avait un respect mutuel »*. La mobilisation des savoir-faire du médecin du travail, va donc varier d'une entreprise à l'autre, mais surtout en liens avec les acteurs qui compose les CHSCT et les entreprises.

Ces différences de contexte et différentes places données au médecin du travail influence la perception d'Anne sur l'efficacité de son action : elle qualifie le CHSCT de la mairie comme

étant un lieu « où ça avance », alors que dans celui du magasin « il y a encore à progresser pour passer des discussions à la prévention ». Les attentes des acteurs de l'entreprise sur l'expertise du médecin du travail lui demande des efforts d'argumentations : « j'ai un employeur qui me dit « oh mais attendez, une tendinite ça ne dure pas trois mois ! ». Il aurait un bras cassé, trois mois ça leur paraîtrait tout à fait normal. Une tendinite, il faut justifier, dire, effectivement trois mois d'arrêt ils sont justifiés » (Anne en collectif de médecins du travail). L'interaction du contexte sur la pratique du médecin du travail influence donc l'expression du jugement médical : il doit être argumenté, explicité, le médecin du travail doit produire la preuve de son expertise, il ne peut pas juste l'exprimer et ceci interagit sur l'auto-évaluation de son travail réalisée par le médecin du travail.

Dans ces deux situations de CHSCT, nous avons pu observer l'influence du contexte sur la mobilisation des savoir et savoir-faire du médecin du travail. Ceci peut générer des situations qualifiées de « confortables » par le médecin du travail, dans le cas où la pratique mobilisée correspond à sa vision d'un travail efficace. Dans d'autres contextes, le médecin du travail est en situations plus inconfortables : il doit alors s'ajuster afin d'obtenir des résultats significatifs à plus ou moins long terme.

Dans le cas d'Anne dans les 2 consultations et les 2 CHSCT, sa vision de l'efficacité consiste à entretenir des relations avec les acteurs des entreprises. Son objectif est aussi de mettre en circulation parmi différents acteurs la réalité du travail « il était important qu'en CHS tout le monde entende que ses personnels travaillent bien, font du bon boulot et que s'ils se plaignent c'est normal » (Anne en entretien). Son action est donc orientée vers la création de conditions pour mettre en discussion le concret des conditions de travail, cela passera pour elle par construction de relations et d'une représentation partagée du travail. Ceci va conduire le médecin du travail dans des situations « confortables » ou « inconfortables » en fonction des attentes d'autrui sur ces missions et de la possibilité de construire des relations de confiance. Par exemple, dans le cas du CHSCT du magasin de vente, les changements fréquents de direction nuisent à la construction de relations de confiance, ce qui empêche Anne d'atteindre un de ses objectifs. Cette activité empêchée engendre une auto-évaluation négative de la part d'Anne sur le travail réalisé dans cette entreprise.

IV Décrire les effets de contexte pour favoriser les échanges entre pairs et instruire la question de l'auto-évaluation

A travers l'analyse de ses situations de travail en tiers-temps et en consultations, nous avons vu comment un même médecin du travail pouvait adopter des modes de faire différents dépendamment d'éléments de contexte. Le médecin du travail que se soit dans son cabinet ou en tiers-temps ne rencontre que des cas particuliers auxquels il s'adapte pour atteindre ses objectifs : caractéristiques du salarié, type de demande, caractéristiques de l'entreprise et des

acteurs qui la compose. Ceci est propre à l'activité clinique, dont fait partie l'activité du médecin du travail. Cependant, nous avons souhaité montrer ou rappeler cette propriété, car elle semble parfois sous-estimée par les médecins du travail eux-mêmes, alors que l'influence du contexte sur l'activité des médecins du travail a, il nous semble deux conséquences :

- une conséquence sur les possibilités d'échanges entre pairs sur les actions, laissant croire que tout le monde travaille différemment si on ne contextualise pas la situation discutée.
- une conséquence sur l'évaluation que l'on porte sur l'efficacité de son action, si on ne considère que l'activité « théorique » et pas l'activité réelle adaptée aux particularités des situations.

En effet, l'interaction du contexte sur la pratique des médecins du travail conduit donc le médecin à rencontrer les autres dans la situation. L'activité du médecin du travail comme toute activité de travail, va au-delà de ce qu'on peut en dire, ou de ce qu'on peut observer en situation. Il existe une part de savoir et savoir-faire qui est en attente d'être utilisée, ou sera mobilisée quand les conditions de la situation seront plus propices. Les médecins du travail ont fréquemment des activités empêchées (Clot, 1999), c'est à dire des actions potentiellement réalisables mais que le sujet au travail ne peut mettre en œuvre. Le médecin du travail pris dans la nécessaire construction de relations avec les autres doit alors lui-même choisir les moments où il exprimera complètement ses savoirs et savoir-faire et ceux où il n'en fera qu'un usage partiel. C'est d'ailleurs le principal effet du contexte sur l'activité du médecin du travail, et cette interaction peut partiellement éclairer le sentiment des médecins du travail de ne pas être efficaces dans leur action ou d'être tous différents des uns et des autres. Cependant, savoir arbitrer, choisir en fonction de la situation les savoirs à divulguer, les savoir-faire à adopter, est un savoir-faire. Celui-ci pourtant utile à l'action reste peu discuté et mis en débat dans la profession et donc peu valorisé.

1. Effets de contexte et conséquences sur la pratique réflexive

Lors des groupes de travail sur la pratique des médecins du travail que nous avons animé dans le cadre de la recherche, nous avons constaté que les échanges à propos d'un thème (l'organisation de la consultation, la rédaction de la fiche d'aptitude, les interventions en CHSCT, la visite d'entreprise...) débutaient en premier lieu par l'évocation pour chaque médecin du travail de ce que nous pourrions appeler la vision de son mode d'action privilégié. Par exemple, à propos de la rédaction de l'aptitude nous avons pu entendre les déclarations suivantes : « *c'est factuel donc j'écris « vous pouvez pas faire ceci, pas faire cela » et voilà mon rôle s'arrête là »* (Médecin du travail 1)

ou au contraire : « *l'aptitude est subjective : on met des restrictions cliniques, on ne dit pas « ne doit pas faire ça ça et ça » mais plutôt « apte à » et on fait des propositions »* (Médecin du travail 2)

On peut entendre aussi : « *la restriction on ne peut pas l'écrire parce que je signe un licenciement si je fais ça* » (Médecin du travail 3)

ou encore : « *moi je ne mets rien sur la fiche d'aptitude, mais avec l'employeur à l'oral, on est d'accord* ». (Médecin du travail 4)

Cet exemple montre comment chaque médecin face à une situation générale « la rédaction d'aptitude » exprime sa vision de l'action, celle qui correspond le plus à ses objectifs et ses valeurs professionnelles, ce que Clot & Faïta (2000) appellent le style professionnel. Cependant, lors de notre recherche et notamment des observations de consultations, nous avons vu pour un même médecin (le médecin 1 de l'exemple précédent) la mise en œuvre concrète de l'ensemble des déclarations précédentes, reflet d'une adaptation à la situation particulière. En effet, lorsque les échanges sont beaucoup plus contextualisés « rédaction de l'aptitude dans le cas où on connaît l'employeur » ou encore « rédaction d'aptitude lorsque le salarié souhaite garder son activité de travail », on constate beaucoup moins de controverses professionnelles entre les médecins et une forme d'accord sur le genre professionnel (Clot & Faïta, 2000) semble émerger.

Dans le cadre d'échanges sur les pratiques professionnelles, nous recommandons donc de bien situer les actions discutées, et si possible d'appuyer les échanges sur des traces de l'activité (observations, documents rédigés pendant l'action, journaux de bord) de manière à contrôler les effets de contexte sur les pratiques discutées et à rendre les échanges plus constructifs.

2. Effets de contexte et conséquences sur l'auto-évaluation de l'efficacité de l'action

L'existence d'influences réciproques entre l'action du médecin du travail et le contexte, montre ainsi que les actions des médecins du travail sont des interventions « complexes » telles que Contandriopoulos (2006) les caractérise. Les interventions complexes ont :

- Des finalités multiples, souvent contradictoires, difficiles à identifier, divergentes,
- Des relations d'autorité diffuses,
- Un grand nombre d'activités mobilisant de nombreux acteurs interdépendants qui agissent en fonction de logiques différentes,
- Un horizon temporel mal défini,
- Une ouverture sur le contexte,
- Une forme dépendante du contexte,
- Plusieurs niveaux d'analyse,
- Une logique d'intervention reposant sur des relations causales complexes, les phénomènes rétroagissant les uns sur les autres, produisant des paradoxes,
- La possibilité que plusieurs agencements différents des ressources donnent le même résultat.

Ces caractéristiques compliquent donc une évaluation simple des actions en santé au travail et donc de l'efficacité des actions des médecins du travail. En effet, la multiplicité des situations rencontrées par les médecins du travail, les conduit à adapter les connaissances établies aux particularités de la situation. Il existe des connaissances générales, mais qui ne « fournissent pas de solutions toutes faites qu'il suffirait simplement d'appliquer » (Guérin et al., 1997). Ces adaptations sont effectuées pour éclairer un aspect de la situation et conduire à la transformation. Dans cette perspective, une évaluation basée sur la mesure de la conformité de l'action aux connaissances expliquant « comment agir dans la situation » ne serait pas une approche authentique de l'efficacité de l'action en santé au travail (Landry, 2008). Contandriopoulos et al. (2000) proposent donc que « l'évaluation d'une intervention complexe (dont les frontières avec l'environnement sont difficiles à cerner) doit avoir lieu de façon holistique et globale. La modélisation théorique de l'intervention ne pouvant se faire selon un modèle logique simple, mais en recourant à une modélisation systémique complexe ». Ceci explique pourquoi les médecins du travail déclarent souvent leurs actions inefficaces, surtout si leur jugement repose sur des critères inadéquats, ou s'ils intègrent dans leur jugement les représentations d'autrui. Lorsqu'ils examinent de plus près le travail réalisé, notamment à travers les dispositifs méthodologiques que nous avons utilisé dans cette recherche, le nombre de critères d'évaluation augmente, les horizons temporels se dessinent, les finalités multiples émergent et l'auto-évaluation du médecin du travail s'orientent sur les moyens mobilisés pour transformer, changer la situation problématique. C'est sur les moyens mobilisés, les tentatives, les adaptations et les opportunités saisies que devraient s'établir des critères d'efficacité et non pas uniquement sur les résultats directement visible à court terme (Landry, 2008).

V Conclusion

L'analyse des effets de contexte sur l'action des médecins du travail cherche à montrer les enjeux en termes de pratique réflexive et d'évaluation, mais permet également d'étudier ce que seraient des contextes plutôt favorables à un plein usage des savoir et savoir-faire par les médecins du travail.

Le premier facteur favorable serait la compréhension par les acteurs des entreprises et des salariés en consultation des missions du médecin du travail délimitant ainsi le périmètre de son action. Ceci permettrait au médecin du travail une pleine expression de ses connaissances et compétences, en réduisant les arbitrages entre ce qu'il aimerait dire et ce qu'il dit réellement.

Un second facteur favorable évoqué par les médecins du travail eux-mêmes réside dans l'existence de relations respectueuses entre les acteurs, c'est à dire une reconnaissance réciproque des compétences et de l'expertise de chacun. Ainsi, l'éloignement des lieux de décisions des lieux de productions conduit à limiter l'instauration de relations de confiance

entre les acteurs « *le coût de l'absentéisme est géré par là, l'handicap ailleurs, les bénéfices à un autre endroit... et la santé du travail ici* » (médecin du travail).

Plus le contexte est favorable à l'expression de l'activité du médecin du travail plus il le devient « *dans les entreprises où on est entendu, on a pas de problèmes* » (médecin du travail). En effet, la visibilité sur l'expertise du médecin du travail permet alors d'entretenir les liens entre le médecin du travail et les différents acteurs de l'entreprise. Dans les contextes favorables, le médecin du travail arrive plus facilement à promouvoir des dispositifs face aux difficultés des salariés : aménagement de poste, changement d'organisation du travail, ceci permet à l'entreprise d'identifier le médecin du travail comme un partenaire « *du même côté du filet* » (un directeur d'entreprise d'emballage), mais aussi contribue à renforcer les liens entre salariés et médecin du travail. En effet, les salariés sont ainsi en mesure d'identifier le médecin du travail comme un partenaire de la santé au travail.

Bibliographie

- Clot Y. (1999) *La fonction psychologique du travail*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Clot Y., Faïta D. (2000) Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 2000, 4, 7-42
- Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Denis, J.L., Pineault, R. (2000) L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 48, 517-539.
- Contandriopoulos A.-P. (2006) *Intervention complexes et évaluation*. Compte-rendu du séminaire ANEIS, 11 octobre 2006. <http://www.medsp.umontreal.ca/aneis/pdf/Compte-rendu11Oct2006.pdf>
- Daniellou, F., Hubault, F., Jobert, G., Lautier, F., Moisdon, J.-C., Schwartz, Y. (2007) Manifeste. *Education permanente*, n°170, 7-11.
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Durrafourg, J., Kerguelen, A. (1997) Comprendre le travail pour le transformer. 3^{ème} édition. Réseau ANACT éditions, Lyon.
- Landry, A. (2008). *L'évaluation de l'intervention ergonomique : de la recherche évaluative à la proposition d'outils pour la pratique*. Thèse pour le doctorat de l'Université Bordeaux 2. Mention ergonomie.
- Schwartz, Y. (2007) Du « détour théorique » à « l'activité » comme puissance de convocation des savoirs. *Education permanente*, n°170, 13-24.
- Teiger, C. (2007) De l'irruption de l'intervention dans la recherche en Ergonomie. *Education permanente*, n°170, 35-49.

**Rôle et contribution du médecin du travail
à un projet de prévention des TMS.
Un projet en apparence simple peut en cacher un autre
beaucoup plus complexe !**

Alain Garrigou

Remerciements

Nous tenons à remercier Marie-Dominique Matray et Sylvain Ruaud pour leur intérêt porté à l'étude et pour le temps qu'ils nous ont consacré.

Nous remercions aussi l'entreprise pour nous avoir permis de prendre contact avec certains acteurs du projet.

Enfin nous remercions la direction de l'AHI pour nous avoir donné l'opportunité de présenter le projet de recherche à l'ensemble des médecins du travail du service.

Table des matières

1. Introduction	5
2. Présentation de l'entreprise	5
3. Présentation des acteurs du projet	6
3.1. Le médecin du travail	6
3.2. Le DRH de l'entreprise	6
3.3. La personne en charge des RH	6
3.4. Le chef d'atelier	7
3.5. L'ergonome	7
3.6. Le conseiller AGEFIPH	7
4. Description du projet	7
4.1. Le projet	7
4.2. Enjeux du projet	10
5. Présentation des résultats issus des entretiens	11
5.1. Quelle évaluation du projet ?	11
5.2. Rôle des différents acteurs	13
5.2.1. Le rôle du médecin du travail	13
5.2.2. Le rôle du conseiller de l'AGEFIPH	14
5.2.3. Le rôle de l'ergonome	16
5.2.4. Le rôle du DRH	17
5.2.5. Le rôle du CHSCT	18
5.3. Des éléments sur la pratique de la médecine du travail	19
5.3.1. Positionnement du médecin du travail	19
5.3.2. Spécificité de la problématique du handicap et de l'inaptitude	20
5.3.3. La visite médicale	20
5.3.4. Usage des données chiffrées	20
5.3.5. Usage des normes	21
5.4. La pluridisciplinarité	22
5.5. Articulations du rôle des acteurs institutionnels	24
6. Discussion	25
6.1. Agir localement ou globalement ?	25

6.2.	Quelles représentations de la difficulté des postes de travail ?	28
6.3.	Le primat d'une solution technique ?	29
6.4.	Les conditions de réussite du projet	30
6.5.	Les difficultés du projet.....	31
6.6.	Agir dans l'ombre ou la lumière ?	32
6.7.	Agir aux limites de son cadre d'action	33
7.	Conclusion.....	34
7.1.	Un projet simple mais qu'en apparence !	34
7.2.	Des jeux d'acteurs complexes	34
7.3.	L'importance de la construction sociale.....	35
7.4.	Les limites de la pluridisciplinarité horizontale	36
7.5.	Faire avancer la santé au travail : un travail épuisant ?	36
7.6.	Limites de l'étude	37
7.7.	Perspectives	37

1. Introduction

Suite à la présentation du projet de recherche dans un service de santé au travail de 80 médecins du travail, l'un d'entre eux s'est porté volontaire et a proposé l'analyse d'un projet de modification de postes mené dans une entreprise de négoce de vin. Les résultats et l'analyse qui vont être présentés dans ce document **ont cherché à présenter le rôle de ce médecin du travail dans un projet de modification en apparence simple**. Ce projet mené par l'entreprise a visé à réduire le risque TMS dans un atelier de reconditionnement de caisses et de bouteilles de haut de gamme destinées à l'exportation. Le projet a consisté dans mise en place d'un système comprenant un bras préhenseur de caisses de bouteilles, une décloueuse de ces caisses, puis une ligne en demi-cercle de reconditionnement des bouteilles.

Dans un premier temps, l'analyse a donc porté sur **le rôle du médecin du travail dans l'émergence, la construction et la réalisation de ce projet**. Dans un deuxième temps, ce projet qui apparaissait relativement simple d'un point de vue technique, même si le système de décloueuse a nécessité une conception spécifique, est apparu plus complexe en termes de diversité voire d'opposition de représentations et de jeux d'acteurs. Même si du point de vue des acteurs ce projet est considéré comme réussi, l'analyse des conditions de cette réussite est loin d'être consensuelle.

Nous soulignons que dans un premier temps, les conditions d'analyse du projet ont été favorables. Par la suite l'entreprise qui va être présentée dans la partie 2 a été rachetée par un groupe international. La réorganisation qui a suivi s'est traduite par le départ du **responsable juridique et Directeur des Ressources Humaines (qui était un acteur central dans la reconstitution du projet)**. Par la suite, l'accès à l'entreprise a été plus difficile et seul un entretien avec la personne en charge de la gestion du personnel et le responsable production a été possible. Dans ces conditions, nous n'avons pu rencontrer les membres du CHSCT ou les opératrices et opérateurs à qui le projet était destiné. Un entretien a été mené hors entreprise avec le secrétaire du CHSCT.

Les données qui vont être présentées sont issues des entretiens menés à partir desquels nous **discutons des formes de complexité du projet avec un angle d'attaque centré sur le rôle du médecin du travail et ses interactions avec les différents acteurs**.

2. Présentation de l'entreprise

L'entreprise A est une PME de près de 200 salariés qui a été rachetée par un groupe international. A l'origine, il s'agissait d'une maison de négoce de vin familiale qui s'est fortement développée et diversifiée dans les 20 dernières années. Elle est devenue l'une des premières maisons de négoce sur la place de Bordeaux. Une des caractéristiques principales de l'entreprise aujourd'hui, c'est le négoce de vin de milieu et de haut de gamme et une position croissante dans la distribution de Grands Crus Classés. L'activité liée à l'exportation de vins s'est fortement développée avec plus de 50% du chiffre d'affaires. De plus, l'entreprise s'est diversifiée ces dernières années en s'engageant fortement dans la viticulture.

Le projet que nous allons présenter a été mis en œuvre au sein des installations de production qui comprennent : une cuverie moderne, un chai d'élevage en barriques, cinq chaînes d'embouteillage pouvant assurer une production de 25000 bouteilles/heure, un chai de vieillissement et un laboratoire.

Les salariés sont principalement issus du bassin d'emploi du Médoc. Il s'agit alors d'une population globalement peu qualifiée et avec des caractéristiques sociologiques liées à ce bassin d'emploi. Cette population a une moyenne d'âge de 47 ans.

3. Présentation des acteurs du projet

Dans cette partie nous allons présenter les principales caractéristiques des acteurs du projet auxquels nous avons eu accès.

3.1. Le médecin du travail

Le médecin du travail a été un des acteurs clefs de ce projet. Elle a au départ une formation et une expérience de médecin généraliste et de médecin urgentiste pendant près de 15 ans. Actuellement, elle occupe toujours une fonction de médecin urgentiste à temps partiel. Suite à sa réorientation professionnelle, elle s'est formée à l'ergonomie via les modules du CNAM. Elle occupe un poste de médecin du travail à temps partiel, au total elle doit assurer le suivi de 1700 salariés et entre 130 et 150 salariés au sein de l'entreprise A.

Il est à noter que le médecin du travail a remplacé une collègue qui avait un style plus revendicatif vis-à-vis de la direction.

Elle considère que : *« faire comprendre le langage ergonomique, faire reconnaître le statut de travailleur handicapé, c'est un peu son dada. »*

3.2. Le DRH de l'entreprise

Le DRH a quitté l'entreprise début 2010 suite à son rachat. Il était perçu par le secrétaire du CHSCT, l'ergonome ou le médecin du travail, comme quelqu'un à l'écoute, convaincu de la nécessité d'améliorer les conditions de travail. Il avait eu une première expérience d'un aménagement de poste avec le premier médecin du travail et l'ergonome qui a participé au projet qui va être présenté. Il semble avoir joué un rôle important dans le positionnement des problèmes de santé au travail vis-à-vis des autres logiques de l'entreprise.

3.3. La personne en charge des RH

Le responsable RH disposait d'une assistante, qui a dû reprendre une partie importante de la fonction RH à son départ, mais sans avoir le statut équivalent dans l'entreprise. Par la suite, cette personne a été notre interlocutrice.

3.4. Le chef d'atelier

Le chef d'atelier est en charge de la production des ateliers. Il a une expérience antérieure dans une multinationale de l'agroalimentaire. Il a été en charge des projets d'automatisation et du projet concernant la ligne de conditionnement. Même s'il est convaincu des gains de production liés à l'automatisation, il souligne que l'on a besoin des salariés qui sont certes souvent plus lents que les machines, mais par contre qui sont plus fiables.

Pour des raisons non réellement identifiées, il a été en conflit avec l'ergonome lors du projet sur la ligne de reconditionnement. Nous développerons par la suite sa vision de la collaboration ergonome/médecin du travail.

3.5. L'ergonome

L'ergonome impliqué dans le projet a une grande expérience des projets concernant les TMS mais aussi des problématiques d'handicap. Il est consultant indépendant. Il intervient au niveau régional mais aussi au niveau national. Il a développé des liens privilégiés avec les médecins du travail et l'AGEFIPH à l'occasion de projets précédents. Il a eu l'occasion de travailler avec l'AGEPHIP au niveau national.

3.6. Le conseiller AGEFIPH

Le conseiller AGEFIPH est expérimenté, il a eu l'occasion de collaborer avec différents ergonomes. Il connaît bien l'ergonomie et ce qu'elle peut apporter dans le cadre de projets de maintien dans l'emploi. Il connaît bien les règles de financement des projets de maintien dans l'emploi et leurs limites, de même que les spécificités de la région aquitaine en matière d'emploi et de tissu économique.

4. Description du projet

4.1. Le projet

Le projet s'est déroulé sur près de 4 ans. Il fait suite à un premier projet d'aménagement du poste d'échantillonnage. **Le médecin du travail (MDT)** indique qu'en 2004 « *une première salariée part en arrêt de travail lié à une forme d'usure professionnelle. En même temps, une cariste se blesse à l'épaule. Sans que cela soit anticipé, la première personne qui était en arrêt revient, alors elle est prioritaire. Elle occupera le poste d'échantillonnage qui avait été aménagé pour un travailleur handicapé, initialement pour la deuxième personne. Que faire alors de la deuxième personne ? Ce fut tout une histoire pour qu'elle devienne cantinière ! Le poste d'échantillonnage a évolué, ce premier projet à ouvert vers un projet plus conséquent au niveau du reconditionnement !* »

A l'époque la chargée de maintien dans l'emploi du SAMETH 33 a joué un rôle déterminant pour sensibiliser l'entreprise aux questions de prévention. Le DRH de l'époque avait été convaincu d'expérimenter ce qu'une approche en ergonomie pouvait apporter à l'entreprise pour prévenir les TMS. La chargée de maintien dans l'emploi du SAMETH 33 et le directeur de l'ARACT Aquitaine de l'époque avaient alors communiqué le nom de l'ergonome au DRH. Cela avait conduit à un reclassement des opératrices et un à premier projet d'aménagement auquel avait été associé le précédent médecin du travail. L'aménagement du poste d'échantillonnage date de 2005 et a été financé par l'AGEFIPH. Le médecin du travail actuel a donc hérité de cette première expérience, ce qui donnait de bonnes bases pour un deuxième projet que nous allons décrire.

Le projet que nous allons présenter est simple en apparence, car il s'agit auparavant de la mise en place d'un manipulateur et d'une décloueuse de caisses. Nous allons découvrir que l'histoire du projet et les interactions entre les différents protagonistes, qu'ils soient internes ou externes à l'entreprise, ont été complexes !

Le poste concerné par le projet est celui du reconditionnement de caisses de bouteilles de vin, principalement destinées à l'exportation. Il s'agissait d'ouvrir les caisses manuellement avec un burin puis sortir les bouteilles et modifier les étiquettes pour recomposer ensuite des caisses bois ou des cartons.

Les premières bases du projet sont posées au printemps 2006, suite à une alerte du médecin du travail en termes d'incapacité de travail. L'ergonome est contacté à cette période et commence à faire des visites des lignes d'embouteillage et de l'atelier manuel de reconditionnement. Ceci est complété par un recueil des données sur la population et des premières observations en avril. En octobre 2006, l'ergonome fait une première présentation de l'intervention devant le CHSCT. L'intervention de l'ergonome comprenait 12 jours dont 50% pris en charge par l'AGEFIPH.

Des observations du poste de déclouage manuel sont réalisées en janvier 2007, puis au poste d'étiquetage en mars 2007. Une nouvelle présentation au CHSCT est réalisée en février 2007, la démarche et le périmètre définitif de l'intervention y sont discutés.

Des recherches de fournisseurs de bras articulés débutent en mars 2007. A la fin du mois de mars 2007, une première réunion du groupe de travail est organisée, dans laquelle les premiers résultats des observations au poste de déclouage sont présentés. En avril, des difficultés sont rencontrées avec les fournisseurs de bras articulés, qui n'arrivent pas à proposer des situations de référence à visiter. En mai, une réunion du groupe de travail est organisée, dans laquelle une situation de référence est proposée par une société qui fabrique des bras articulés. Cette situation de référence est située en Bourgogne. Une autre situation de référence est identifiée au sein d'un grand château mais le bras n'est plus utilisé.

La discussion de la faisabilité technique se déroule fin 2007, et des premiers contacts avec des fabricants italiens sont pris par l'ergonome. Au printemps 2008, l'ergonome a travaillé avec un concepteur afin d'affiner les concepts et de proposer un principe de solution. Au même moment, le responsable de production décide de travailler sur d'autres hypothèses de conception avec un autre bureau d'étude. Le projet devient alors plus ambitieux en matière d'automatisation et se chiffre à 200 000 euros. Après différents arbitrages, fin 2008, le responsable de production engage un travail avec un autre bureau d'étude qui fera des propositions techniques pour l'atelier de reconditionnement.

On peut noter que l'entreprise, et plus particulièrement le responsable de production, avait décidé un élargissement du projet en 2008. Cet élargissement conduisait à un niveau d'automatisation élevé et un atelier sans opérateur ! Le responsable production n'avait tiré de l'étude ergonomique que la partie technique. Face à cette évolution du projet, l'ergonome a alerté le DRH et a indiqué son retrait du projet qui ne correspondait plus à la mission initialement fixée. L'ergonome a alors informé l'AGEFIPH. L'AGEFIPH a alors signifié à l'entreprise qu'il ne finançait plus le projet et a demandé à ce que l'ergonome et le médecin du travail donnent un avis sur le projet. Ceci a conduit à une refonte du projet afin qu'il se rapproche des préconisations et des principes de solutions initiaux.

Le médecin du travail indique « qu'en février 2009, il restait les problèmes techniques qui devaient être vus par le constructeur et le technicien. Le directeur de production et le chef d'atelier se sont rendus dans d'autres entreprises dans lesquelles le constructeur avait installé de telles machines (juste le bras articulé). Ce n'était pas sur le même secteur mais il y avait le même principe de multiplicité du support, à savoir de la caisse bois et du carton.

En mars 2009 les réponses au cahier des charges sont discutées par le responsable production et l'ergonome ; le bureau d'études souligne alors la difficulté à gérer les variabilités au niveau du déclouage (résistance des agrafes et du type de bois) ».

En mai 2009 l'ergonome, le responsable de production et le concepteur se réunissent pour approfondir la réflexion concernant les réponses techniques et organisationnelles apportées par l'entreprise et le concepteur technique. La commande est passée par la suite.

Le médecin du travail rappelle que « la décision a été prise fin de 3^{ème} trimestre 2009, il y a eu envoi à l'AGEFIPH du dossier définitif avec accord de l'entreprise. L'AGEFIPH a donné son accord, le conseiller est venu lors d'une réunion et on a finalisé le financement, tous les dossiers sont repartis, et la participation de l'AGEFIPH a été « avalisée ». Lors du dernier CHSCT du mois de décembre 2009, il nous a été dit qu'il y avait donc ce problème technique qui subsistait mais que normalement pour le début trimestre 2010 ça devait être mis en place. Les travaux devaient commencer pour l'implantation

physique, et en janvier j'ai appris que ce problème de préhension de la pince au niveau de l'extrémité du bras n'était toujours pas résolu, et toujours rien en place ».

Le projet est réellement mis en œuvre qu'en 2010. Une évaluation du projet et un suivi des transformations sont réalisés en juillet 2010.

4.2. Enjeux du projet

Pour le **responsable production** : *« Pour l'entreprise l'ouverture des caisses est une action importante car il s'agit de reconditionner les bouteilles, modifier les étiquettes pour répondre aux exigences de marchés particuliers en particulier à l'exportation. Avant le projet, il était difficile de donner ces tâches aux femmes compte tenu de la pénibilité ; alors que dans cet atelier de reconditionnement, elles étaient majoritaires. Dans les autres ateliers on avait à peu près moitié d'hommes et moitié de femmes. La spécificité de l'atelier reconditionnement est de ne pas avoir droit à l'erreur compte tenu du type de marché visé. Cela signifie une exigence en termes de dextérité et de précision »*

Pour le médecin du travail : *« La dimension stratégique de l'entreprise a été modifiée par le passage de voyants vert au rouge en termes de maintien à l'emploi. Du point de vue qualité, on ne peut pas se planter sur l'étiquette, si on se plante sur l'étiquette c'est le lot qui revient donc c'est vraiment une vitrine de l'entreprise et une activité surtout qui prenait de plus en plus d'importance avec du débit, de la pénibilité et une certaine cadence qu'il fallait tenir. Il y avait un nombre d'intérimaires croissant qui intervenaient sur ces postes là parce que les salariés ne pouvaient pas assurer les tâches qui étaient effectivement demandées dans cet atelier. C'était une activité quand même stratégique mais que l'entreprise délaissait et qu'elle gérait en mettant des gens en difficultés sans investir sur du matériel et en jouant sur du recours à l'intérim. Il y avait des soucis avec les intérimaires qui, quand ils recevaient des caisses, pouvaient les casser, et une caisse en bois, ça coûte des sous ! Cet atelier de reconditionnement manuel constituait un lieu où l'on pouvait essayer de ménager des espaces de « respiration », des marges de manœuvres. L'entreprise avait préalablement une certaine culture de maintien dans l'emploi. Sur cet atelier, on y mettait déjà des personnes « fatiguées », c'était un atelier vitrine qui commençait à prendre de l'importance mais où les conditions étaient délétères. Le DRH avait compris qu'il était nécessaire de changer les choses mais il était en difficulté pour convaincre sa direction générale ».*

L'ergonome, dans sa proposition d'intervention présentée en février 2007, rappelle les points suivants : *« Au niveau des lignes d'embouteillage et de l'atelier manuel, les nombreuses restrictions d'aptitudes, dont sont affectés certains salariés, et des niveaux de compétences inégaux, accentuent les difficultés du responsable du conditionnement pour affecter les opérateurs sur les différents postes de l'atelier. La polyvalence des opérateurs entre les différents postes ou lignes est faible ce qui limite la capacité d'adaptation de l'atelier aux variations de l'activité ».* Les objectifs du projet sont alors présentés comme suit : *« **Préserver l'intégrité physique des opérateurs, accroître les marges de manœuvre en matière de gestion du personnel** : reclassement, maintien dans l'emploi. Il devient difficile pour l'entreprise d'assurer la reconversion des salariés devenus inaptes à leur poste. Les seuls postes de reclassement envisageables car moins sollicitants sont dès aujourd'hui occupés par*

des personnes reconnues travailleurs handicapés et ayant bénéficié d'un aménagement de leur situation de travail ».

La demande de l'entreprise est caractérisée par les éléments suivants : « *Pour l'atelier de reconditionnement manuel, la direction de l'entreprise souhaite sur le moyen terme :*

- *Parvenir à la mise en œuvre d'actions pratiques et efficaces permettant de réduire les Arrêts de Travail et de prévenir les risques professionnels tels que les TMS.*
- *Développer des stratégies permettant aux salariés ayant des difficultés de trouver un poste adapté au sein même de la production.*
- *Accroître ses marges de manœuvres organisationnelles : la réduction de la pénibilité des postes, au travers d'aménagements techniques, peut permettre de les rendre accessibles à une partie de la population la plus large possible, et ainsi de s'orienter vers une évolution de l'organisation favorisant la polyvalence et la rotation des opérateurs sur les postes ».*

L'ergonome a alors proposé une démarche qui a associé le CHSCT et qui a mis en place des groupes de travail, tout au long du projet.

5. Présentation des résultats issus des entretiens

Dans cette partie, nous allons présenter les éléments clefs issus des entretiens menés avec les différents acteurs du projet. Nous rappelons que compte tenu du contexte, il n'a pas été possible de rencontrer les bénéficiaires du projet ni le DRH qui a quitté l'entreprise. Ceci est d'autant plus regrettable qu'il s'agissait d'un acteur central qui avait énormément cheminé et qui tentait d'articuler la logique RH et l'intervention ergonomique avec logiques technique et de productivité portées par le responsable production. De même, l'accès aux acteurs de l'entreprise a été rendu plus difficile après le rachat de celle-ci.

5.1. Quelle évaluation du projet ?

Une première discussion porte sur la perception des acteurs du projet en ce qui concerne son évaluation, une fois celui-ci achevé.

Pour le **médecin du travail MDT** : « *Du point de vue du médecin du travail, il y a une intégrale satisfaction. Sur le premier poste de préparation des échantillons aménagé dans le cadre de la première étude ergonomique moi j'ai une satisfaction car la salariée est tout à fait bien dans son poste de travail. Pour l'atelier de reconditionnement manuel que j'ai suivi sans participer aux réunions de pilotage, je fais systématiquement un tour en demandant un petit peu comment elles envisageaient de s'approprier la machine entre guillemets puisqu'elle ne l'avait pas vue. Elles l'ont vue arriver petit à petit par morceaux, elles ont d'abord vu arriver le convoyeur mobile donc elles l'ont placé, déplacé, organisé, sur le plan géographique. Puis elles ont vu arriver le bras qu'elles ont manipulé, puis ensuite elles ont vu arriver la décloueuse qui était vraiment le poste noir de cet atelier de déconditionnement. Elles ont participé au début avec énormément de retenue, et puis après elles se*

sont rendu compte que finalement la direction s'intéressait à la vie de tous les jours et la façon dont elles vivaient leur poste de travail. Elles ont pu exprimer leurs plaintes et leurs craintes en disant « Oui mais vous allez nous mettre une machine. Est-ce que la décloueuse, elle va vraiment marcher ? » Elles ont une autonomie relative, car elles peuvent faire une zone tampon, elles peuvent passer 2 ou 3 heures à déclouer et à ne pas travailler les bouteilles qu'elles ont déclouées. Elles ont vraiment pu s'exprimer sur leur travail et la façon dont elles le ressentaient, non pas seulement sur ce qu'elles faisaient, mais sur la façon dont elles le ressentaient et dont elles ressentaient la pression et l'angoisse d'avoir quelque chose qui pouvait quelque part ne pas les satisfaire dans l'intégralité. Cela les a amenées aussi à réfléchir à la façon dont elles travaillaient, et ça c'est extrêmement important parce que jamais elles ne s'étaient posé la question de comment elles travaillaient, des conséquences que pouvait avoir une irrégularité dans leur travail, une irrégularité pour ne pas dire faute ou erreur et ça on leur avait jamais dit, bien qu'elles se soient rendu compte qu'au fur et à mesure cet atelier manuel avait de plus en plus d'activités ».

Le médecin du travail *« Au début elles bourraient au maximum le matin parce qu'elles étaient bien et puis en fin de journée elles étaient hachées donc la fin de l'après midi c'était vraiment à savoir quand est ce qu'on s'en va. Je pense que là ça va peut-être lisser l'activité. Elles vont chercher les palettes, elles se les positionnent, elles les déconditionnent, elles les reconditionnent et elles les remettent à la sortie donc on leur dit pas « aujourd'hui vous avez tant de palettes à voir », elles s'auto gèrent. Mais quand elles en ont partout on comprend qu'elles se mettent la pression pour vider un petit peu autour. Et puis elles ont des ordres de fabrication qui veulent que telle palette elle doit être faite pour tant. Donc elles ont quand même un impératif de temps, mais elles n'ont pas de cadence imposée puisque il n'y a pas une chaîne qui va les alimenter en carton ou en caisse. Chacune prend sa caisse, elle la monte sur sa table, elle la défait, elle met la contre-étiquette, elle referme sa caisse, elle refait sa palette et puis elle ressort sa palette de l'autre côté. En tant que médecin du travail, je vais avoir des indicateurs lors des visites médicales. Elles vont me dire « on a fait 50 palettes et ça s'est bien passé » au lieu de me dire « on a fait 25 palettes on en peut plus, hier soir je n'ai pas dormi, j'ai dû reprendre 3 Profénil, j'ai fait 15 séances de kiné ». Donc moi je vais avoir des indicateurs je dirais de satisfaction subjective par leur ressenti, par l'expression de leur pathologie sous jacente ou présente. Au niveau des salariés puis au niveau de l'encadrement, s'il y a effectivement de l'absentéisme ou pas donc tout ça ».*

Pour le **Responsable production** : *Aujourd'hui 90% des caisses sont déclouées à l'aide de la décloueuse. En instantané, il y a une perte de temps par rapport à un déclouage manuel. Mais sur la journée, ceci est compensé par le fait que les gens sont moins fatigués ».*

Pour l'**Ergonome** : *« Lors de la dernière visite d'évaluation des aménagements, la ligne était tenue par des intérimaires et non par les personnes concernées au départ ! Il reste des problèmes techniques liés aux variabilités, par exemple du bois trop tendre qui s'arrache ou bien des types d'agrafes qui restent fixées dans le bois et qu'il faut sortir à la main ». A partir de son expérience, il considère que ce projet n'est pas le plus réussi de sa carrière, même si le dispositif technique fonctionne et qu'il reste certaines marges de manœuvre au niveau des postes. Il en a mené d'autres dans des contextes proches, qui ont débouché sur des transformations plus importantes et plus pertinentes. Il semble que le conflit avec le chef d'atelier ait pesé beaucoup dans cette réussite mitigée. L'ergonome indique ne pas avoir pu accompagner convenablement l'entreprise dans la phase de conception compte tenu de son désaccord sur l'orientation prise par le responsable de production de tout automatiser l'atelier...et de son retrait momentané du projet.*

Il regrette le départ du DRH qui, avec le temps s'était saisi de l'intérêt d'une approche globale des TMS qui intègre des aspects techniques, organisationnels, de gestions des ressources humaines et de formation.... A l'issue de cette intervention, le DRH avait souhaité que l'ergonome mène une étude ergonomique sur l'ensemble des lignes d'embouteillage...

5.2. Rôle des différents acteurs

Dans cette partie, nous allons tenter de discuter du rôle joué par les différents acteurs du projet.

5.2.1. Le rôle du médecin du travail

Le médecin du travail a joué un rôle important, en particulier au niveau de la formulation des premières alertes en termes de TMS. Elle reconnaît un style un peu particulier, dû à ses pratiques précédentes.

Le médecin du travail : *« Moi je suis libérale au fond de l'âme, j'ai fait 15 ans de médecine générale et de médecin pompiers. Après moi je suis arrivée dans la prévention avec un cheminement assez particulier, c'est ma personnalité. Je suis médecin urgentiste encore. Je suis aussi rédacteur donc journaliste, je vais chercher un petit peu au fond des choses, et médecin du travail et toxicologue. Donc j'ai quand même plusieurs entrées je dirais dans ma façon d'aborder l'entreprise, d'aborder les gens, d'aborder les salariés. Je sais plein de choses qu'ils ne savent pas que je sais puisque je fais de l'expertise médicale. Mais quand je dis quelque chose, je sais comment je vais arriver à quelque chose. J'ai, je crois, suffisamment de cordes à mon arc pour pouvoir arriver à être convaincante et puis pour pouvoir en remettre une couche avec des arguments. Je n'obtiens pas toujours ce que je veux, la preuve, le risque psychosocial, je vais m'y atteler à tous les CHSCT. Mais petit à petit, je construis mon petit château de sable. Puis, à un moment donné, je rouvre le sac et je dis voilà vous avez été prévenu là, prévenu là, prévenu là, moi je n'ai pas laissé faire comme ça, j'ai fait ci, j'ai fait ci, j'ai fait ça parce que j'étais dans le droit et dans le devoir de faire, maintenant c'est à vous de prendre vos responsabilités. Vous êtes devant le fait accompli ».*

Le médecin du travail : *« En 2006, il y a eu une recrudescence de TMS, avec une moyenne d'âge de 47 ans. Cela a été présenté à la direction. Pour ce qui concerne le poste de déboilage, la salariée était cassée, elle avait 25 ans d'expérience et elle traitait 3000 bouteilles jours avec des boîtes en bois, des bouteilles sans étiquette. Elle reprenait les étiquettes et mettait des contre-étiquettes par 14 °c et sans gant. Avec 3000 bouteilles jour, on ne dépassait pas le poids maximal dans les normes, « Ils ne sont pas des négriers », donc il faut jouer sur autre chose que la cadence. On était dans la phase ascendante de l'export. Le CHSCT était très vindicatif. Il y avait des atteintes à l'intégrité physique avec une désorganisation des équipes. Quand un salarié arrivait avec des restrictions, on lui disait « Tu rentres chez toi ». L'entreprise gérait comme elle pouvait. Je suis arrivé en disant : « le clignotant est passé de l'orange au rouge ». Ils allaient dans le mur. Il y a eu l'alerte du CHSCT. Le responsable expédition était le président du CHSCT, il pouvait avoir un discours très cassant. Ils ont toujours été dans une démarche d'amélioration mais très bio mécanique. Un travail c'est un poids, non, mais il y a aussi des déplacements. Le médecin du travail, il est conseiller de l'entreprise et des salariés, mais ce rôle de conseiller ce n'est pas le bon dieu, ce n'est pas non plus la cinquième roue de la charrette. Les salariés venaient chercher une réassurance. Un projet c'est fragile, par exemple dans le cas du projet de la décloueuse dans l'atelier de reconditionnement, la solution qui a été*

développée est souvent utilisée par d'autres opérateurs et parfois pas par les personnes en grande difficulté qui devaient en être les bénéficiaires ! »

La perception de l'action du médecin du travail

L'action du **médecin du travail** peut susciter des craintes de la part de la direction mais aussi de la part de l'entreprise : *« Mon rôle ce n'est pas de vider la boîte ! si j'applique le raisonnement bête du médecin du travail alors je vide la moitié de la boîte ! Il faut que l'on arrive à travailler ensemble. Il faut un diagnostic et un pronostic avec aussi des choses possibles à faire. Pendant un an les personnes avaient des craintes que l'entreprise les casse et les licencie. Cela ne correspondait pas à la réalité mais il y avait des craintes fortes. Il y a encore des problèmes de communication entre le CHSCT et les salariés. Il y a des salariées qui relèvent de la reconnaissance d'handicap mais elles s'opposent à être reconnue TH de peur d'être licenciée. Il y a un cas d'une salariée qui a un gros problème de scoliose, elle a eu une restriction, poste sans port de charge. La salariée a eu l'impression que l'entreprise l'avait mise dehors ! Il faut faire attention aux interprétations par les salariés d'une phrase et des conséquences perçues au sein de l'organisation. Les salariées qui étaient reconnues travailleurs handicapés, je les ai incitées à déclarer à l'employeur leur statut de travailleur handicapé pour qu'il puisse y avoir une remontée et une ouverture de dossier auprès de l'AGEFIPH. Par la suite le projet a été transmis à l'AGEFIPH, qui a ensuite donné son aval pour le financement ou la participation au financement. Il est parfois difficile de se positionner même pour le médecin du travail qui peut être perçu comme le méchant ».*

La formalisation d'indicateurs

Le médecin du travail a contribué à formaliser des indicateurs portant sur les TMS : *« Mais je crois que c'est un petit peu la même démarche qu'on a en TMS, qu'on a en ergo, c'est le même raisonnement qui s'applique la méthodologie de travail, le groupe de pilotage, la recherche d'indicateurs propres à l'entreprise, et moi ce que je leur ai demandé, c'est d'élaborer leur propres indicateurs et non pas d'aller chercher des indicateurs généraux, standards dans lesquels les gens ne se reconnaîtront pas. Il est aussi important d'impliquer les gens dans la définition de ces indicateurs comme ils l'ont fait quand ils ont défini les indicateurs délétères au niveau des différents ateliers. Mais c'est en lien avec leur Document unique aussi, si ils ont bien faits leur document unique ils auront aucune difficulté à faire cela, mais s'ils ont un document unique pondu par un cabinet extérieur ils ne savent pas de quoi ils parlent.*

5.2.2. Le rôle du conseiller de l'AGEFIPH

Nous allons présenter le rôle du conseiller de l'AGEFIPH qui a été essentiel dans le projet. En effet, sans financement par l'AGEFIPH les deux projets n'auraient pas vu le jour. De plus, le conseiller a contribué à arbitrer indirectement les orientations du projet lors du conflit entre le chef d'atelier et l'ergonome.

Evaluation des capacités de l'entreprise à se réapproprier la démarche

Conseiller AGEFIPH : « On est obligé de dimensionner notre apport en fonction entre guillemets du retour sur investissement. Aussi bonnes soient les intentions, aussi grands soient les financements, si cela ne s'inscrit pas dans une vraie compréhension des enjeux par l'entreprise et dans une vraie capacité à prendre en charge, à faire sienne les démarches qu'on lui propose, il n'y a pas une pérennité d'action alors nous on y va pas. Même si il y a des besoins, même s'il y a des cas individuels si on sait que l'on met des rustines et puis dès qu'on est parti c'est pire alors ce n'est pas possible. Nous avons une obligation de doser l'effort en fonction des traces qui sont laissées et qui peuvent ensuite perdurer et être internalisées en termes de compétences, d'approches, de sensibilités dans les entreprises. Donc là, c'est le pari qu'on avait fait, alors encore une fois assez peu scientifiquement, cela se voit à des détails ça se voit à des réflexions ».

Financement du projet

Le conseiller AGEFIPH : « Il y a le financement intégral du premier projet pour le poste individuel et ensuite pour l'étude on est arrivé à 60%. On a demandé déjà un élargissement pour essayer de lever le voile et avoir cet effet levier. C'est vrai que dans la première proposition de l'ergonome, il avait compté 8 jours d'investigation sur la zone. On s'est dit, non, on va en profiter, on va aller plus loin pour l'aider l'entreprise à sa prise de conscience, et puis en plus on va lui demander de financer. Donc voilà l'importance de l'implication des acteurs. On ne va pas essayer de faire leur bonheur malgré eux, mais en tout cas les aider à cette prise de conscience, donc de 8 jours on est passé à 12 v. On a fait 50/50, c'est un deal honnête et pour nous et pour eux, on sort de la posture « on vous paye tout, ne vous inquiétez pas », où c'est totalement désimpliquant au possible. On leur demande de se responsabiliser financièrement, on leur a dit attendez il y a quand même une responsabilité importante de l'entreprise au niveau de conditions de travail acceptables. C'est un secteur en pleine augmentation vous devez avoir un minimum d'effort dans le dispositif mis à disposition des salariés et ils ont été financeurs majoritaires à 60%. Mais je ressors le dossier et je m'aperçois que l'entreprise ne nous a même pas demandé l'argent pour l'instant, cela fait plus d'un an et ils ne l'ont pas touché. Ils vont le toucher, on va le régulariser, mais voilà, on s'aperçoit que la fonction de financement pur, elle a ses limites aussi quelque part, et que quand l'entreprise a réellement compris à quoi ça servait elle s'aperçoit qu'elle y gagne. Voilà donc on est toujours très vigilants à ce qu'il y ait cette association. On va parler de handicap mais aussi on va parler d'âge, de conditions de travail de tout ce qui ne va pas dans l'entreprise. On va restaurer quelque part, une situation de dialogue possible avec des interlocuteurs qui sont des ressources malgré tout parce qu'ils ont normalement des zones de convergences au niveau de la gestion de l'entreprise. C'est pour ça qu'on avance lentement, parce que pour réunir tout ça c'est quand même sacrément compliqué alors des fois on se trompe. Ce projet est représentatif des difficultés rencontrées et met en exergue la fragilité du dispositif. Il est important de restaurer le lien avec le médecin du travail et de le présenter comme une ressource, même s'il est souvent décrié par l'entreprise car perçu comme une contrainte ».

Arbitrage des orientations du projet

Dans la phase du projet où, le chef d'atelier avait saisi l'opportunité du projet pour redimensionner le périmètre de l'automatisation, il y a eu un arbitrage de l'AGEFIPH. Cet arbitrage s'est basé sur le rapport de l'ergonome.

Le conseiller AGEFIPH : « *J'ai dit, je ne finance pas ce que vous avez demandé, je n'ai strictement aucune visibilité sur la pertinence de ce que vous proposez. J'ai obligé une pseudo réconciliation, c'est-à-dire j'ai demandé à ce que le projet soit instruit par nous et qu'il y ait un avis critique de l'ergonome qui avait mené l'étude, et bien évidemment la validation du médecin du travail. Il s'agissait de vérifier la pertinence attendue des aménagements au regard des restrictions des personnes. L'ergonome est arrivé non sans mal à réamorcer l'échange, à retravailler sur les modifications* ».

5.2.3. Le rôle de l'ergonome

L'ergonome a joué un rôle crucial dans le déroulement du projet. Tout d'abord il a été impliqué dans la première étude, à une période où le médecin du travail avec qui nous avons collaboré n'était pas encore présent. Il a donc acquis une bonne connaissance des acteurs de l'entreprise et des pratiques en gestion du personnel ou de projets de l'entreprise. Son action s'est déroulée sur près de 4 ans, entre mars 2006 et juillet 2010. Il faut noter que c'est un ergonome généraliste qui a aussi développé une pratique de l'ergonomie spécifique en termes de handicap. Il a été amené à travailler au niveau national sur ces questions. Il faut rappeler aussi que c'est le premier ergonome français ayant soutenu un mémoire de DEA sur la problématique des TMS. Autant parfois les ergonomes sont perçus comme arrogants par les acteurs des projets, autant cet ergonome a cultivé un style modeste, très à l'écoute sans lâcher sur les questions éthiques ou déontologiques. On peut penser que dans les cas du conflit avec le chef d'atelier, un style plus agressif aurait conduit à l'arrêt de la mission.

L'ergonome : « *Lors des premières rencontres avec les acteurs de l'entreprise, l'objectif était de faire prendre conscience que pour aborder la question des TMS, il fallait s'inscrire dans une approche globale. L'idée de sortir d'un cas individuel, ce n'était pas évident, car pour l'entreprise la première personne était un cas très problématique. Il y avait un jugement très dur sur elle. Il ne s'agissait pas d'un simple maintien dans l'emploi au sens strict. En tenant bon, j'ai pu montrer que l'on pouvait aboutir, j'ai ainsi gagné de la confiance. Le secrétaire du CHSCT a bien compris comment on pouvait aborder les problèmes dans l'entreprise, il a joué un rôle important.*

Du côté des salariées de l'atelier de reconditionnement, les difficultés et l'échec temporaire dans le reclassement de la personne visée par la première étude (lié au retour inattendu de la personne titulaire du poste après un long arrêt maladie) a suscité une certaine réticence pour adhérer au projet. Certaines personnes qui pouvaient faire une demande de reconnaissance « travailleur handicapé » disaient cela risque au contraire de nous cibler comme la collègue bénéficiaire de la première étude (qui était en voie de désinsertion), nous stigmatiser, vous savez ici on a le 13^{ème} mois, on nous offre du vin, et nous ne connaissons que ça, qu'est ce que vous voulez qu'on fasse dans la région, on est bonnes à rien ».

Un échange avec le Directeur des Ressources Humaines a permis de lui faire prendre conscience des conséquences désastreuses d'une exclusion de la salariée bénéficiaire de la première étude ergonomique (mais qui n'avait pas profité du reclassement et des aménagements mis en œuvre compte tenu du retour inattendu sur le poste d'une collègue), pour la dynamique de notre projet et en terme de climat social...

Il souligne : « C'est moi qui ai proposé de mettre en œuvre les groupes de travail, que j'animais avec l'adjoint du chef d'atelier. Sa composition a permis de réelles discussions sans censure sur le travail des opératrices et ensuite de travailler et de proposer des pistes d'aménagements en étant vigilants à ne pas susciter de faux espoirs, ce qui en matière de TMS aurait eu un effet terrible. Nous avons étudié la faisabilité d'un aménagement de la situation avant la restitution du diagnostic qui objectivait

des conditions de travail très difficiles. La référence aux normes servait simplement à donner des repères et à faire prendre conscience de la gravité de la situation. Cela a permis une réelle prise de conscience du côté de la DRH qui dans le même temps entrevoyait « les solutions ». A l'inverse cela a été le début de relations difficiles avec le responsable de production....

Au début, j'ai animé normalement des petits groupes de travail, sauf qu'après la restitution du diagnostic, le chef d'atelier a dit qu'il n'en avait plus besoin. Mais c'était la guéguerre, même si j'étais soutenu par le DRH. Je ne me situe pas du tout dans la démarche habituelle parce que le chef d'atelier m'avait court-circuité dans le travail avec les concepteurs. Je ne pouvais pas cautionner n'importe quoi, je ne pouvais pas valider un projet d'aménagement en aveugle, car j'estime qu'il s'agit de ma responsabilité en tant qu'intervenant. On ne peut pas faire financer à l'AGEFIPH un projet qui sort de sa mission. Le projet à 200 000 euros, il n'y avait qu'un opérateur mais qui en théorie pilotait la ligne mais plus aucune personne visée par l'étude...

Pour le responsable de production, il allait y mettre des intérimaires et les personnes concernées avaient disparu. Cela pouvait être considéré comme un investissement détourné.

Le gars qui se pétaait les poignets à longueur de journée, qui déclouait au burin toute la journée, bon c'était un intérimaire. Cela me paraissait important en agglomérant les différentes tâches d'éviter qu'un intérimaire se bousille la santé. Alors que dans la logique de l'entreprise, il suffit de prendre 2 mois après un autre intérimaire. Le projet qui était financé devait toucher le public bénéficiaire, au sens large, y compris les personnes qui sont sur les lignes de production et qui sont en difficultés temporairement, pour qu'elles puissent « se refaire la santé ». Par la suite après l'intervention du conseiller AGEFIPH et du DRH, le responsable de production a travaillé (seul) sur un projet plus conforme. Au final, j'ai dû provoquer une réunion avec le concepteur et le chef d'atelier pour poser certaines questions et enrichir le cahier des charges sur la base d'activités réelles, de gestion des incidents ».

5.2.4. Le rôle du DRH

Le DRH a joué un rôle clef dans le premier et le deuxième projet. De l'avis de tous les acteurs, c'est une personne qui a été attentive à la démarche mise en place. Il semble que cette personne ait cheminé tout au long des interventions et que ses représentations des problèmes rencontrés par l'entreprise comme du rôle de l'ergonomie se soient transformées.

Le médecin du travail : « *La prise de conscience du DRH, elle s'est faite à partir du premier projet. Grâce à sa volonté et son ouverture d'esprit, il a été incontournable. Il a été le chef d'orchestre au niveau de l'entreprise, en imposant ou en invalidant les propositions qui étaient faites ».*

Pour l'ergonome : « *Le DRH a beaucoup cheminé. On a eu de longues discussions et petit à petit, il a perçu l'intérêt de l'approche ergonomique par rapport à la question du vieillissement, à la formation et aux investissements en intégrant le facteur humain en amont, pour anticiper».*

Conseiller AGEFIPH : « *Il était sensibilisé au fait que comme on dit le problème est ailleurs. Malgré le côté un peu vitrine d'un certain nombre d'aménagements ultra technologiques qui avaient pu être effectués dans l'entreprise, le DRH n'avait pas été au bout de la démarche. Pour autant, il était en tant que DRH bien en mal de convaincre la direction générale sur la nécessité de prendre un peu le problème davantage à la racine. Il était nécessaire d'envisager des actions correctives plus prononcées que celles qui relevaient simplement de l'investissement pour l'automatisation. Donc il a eu son jeu d'acteur à lui. Il fallait lui apporter des éléments de négociations, des arguments pour aider l'entreprise à aller plus loin dans cette démarche. Il a été facilitant en disant « effectivement le problème il est partout », c'est ce qu'il a dit, il aurait pu très bien émettre la volonté de se faire, entre*

guillemets, financer une étude générale sur toute l'entreprise. Il savait que le décideur, c'est le chef d'entreprise. Il fallait y aller progressivement, par paliers, apporter la preuve qu'une autre organisation est possible, qu'une autre approche est possible. C'était pour lui un capital, un joker de plus qu'il aurait dans sa manche pour prolonger, pour inscrire cette démarche dans la progression et dans la durée. Donc c'est lui-même qui a dimensionné l'étude, on a fait ce deal en disant bon on sait qu'il faut aller partout, mais si on y va, ça n'apportera rien car au contraire on va effrayer tout le monde».

Le secrétaire du CHSCT : *« L'ancien DRH avait une réelle volonté de faire avancer les choses, mais il était bridé. Aujourd'hui, je n'ai plus d'interlocuteur, c'est le DG qui tranche sur tous les dossiers. Je crois au dialogue social mais avec le nouveau groupe on va au clash. Les salariés ont peur de la direction, les jeunes ont peur de perdre leur emploi ».*

5.2.5. Le rôle du CHSCT

Comme le rappelle le secrétaire du CHSCT, bien que l'entreprise ait un style de management qualifié « à l'ancienne », le CHSCT a des marges de manœuvre et son secrétaire dit avoir les coudées franches. Il semble que le CHSCT soit un lieu de « respiration sociale » et un baromètre des tensions sociales. Le secrétaire du CHSCT est au départ un opérateur de maintenance qui travaillait en poste. Il s'est investi dans la vie syndicale en tant que DP et secrétaire du CHSCT. Il bénéficie de 55 heures de délégation mensuelles. Il a récemment passé un DUT de gestion des entreprises en formation continue. Il a une lecture de la santé économique de l'entreprise : *« il ne faut pas oublier que nous avons fait + 34% de CA à l'export avec une baisse des charges salariales et une baisse de l'effectif ».*

Le CHSCT a joué un rôle important dans l'aménagement du premier poste, y compris en terme de soutien à la salariée qui était partie en longue maladie. Il a aussi relayé les alertes du médecin du travail.

Pour **le médecin du travail** : *« C'est quand même un lieu de contre pouvoir mais aussi c'est un lieu de discussion, parce qu'on n'est pas tous d'accord en sortant du CHSCT, les solutions ne sont pas trouvées, c'est une instance qui vit ».*

Le secrétaire du CHSCT reconnaît que : *« dans le projet qui nous intéresse, il y a eu un conflit majeur entre le responsable production et l'ergonome. Mais le CHSCT n'a pas pris la mesure de ce conflit. Le responsable production a dû être froissé et a fait remonter cela au niveau de la hiérarchie. Mais l'ergonome a fait son travail. Si cela était à refaire, l'importance serait de mieux assurer le suivi du projet ». Il n'y a donc pas eu d'accompagnement « normal » avec les personnes du groupe de travail, il n'a pas été possible d'aller au-delà du diagnostic et des premiers principes de solution, il aurait fallu aller plus loin, faire des simulations, établir des scénarios »...*

Il semble donc que le CHSCT a joué un rôle au début des deux projets, puis ponctuellement lors des réunions de restitution. Il a été peu présent dans les arbitrages du deuxième projet. Ceci peut s'expliquer par un congé formation obtenu par le secrétaire CHSCT.

5.3. Des éléments sur la pratique de la médecine du travail

Dans cette partie, nous allons présenter des éléments de discussion portant sur la pratique du médecin du travail.

5.3.1. Positionnement du médecin du travail

La question de l'indépendance du médecin du travail est soulevée dans le cadre de ce projet.

Le médecin du travail : « *On a une déontologie, on n'est pas là à la botte de l'employeur et c'est pour cela notre indépendance je crois qu'il faut qu'on la garde et c'est ce qui nous permet de pouvoir avancer en confiance tant du côté des employeurs que du côté des salariés. Dans le cas des TMS, c'est quand même complètement subjectif du côté du salarié. Quand on appuie là, ce n'est pas un clignotant rouge qui s'allume. C'est le patient qui dit « tiens je vais lui dire que j'ai mal » ou alors effectivement le réflexe, il a mal et parfois on le fait, on appuie ça bouge pas, « aïe » ça fait mal ou ça fait pas mal ? Donc on a une relation de confiance qui s'instaure, on a quand même une relation médecin/ malade. Et on sait par derrière tout ce que cela impose, je dirais d'avantages sociaux. Et c'est l'épée de Damoclès qu'on a au dessus de la tête. Mais ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas qu'on s'en occupe. C'est qu'on doit rester extrêmement vigilant, ne pas partir dans l'effet inverse où on a l'employeur qui va nous dire « oui mais de toute façon pendant le week-end il fait sa maison. Ou bien, je l'ai vu il est parti ce week-end au ski et maintenant il a mal aux genoux, au dos il a mal partout et donc ce n'est pas le boulot qui lui fait mal, même si effectivement sur le poste de travail il y a des améliorations à apporter aussi. Mais ça, c'est notre de vie de médecin, je dirais de tous les jours, ce n'est pas une science exacte. On a affaire à des individus et pas à des machines et puis voilà. Et puis on peut se faire berner, on se fait berner, on n'est pas à l'abri de ça non plus.*

Il a été rapporté que le médecin du travail s'était fait « remettre en place » car elle observait une salariée sur un poste d'étiqueteuse. Un responsable n'avait pas accepté que le médecin du travail soit laissée seule sur les lignes.

Médecin du travail : « *J'estime faire ce qu'il faut faire, j'ai un fond de générosité et d'urgentiste, on est médecin avant tout ! Ce que j'apprends en dehors, je le réinvestis dans la prévention, je peux très bien dire quoi à qui ! J'estime n'avoir de compte à ne rendre à personne ! Il ne faut pas amener les gens au casse pipe, cela passe par de la discussion, il faut savoir évaluer ce que les gens ont compris de ce que l'on vient de dire ! Quelqu'un qui a mal à l'épaule, il faut être capable de dire dans 5 ans vous ne pourrez plus travailler ! Ce sont des compétences d'intervenants. Pour moi c'est aberrant qu'un médecin qui n'est pas passé par la pathologie, on ne peut pas exercer la médecine du travail ainsi ! Il faut intégrer ce que l'on a vécu. On a à apprendre des différents interlocuteurs ».*

5.3.2. Spécificité de la problématique du handicap et de l'inaptitude

Le médecin du travail souligne que : « *Quand on a une problématique handicap, alors on va vers une prise en charge AGEFIPH. Il ne faut jamais mettre « inapte » mais « apte avec aménagement de poste », c'est très stratégique, car cela ouvre à la discussion, sinon on va vers le licenciement. C'est là l'occasion de faire des analyses de poste avec les salariés et le chef d'atelier ou le directeur technique. On peut réfléchir à ce que l'on peut faire sans faire la révolution, en laissant le chef d'entreprise maître du projet. En tant que médecin on est dans l'analyse de la demande en permanence. Il ne faut jamais dire « il faut » mais plutôt « on a un problème » !*

5.3.3. La visite médicale

Dans le cadre de cette étude, la visite médicale n'a pas été observée, contrairement à ce que d'autres collègues ont pu faire. Cette question n'a été abordée qu'à partir des entretiens.

Le médecin du travail : « *L'examen médical, quand on les connaît, ça va très vite. La première fois où on le fait, cela peut prendre un peu de temps mais à l'arrivée, on a des manœuvres spécifiques pour chaque localisation de troubles, ça va très vite et après on extrait des chiffres. J'ai mon examen clinique type pour chaque poste de travail. De toute façon, systématiquement sur tous ceux qui sont en poste assis ce sont des douleurs dans le cou, dans les épaules, dans les coudes ou dans les poignets. Ils me disent non, ils me disent oui j'ai eu mal, donc là s'ils ont eu mal, est ce que aujourd'hui vous avez mal quand je fais l'examen clinique ? Je vais aller mettre le doigt dessus du coude, de l'épaule, du dos. Quand on a l'habitude ça va très vite. Le Reno par exemple, on ne va pas demander à une secrétaire si elle a un syndrome de Reno. On va demander cela à celui qui va être sur la machine qui vibre, quand il met ses étiquettes. La secrétaire peut avoir un Reno mais complètement indépendant de sa pathologie professionnelle. En suite, on met en accord notre questionnaire avec le poste de travail. On peut très bien avoir quelqu'un qui s'est pété l'épaule en allant faire du ski et effectivement jusqu'à présent il n'a jamais eu de problème et voilà. Quelqu'un qui joue au squash, il est extrêmement difficile de dire si l'épicondylite, elle est en rapport direct avec un poste de travail. Pour une sollicitation, si la personne n'est pas au froid, elle n'a pas de cadence imposée à son poste de travail, on peut dédouaner le poste professionnel dans l'apparition de la pathologie. On se pose toujours la question : est ce que si on fait la déclaration de maladie professionnelle on va l'accorder ou l'on ne va pas l'accorder ? En plus je suis en train de faire le DU de réparation juridique en tant que médecin expert, donc c'est vrai, on a cet œil je dirai de objectif tant pour le salarié que pour l'employeur. J'ai un principe de travailler avec les médecins généralistes, souvent j'appelle en présence du salarié, je demande l'avis du confrère et on propose des améliorations possibles ! C'est très facile. J'ai souvent du retard car les consultations peuvent durer plus longtemps que prévu ».*

5.3.4. Usage des données chiffrées

Le médecin du travail rappelle que : « *dans une entreprise, Il est important de ne pas travailler qu'avec des chiffres, parce que là c'est pareil on peut faire dire n'importe quoi à des chiffres. Par exemple, j'ai jeté un pavé dans la mare avec les RPS, on me dit mais est ce que vous pouvez me*

donner un pourcentage de gens qui ne vont pas bien dans l'entreprise ? Je dis non, moi j'ai des clignotants qui s'allument un petit peu partout comme j'avais des clignotants qui s'allumaient un petit peu partout pour les TMS. Je peux dire « si je vous dis qu'il y a 30% de gens qui ne vont pas bien, et si je vous dis dans une entreprise il y a 2% de gens qui ne vont pas bien mais il y en a un qui s'est suicidé, dans quelle entreprise on a fait le meilleur travail ? » Les entreprises, elles raisonnent encore avec ce % parce que ça veut dire % en numéraire, ça veut dire % en absentéisme, ça veut dire % en cotisations. Moi ce que je leur réponds, c'est que l'individu, je m'en occupe moi, le collectif c'est vous qui vous en occupez. Ils me répondent « oui mais à ce moment là il faut faire quelque chose en urgence docteur » et je leur dis attendez l'urgence, c'est moi, qui la gère ce n'est pas vous. C'est je vous demande de prendre en charge, si je veux qu'on en parle c'est parce que justement au niveau du collectif, il y a des choses à faire pour que moi je n'aie pas à prendre l'urgence en charge. Les chiffres, je les restitue à l'entreprise en pourcentage anonyme. Je restitue à l'entreprise tant de % de présence de troubles musculo squelettique ou de pathologies, comme ça avec une variation dans l'incidence, une augmentation d'incidence ou alors une variation dans l'aggravation, moi j'ai ces 2 indicateurs. Les chiffres on peut leur faire dire ce qu'on veut, moi ce qui m'intéresse, c'est ça, c'est que dans le pôle des 45% des personnes atteintes, ce sont toujours les mêmes, ou bien dans mes 45% j'en ai 40 qui se sont aggravés si j'en ai que 25 avec certains qui se sont améliorés ».

« Je suis en train de m'interroger sur des indicateurs que je pourrais mettre en place. Je suis pratiquante du SALSA, pour lequel j'ai été formée. Cela me permet donc d'avoir un suivi, de voir par l'intermédiaire de SALSA les pathologies de mes salariés. J'ai un questionnaire SALSA général sur l'entreprise mais je vais le focaliser sur les personnes qui vont être affectées à cet atelier. Mais il faut que je prenne en compte qu'il y a de plus en plus de personnes qui vont y être y affectées puisque cet atelier est mis en fonctionnement quand il y a une chaîne qui ne fonctionne pas. De même, cet atelier est vidé de ses salariés quand il y a une surcharge de travail sur les lignes, mais que tous les salariés de cet atelier ne sont pas capables d'aller sur ces lignes. Et donc là, je vais voir si les pathologies j'arrive à les contenir, pas à les guérir, mais à les contenir, à éviter leur aggravation, voir si j'en ai qui se développent encore malgré la mise en place de cet atelier ».

Usage des outils informatiques

Le médecin du travail souligne : *« qu'elle aurait souhaité mettre les données sur le logiciel Stéto, pour pouvoir aller chercher un onglet et mettre les statistiques mais visiblement il y a trop de boulot là. Pendant la visite, je passe un questionnaire, cela va très vite une fois qu'on y est habitué. On passe en revue les TMS, par exemple pour la cervicalgie si elle est présente, est ce qu'elle est symptomatique ? C'est-à-dire est ce qu'elle est présente plus d'une semaine par mois et plus de 3 mois dans l'année ? C'est la définition médicale, et est-ce qu'au jour d'aujourd'hui la douleur est là ?*

5.3.5. Usage des normes

Les normes en matière de manutention de charges ont été utilisées dans le cadre du projet.

Le médecin du travail : *« L'ergonome a fait une étude très intéressante au niveau de la manutention des bouteilles. Heureusement on était dans les clous donc quelque part ça a été un point positif pour nous aussi pour dire à l'entreprise « vous ne dépassez pas les normes physiologiques demandées à un*

travailleur. Mais malgré cela vous les cassez ! » Cela nous a permis de ne pas mettre en défaut l'entreprise. On ne les montrait pas du doigt, « de leur point de vue et à partir des normes, ils ne mettaient pas leurs salariés en danger ». Ils présentaient quand même des pathologies qui se développaient malgré cela. C'était encore un petit peu plus d'eau à notre moulin qui était amené, dans le sens où il n'y avait pas que le biomécanique qui entrainait, pas que les charges et la répétitivité des charges qui entraient en jeu, qu'il y avait de l'organisationnel, qu'il y avait du psy, qu'il y avait de la communication, qu'il y avait de la relation, qu'il y avait un petit peu tout ça qui rentrait en jeu. J'ai été aidé dans le discours par ma formation en ergonomie, j'ai pu leur parler avec des mots qu'ils comprenaient, j'ai pu traduire le langage de l'ergonome. L'ergonome et le chef d'atelier n'ont peut être pas parfois parlé le même langage tous les deux et c'est pour ça que ce n'est pas très bien passé au début ».

L'ergonome : *« la référence aux normes servait simplement à donner des repères et à faire prendre conscience de la gravité de la situation. Il s'agissait de normes de manutention pour des personnes en bonne santé. Cela a permis une réelle prise de conscience du côté de la DRH, elle percevait au travers de notre objectivation de la situation l'ampleur des contraintes, leurs répercussions à moyen terme, leur coûts pour l'entreprise mais en même temps de la possibilité d'y remédier... suite à ce diagnostic le DRH a souhaité poursuivre le projet.*

A l'inverse cela a été le début de relations difficiles avec le responsable de production...qui pour moi était dans un déni complet de la réalité des conditions de travail de ses opératrices, alors qu'il disposait lui de l'ensemble des données quantitatives sur le tonnage manutentionné ».

5.4. La pluridisciplinarité

Le médecin du travail, l'ergonome et le conseiller AGEFIPH sont parties prenantes de la pluridisciplinarité. Mais nous allons voir qu'au-delà des bonnes volontés, sa mise en œuvre a été plus complexe à mettre en œuvre.

Pour **le médecin du travail** : *« Il y a des médecins qui ont l'habitude de travailler seuls, ils peuvent être en difficultés dans des collectifs. Certains médecins veulent tout savoir sur ce que vont faire les IPRP. Dans l'entreprise, les gens sont dans le court terme, nous on est dans du thérapeutique, pas dans de la prévention ! Nous sommes des médecins de prévention mais le DES n'est pas aidant pour agir sur la prévention. On a été plus préparés sur les aspects réglementation. Quand je suis dans une entreprise, je pense bon sens, lorsque j'arrive à la ligne jaune de ce que je peux faire, il faut travailler avec d'autres. Il faut savoir jouer avec les éléments. L'histoire d'une entreprise c'est très important, cela peut fermer ou ouvrir ! Les ergonomes du service en santé au travail ne sont pas suffisamment nombreux pour faire face aux demandes des 80 médecins. Ils ont un délai de réponse de 6 mois et ils privilégient les gros projets, sur plusieurs postes (déménagement, réaménagement), etc. La plupart des médecins ne les sollicitent pas à hauteur de ce qu'ils pourraient apporter car on ne peut pas attendre 6 mois.*

Le médecin du travail rajoute que : *« c'est ma première expérience de grosse intervention. Les chefs de service devraient bouger, c'est trop figé. Ils n'ont pas vu l'arrivée de l'atelier de conditionnement. Il faut allier pour l'encadrement des compétences techniques et des relations humaines. Pour la question du vieillissement de la population, l'ergonomie ne peut être statique, il faut bouger. Travailler sur l'allègement de la charge et l'organisation ce n'est pas suffisant ! Le chef de production*

dit en volume on est moins performant, mais avec moins de fatigue et cela lisse la production. Parfois, il faut savoir dire, protocole je m'assieds dessus, parfois il faut prendre 5 mn pour dire nous on est là et demander un rendez-vous en urgence avec le DG ».

Concernant les réformes de la santé au travail, **le médecin du travail** porte l'avis suivant : « *La solution de remplacer les médecins du travail par des infirmières, ce n'est pas les remplacer, c'est faire du travail avec non pas de la délégation de compétences mais avec du partage de compétences. Là on est entrain de réorganiser le service. Le responsable du service de santé au travail, il a été au ministère, ce qu'on lui a dit c'est de la délégation de compétences. Non, il faut que chacun signe en fonction de sa responsabilité, l'ergonome il signe Mr l'ergonome. Moi, je ne vais pas aller contrôler ce que fait l'ergonome ce n'est pas mon métier ; idem pour le psychologue je ne vais pas contrôler ce qu'il fait. Je vais être au courant oui pour savoir ce qu'il a évalué, si cela peut me servir dans ma façon de penser d'avancer, de prendre en charge. C'est vraiment du partage de responsabilités et non pas de la délégation de pouvoir, c'est vraiment du transversal ce n'est pas du vertical. Ce n'est pas du travail au rabais qu'ils font, moi je n'estime pas que l'ergonome, le psychologue ou l'infirmier font du travail au rabais. Ils font du travail dans leur sphère dans leur domaine et qui est tout aussi intéressant que le nôtre.*

Pour **le médecin du travail** : « *Dans l'intervention, il n'y a pas eu de répartition entre l'ergonome et le médecin du travail entre celui qui marque bouscule et celui qui récupère. La pluridisciplinarité doit être basée sur un principe de collaboration horizontale, c'est à dire l'horizontalité des tâches, le travail en collaboration et l'implication du chef d'entreprise. Si c'était à refaire, il faudrait caler les marges de manœuvre de chacun pour définir ce que l'on va faire. Peut être que dans ce cas là on ne peut poser de jalon ? »*

Pour **l'Ergonome** « *Dans la perspective d'une nouvelle intervention dans l'entreprise, le médecin du travail était à me dire « tiens, je vais vous faire passer, allez voir, vous pourrez convaincre ... » Moi je lui ai dit, attendez on n'en est pas là, j'ai besoin de temps, j'essaye d'abord de caractériser la situation, j'ai besoin d'objectiver la situation, c'est important pour peser dans le débat et la lutte de logiques entre RH et production. C'était vraiment important de dire mais attendez de quoi on parle. Le médecin du travail intervient souvent en urgence et en passant en force, elle a fait feu de tout bois. Pour moi, ce n'est pas possible ».*

En ce qui concerne la situation de conflit entre l'ergonome et le chef d'atelier, **l'Ergonome** souligne : « *Je trouve que dans les réunions, y compris du CHSCT, quand j'ai été pris à partie par le chef d'atelier, je ne suis retrouvé tout seul. Elle n'est pas montée au créneau, en même temps elle m'a dit le travail que vous faites c'est fantastique. J'ai aussi appris par ailleurs au niveau du service de santé au travail, que travailler avec moi, c'est du billard derrière, après il y a plus qu'à dérouler ! Mais la question importante est pour moi de comment réussir à construire ensemble l'intervention ».*

L'ergonome rajoute : « *J'ai connu le médecin du travail précédent, il avait un style différent, elle défendait fermement ses positions parfois à la limite de la confrontation avec la direction, ce qui n'est pas le cas du médecin actuel. Il avait réalisé une intervention avec lui dans une autre entreprise qui avait bien réussi ».*

Il est intéressant de d'identifier le point de vue **du Chef d'atelier** sur le sujet de la pluridisciplinarité : « *La difficulté la plus importante en ce qui concerne le projet a été d'avoir l'adhésion de tous les partenaires et en particulier de l'AGEFIPH. Comme cela concernait du maintien dans l'emploi, l'AGEFIPH n'était pas prêt à s'investir au début du projet. Le médecin n'apporte pas grand-chose, même s'il a eu une implication et un intérêt porté au projet. Il a eu quand même un rôle de constater*

et de suivre l'avancement du projet lors des réunions de CHCST. Il nous a manqué un bon pilotage avec l'ergonome de même qu'un pilotage entre l'ergonome et le médecin. Il n'y a pas eu de coordination dans le pilotage. On ne peut pas se contenter d'être spectateur comme le médecin du travail au CHSCT. Il ne faut pas chercher à comprendre que l'ergonome, mais aussi la vie de l'entreprise. L'ergonome et le médecin du travail n'ont pas la bonne focale et ensemble ils devraient l'avoir. Il faut être vigilant sur la communication avec les personnes et les autres membres du collectif. L'un comme l'autre ne sont pas formés à cela. Il faudrait un travail de systémique, prendre en compte l'environnement. Il est difficile de savoir d'où viennent les gens et les progrès qu'ils peuvent faire. Un tour d'usine cela ne suffit pas, il faudrait que les deux puissent se déplacer. Il y a eu de la communication à l'envers dans les groupes de travail. Un discours pouvait être tenu par l'ergonome et le contraire par le médecin du travail. Par exemple, lors d'une réunion du CHSCT, l'ergonome a discuté des ports de charges. Il a été dit que l'on était au-delà des ports de charges acceptables au quotidien. On ne peut pas venir dire « vous avez travaillé pendant des années au-delà des normes ! » Autre exemple, le médecin du travail, il vient sur les postes et il décide de faire tourner les personnes sur ces mêmes postes parce que c'est bien, alors qu'il y avait des arrangements collectifs qui étaient différents. Elle cherchait à mettre les petits à certains postes et les grands à d'autres, cela figeait les collectifs. Après c'est le responsable de production qui gère !

Ces commentaires permettent de regarder autrement les limites des collaborations horizontales, nous y reviendrons dans la conclusion.

5.5. Articulations du rôle des acteurs institutionnels

La question de l'articulation des politiques et moyens proposés par les différentes institutions de prévention a été abordée. Il semble de ce point de vue que la coordination ne soit pas aisée.

Conseiller AGEFIPH : *« Ce qu'on vise aujourd'hui de façon quasi systématique, c'est de travailler en rapprochement très important avec le dispositif assurance maladie, régime général et régime agricole. On est vraiment dans cette volonté justement parce que notre légitimité, elle est sur des cas individuels et dans une logique curative. Mais c'est l'arbre qui cache la forêt. Ce sont les situations collectives et qu'il faut traiter de manière préventive. On ne peut donc pas y aller seul, on est dans des stratégies d'alliance. Avec le service prévention, est-ce qu'il y a moyen de monter un plan prévention ? Avec l'ARACT, est-ce qu'il y a moyen de soit déclencher un FACT, soit de faire un diagnostic court ? On va chercher à mettre autour de la table toutes les institutions en capacité d'apporter de manière parcellaire une réponse afin d'avoir cette approche globale de l'entreprise et de ses problématiques. Mais ce n'est pas toujours simple, par exemple dans le projet on n'y est pas arrivé. Pour l'instant, ce n'est pas structuré mais c'est tout notre enjeu. Aujourd'hui on est dans une politique de décroisement absolu, on sort du spécifique, on sort du handicap pur et dur. On veut bien jouer notre part de responsabilité, mais être constitutif d'un tout qui s'occupe de l'accompagnement du maintien dans l'emploi des personnes en difficulté. C'est tout l'enjeu de la structuration inter institutionnelle régionale, qui devrait mettre en place une structure d'insertion des travailleurs handicapés. Sinon on est chacun enfermé dans des statuts, on est tous en tuyaux d'orgue et avec les meilleures intentions du monde. On saucissonne complètement les problématiques alors qu'il s'agit d'une seule et même problématique de maintien en emploi des personnes, quelle que soit leur diversité et qu'elle soit d'origine médicale, le sexe, l'âge. Cela doit faire l'objet d'une offre de service globalisée.*

6. Discussion

Dans cette discussion, nous allons tenter de mettre en perspective des caractéristiques du projet qui ont pu donner lieu à des points de vue marqués et souvent sensiblement différents.

6.1. Agir localement ou globalement ?

Une première caractéristique du projet concerne son périmètre. Dans la présentation du déroulement du projet (cf. 4. Page 7) nous avons déjà montré que celui avait fait l'objet de plusieurs rebondissements.

Nous avons indiqué que les problématiques de la pénibilité des postes et de l'usure professionnelle concernaient une grande partie de la population. Une des questions qui a été posée très tôt concerne le fait de traiter la question dans la globalité ou bien de la traiter au cas par cas, poste par poste.

L'ergonome : « *Nous partions avec l'entreprise sur un diagnostic global des risques professionnels (TMS et vieillissement) qui aurait pu éventuellement se réaliser dans le cadre du diagnostic conseil de l'AGEFIPH. Cela n'a pas été le cas, je pense que cette mesure était assez méconnue et sous utilisée en Aquitaine.*

Au départ on devait travailler sur les TMS, de manière large sur l'ensemble de l'atelier et des lignes d'embouteillage, les premières études devaient servir à montrer ce que c'est l'ergonomie, ce que cela peut apporter. Mais le DRH a eu peur, il a restreint le périmètre de l'étude à l'atelier manuel avec un format d'intervention à l'origine de six jours, il envisageait, si cette expérience s'avérait concluante, la généraliser au reste de l'entreprise...

Nous étions à ce moment là sur une étude de 8 jours limitée à l'atelier de reconditionnement L'AGEFIPH a souhaité s'impliquer dans ce projet en finançant 50 % d'une intervention élargie à 12 jours ».

Le médecin du travail : « *le premier projet a été perçu positivement par l'entreprise et a permis que l'on puisse parler de la problématique TMS qui était présente dans le reste de l'entreprise. Cela les a amenés à accepter que le travail qui avait été effectué par l'ergonome, pour un travail spécifique de maintien dans l'emploi dans l'entreprise pour un salarié, soit élargi à un collectif de salariés. Alors au départ le management a dit surtout on ne voit pas toute l'entreprise, j'ai dit « attendez c'est atelier par atelier qu'on va y aller », mais à ce moment on a dû marcher sur des œufs et l'ergonome s'est accroché un petit peu parce qu'ils ne parlaient pas le même langage ».*

Le médecin du travail souligne que : « *cette première étude qui a été financée par l'AGEFIPH a été en fait le déclencheur pour une prise de conscience de la part de l'entreprise. Mener une action en ergonomie avec une étude en amont en aval pouvait apporter un bénéfice pour le collectif. En fait la première étude avait porté sur une personne, mais en fait c'est une autre personne qui a pu en bénéficier ainsi que les autres personnes qui étaient sur ce poste qui avait été réaménagé. Et donc par ce biais là on a réussi à leur faire comprendre l'intérêt de ces études pour du collectif et surtout parce que moi j'avais mes petites lumières qui s'allumaient un petit peu partout au sein de toute l'entreprise. Ils ont accepté donc et là ça a été du travail avec l'ergonome. L'ergonome m'a dit, s'il y a des travailleurs handicapés il est possible de demander un élargissement de mission. C'est là que du*

collectif on est redescendu à l'individuel, mais au pluri- individuel, aux personnes qui étaient affectées à cet atelier de conditionnement. Cela frise l'illégalité quelque part mais le but du jeu c'est quand même que les salariés, elles y soient bien. Donc d'une prise en charge individuelle, il a fallu essayer de leur faire comprendre qu'il fallait faire quelque chose au niveau du collectif. Le frein a été le financement mais le financement AGEFIPH a été la carotte. En préservant le secret médical, les salariés qui étaient reconnus travailleurs handicapés, je les ai incités à déclarer à l'employeur leur statut de travailleur handicapé pour qu'il puisse y avoir une remontée et une ouverture de dossier auprès de l'AGEFIPH. Par la suite le projet a été transmis à l'AGEFIPH qui a ensuite donné son aval pour le financement ou plutôt la participation au financement du projet. L'ergonome a étudié cet atelier de conditionnement qui a conduit à l'aboutissement du projet. Cette prise de conscience elle s'est faite avec la volonté, l'accessibilité et l'ouverture d'esprit du DRH. Il a été incontournable car il a été le chef d'orchestre au niveau de l'entreprise en imposant ou en invalidant la proposition qui avait été faite ».

Pour le **Conseiller AGEFIPH** « il fallait que l'on soit progressif avec un effet levier : par la résolution d'une situation individuelle on amène le management à se rendre compte qu'on n'est pas dans des démarches qui sont complètement déconnectées de la réalité du fonctionnement d'une entreprise. On n'est pas en train de faire du maintien à tout crin de personnes qui sont improductives et qui sont des situations ingérables à la lecture des contingences et des contraintes de la vie de l'entreprise. En apportant cette preuve là qu'on peut modifier partiellement une organisation, que techniquement on peut compenser un certain nombre de gestes défaillants, à partir de ce moment là on peut se restaurer et se cultiver des marges de manœuvre qui permettent d'en faire profiter plusieurs. Surtout il ne faut pas avoir de vision figée et rester dans l'enfermement des personnes dans des situations d'échecs quelque part. Par la résolution d'un cas, on a pu faire toucher du doigt à l'entreprise qu'effectivement ce qu'elle prenait comme pour une fatalité n'en était peut être pas une aussi importante que ça. Et donc la graine quelque part était semée pour qu'elle passe à l'étape 2 et qu'elle essaye réellement plutôt que de jeter un voile pudique sur les difficultés ou de faire semblant de pas entendre les signaux d'alerte qui étaient posés par les uns ou les autres, de se dire bien peut être que je peux pour le coup m'y intéresser peut-être.

Donc au tout début ça a été un coup de poker quelque part, alors c'est le premier coup de poker qui n'en était pas un, il fallait de toute façon faire notre job et faire de cette situation individuelle et singulière une intervention. En l'occurrence le service d'appui au maintien dans l'emploi a commandé une étude ergonomique qui a abouti à des préconisations qu'on peut suivre après en terme d'aide à la réalisation financière ok, donc ça c'est notre boulot, par contre là où on s'est dit comment on fait pour aller plus loin. L'entreprise avait touché du doigt qu'il y a avait des zones de possible qu'elle sous-estimait en terme justement de marge de manœuvre de régulation de ces situations individuelles problématiques. Comment est-ce que l'on passe le cran du dessus ? Comment est-ce qu'on l'aide à mettre un peu de lumière sur ces problématiques et comment est ce qu'on l'amène avec nous, vers la volonté d'essayer d'y répondre ? Et donc cela a été de dire quelle est la situation de l'entreprise. C'est vrai qu'il y a une culture du maintien des personnes, c'est vrai qu'il y a des efforts qui sont faits mais on voit que c'est un peu de la placardisation. C'est pas optimum et plus on va continuer à ne rien faire réellement de structuré, plus on va mettre des gens en situation d'échecs et plus on va se rapprocher du mur où plus rien ne sera possible. Donc on est dans une réduction progressive des marges de manœuvres, qui fait qu'on va inévitablement vers le mur. Donc ce constat a été partagé effectivement alors peut être pas en réunion, mais en discutant les uns avec les autres, c'est un constat en extérieur au départ.

La modalité de gestion de cette problématique, telle qu'elle est vue aujourd'hui, amène l'entreprise tout doucement vers le mur. Les salariés, il faut les aider à prendre conscience de la nécessité de mettre à jour un petit peu plus objectivement la nature des difficultés. Maintenant que l'entreprise a compris qu'il y avait des choses possibles, comment est ce qu'on l'accompagne ? Alors nous c'est là où je dis qu'ensuite on est gêné. Accompagner l'entreprise vers la mise en œuvre d'une politique de prévention des risques professionnels, quelque part ce n'est pas le rôle de l'AGEFIPH, donc comment on fait ? Et c'est là où l'on a trouvé, non pas le subterfuge, non pas le montage, mais on s'est dit il y a peut être une opportunité. Et c'était cet atelier là, l'atelier de conditionnement manuel dans lequel il y a des gens qui n'ont pas forcément de qualification, c'est une zone de non droit où les gens y vont puis ils repartent. Les choses sont pas tellement structurées, ils n'ont pas de conditions de travail très favorables donc faisons de cet endroit là une zone d'investigation spécifique. L'objectif est d'essayer de le transformer quelque part en espace de respiration qui permettrait à des personnes particulièrement en difficultés de pouvoir y retrouver un petit peu de sérénité. Il s'agit bien évidemment de ne pas tomber dans la ghettoïsation et dans la surprotection d'une zone qui serait complètement en décalage avec le reste de l'atelier. Il y avait le souci de faire en sorte que, même si on y est pas forcément arrivé, ce puisse être aussi cette fameuse zone de respiration, c'est-à-dire de transit provisoire de personnes qui ont besoin de se dégager un peu de contraintes de production pures et dures. On a donc focalisé nos moyens sur une investigation ergonomique destinée à optimiser cette zone là et la rendre perméable, je dirais à la plus grande diversité possible en termes d'aptitude.

Voilà, encore une fois, c'est apporter la preuve que quelque chose est possible, briser ces représentations d'une certaine fatalité des problématiques de santé, etc. On est passé de l'individuel au pluri individuels, effectivement pas au collectif mais au pluri-individuels, et là encore je ne sais pas si ça marche, mais en tout cas on a essayé d'accompagner donc au mieux cette investigation. A chaque fois, c'était ciblé sur la situation individuelle, on s'occupe d'elle mais on lève un petit peu le voile sur ce qui se passe autour et donc on amène l'entreprise à réfléchir. Là c'est pareil on a dit, on va regarder ce qui se passe dans cet atelier, mais on lève un petit peu le voile par le biais de l'historisation des parcours des personnes qui y sont, en disant oui mais attendez elle est là mais avant elle était là-bas et cela s'est mal passé et pourquoi ? Alors c'est une progression fragile, un changement d'acteur avec le départ du DRH et les choses peuvent s'effondrer ».

On peut noter aussi que le chef d'atelier en charge de la production s'est servi de l'opportunité du projet pour tenter de développer l'automatisation. Dans ce cas, il s'agissait de partir du poste de reconditionnement et de transposer les solutions proposées à d'autres situations, ce qui a augmenté le périmètre du projet, de même que son budget. Sur la base de ce constat l'AGEFIPH a indiqué que le projet ne se situait plus dans une perspective de maintien dans l'emploi et que dans ces conditions le financement ne pouvait plus être octroyé. L'AGEFIPH a alors demandé au médecin du travail et à l'ergonome de donner leur avis sur l'élargissement du projet. Dans ces conditions, l'entreprise a dû revenir sur un projet compatible avec le périmètre défini par l'AGEFIPH.

L'Ergonome : « *En théorie, j'aurai dû me centrer exclusivement sur l'aménagement des situations de travail des opératrices reconnues travailleurs handicapés, mais il y avait un poste de déclouage en amont du reconditionnement tenu exclusivement par un intérimaire dans des conditions déplorables en terme de TMS, cela n'était pas une préoccupation du responsable de production du fait qu'il s'agissait d'un intérimaire.*

Il m'est apparu intéressant dans ce projet de l'intégrer à la réflexion afin de réduire les facteurs de risques. Cela présentait aussi l'avantage dans le cas d'un aménagement et d'une mécanisation du

déclouage de permettre (en intégrant plusieurs tâches) d'envisager une rotation des opératrices sur une gamme d'opération plus large apportant une diversité au niveau de la gestuelle et des groupes musculaires sollicités...

Malgré des précautions (intégration de cette tâche dans la mesure où elle est aménagée et ne comporte plus de sollicitations rédhibitoires), cette réflexion a suscité de l'inquiétude au niveau des opératrices qui craignaient qu'on leur demande de réaliser cette opération sans que nous puissions l'aménager !

Le Médecin du Travail a recueilli cette inquiétude et m'en a fait part, ce qui a permis de rassurer les opératrices.

En fait, l'atelier de reconditionnement manuel servait aussi à la gestion de la population d'intérimaires, pour les occuper. Parfois sur les lignes, il n'y a plus d'embouteillage pour X raisons, et il ne faut pas les payer inutilement ! Sur le plan des aménagements projetés notamment du bras manipulateur, il a fallu intégrer le fait qu'il puisse gérer de l'encours, c'est-à-dire des caisses bois ouvertes mais non encore reconditionnées, stockées en attente d'une baisse de charge des intérimaires sur les lignes d'embouteillage...

L'ensemble de ces données d'entretiens montre comment ce projet a été mené avec une géométrie variable, à la fois d'un point de stratégique pour l'ensemble des acteurs comme d'un point de vue pragmatique afin que les améliorations puissent profiter au plus grand nombre. Nous discuterons du fait que les acteurs centraux du projet DRH, médecin du travail, ergonomiste ou conseiller de l'AGEFIPH ont joué aux limites de leur champ de légitimité voire parfois en dehors. Ce décalage étant pour beaucoup dans la réussite du projet.

6.2. Quelles représentations de la difficulté des postes de travail ?

Les représentations en termes de difficultés et de pénibilité des postes n'étaient pas partagées ou du moins reconnues entre d'un côté le management et de l'autre le secrétaire du CHSCT, le médecin du travail et l'ergonomiste.

Le secrétaire du CHSCT souligne que : *« l'ancienne population a travaillé quasiment toujours à la main. On a vu les premiers signes de TMS dans les années 98-2000. Les TMS c'était alors nouveau et il y a eu de très nombreux arrêts de travail. Les personnes sont usées, en difficulté et le lien avec les RPS est de plus en plus évident. Cette population en difficulté a dû faire face à de nombreuses modifications : passage aux 35 heures, embauche de jeunes plus réactifs physiquement, mise en place de nouvelles technologies. L'ancienne population a tout pris dans la figure, les gens « dépérissaient ». A l'époque ils ne venaient pas me voir. Ce sont les observations menées sur les postes qui m'ont permis de découvrir cela et là ils m'ont parlé. Pour faire face à l'absentéisme, l'entreprise a mis en place une prime d'assiduité, mais cela n'a pas eu les résultats escomptés. Beaucoup de femmes souffraient, l'automatisation ayant fortement augmenté les cadences. Le discours de l'entreprise était : « Les femmes n'ont qu'à avoir une meilleure hygiène de vie et se mettre au régime, il ne faut plus embaucher de femmes ! » A cette époque 5 à 6 personnes ont été en arrêt pendant 3 ans ».*

Le chef d'atelier indique : « *qu'il y a eu une prise de conscience progressive de la pénibilité et de ne pas casser les gens à partir des années 2000. Par l'automatisation, ce n'est pas qu'un travail physique que l'on a éradiqué mais aussi l'ennui au travail, c'est aussi une part de la souffrance au travail* ».

L'Ergonome : « *Au début lors des premières restitutions quand abordait la question de la pénibilité, le chef d'atelier disait mais non vos chiffres ce sont des extrapolations, cela ne vaut rien, c'est du n'importe quoi. Moi je disais, attendez une personne 50 ans, elle soulève 9 tonnes par jour en les prenant à parfois de 10 cm du sol. Je lui ai demandé de me fournir ses propres chiffres, qu'il avait forcément en termes de données de production, en fait il ne les a jamais donnés. En plus, il contestait les bienfaits du premier projet au poste d'échantillonnage, en disant que de toute manière, la personne n'était plus au poste. Il a fallu que le DRH intervienne pour rappeler que la personne était partie pour des raisons personnelles parce qu'elle avait souhaité faire une formation pour évoluer* ».

Le Médecin du travail souligne que « *la population est vieillissante, fatiguée et peu qualifiée. Les salariés ont un discours complètement différent puisque effectivement certains postes ont évolué, ils ont intégré la pluri-factorialité du trouble musculo- squelettique, ils ont intégré qu'il y avait pas que l'allègement de la charge qui pouvait aider à améliorer. Quand on tombe dans une période où les chaînes tournent un petit peu au ralenti, cela permet aux gens de souffler donc ils ont compris qu'il ne suffisait pas simplement de les faire souffler sur le plan physique, il fallait les faire souffler sur le plan psychique et en amenant de la communication, en essayant de leur poser des questions de savoir comment ça se passait, donc là cela commence un tout petit peu à se faire. Quand il y a des ateliers qui ne fonctionnent plus, ils ont transvasé le personnel de ces ateliers vers d'autres chaînes, vers d'autres postes qui demandent d'autres compétences. Cela nécessite de toucher un petit peu à l'informatique, à la programmation des chaînes avec un petit écran. Et j'ai certaines salariées qui ont « pété un câble », qui sont venues me voir au bout de 15 jours « oh mais je ne peux pas ils me mettent la pression, j'en peux plus ». Je leur ai dit « mais qu'est ce qui se passe ? » et puis en fait en discutant elles sont arrivées à dire que la moindre modification dans ce qu'elles étaient habituées à faire ça les perturbait profondément ? Je leur ai dit « mais allez le dire », « oh non j'ose pas », « mais allez le dire ». C'est à peine perceptible mais ça commence un petit peu à bouger dans ce sens là. Donc voilà, la révolution ne s'est pas faite encore mais il y a une sensibilisation qui se fait. Ils ont une charge de travail physique qui est allégée mais ils bougent dans l'organisation. Quand il y a moins d'activité, ils apprécient de plus être à la bourre mais quelque part ils culpabilisent d'avoir cet allègement de charge. Inconsciemment ils se disent que c'est peut être la fin de leur boulot et que demain ils ne seront plus là. C'est pervers, je le ressens comme ça au travers de leurs discours, ils deviennent très attentistes avec une baisse d'implication alors qu'auparavant il y en a certains qui pouvaient être impliqués y compris de manière vindicative. Là maintenant il n'y a pas un désintérêt mais ils sont blasés, ils sont attentistes pour certains blasés. Ils ne sont plus heureux dans leur boulot, ils y croient plus, c'est un peu le ressenti que j'ai* ».

6.3. Le primat d'une solution technique ?

Parmi les éléments de controverse du projet, la question d'une solution orientée par la technique reste incontournable.

Le médecin du travail : « *A un moment le chef d'atelier s'est saisi des conclusions de l'ergonome et il n'a retenu que les éléments techniques* ».

L'Ergonome : *«Le chef d'atelier a fait traîner le projet, j'y suis allé une quinzaine de fois dans l'entreprise et je n'arrivais pas à avoir tout les éléments. A ce stade, j'ai commencé à travailler avec concepteur que je connaissais pour étudier la faisabilité d'une solution. Nous avons collaboré avec succès avec ce concepteur dans le cadre du premier projet. Le concepteur a commence à travailler sur des principes. J'ai alors demandé au chef d'atelier un plan d'implantation. Je n'ai pas eu le plan, c'était à moi de le faire ! Il ne fournissait pas les temps de cycles, le niveau de productivité attendu...Une fois que « la solution avait avancé », le chef d'atelier l'a proposé à d'autres concepteurs ! Par la suite il y a eu une longue attente et on a appris qu'un nouveau projet à 220 000 euros était en route et où il n'y avait plus d'opérateurs ! C'était une automatisation poussée. Il a fallu reprendre contact avec le DRH en disant mais attendez c'est quoi le projet ? On en est où et en aucun cas cela ne correspond à un projet susceptible d'être financé par l'AGEFIPH parce que la population à l'origine du besoin et que l'on veut maintenir dans l'emploi, elle disparaît complètement. En fait le chef d'atelier a complètement appauvri le travail et il s'en est fait un cheval de bataille ultra technique. Sa solution était séduisante d'un point de vue fonctionnel, mais elle ne correspondait absolument pas à d'utilisation et à la population. Cela s'est passé fin 2008. L'entreprise a déposé une demande de financement à l'AGEFIPH mais dont le contenu n'était pas du tout conforme aux préconisations de l'ergonome. Alors l'entreprise ou le chef d'atelier a développé de son point de vue une meilleure solution. La position de l'AGEFIPH a été de dire on demande un rapport de l'ergonome sur le projet et cela a créé un point de blocage ».*

6.4. Les conditions de réussite du projet

Le chef d'atelier indique que *« le projet est une continuité des actions menées par l'entreprise pour réduire la pénibilité. En 1998 la palettisation se faisait à la main tout comme le housage, l'emboilage et le déboilage. La personne faisait 20 000 à 30 000 bouteilles par jour. La production annuelle était de 35 à 40 millions de bouteilles. Le tournant s'est produit dans les années 2000 avec le début de l'automatisation par tranche, en particulier au niveau des palettiseurs et des robots de déboilage. Du point de vue de la production, on tient mieux les cadences avec des « gens » qu'avec des machines. Il a aussi fallu monter en compétences les personnes. En 2011, on a des formations sur le robot en première et 2^o niveau de maintenance. Aujourd'hui, il n'y a plus de poste de manutentionnaire mais que des postes de polyvalents. Avant, nous étions mono poste et mono tâche. On a eu de la résistance au changement, au début on demandait de ne pas réfléchir puis on a demandé une montée en compétences et une organisation par la personne de son propre travail et de la qualité. Aujourd'hui on a un assistant technique, un chef de ligne, des opérateurs tête de ligne (tirage) et des opérateurs étiquetage et capsulage. Le poste d'emballage a été palettisé. Hier on avait des postes séparés et on est allé vers un enrichissement des tâches. Au début, il y a eu des refus car cela n'était pas confortable de faire ce changement. Aujourd'hui ils ne voudraient pas changer car cela se traduirait par plus de monotonie. Ils ont l'impression d'exister. Nous avons aussi développé un système d'auto contrôle Qualité qui est monté en pression. Cela a nécessité aussi de pouvoir s'auto évaluer. Le projet pénibilité est un aboutissement d'une réflexion globale. Dans l'atelier reconditionnement allaient des personnes qui avaient des incapacités. C'était un atelier avec une charge physique mais une cadence faible. Il était un « abri » pour les « éclopés ». C'était aussi l'atelier considéré comme le parent pauvre et en même temps c'était pour les gens la punition ».*

Le secrétaire CHSCT : « *La mise en place du projet n'est pas au départ une volonté de l'entreprise. Au sein du CHSCT, cela faisait des années qu'il y avait des demandes sur des choses basiques. Ce qui est étonnant, c'est que le monde du vin, c'est un monde agricole avec un management à l'ancienne mais aussi une volonté d'automatisation et en même temps des coudées franches pour le CHSCT. L'ancien DRH avait une réelle volonté de faire avancer les choses, il a joué un rôle important mais il était bridé* ».

Conseiller AGEFIPH : « *L'élément clé, cela a été un rendez vous avec le DRH uniquement en tête à tête. On aime bien sentir justement dans quel contexte on intervient. C'est une instruction de demande et parfois c'est un peu intuitif mais il important de sentir quelle est la réelle intention et la maturité de l'entreprise vis-à-vis des questions de santé au travail ou de gestions de handicap. Je me suis clairement aperçu qu'on était sur un chemin qui vraiment était dans le bon sens quelque part et que l'effet levier, le fameux effet levier de l'intervention ciblée sur la situation individuelle de départ, elle avait réellement créé ce déclic là et que l'entreprise malgré ce qu'elle pouvait dire à d'autres acteurs était parfaitement consciente de ses limites* ».

Les données d'entretiens soulignent l'importance de la coopération entre le médecin du travail, le conseiller AGEFIPH et l'ergonome. Au niveau de l'entreprise, le DRH (qui a quitté l'entreprise) a joué un rôle déterminant au niveau du positionnement des questions de TMS au niveau des logiques de l'entreprise. Il a aussi pu arbitrer certaines décisions pour lesquelles il y avait divergences en particulier entre les acteurs de la production et l'ergonome ou le médecin du travail. Le secrétaire du CHSCT, même s'il reconnaît avoir peu suivi le projet dans sa réalisation, a joué un rôle clef au niveau de la demande initiale, et ce en lien avec le médecin du travail.

6.5. Les difficultés du projet

Différentes difficultés on pu être identifiées.

Pour **le Chef d'atelier** : « *La difficulté la plus importante en ce qui concerne le projet a été d'avoir l'adhésion de tous les partenaires et en particulier de l'AGEFIPH. Comme cela concernait du maintien dans l'emploi, l'AGEFIPH n'était pas prêt à s'investir au début du projet. La deuxième difficulté a été la définition du projet et le déverrouillage de la problématique technique. La solution technique n'existait pas. Il y avait des manipulateurs de caisses, mais l'ouverture de la caisse n'existait pas. La réalisation technique a été réalisée en externe par l'intégrateur. On peut considérer que le projet a démarré en 2007. Si cela a traîné, il y a plusieurs raisons :*

- *Un montage du projet long ;*
- *L'affinage de la solution de déclouage qui a pris 6 mois ;*
- *L'ergonome qui n'était pas toujours présent ;*
- *Il a fallu trouver les bons partenaires extérieurs ;*
- *Il a fallu aussi persuader le directeur de production et le directeur général.*

Il a fallu se battre pour avancer. C'était un projet à 60 000 euros. Des groupes de travail ont été pilotés par l'ergonome et le chef d'atelier. Ce qui a manqué, c'est d'avoir un projet ficelé jusqu'au bout. On nous a proposé un constat et un type de solution, nous, on aurait préféré un projet tout ficelé.

Pour le **chef d'atelier** : « *Le médecin n'apporte pas grand-chose, même s'il a eu une implication et un intérêt porté au projet. Il a eu quand même un rôle de constater et de suivre l'avancement du projet lors des réunions de CHCST. Il nous a manqué un bon pilotage avec l'ergonome de même qu'un pilotage entre l'ergonome et le médecin. Il n'y a pas eu de coordination dans le pilotage. On ne peut pas se contenter d'être spectateur comme le médecin du travail au CHSCT. Il ne faut pas chercher à comprendre que l'ergonome mais aussi la vie de l'entreprise* ». D'autres difficultés identifiées par le responsable production ont déjà été présentée dans le 5.4.

Pour la personne en charge de la fonction **RH** : « *Le médecin du travail a une bonne connaissance des patients mais il y a un problème au niveau de l'analyse, il ne suffit pas de dire c'est « inacceptable »* ».

Au delà des problèmes de coordination entre les acteurs, voire de jeux d'acteurs, le projet a posé des problèmes techniques spécifiques. Par exemple, il a été difficile de trouver une situation de référence. D'autre part les variabilités des contenants (caisses en bois, en carton), des types d'agrafes (plus ou moins longues) posent des problèmes au niveau du bras préhenseur comme de la décloueuse. Cela peut conduire à des éclatements des caisses, qu'il faut reprendre à la main et remplacer. L'ergonome a souligné les difficultés qu'il a rencontrées pour obtenir des informations concernant les données de production, les plans des locaux, le dimensionnement des installations. Ces difficultés ont pesé sur l'accès aux situations de références potentielles. De la même manière deux bureaux d'études ont été sollicités et mis en concurrence de manière peu transparente, un par l'ergonome, puis un deuxième par le chef d'atelier. Ceci a fait l'objet de tension entre l'ergonome et le chef d'atelier.

6.6. Agir dans l'ombre ou la lumière ?

A partir des données recueillies au travers des entretiens, il est possible de discuter de la visibilité donnée par les acteurs sur leur rôle dans le projet. On peut noter que de manière informelle différents acteurs ont masqué au moins en partie leur rôle ou leurs modalités d'action.

Le médecin du travail rappelle que : « *au départ il y avait cette volonté d'avancer du DRH mais il avait quand même quelques bâtons dans les roues je crois qu'on peut le dire comme ça. Il y avait des gens qui essayaient de diviser pour mieux régner, pour pouvoir le faire tomber lui en disant « tu vois ton truc ça avance pas, cela va nous coûter très cher pour peut être pas grand-chose ». Le DRH y croyait vraiment, mais autour de lui je crois qu'il a eu du mal à faire passer sa conviction* ».

L'Ergonome : « *Le DRH il n'a pas voulu être en première ligne et endosser la responsabilité d'un éventuel échec d'une intervention qui d'emblée aurait portée sur l'ensemble de la production* ».

Le médecin du travail : « *Le DRH n'a pas voulu se mettre en première ligne parce qu'il a préféré travailler dans l'ombre pour que cela arrive au bout. On a tous plus ou moins travaillé dans l'ombre quelque part, mais c'est l'ergonome qui en a pâti, car parfois il s'est peut être senti un peu seul, en particulier lors de certaines réunions* ». L'ergonome il a été un petit peu seul c'est vrai, il a été mis a mal parfois, mais on a été toujours là derrière pour le soutenir».

Si l'on recoupe ces éléments avec ceux présentés par le conseiller AGEFIPH dans le 5.2.2., on peut distinguer des solidarités informelles entre acteurs qui ont joué un rôle décisif. Cela tient à l'engagement des acteurs qui dépassent les positionnements traditionnels, ceci est décrit par le secrétaire du CHSCT. De telles formes de solidarités entre des acteurs de l'entreprise et des acteurs extérieurs à l'entreprise ont pu expliquer la mise en visibilité de leurs rôles réels.

6.7. Agir aux limites de son cadre d'action

L'engagement de différents acteurs, en particulier du DRH, du médecin du travail, du conseiller de l'AGEFIPH et du secrétaire du CHSCT a compté pour la réussite du projet. On peut alors souligner que la stratégie employée d'agir dans « *la lumière ou bien dans l'ombre* » selon les contextes a amené les acteurs à agir aux limites de leur cadre d'action, voire au-delà. Si l'on prend l'exemple du DRH, sa formation et sa fonction dans l'entreprise lui ont permis d'être en prise avec les questions de TMS, d'usure, de vieillissement mais sans pour autant faire des liens précis entre elles. Le contexte de l'entreprise, sa culture de management n'ont pas été des éléments facilitants. Aussi, il a fallu qu'il sorte progressivement de son cadre d'action habituel, en jouant d'abord « *dans l'ombre* ». Il a dû gérer une part du risque que représentait un tel projet inhabituel pour l'entreprise. Le médecin du travail et l'ergonome ont fortement contribué à ce travail d'ouverture et à ce cheminement personnel. Cela atteste aussi d'une transformation des représentations du DRH, à la fois en termes de causalité des TMS mais aussi d'effets sur le fonctionnement de l'entreprise.

Le médecin du travail s'est fortement mobilisé en particulier dans les phases amont du projet. Est-il sorti de son cadre d'action traditionnel, il est difficile de répondre à cette question.

Pour ce qui concerne l'ergonome, il est clairement allé au-delà de son cadre d'action, à la fois en termes de nombre de jours consacrés au projet (au regard du nombre effectivement payés), mais aussi en termes de construction sociale et de patience lors des situations conflictuelles. Nombre d'ergonomes aurait jeté l'éponge très tôt dans un tel contexte. Sa capacité relationnelle auprès des opératrices a permis de les mettre en confiance, alors même que la culture de l'entreprise ne favorisait pas forcément leur implication. Dans certains cas, il a été amené à rencontrer des personnes en dehors de l'entreprise pour avoir des éléments complémentaires.

Le conseiller de l'AGEFIPH a lui aussi « *joué en dehors de son cadre d'action* ». Cela a concerné en particulier le périmètre du projet. En effet, alors que l'AGEFIPH a une politique centrée sur le maintien dans l'emploi à un niveau individuel, il a très vite perçu l'enjeu d'entrer par ce niveau individuel pour agir comme il le décrit à un niveau pluri-individuel. L'action de transformation d'un poste devait servir aux différents opérateurs qui pouvaient être amenés à le tenir, y compris pour les intérimaires. En même temps il a dû être vigilant pour que la population ciblée (à savoir les opératrices) ne soit pas exclue de ce poste, car c'est ce qui motivait le financement du projet.

Le secrétaire du CHSCT a lui aussi d'une certaine manière agi au-delà de son cadre d'action. Il a joué un rôle décisif dans le maintien du lien avec les opératrices, y compris celles qui pouvaient être absentes de l'entreprise car en arrêt maladie.

7. Conclusion

Dans cette conclusion, nous allons présenter les enseignements que nous avons tirés de cette étude. Nous aborderons différents aspects. Le premier d'entre eux porte sur la fausse représentation que nous pouvions avoir au début de l'étude sur la simplicité relative du projet. Nous allons voir qu'au-delà de quelques difficultés techniques, la complexité a porté sur la construction sociale du projet et sur les jeux d'acteurs. Nous aborderons aussi la forme de pluridisciplinarité qui a été mise en œuvre et ses limites, même les acteurs étaient convaincus par une telle approche.

7.1. Un projet simple mais qu'en apparence !

Nous avons présenté le projet dans la partie 4. Nous rappelons que d'un point de vue technique, le projet peut être considéré comme simple. Il s'agissait d'une ligne semi circulaire qui comprenait un robot manipulateur et préhenseur de caisses de bouteilles de vin. Une fois que le robot a déposé la caisse sur la ligne, l'opératrice la fait glisser au moyen de rouleaux vers le poste de la décloueuse. Une fois la caisse ouverte, l'opératrice peut prendre les bouteilles et apporter les modifications nécessaires en termes d'étiquettes, de contre-étiquettes, ou d'informations spécifiques liées aux marchés concernés. La complexité technique repose sur la capacité du robot manipulateur et de la décloueuse à traiter les variabilités de type de caisse. En effet, il y a des caisses en bois et en cartons. Mais selon le type de bois, celui est plus ou moins résistant, le couvercle peut alors se fendre voire éclater. Cette variabilité est aussi liée au type d'agrafes utilisées ; selon leur longueur, elles peuvent nécessiter un effort de déclouage plus grand. A priori de tels dispositifs n'étaient pas courants (n'existaient pas pour ce qui concerne le déclouage) à l'époque dans ce type d'industrie, ce qui pu poser des difficultés en termes de choix de situations de références. Si l'on compare un tel process à d'autres process industriels, nous pouvons constater qu'il s'agit d'une complexité technique relative faible et d'un investissement situé à 60 000 euros. Donc a priori, il ne s'agissait pas d'un projet complexe. La reconstitution de l'histoire du projet nous a montré que même s'il était simple en apparence, sa conduite s'est avérée complexe. La complexité n'était donc pas où l'on l'attendait. En effet, elle a résidé dans les jeux d'acteurs complexes et des confrontations entre les logiques de RH et de production.

7.2. Des jeux d'acteurs complexes

Une spécificité de ce projet réside dans des jeux d'acteurs complexes, dont la lecture n'a pas été évidente. Dans un premier temps, la culture de l'entreprise et son management à « l'ancienne » ne constituaient pas forcément un environnement favorable au départ. Nous sommes dans une activité qui nécessite de nombreuses manutentions, où il faut être dur à la tâche. De plus, la population employée est essentiellement médoquine. Cela se traduit généralement par un niveau scolaire relativement faible. Le bassin d'emploi est limité, avec principalement des activités saisonnières dans les vignes, comme la

taille, les activités de rentrée dans les vignes et de vendanges. Avoir un emploi à durée indéterminée est une chance, et si en plus il y a des avantages sociaux comme le 13^e mois proposé par l'entreprise, alors cela devient inespéré. Ceci peut expliquer à la fois l'endurance des opérateurs et la paix sociale rencontrée dans l'entreprise.

La prise de conscience de l'entreprise concernant la problématique des TMS date des années 2000. Il semble que la perception par le management du caractère multicausal des TMS a nécessité un long cheminement. Le DRH est probablement la personne qui a le plus cheminé et l'ergonome comme le médecin du travail ont alors joué un rôle clef. Mais ce cheminement n'a pas été partagé par tous les acteurs de la direction de l'entreprise. A partir des entretiens recueillis, on peut penser que le DRH a pris des risques calculés dans l'émergence du projet. Ceci peut expliquer les stratégies de jouer « *dans l'ombre ou dans la lumière* » que nous avons décrites précédemment. Le projet financé en partie par l'AGEFIPH dans sa version originale a fait l'objet d'au moins deux réorientations. Ce financement a été une opportunité pour les personnes en charge de la production d'étendre l'automatisation. Cela s'est traduit par une forme de détournement de la cible puisque in fine les opératrices concernées n'occupaient plus les postes transformés. On peut identifier des conflits de logiques entre une logique RH, une logique production et une logique guidée par le maintien dans l'emploi des personnes en difficultés sur les postes de travail. On peut alors comprendre que les intervenants extérieurs, en particulier le médecin du travail et l'ergonome, aient été en difficulté pour décoder ces jeux d'acteurs. Le médecin du travail rappelle que « *Ce projet avait une fragilité mais ce sont des rencontres et des investissements personnels qui ont permis que les personnes s'engagent avec leurs tripes. C'est la force et aussi la faiblesse. Il suffit de sortir une de ces personnes et cela bloque tout* ».

7.3. L'importance de la construction sociale

Sur la base de ces constats, on peut comprendre l'importance mais aussi la difficulté de la construction sociale nécessaire à la réussite de ce projet. Cette construction sociale requiert à la fois une capacité d'écoute, le maintien d'une relation continue dans le temps et une attention particulière aux conflits de logiques portées par les différents acteurs. Pour cela il y a besoin d'une certaine fréquence de mise en relation. La fréquence de la présence du médecin du travail dans l'entreprise (une fois par mois) est-elle suffisante, sachant que partie non négligeable du temps est consacrée aux visites médicales ? Le médecin du travail a-t-il le temps de rencontrer tout les acteurs clefs ? Un des acteurs mentionnait le style « *urgentiste* » du médecin du travail, qui n'hésitait pas à passer en force voire à arracher un rendez-vous avec le directeur général, est-il compatible avec cette construction sociale ? Une fois le rendez-vous pris, quelle stratégie a été préparée et avec qui ? Ce sont des points que nous développerons dans la partie dédiée à la pluridisciplinarité.

En ce qui concerne l'ergonome, son statut d'intervenant extérieur, qui a une mission de 12 jours, lui permet-il de développer une réelle construction sociale ? Il semble que oui si l'on décrit le cheminement du DRH, mais si l'on décrit les conflits avec la logique de la production, il semble que cela ait été insuffisant.

La construction sociale d'un projet doit aussi conduire à des modalités d'arbitrage des logiques et des jeux d'acteurs. De ce point de vue, on peut noter une faiblesse dans le déroulement du projet. En effet l'arbitrage au niveau de l'automatisation a été réalisé en fait indirectement par le conseiller de l'AGEPHIP. Lorsqu'il s'est aperçu que le projet ne servait plus le maintien dans l'emploi mais l'automatisation, il a menacé de ne plus le financer.

7.4. Les limites de la pluridisciplinarité horizontale

Le médecin du travail a décrit très précisément sa position en termes d'action pluridisciplinaire. Il s'agit d'une collaboration horizontale, dans laquelle il est hors de question de s'immiscer dans l'action des professionnels concernés. Cette pratique est basée sur le respect du professionnalisme de chacun. Le médecin n'est pas alors en position d'imposer ou de contrôler les actions ; le cas contraire étant fréquent. Dans le cas de la collaboration avec l'ergonome, les deux protagonistes ont souligné qu'ils n'avaient pas décidé de stratégie particulière. Celle-ci s'est mise en place de manière opportuniste sans qu'elle soit réellement coordonnée dans la durée. Le médecin souligne aussi qu'elle abordait dans l'entreprise plusieurs problématiques en même temps dont la question des RPS, de même que le poids des sollicitations au coup par coup de l'entreprise ou des salariés qui nécessitent des prises de décision et des actions immédiates. Si l'on reprend dans les entretiens les passages qui portent sur la gestion du conflit de l'ergonome avec la personne en charge de la production, nous constatons que cette forme de pluridisciplinarité était insuffisante. Elle n'a pas permis de proposer d'autres jeux d'alliance ou d'autres formes d'arbitrage. Ceci a eu pour effet de mettre en mauvaise posture l'ergonome et surtout cela a ralenti la conduite du projet. Certes le médecin du travail a compté pour beaucoup dans l'émergence du projet, mais probablement que par la suite il a été happé par les urgences des activités quotidiennes, la gestion des dossiers, etc. Pour l'ergonome il ne s'agit pas vraiment d'une intervention réussie compte tenu des problèmes rencontrés.

De la même manière le secrétaire du CHSCT reconnaît s'être beaucoup investi au début du projet et peu par la suite.

On peut en déduire que la pluridisciplinarité exige des formes de coordination plus ou moins formelles qui ont manqué dans le cadre du projet pour développer une dimension stratégique nécessaire pour faire face aux différents enjeux et aux contradictions de logique (production, RH, Santé Sécurité, etc.).

7.5. Faire avancer la santé au travail : un travail épuisant ?

Nous voudrions apporter un éclairage sur ce que peut coûter la bataille de la santé au travail. Nous avons développé les difficultés rencontrées par l'ergonome lors des conflits avec le chef d'atelier, qui correspondaient à des conflits de logiques entre santé au travail, RH et production. Ces conflits de logiques ont pu apparaître comme des conflits de personnes. L'ergonome a souligné comment il a pu se sentir isolé et en difficulté même pour recueillir des informations de base concernant le fonctionnement de l'atelier. Pour faire face à ces situations de conflits, une forte mobilisation est nécessaire tout au long de l'intervention ; ceci représente un coût individuel non négligeable.

Le médecin du travail indique que : « *J'ai un autre cas dans une autre entreprise, une menuiserie où rien n'avance, à quoi cela sert de s'épuiser ? Il y a des jeunes qui viennent d'arriver et le chef d'entreprise ne veut rien entendre. En plus, on n'a pas le temps d'échanger, on est surbooké, pas uniquement par la visite, plutôt par les visites d'embauche et les visites à la demande des salariés. Si l'entreprise ne joue pas le jeu, cela devient vite épuisant pour tout le monde. Parfois, il suffit qu'un interlocuteur s'en aille pour que tout bascule et là je me demande s'il faut continuer à batailler !*

On peut comprendre que dans des contextes où les enjeux de la santé au travail ne sont pas perçus comme importants et où les jeux d'acteurs déstructurent les bonnes volontés comme les projets possibles, « *porter* » la santé au travail et la bataille du travail réel devient un alors un exercice périlleux. Au-delà des convictions et de l'engagement individuel, cet exercice ne peut être réalisé seul. Il nécessite de le partager avec d'autres acteurs extérieurs à l'entreprise comme avec des acteurs de l'entreprise. Le cheminement du DRH montre comment celui-ci s'est approprié une grande partie des enjeux en termes de santé au travail, il est alors devenu un acteur essentiel du projet. Il a pu contrebalancer ou articuler ces questions avec celles de la production, qui elles aussi sont stratégiques pour l'entreprise. Aux dires des acteurs de la santé au travail, son départ, suite à la réorganisation, a profondément déstructuré l'équilibre des logiques. Cela a alors fragilisé l'action de ces acteurs.

On peut alors prendre conscience de la relative fragilité des avancées en matière de santé au travail. La fragilisation d'un acteur « pivot », une disponibilité moindre, une évolution de carrière et l'équilibre patiemment construit est remis en cause, ce qui peut se traduire par des réorientations du projet ou des actions en cours. Rien n'est donc jamais gagné à l'avance. De tels rebondissements peuvent donc amener les acteurs de la santé au travail à réajuster leur investissement dans le projet.

7.6. Limites de l'étude

L'étude que nous avons présentée comporte deux limites essentielles : l'insuffisance des entretiens menés avec les acteurs de l'entreprise (en particulier les opératrices bénéficiaires du projet et le DRH) et l'absence d'analyse d'activité sur la ligne modifiée. Ces deux limites sont importantes pour attester des effets réels du projet. D'après les différents acteurs, le projet est considéré comme réussi même si la question de savoir quelles sont les personnes qui utilisent les postes reste en suspens. Combien de temps les opératrices destinataires du projet initial passent-elles sur la nouvelle ligne ? Quelles ont été leurs difficultés d'apprentissage ? Comment peuvent-elles se ménager des « *espaces de respiration* », se soustraire réellement à la cadence de ligne ? Comment a évolué la perception de leurs douleurs ? Voici autant de questions qui n'ont que des réponses incomplètes.

7.7. Perspectives

Dans la partie précédente nous avons souligné les limites de cette étude. Il reste qu'elle soulève un certain nombre de questions qui interrogent l'efficacité et la durabilité des actions en santé au travail. Cette étude s'intègre dans un projet de recherche national plus global qui a cherché à caractériser les formes multiples de l'activité des médecins du travail engagés dans la prévention des TMS. L'apport spécifique de notre étude à ce projet national a porté sur l'analyse du rôle du médecin du travail dans l'élaboration de projets de transformation des situations de travail afin de prévenir les TMS. Compte tenu de la diversité des pratiques des médecins du travail, de la diversité de leurs styles professionnels, il est difficile de généraliser les conclusions de cette étude. Celles-ci concernent un projet spécifique, un médecin, un ergonome et les acteurs d'une entreprise qui sont eux aussi spécifiques. L'histoire des personnes, leur engagement sur les questions de santé et de santé au travail sont aussi spécifiques tout comme la culture de l'entreprise en matière de santé sécurité. Mais au-delà des ces spécificités, nous défendons l'idée que ce que nous avons mis en lumière en reconstituant l'histoire de ce projet est

représentatif de la difficulté à développer des actions de prévention de manière durable dans l'entreprise.

Nous avons alors identifié différentes perspectives qui pourraient être mises en débat dans des collectifs de médecins du travail mais aussi plus largement de préventeurs et pourquoi pas de collectifs réellement pluridisciplinaire.

Un premier point concerne la complexité relative des projets de transformations en santé au travail. Le projet que nous avons suivi, comparé à des interventions ergonomiques d'envergure, peut être considéré comme modeste et relativement simple. Pourtant nous avons décrit comment le choc des logiques RH, production, automatisation, maintien dans l'emploi, est venu complexifier ce projet. Comment cette forme de complexité est-elle anticipée par les acteurs de la santé au travail ? Comment nécessite-t-elle des formes de coordination stratégique ? Avec quels acteurs ? A quelles étapes du projet ? Avec quelles modalités d'arbitrage ?

Nous avons développé les spécificités des acteurs, de la culture d'entreprise et du projet. Ces spécificités correspondent à des diversités de styles professionnels qui se sont construits tout au long de leur expérience professionnelle. Comment les acteurs de la santé au travail sont-ils amenés à prendre conscience de leur style professionnel propre ? Comment et dans quelles conditions arrivent-ils à identifier les ressources mais aussi les limites de leur style professionnel ? Comment arrivent-ils à composer avec d'autres acteurs disposant de styles professionnels différents ?

Compte tenu de la complexité à géométrie variable des projets, de la diversité des styles professionnels des différents acteurs, des enjeux cachés des projets, se pose la question de la coordination des actions et en particulier de la pluridisciplinarité en santé au travail. L'histoire que nous avons reconstituée nous montre que l'ouverture à pluridisciplinarité n'est pas seule garante d'actions réellement efficaces. Quelles sont les conditions pour que les différents acteurs soient en capacité de mettre en débat les formes et les modalités d'une telle coordination ? Quels sont les scénarios possibles ? Comment simuler leur mise en œuvre ? Comment traduire cela sous la forme d'une organisation du projet ? Se pose alors la question de construire ensemble l'action tout en ménageant ses propres actions et en laissant exprimer son style professionnel.

Une autre question concerne l'articulation nécessaire entre l'expertise portée par les différents acteurs, et en particulier ceux de la santé au travail, et les formes de participation qui permettent de donner une place aux travailleurs et à leurs représentants dans le projet. En effet, le risque d'une posture d'expert, c'est que les travailleurs soient perçus comme une cible de la prévention et non pas comme des acteurs eux-mêmes de la prévention. On perçoit, dans les formes de conflits rencontrés dans le cadre de l'histoire du projet qui a été présenté, la difficulté de positionnement des travailleurs par rapport à une telle dynamique. Comment les faire participer dans un contexte conflictuel où les modalités d'arbitrage sont fragiles ? Quels risques cela représente pour eux ? Comment les impliquer dans un projet dont on ne peut garantir que les choix finaux ne se retourneront pas contre eux (augmentation de la charge de travail, suppression de postes de travail, utilisation des postes conçus par d'autres populations, etc.) ?

Enfin, l'étude montre que pour faire face à la complexité cachée du projet, pour contre balancer les conflits de logiques, certains acteurs ont dû sortir au moins en partie du cadre classique de leur mission et « jouer » aux frontières ou bien à l'extérieur de ces cadres. Cette régulation a permis de « récupérer » certaines situations et a produit des arbitrages essentiels pour le projet. Dans quelles conditions, les acteurs acceptent-ils, décident-ils, prennent-ils le risque de « jouer » aux frontières de leur cadre d'action, voire à l'extérieur ? Est-ce une décision individuelle, une stratégie collective ?

Nous avons donc identifié un ensemble de problématiques qui pourraient être discutées dans des ateliers de pratique par différents professionnels de la santé au travail. Cet exercice va être programmé dans le courant de l'année 2012.

La pratique des Équipes de santé au travail au Québec : mise en contexte

Geneviève Baril-Gingras, Marie Bellemare et Daniel Prud'homme

Au Québec, le domaine de la santé au travail a été marqué par l'avènement de la Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST)¹ mise en place en 1979. Le législateur a alors fait le choix de confier au réseau public de santé la responsabilité de fournir les services de santé au travail. Ce texte présente, en premier lieu, un volet du régime québécois de santé et de sécurité du travail, soit celui qui concerne les équipes de santé au travail du réseau de santé publique. Après nous être penché sur les grandes orientations qui ont guidé la réforme et avoir exposé les faits saillants de la LSST et de sa mise en œuvre, nous décrivons le rôle des équipes de santé au travail et, plus particulièrement celui du « médecin responsable ». En deuxième lieu, nous mettons en perspective le contexte de pratique des équipes de santé au travail québécois à partir de quatre éléments qui nous semblent éclairer la comparaison avec le régime qui prévaut en France.

1. LES GRANDES ORIENTATIONS DU RÉGIME DE SST AU QUÉBEC

Jusqu'à l'avènement de la réforme de 1979, le régime de santé et de sécurité au travail était caractérisé par l'absence de dispositions légales quant à la présence de services de prévention en santé au travail dans les entreprises. Les quelques « médecins d'entreprises », rémunérés par quelques grands employeurs, n'étaient pas tenus de rapporter les pathologies reliées au travail. De plus, des carences importantes dans le système d'indemnisation des accidentés du travail et dans la protection sociale étaient peu favorables à la mise au jour des lésions reliées au travail par les travailleurs eux-mêmes (Plante et Bhérier, 2006 : 16). Les origines du volet « services de santé au travail » de la réforme québécoise de 1979 sont intimement liées à l'histoire des travailleurs des mines d'amiante et à leur lutte pour faire reconnaître les effets de l'exposition à cette fibre sur leur santé et pour l'instauration de mesures de prévention (Mergler et Desnoyers, 1979,1981).

L'un des objectifs de la réforme de 1979 était ainsi de mettre à la disposition des entreprises (en particulier des petites), et des travailleurs, diverses ressources spécialisées en SST (Berthelette et Pineault, 1992). Il s'agissait alors d'assurer l'indépendance de ces ressources par rapport à l'employeur et d'éviter de créer un réseau parallèle au réseau public de santé. De plus, on séparait également ces services de santé des services d'indemnisation et de l'inspection, ces derniers étant assumés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Selon White et Renaud (1987), la dimension «santé publique» de la LSST provient de la détermination du ministre responsable de cette réforme de neutraliser le rôle traditionnel de

¹Il est important de noter que cette loi couvre la prévention alors que le domaine de l'indemnisation des travailleurs victimes de lésions professionnelles est encadré par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Cette dernière n'est pas traitée ici puisque les équipes de santé au travail ne sont pas concernées par cet aspect du régime.

la médecine du travail, les médecins travaillant pour les entreprises privées étant perçus comme supportant sans équivoque l'employeur, contre les intérêts des travailleurs et du gouvernement. Il a donc été décidé de sortir la médecine du travail de l'entreprise. De fait, pour Michel Vézina (1989 :24), la structure mise en place par le régime québécois quant à la santé au travail répond intégralement à la recommandation 171 de la Conférence internationale du travail de 1985, laquelle stipule que le rôle des services de santé au travail doit être essentiellement préventif, consistant à établir un programme d'activités adapté à l'entreprise, et que son personnel ne doit pas être associé à la vérification du bien-fondé des absences du travail. C'est le cas aussi des recommandations à l'effet que les services de santé au travail bénéficient d'une indépendance complète par rapport à l'employeur, aux travailleurs et à leurs représentants, et quant à leur multidisciplinarité.

1.1 La Loi sur la santé et la sécurité au travail et son application : points saillants

La Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), adoptée en 1979, établit un régime de prévention qui présente certaines similitudes avec les principes énoncés dans la Directive européenne de 1989. L'employeur a un devoir général de prévention, qui dépasse le contenu de la réglementation sur les risques. Il doit en effet « prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique du travailleur » (LSST, article 51).

La loi établit également la priorité de l'élimination du risque à la source (article 2). Elle prescrit en outre un ensemble de moyens visant la « prise en charge » de la santé et de la sécurité, à l'échelle des établissements soit :

- le **programme de prévention (PP)** (article 59)², que doit élaborer l'employeur sur la base d'une identification des risques; ce programme est assez proche du document unique, en théorie du moins.
- le **programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE)**, intégré au programme de prévention, élaboré par l'équipe de santé au travail (ÉSAT) du réseau de la santé publique; cette équipe est composée généralement d'un médecin, d'une infirmière et d'un technicien en hygiène du travail ;
- le **comité de santé et de sécurité (CSS)**, regroupant des représentants de l'employeur et des travailleurs; structure semblable au comité d'hygiène, sécurité et conditions de travail (CHSCT);
- et le **représentant à la prévention (RP)**(article 90), membre de ce comité; il s'agit d'un représentant des travailleurs à qui est confié un mandat d'assister les travailleurs dans l'exercice de leurs droits et d'identifier les situations à risque, notamment par des inspections, des enquêtes lors d'accidents, etc.

Il est important de noter que lors de l'adoption de la LSST en 1979, les établissements ont été classés, selon leur secteur d'activités économiques, en six groupes dont deux ont alors été déclarés prioritaires, bénéficiant ainsi de la couverture par les mécanismes que sont le programme de prévention, le programme de santé, les comités de santé et de sécurité du travail et le représentant à la prévention. Un troisième groupe n'est couvert que par les deux premiers. Il était prévu alors que les autres groupes seraient progressivement prioritaires à leur tour pour que l'ensemble de la loi couvre en bout de piste, tous les établissements du Québec. Toutefois, la situation qui prévaut aujourd'hui et ce, depuis 1985, est celle illustrée au tableau 1. On remarque que seuls les établissements appartenant aux groupes I II et III sont

² L'article 59 est reproduit à l'annexe 1

touchés par le PP et le PSSE. Le nombre d'établissements auxquels s'appliquent le CSS et le RP est encore plus limité.

Tableau 1
État de la couverture de la LSST quant aux différents mécanismes de prévention (PP, PSSE, CSS et RP) dans les établissements selon le groupe d'appartenance de leur secteur d'activité économique.

Groupe I PP, PSSE : 1982 CSS : 1983 RP : 1984	Groupe II PP, PSSE : 1983 CSS : 1983 RP : 1984	Groupe III PP, PSSE : 1985	Groupe IV	Groupe V	Groupe VI
Bâtiment et travaux publics	Industrie du bois (sans les scieries)	Administration publique	Commerce	Autres services commerciaux et personnels	Agriculture Chasse et pêche
Industrie chimique	Industrie du caoutchouc et des produits en matière plastique	Industrie des aliments et boissons	Industrie du cuir	Communications, transport d'énergie et autres services publics	Bonneterie et habillement
Forêt et scieries	Fabrication d'équipement de transport	Industrie du meuble et des articles d'ameublement	Fabrication de machines (sauf électriques)	Imprimerie, édition et activités annexes	Enseignement et services annexes
Mines, carrières et puits de pétrole	Première transformation des métaux	Industrie du papier et activités diverses	Industrie du tabac	Fabrication de produits du pétrole et du charbon	Finances, assurances et affaires immobilières
Fabrication de produits en métal	Fabrication des produits minéraux non métalliques	Transport et entreposage	Industrie textile	Fabrication de produits électriques	Services médicaux et sociaux

Légende : PP : Programme de prévention; PSSE : Programme de santé spécifique à l'établissement; CSS : Comité de santé et de sécurité; RP : Représentant à la prévention

1.2 Le programme de santé spécifique aux établissements

La mission des équipes de santé au travail est centrée autour de l'élaboration du programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE) et de sa mise en application. C'est l'article 113 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail qui définit le contenu du programme de santé.

« 113. Le programme de santé spécifique à un établissement doit notamment prévoir, compte tenu des programmes de santé visés dans l'article 107 applicables à l'établissement et du contrat intervenu en vertu de l'article 109, les éléments suivants:

1° les mesures visant à identifier les risques pour la santé auxquels s'expose le travailleur dans l'exécution de son travail et à assurer la surveillance et l'évaluation de la qualité du milieu de travail;

2° les activités d'information du travailleur, de l'employeur ainsi que, le cas échéant, du comité de santé et de sécurité et de l'association accréditée sur la nature des risques du milieu de travail et des moyens préventifs qui s'imposent;

3° les mesures visant à identifier et à évaluer les caractéristiques de santé nécessaires à l'exécution d'un travail;

4° les mesures visant à identifier les caractéristiques de chaque travailleur de l'établissement afin de faciliter son affectation à des tâches qui correspondent à ses aptitudes et de prévenir toute atteinte à sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique;

5° les mesures de surveillance médicale du travailleur en vue de la prévention et du dépistage précoce de toute atteinte à la santé pouvant être provoquée ou aggravée par le travail;

6° les examens de santé de pré-embauche et les examens de santé en cours d'emploi prévus par règlement;

7° le maintien d'un service adéquat de premiers soins pour répondre aux urgences;

8° l'établissement et la mise à jour d'une liste des travailleurs exposés à un contaminant à partir des registres tenus par l'employeur. »

On peut donc résumer le contenu du PSSE en des mesures de surveillance environnementale, de surveillance médicale, des activités de formation et d'information et de soutien à l'organisation des premiers soins (Drouin et coll., 2004 : 331).

1.3 Les « médecins responsables » et les équipes de santé au travail (ÉSAT)

Pour mener à bien l'élaboration des programmes de santé, la LSST prévoit la désignation d'un « médecin responsable des services de santé d'un établissement », choisi³ par le comité de santé et de sécurité du travail. Il faut noter que, bien qu'il travaille en étant entouré d'une équipe, il est le seul à être nommé dans la loi. Le mécanisme de désignation du médecin responsable a été défini de manière à assurer son indépendance par rapport à l'employeur. Le contrat du médecin du travail fait l'objet d'une entente entre le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) de qui le médecin détient son lien d'emploi. Le mandat des autres ressources professionnelles est défini par les Agences régionales de santé et de services sociaux qui négocient un contrat global avec la CSST. Des ressources financières sont ainsi octroyées par la CSST aux Agences afin qu'elles puissent offrir les services de santé au travail. Ce contrat qui les lie est négocié périodiquement et peut comporter, outre l'élaboration, la mise à jour et la mise en application des PSSE, d'autres mandats comme les « programmes d'intervention intégrée » (PII). Ces programmes, déterminées par la CSST, permettent des actions ciblées en prévention par problématiques (par exemple : risques de silicose associés aux opérations réalisées au jet de sable, risques de TMS dans un secteur donné, etc).

³Ce choix demeure théorique puisque le nombre de médecins disponibles est réduit. L'idée du législateur était qu'il devait y avoir consensus entre les représentants de l'employeur et des travailleurs, siégeant au CSS, sur l'identité de ce médecin, pour éviter les situations vécues avant l'adoption de la loi. De plus, la loi prévoyait aussi des mécanismes pour faire état de la crédibilité de ce médecin auprès de ses pairs (LSST, articles 109 et 117).

1.3.1 Le médecin responsable

La loi prévoit que « Le médecin responsable des services de santé d'un établissement procède, en collaboration avec le directeur de santé publique⁴, à l'évaluation des ressources professionnelles, techniques et financières requises pour les fins de la mise en application du programme de santé spécifique à l'établissement». Dans les faits, tel qu'indiqué précédemment, le médecin est le seul membre des équipes de santé au travail qui soit explicitement nommé dans la LSST. Les équipes locales (au sein des Centres locaux de services communautaires - CLSC) sont généralement constituées d'infirmiers ou infirmières en santé au travail, de techniciens ou techniciennes en hygiène industrielle et de personnel de secrétariat auxquels s'ajoute, au niveau régional (au sein de l'Agence de santé et de services sociaux), un coordonnateur ou une coordonnatrice. D'autres ressources sont aussi mises à la disposition des équipes notamment des hygiénistes du travail et des ergonomes.

Le tableau 2 résume les tâches principales des médecins responsables, à partir des écrits de deux médecins du travail (Plante et Bhérier, 2006:20). On y retrouve les principales activités reliées au PSSE de même que d'autres responsabilités assumées par les médecins responsables et reliées : au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, dans le cadre du Programme maternité sans danger (PMSD); au devoir de signalement⁵. De plus, on note que les évaluations d'inaptitude et les examens d'embauche ne font pas partie des responsabilités du médecin responsable.

Tableau 2. Les tâches du médecin responsable telles que vues par les médecins eux-mêmes (selon Plante et Bhérier, 2006 :20)

Tâches	Commentaires
Ce qu'ils font dans le cadre des PSSE	
Visiter régulièrement les lieux de travail	Ils ont accès, à toute heure du jour ou de la nuit, à un lieu de travail et ils peuvent se faire accompagner d'un expert.
Prendre connaissance des informations nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions	
Définir des programmes de santé centrés avant tout sur l'élimination des expositions professionnelles.	
Déterminer, dans chaque programme de santé, les éléments de surveillance médicale ou biologique pertinents, lorsqu'il est indiqué de le faire.	
Informier le travailleur de toute situation l'exposant à un danger pour sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique ainsi que de toute altération à sa santé.	Ils utilisent l'information aux travailleurs et la formation comme outil d'intervention premier.

⁴ Le territoire québécois est divisé en 18 régions socio-sanitaires et chacune d'elle possède une Agence de santé et services sociaux où se retrouve une direction de santé publique.

⁵ Ce devoir est lié à l'article « 123. Tout en respectant le caractère confidentiel du dossier médical et des procédés industriels, le médecin responsable doit signaler à la Commission, à l'employeur, aux travailleurs, à l'association accréditée, au comité de santé et de sécurité et au directeur de santé publique toute déficience dans les conditions de santé, de sécurité ou de salubrité susceptible de nécessiter une mesure de prévention. Il doit leur transmettre, sur demande, un rapport de ses activités. » Transmis à un inspecteur de la CSST, ce signalement peut avoir pour effet d'obliger un établissement à implanter des mesures préventives préconisées par le PSSE qui ne l'auraient pas été.

Ce qu'ils font aussi	
Ils participent activement à l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite.	
Ils agissent aussi à titre de consultant auprès du médecin traitant dans le cadre d'une mesure de prévention particulière visant les travailleuses enceintes. »	
Ils doivent soumettre les travailleurs aux examens prévus par quelques règlements	ils remettent en question et cherchent à faire disparaître plusieurs de ces obligations qui ne contribuent pas à la protection de la santé des travailleurs.
Tout en respectant le caractère confidentiel du dossier médical et des procédés industriels, ils doivent signaler à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), à l'employeur, aux travailleurs, à l'association accréditée, au comité de santé et de sécurité ainsi qu'au directeur de santé publique toute déficience dans les conditions de santé, de sécurité ou de salubrité susceptible de nécessiter une mesure de prévention.	
Ce qu'ils ne font pas	
Ils ne font pas d'évaluation de l'aptitude des travailleurs.	
Ils ne font aucun examen d'embauche.	

Enfin, il est important de noter que les travailleurs ne sont pas vus par le médecin dans le cadre de consultations individuelles. Contrairement au médecin du travail français qui partage son temps entre la consultation individuelle et les activités de prévention dirigées vers le milieu de travail (le tiers-temps), le médecin du travail au Québec consacre ainsi tout son temps à la prévention des risques à l'échelle de l'établissement, à travers l'élaboration du programme de santé (PSSE) et la réalisation des activités qui en découlent.

1.3.2 Les autres membres de l'équipe de santé au travail

Bien que le médecin responsable soit le seul à être nommé dans la loi, la pluridisciplinarité est inscrite d'emblée dans la constitution des équipes (Ferré, 2000 : 35). Ainsi, médecins, infirmières et techniciens en hygiène du travail contribuent aux activités de formation et d'information, en synergie (Drouin et coll., 2006 : 332). Leur rôle consiste (Drouin et al. 2004 : 235) également à préciser les niveaux d'exposition et à proposer des recommandations axées sur élimination et le contrôle des risques à la source : substitution, modification de procédés, ajout de ventilation locale, isolation de procédés et en dernier recours. Le recours à la protection personnelle est plutôt proposé comme mesure transitoire ou en cas de l'impossibilité technique de prévention primaire. Les membres de l'équipe jouent un rôle actif dans la transmission d'information dans chaque milieu de travail, à propos de la LSST, des risques identifiés dans l'établissement, sur les mesures préventives, de même que sur l'organisation adéquate des premiers soins et premiers secours. Pour ce faire, divers moyens sont utilisés telles les séances d'informations individuelles ou collectives et la distribution de documentation écrite. De la formation peut aussi être donnée notamment sur l'utilisation adéquate de la protection individuelle ou collective.

Le rôle de l'infirmière serait déterminant notamment en ce qui concerne l'analyse des données sanitaires du milieu de travail à partir de différents registres, de même que les activités découlant du PSSE tel le

dépistage des maladies professionnelles et la transmission d'information auprès des travailleurs (ibid : 337). Le technicien en hygiène, avec, à l'occasion la collaboration d'un hygiéniste, assume l'identification et l'évaluation des risques auxquels sont exposés les travailleurs, assure la surveillance de la qualité du milieu de travail et formule des recommandations quant au contrôle des risques (op.cit).

2.POUR UNE MISE EN PERSPECTIVE DES PRATIQUES DES ÉQUIPES DE SANTÉ AU TRAVAIL FACE AUX TMS

La description des éléments du régime de SST québécois, bien que sommaire, nous permet de faire ressortir certaines caractéristiques qui éclairent les enjeux entourant le contexte de pratique des équipes de santé au travail au Québec. Nous avons choisi quatre éléments qui nous semblent intéressants au regard du contexte français. Les trois premiers distinguent les contextes de pratique de part et d'autre de l'Atlantique. Il s'agit : 1) des liens des équipes avec l'État; 2) de la couverture limitée des établissements et des risques; 3) de la relation des équipes avec les salariés. Enfin, pour ce qui est du dernier élément, il rapproche les deux contextes de pratique puisqu'il s'agit 4) des difficultés de recrutement des médecins.

2.1 Les liens des équipes avec l'État : une structure complexe, de multiples tensions

Tel que l'avait souhaité le législateur, les médecins responsables sont autonomes de l'employeur, dans le cadre du mandat et des pouvoirs que leur donne la LSST : chacun est responsable des PSSE des établissements qu'il couvre. Cette situation ne va pas sans créer de controverses chez les partenaires sociaux. Il semble en effet y avoir de variations significatives entre les PSSE. C'est du moins ce que déplorent certains syndicats qui peuvent constater des différences entre deux établissements de la même entreprise couverts par deux médecins différents. Des employeurs, à travers le Conseil du patronat qui les représente, critiquent aussi la situation et sont particulièrement irrités en ce qui a trait au Programme maternité sans danger : les critères de retrait du travail des travailleuses enceinte utilisés par les médecins responsables varieraient d'une région à l'autre.

Bien que le médecin détienne une certaine autonomie, les équipes sont fortement encadrées par la CSST. Il faut savoir que la Commission de la santé et de la sécurité au travail, qui administre le régime de santé et de sécurité au travail, cumule plusieurs mandats : la prévention; l'inspection; la « réparation » (indemnisation et réadaptation) ; le financement du régime d'indemnisation. Elle relève du Ministère du travail, mais le gouvernement a depuis longtemps laissé les parties patronales et syndicales qui siègent à son conseil d'administration établir les compromis qui définissent ses orientations. La CSST est donc le lieu où se prépare et se discute, entre les parties patronales et syndicales, le contenu de la réglementation sur les risques et la prévention. Le conseil d'administration est donc paritaire, avec un nombre égal de représentants des employeurs et des syndicats. Tous les changements dans la réglementation, les orientations en prévention de la CSST sont donc hautement politiques, sujets à discussion entre les parties. C'est ainsi qu'en matière d'inspection, les pratiques font l'objet de décisions au CA de la CSST. En matière de prévention, les activités du réseau public en santé au travail sont aussi dépendantes de ce contexte, mais de manière indirecte. En effet, c'est la CSST qui établit le financement et le contenu des contrats qui encadrent le travail des équipes. Les sommes dévolues aux salaires des équipes de santé au travail proviennent des coffres de la CSST qui est financée par les cotisations versées par les employeurs.

Les membres des équipes sont rattachés aux structures locales (CSSS) et relèvent, tout comme les Agences, du ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Les contrats sont établis entre la CSST et les différentes agences de santé et de services sociaux. Plante et Bhérier (2006 :19) expliquent que les directions de santé publique sont liées par ce contrat qui limite l'influence qu'elles pourraient avoir sur le développement des services de santé au travail. Ces auteurs considèrent que cette position faible des DSP maintient une situation injuste où la majorité des travailleurs n'ont pas accès à des services de santé au travail. En effet, 25% seulement des travailleurs se retrouvent dans les secteurs prioritaires et ont accès aux services des équipes de santé au travail. Ainsi, en 2006, les 65 médecins en poste couvraient ainsi plus de 900 000 travailleurs, soit un ratio d'environ un médecin pour 14 000 travailleurs appartenant aux secteurs prioritaires (Plante et Bhérier, 2006 :20).

D'ailleurs, il y a toujours eu des tensions entre les structures, notamment en ce qui a trait aux ressources allouées par la CSST. Le taux de production des programmes de santé serait devenu le seul indicateur (TIP-CSST, 1993 : 6.2, 8) pour évaluer la performance des équipes de santé au travail, sans prise en compte du nombre de travailleurs visés, des risques identifiés. Les équipes cherchent à se démarquer de la CSST et de ses inspecteurs, pour établir un lien de confiance et une relation de « soutien » avec les établissements. Pourtant, les équipes doivent souvent « (...) déconstruire l'image de « contrôleurs » qu'ont les inspecteurs, avec lesquels on les confond » (Carpentier-Roy et coll., 2001 : 183). Par contre, les équipes sont confrontées aux limites de leur mandat, face à des employeurs qui n'acceptent pas cette collaboration. Seul l'inspecteur peut alors agir. Or, les inspecteurs de la CSST ont aussi des contraintes : les priorités établies par leur organisation, les campagnes en cours (qui ont très peu porté sur les TMS jusqu'ici, malgré l'ampleur du problème et de la proportion importante des lésions indemnisées que cela représente), la faiblesse des instruments réglementaires spécifiques aux TMS, etc.

Par ailleurs, les relations entre les différentes instances reliées au Ministère de la santé et des services sociaux sont aussi sources de tensions. Par exemple, au début du nouveau régime, l'approche communautaire qui prévalait alors dans les structures locales de santé publique (les CLSC, centres locaux de services communautaires) a été mise à mal par la plupart des structures régionales (alors affiliées aux hôpitaux). L'existence de points de vue divergents à l'intérieur même du réseau de la santé publique ajoute à la complexité des relations entre les ESAT et l'État. Cependant, il y a actuellement des efforts pour une meilleure concertation à l'intérieur du réseau avec une clarification des rôles des différents paliers que sont les CSSS, les DSP et l'INSPQ.

2.2 La couverture limitée des établissements et des risques

La couverture des établissements par les dispositions du régime qui concerne les services de santé au travail est limitée par deux facteurs : d'abord, par le fait que la réglementation quant à ces services n'a été adoptée que pour les groupes de secteurs d'activité économique I, II et III, tel que mentionné précédemment; ensuite, parce que les ressources dévolues par la CSST, sur la base des cotisations prélevées auprès des employeurs, ne permettent qu'une présence très limitée en terme de durée et de fréquence, dans les établissements. Ainsi, selon les informations dont nous disposons, la mise à jour des Programmes de santé, principal instrument de l'action des ÉSAT, se ferait aux 5 ans, 6 ans, 9 ans selon les ressources et les régions.

En ce qui concerne les priorités d'action face aux risques professionnels, la CSST établit ses priorités comme un assureur, en concentrant ses énergies sur les problèmes qui lui coûtent le plus cher Vézina (1989 : 27). Le fait que tant le mandat d'inspection que celui d'indemnisation soient assumés par la CSST soulève des débats depuis toujours (White et Renaud, : 58), alors que ces deux fonctions sont souvent séparées dans les autres provinces canadiennes.

L'intervention des inspecteurs s'appuie sur la réglementation ou sur le devoir général de prévention de l'employeur (article 51 de la LSST). Quant à elles, les équipes de santé au travail agissent sur la base de critères de santé, ce qui peut signifier qu'elles agissent lors d'un dépassement de 50% de la norme, et même en l'absence de référence réglementaire spécifique. Il pourrait donc y avoir un écart entre les critères de l'une et l'autre institution; les préoccupations de l'équipe de santé au travail pourraient ne pas être suivies d'une action contraignante de la CSST.

En ce qui a trait aux risques de TMS, il faut noter qu'ils sont systématiquement pris en compte par les ESAT dans les PSSE depuis 2005. Jusque-là, la prise en compte de ce type de risques se faisait ou non, selon les équipes. Le manque de ressources contribue très probablement à ce que des choix soient faits quant aux risques qui peuvent être couverts par le PSSE.

2.3 La relation des équipes avec les salariés et les établissements

En ce qui a trait à la relation avec les salariés, un point très important distingue le régime québécois du régime français : les médecins ne reçoivent pas les salariés en consultation individuelle. C'est plutôt le médecin traitant du salarié qui joue ce rôle. Par ailleurs, les régions de Montréal et Québec offrent des services spécialisés de santé au travail auxquels les salariés peuvent être référés par leur médecin traitant.

Si les équipes de santé au travail arrivent la plupart du temps, à établir des relations de confiance (Prud'homme et al. 2011) avec les établissements qu'ils desservent, on peut dire que les associations qui les représentent émettent de nombreuses critiques à l'égard du régime actuel et plus particulièrement sur la prestation des services de santé au travail. Ainsi, ils déplorent la « nationalisation » (Lippel, 1982 : 329) des services de santé au travail et souhaiteraient que ce soit l'employeur (plutôt que le comité de santé et de sécurité du travail de l'établissement) qui choisisse le médecin responsable de l'établissement. Le Conseil du patronat suggérait de « rendre autonome le service médical de l'entreprise, en le rattachant directement au plus haut niveau de direction, tout en s'assurant de l'indépendance professionnelle du médecin au moyen notamment des divers mécanismes de contrôle de sa Corporation. Le médecin serait ainsi choisi et rémunéré par l'entreprise, mais il pourrait également être membre du Conseil des médecins et dentistes du centre hospitalier de la région ». (CPQ,1986:24-25)

2.4 Les difficultés de recrutement des médecins

À l'instar de la France, le Québec éprouve des difficultés à recruter des médecins qui travailleraient au sein des équipes de santé au travail du réseau public. Dès l'instauration du régime, des difficultés de recrutement de personnel qualifié se sont manifestées : peu de formations étaient alors disponibles pour les membres des équipes (White et Renaud, 1987 :78). Les médecins étaient, à l'époque, difficiles à recruter et à retenir dans les équipes (White et Renaud, 1987 :83). Le taux de roulement est d'ailleurs demeuré élevé et ce, dans toutes les régions (TIP-CSST, 1993 : 18). Selon Plante et Bhérer (2006 : 15) le nombre de médecins disponibles n'a cessé de décroître.

Conclusion

En somme, le législateur québécois a fait le choix, en 1979, d'orienter la santé au travail dans une perspective de santé publique. Plutôt que de réaliser, comme en France, des consultations cliniques individuelles, les médecins et les équipes de santé au travail réalisent des interventions à l'échelle de l'établissement : ils cherchent notamment à identifier, dans un premier temps, les risques présents dans le milieu de travail pour, dans un deuxième temps, en informer collectivement les travailleurs et recommander à l'employeur des mesures de prévention. Ainsi, selon l'article 10 de la *LSST*, les salariés ont droit « à des services de formation, d'information et de conseil » sur les risques pour la santé présents dans leur milieu de travail.

Le programme de santé spécifique à l'établissement se veut l'instrument permettant de consigner la plupart des risques pour la santé dans les différents établissements touchés par le règlement. Depuis 2005, les équipes de santé au travail qui élaborent ces programmes considèrent les risques de TMS de façon plus systématique qu'auparavant (INSPQ, 2005). Par contre, le manque de médecins et de professionnels en santé au travail du réseau de santé publique de même que le mandat restreint aux groupes prioritaires I, II et III limitent la portée des interventions en prévention des équipes de santé au travail. Ainsi, le principe du régime québécois est intéressant en ce qu'il assure une indépendance du médecin par rapport à l'employeur et accorde une priorité à la prévention primaire plutôt qu'à la gestion des aptitudes des salariés. Il offre aussi un cadre institutionnalisé de pluridisciplinarité pour mieux évaluer et traiter les risques. Par ailleurs, le régime français présente le grand intérêt d'assurer une couverture plus complète, pour l'ensemble des travailleurs, en plus de permettre aux médecins d'être très proches des salariés. Comme le montrent les travaux exposés dans le présent rapport, les deux volets du travail des médecins français, tiers-temps et consultations individuelles, s'enrichissent mutuellement faisant naître des possibilités d'actions individuelles et collectives.

Le régime « idéal » serait sans doute celui qui offrirait à la fois les avantages du régime québécois et ceux du régime français. Toutefois, le contexte actuel de désengagement de l'État ne favorise pas une telle solution, ni en France ni au Québec.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Berthelette, D., Pineault, R., 1992, Analyse d'implantation du programme de santé au travail. Résultats d'une recherche évaluative. *Travail et santé*, vol. 8, no 4, pp. S-23 - S-30.
- Conseil du patronat du Québec (1986), *Proposition pour une révision en profondeur du régime québécois de santé et de sécurité du travail*, Mémoire présenté au ministre du Travail, de la Main-d'œuvre et de la sécurité du revenu, M. Pierre Paradis, octobre 1986.
- Drouin, L., Simard, R., Fontaine, G., Huneault, C., 2004, L'élaboration et la mise en application des programmes de santé spécifiques aux établissements : l'approche québécoise. *Santé Publique*, Vol. 16, no 2, p.329-337.
- Ferré, N., 2000, *Jeu de pouvoirs, partage des responsabilités - les acteurs de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles au Québec*, Rapport d'étude du CRESP.
- Gouvernement du Québec, 1979, *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, (L.R.Q., c. S-2.1).
- INSPQ, 2005, *La prévention des troubles musculo-squelettiques liés au travail. Réflexion sur le rôle du réseau de santé publique et orientations proposées pour la santé au travail*. Québec, 27p.
- LE MONDE ECONOMIE, 2007, *De quels effectifs disposent les services de santé au travail pour suivre les salariés?* 4 décembre 2007.
- Lippel, K. 1982 Lippel, K. 1981, 'Droits des travailleurs québécois en matière de santé (1885-1981)', *Revue juridique Thémis*, **16**, 329-380.
- Mergler, D., Desnoyers, L., 1981, « Milieu de travail et santé : éléments d'analyse de la situation québécoise », dans Bozzini, L., Renaud, M., Gaucher, D., Llambias-Wolff J., (dir.), 1981, *Médecine et société : Les années 80*. Montréal : Éditions coopératives Albert St-Martin, p. 236-238.
- Plante, R., Bhérier, L., 2006, «La médecine du travail au Québec : une pratique de santé publique», *Santé, société et solidarité*, n° 2, p. 15-21.
- Prud'homme, D., Bellemare, M. et Baril-Gingras, G., 2011, *Les interventions visant la prévention des TMS au Québec : la pratique des équipes de santé au travail*. Rapport ANR. 31p.
- TIP-PI (1993), *Cahier de référence, Tome 1: volet établissement, volumes 1 et 2*, Commission de la santé et de la sécurité du travail, Table inter-vice-présidences de la prévention-inspection. Québec : CSST.
- Vézina, M., 1989, «La prévention en santé et sécurité au travail, Une réforme avant-gardiste inachevée ou inachevable?», in Confédération des Syndicats Nationaux, *Les actes du colloque sur la prévention en santé-sécurité dans les secteurs prioritaires*, pp. 21-28.
- White, D., Renaud, M., 1987, *The involvement of the public health network in occupational health and safety : a strategic analysis*. Rapports de recherche et synthèse critique no 21, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec : Les publications du Québec. 271 p.

Les interventions visant la prévention des TMS au Québec : la pratique des équipes de santé au travail

Daniel Prud'homme, Marie Bellemare et Geneviève Baril-Gingras

1. MISE EN CONTEXTE

1.1. Ampleur du phénomène des TMS au Québec

Au Québec, les troubles musculosquelettiques (TMS) touchent entre 33 500 (Comeau, 2009) et 45 000 (Lapointe, 2008) travailleurs par année selon les études, pour un montant atteignant les 500 millions de dollars annuellement (Aptel et St-Vincent, 2008; Comeau, 2009; Lapointe, 2008). En termes de pourcentage, en 1986, 30% des lésions indemnisées par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) étaient des TMS (Lapointe, 2008). Entre 2000 et 2002, la CSST a indemnisé 113 000 lésions professionnelles en moyenne par année dont 38% étaient des TMS, ce qui correspondait à 40% des jours indemnisés et 36% des sommes déboursées (Aptel et St-Vincent, 2008; Premji, Messing et Lippel, 2008). En 2004, les chiffres sont restés stables puisqu'encore une fois, 38% des lésions totales étaient également des TMS (Perreault *et al*, 2008). De plus, la gravité des TMS semblent en croissance ces dernières années puisque les jours d'indemnisation sont passés de 48.1 à 53.5 jours entre 2000 et 2003 (Durand *et al*, 2007). Ce type de pathologie représente donc la cause principale d'incapacité dans la population québécoise (Delisle *et al*, 2008; Stock *et al*, 2005) et, ce, autant pour les absences de courte durée que de longue durée (Perreault *et al*, 2008).

Mentionnons également au passage que les données disponibles sont considérées généralement comme étant bien en deçà de la réalité (Stock *et al*, 2003; Stock *et al*, 2005; Bourgeois *et al*, 2000; Premji, Messing et Lippel, 2008) et, ce, de façon encore plus fragrante dans les petites entreprises que dans les grandes (Bourgeois *et al*, 2000).

Comme on le constate, non seulement les TMS engendrent des coûts économiques importants pour la société québécoise, ils apportent également leur lot de conséquences humaines. En effet, même s'il s'agit d'un sujet peu étudié par la littérature scientifique comparativement aux coûts plus directs ou économiques (Schulte, 2005), les personnes souffrant d'un TMS, en particulier celles qui souffrent d'une incapacité permanente, voient leur vie radicalement changer suite à leur pathologie. Ainsi, les victimes d'un TMS éprouvent de la souffrance physique et mentale (Aptel et St-Vincent, 2008; Truchon *et al*, 2007; Bültmann *et al*, 2007; Dembe, 2001; Schulte, 2005), voient leur qualité de vie considérablement réduite (Durand *et al*, 2008; Truchon *et al*, 2007; Dembe, 2001) et se retrouvent avec des difficultés pour accomplir les tâches domestiques quotidiennes (Schulte, 2005; Mainville, 2004; Dembe, 2001; Keogh *et al*, 2000). De plus, ces travailleurs ont souvent de la difficulté à réintégrer le travail et à se faire indemniser (Aptel et St-Vincent, 2008; Baril *et al*, 1994; Durand *et al*, 2008; Schulte, 2005; Nachemson, 1999). Enfin, en plus de ces conséquences centrées sur l'individu, l'ensemble du réseau social est affecté

(Truchon *et al*, 2007; Denis *et al*, 2005; Schulte, 2005; Amell et Kumar, 2002; Berthelette et Baril, 2002; Keogh *et al*, 2000).

Plus spécifiquement, environ 8% des personnes atteintes d'un TMS vont avoir des séquelles permanentes. De plus, les coûts d'indemnisation pour ces atteintes vont compter pour la moitié des coûts totaux d'indemnisation des TMS (Baril *et al*, 2008). En fait, plus l'absence au travail dure, moins les chances d'un retour au travail sont grandes (Brown *et al*, 2007; Dionne *et al*, 2005; Spitzer *et al*, 1986). Il faut dire également qu'un premier retour au travail n'est pas nécessairement permanent, de nouveaux épisodes d'absence peuvent en effet avoir lieu et conduire à leur tour vers l'incapacité permanente (Bültmann *et al*, 2007).

1.2. Mobilisation du réseau de santé publique

Notamment pour ces raisons, le réseau de santé publique au Québec s'est mobilisé autour de cette question des TMS (Bellemare *et al*, 2001), tout comme d'autres organismes de la santé au travail : la CSST, l'Institut de Recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et encore les Associations sectorielles paritaires (ASP) (Aptel et St-Vincent, 2008; Comeau, 2009).

C'est ainsi que les équipes de santé au travail (ÉSAT) doivent depuis 2008 évaluer les risques de TMS au même titre que les autres facteurs de risques pouvant nuire à la santé des travailleurs. Au Québec, en vertu de l'article 58 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST)*, les employeurs faisant partie d'une catégorie visée par règlement ont l'obligation d'élaborer un programme de prévention et de le mettre en application. Les entreprises ont été séparées en six groupes prioritaires et les trois premiers seulement sont pour l'instant visés par le règlement (voir **Annexe A** pour la liste des six groupes prioritaires). Le programme de prévention doit comprendre, notamment, un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE) selon l'article 59. Ce dernier doit être élaboré par un médecin responsable et être soumis au comité de santé et sécurité de l'établissement pour approbation (*LSST* : 112). Il doit contenir selon l'article 113 de la *LSST* : les mesures d'identification des risques, les activités d'information et de formation sur ces risques et les activités de prévention prises par l'employeur (Stock *et al*, 2005). C'est donc dans ce cadre que les ÉSAT interviennent en entreprise.

Les ÉSAT doivent donc proposer aux entreprises des groupes prioritaires I, II et III une offre de services (voir **Annexe B**) composée de l'évaluation sommaire, de séances d'information, du soutien à la prise en charge des risques ainsi que du suivi des résultats (Comeau, 2009). Plus spécifiquement, lors de la première de ces étapes, les ÉSAT doivent recenser les lésions ayant touché l'établissement dans les dernières années, évaluer la perception du milieu sur les postes particulièrement à risques de développer des TMS et documenter l'ensemble des risques pour la santé présents dans l'entreprise. Par la suite, lors des séances d'information, les équipes présentent les résultats de cette évaluation sommaire au comité de santé et sécurité et à l'employeur, en plus d'informer les travailleurs sur les facteurs de risques identifiés et les moyens de prévention. La troisième étape consiste à soutenir le milieu de travail dans la prise en charge du risque, que ce soit au moyen d'interventions ergonomiques plus poussées dans le cas des TMS ou encore par le suivi du plan d'action de l'établissement. Enfin, dans le quatrième volet de l'offre de services, les ÉSAT doivent s'assurer que les actions ont effectivement été menées et que les facteurs de risque sont jugulés. Pour l'instant, en ce qui a trait aux TMS, les équipes sont

tenues de réaliser les les deux premières étapes soit l'évaluation des risques et les séances d'information (Stock *et al*, 2005).

Afin que les ÉSAT soient en mesure de mener à bien leur mission relative aux TMS, des formations leur ont été données à partir de 2008. Des formateurs ont d'abord été formés par des ergonomes avant que l'ensemble des membres des ÉSAT ne le soient également. Ces formations portaient, et portent toujours aujourd'hui sur l'ampleur de la problématique des TMS, sur les facteurs de risques et principalement sur l'évaluation des risques à partir d'outils comme le «*Quick exposure check*» (*QEC*) ou le «*Washington Industrial Safety and Health Act*» (*WISHA*) ou encore d'autres créés et adoptés par les membres du réseau comme l'outil de «perception du milieu» par exemple (Comeau, 2009).

Une évaluation qualitative de l'appropriation par les ÉSAT de la Capitale-Nationale de l'évaluation sommaire et des séances d'information a été effectuée dix mois après le lancement des nouvelles directives sur les TMS (Comeau, 2009). Cette recherche a été menée principalement au moyen d'entrevues de groupes. En plus des membres des équipes, quatre gestionnaires du réseau public en santé au travail ont également été rencontrés en entretien individuel. L'étude tend à démontrer que la plupart des intervenants sont bien engagés dans l'appropriation de cette offre de service et des outils qui l'accompagnent même si peu d'interventions, en particulier au niveau des séances d'information, avaient alors été réalisées. De plus, les membres des ÉSAT semblent ambivalents sur la gravité de la situation dans leurs entreprises. Certains considèrent que le bilan lésionnel est somme toute moins alarmant que ce que les études suggèrent alors que d'autres considèrent qu'il y a effectivement un problème et qu'il faut intervenir. La perception des gestionnaires allait plus dans ce dernier sens. En ce qui a trait au partage des tâches, les équipes n'avaient pas systématisé la façon de fonctionner concernant les TMS. Selon les équipes et selon les étapes à réaliser, des acteurs différents sont impliqués. Concernant les outils proposés lors des formations, les professionnels semblent satisfaits de leur utilisation. Enfin, presque tous, dans l'étude de Comeau, apparaissent considérer l'outil «perception du milieu» comme un maillon essentiel de la démarche d'intervention : si le milieu considère que le risque de TMS est faible, il devient difficile d'intervenir en prévention. Au contraire, si les représentants des travailleurs et de l'employeur de l'établissement pensent qu'il y a un problème, c'est un levier important pour la prise en charge du milieu.

À ce jour, aucune étude n'a porté sur les démarches d'intervention telles que mises en œuvre par les ÉSAT en entreprise. Ce manque de connaissance sur les pratiques d'intervention en prévention fait écho à ce que d'autres auteurs affirment dans les écrits traitant des interventions en prévention des TMS. Ainsi, le contenu des interventions en prévention des TMS semblent être un sujet encore mal connu. Si plusieurs études s'intéressent aux résultats des interventions, il manque encore de données qualitatives qui permettraient de bien comprendre le déroulement concret de celles-ci. En particulier, deux sujets ont été identifiés comme étant peu développés : la démarche d'intervention à proprement parler et les facteurs qui en influencent le déroulement (Denis *et al*, 2005), même s'il est bien connu par ailleurs que le contexte d'un établissement a une grande influence sur le déroulement même des interventions et sur leur succès (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2006).

1.3. Question de recherche

Nous pensons que l'ampleur du phénomène des TMS combiné à ce manque de connaissances de la pratique justifie d'étudier les démarches d'intervention des équipes de santé au travail. Plus spécifiquement, notre question de recherche a été : **«quelles sont les pratiques d'intervention en prévention des troubles musculosquelettiques déployées par les équipes de santé au travail ?»**

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. Recrutement des participants

Le recrutement des participants s'est effectué selon la méthode d'échantillonnage par réseaux, aussi appelée méthode boule de neige (Fortin, 2006). Ce sont des indicateurs clés oeuvrant dans une structure régionale du réseau de santé publique de la santé au travail qui ont d'abord suggéré certaines personnes qu'ils pensaient intéressées par notre étude. Par la suite, ces premiers participants ont à leur tour suggéré d'autres personnes afin de compléter notre échantillonnage.

Au total, 14 répondants ont participé à l'étude, soit cinq médecins, quatre infirmières, trois techniciens en hygiène industrielle et deux coordonnateurs. De ces 14 personnes, 10 provenaient d'une région urbaine, trois autres provenaient de deux régions semi-urbaines et une autre partageait son temps entre la région urbaine et une région semi-urbaine.

2.2. Corpus de données (voir Annexe D)

11 entrevues ont ainsi été menées auprès de ces participants au cours de l'année 2010. Neuf de ces entrevues ont été réalisées à l'aide d'un canevas d'entretien (voir **Annexe C**). Les questions portaient sur trois grands thèmes : l'activité de travail, le vécu personnel de l'intervenant face à cette activité et les perspectives d'avenir. Les entrevues, d'une durée de 30 à 90 minutes, ont été enregistrées de façon audio totalisant huit heures d'enregistrement. Par la suite, ces enregistrements ont été transcrits intégralement sous forme de verbatim pour un total de 166 pages de texte.

Deux entrevues consistaient en des discussions libres sur des interventions précises à l'aide des traces issues de ces interventions, par exemple un rapport d'intervention ergonomique, un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE) ou encore des photos et vidéos de l'activité de travail. Ces entrevues ont également fait l'objet d'une pour un total de 15 pages retranscrites.

Trois observations directes de rencontres en entreprise ont aussi été réalisées au cours de la même période. Dans deux cas, il s'agissait d'une rencontre dans le cadre du renouvellement du PSSE. L'ÉSAT était alors au «complet», c'est-à-dire que le médecin, l'infirmière et le technicien y étaient. Dans le dernier cas, il s'agissait d'une évaluation ergonomique d'un poste de travail identifié comme étant à risque de développer des TMS pour les travailleurs. Seuls le médecin et l'infirmière étaient alors présents. Toutes les observations ont été réalisées dans la région urbaine. Durant la première observation, nous n'avons pas eu la permission d'enregistrer la rencontre de façon audio. Les échanges et actions ont été notés à l'aide d'un relevé papier-crayon, pour un total de 19 pages manuscrites. Pour la seconde observation, les notes d'observation ont été

doublées par un enregistrement audio. 15 pages manuscrites ont été remplies pour environ une heure trente d'enregistrement. La visite de l'établissement n'a pas été enregistrée puisque l'environnement était trop bruyant pour permettre une telle manœuvre. Enfin, pour l'évaluation ergonomique d'un poste de travail, la rencontre a aussi été enregistrée. Cinq pages manuscrites ont alors été écrites pour un peu plus de 31 minutes d'enregistrement.

Nous avons réalisé également une quatrième observation. Il s'agissait d'une réunion d'un groupe de travail réunissant divers intervenants des équipes de santé au travail. Il s'agissait pour eux de débattre des enjeux et problématiques rencontrés sur le terrain en plus de proposer de nouvelles façons de faire et d'exprimer leurs besoins communs face à la prévention des TMS. Un enregistrement audio (140 minutes) de cette réunion a été effectué.

Enfin, nous avons effectué deux rencontres de validation des données auprès de deux intervenants différents. Ces rencontres ont été enregistrées de façon audio pour un total de 160 minutes environ. Les principales conclusions de notre étude ont été présentées à ces deux participants pour qu'ils émettent des commentaires, en précisent certains éléments et en corrigent d'autres.

2.3. Cadre d'analyse

Autant les observations que les entrevues ont fait l'objet d'une analyse qualitative à l'aide du logiciel QDA-Miner. Nous avons emprunté le modèle de l'intervention externe en prévention de Baril-Gingras, Bellemare et Brun (2004) pour nous permettre d'analyser et de catégoriser les données recueillies. Ce modèle propose que les interventions externes sont modulées d'un côté par le régime de SST et de l'autre par les caractéristiques structurelles de l'établissement et du secteur. De plus, l'organisme d'où provient l'intervenant va influencer également le déroulement de l'intervention, tout comme le dispositif de l'intervention même, (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004; Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2006; Baril-Gingras *et al*, 2009).

3. RÉSULTATS

Dans le cadre de cette publication, nous allons développer trois éléments du modèle de l'intervention externe en prévention : l'intervenant et son organisme, l'origine de l'intervention de même que l'intervention à proprement parler, en particulier les activités de l'intervention.

3.1. Les intervenants et leur organisme

En ce qui concerne ce premier point, il importe de comprendre qui sont les personnes intervenant dans les entreprises et dans quel cadre elles agissent pour avoir une vision plus claire de leurs pratiques. Trois thèmes en particulier seront abordés, leur formation et leur expérience en matière de TMS, la composition théorique d'une équipe de santé et l'ampleur de leur charge de travail.

3.1.1. Formation et expérience

En premier lieu, tous ne sont pas égaux devant les TMS. Avant la nouvelle offre de service de 2008, c'est-à-dire l'inclusion des TMS parmi les facteurs de risque à considérer, certains avaient

déjà plusieurs années d'expérience à ce sujet et avaient déjà fait des interventions dans les entreprises. En effet, dans les années 90, une première tentative de prise en charge des TMS avait eu lieu par la santé au travail, en collaboration avec la CSST. Une infirmière (1¹) illustre la situation : «*on a eu un temps fort dans l'histoire de la santé au travail dans les années 94, à peu près dans ce bout-là. 95-96*». Autant les membres des ÉSAT que les inspecteurs de la CSST avaient reçu alors de la formation à ce sujet. Certains établissements avaient donc été identifiés par cet organisme comme présentant un bilan particulièrement lourd en matière de TMS par rapport à d'autres entreprises du même secteur. Les équipes de santé intervenaient alors avec des inspecteurs et formaient des «groupes ergo» (Bellemare, 2001) dans ces établissements. Pour plusieurs, cette démarche était lourde et fastidieuse et n'a pas laissé beaucoup de souvenirs heureux, comme l'indique un médecin (6) : «*Qui était une démarche quand même longue, un peu fastidieuse, qui a découragé bien du monde parce qu'il fallait former des comités de travail*». De plus, selon ce qui a été mentionné par les répondants, les groupes ergo étaient plus adaptés aux grandes entreprises qu'aux petites. L'expérience s'est donc essoufflée rapidement. Par contre, plusieurs ont continué par la suite d'inclure les TMS dans leur programme de santé sans que cela ne leur soit prescrit et de faire des interventions en prévention dans les entreprises.

A contrario, pour d'autres répondants, incluant des médecins, les formations offertes par le réseau en santé du travail sur les TMS constituaient un réel premier contact avec cette problématique en milieu de travail. Même s'ils œuvraient dans le domaine de la santé en général, ils n'avaient pas eu l'occasion de toucher concrètement à ce genre de problèmes depuis leurs années d'études, comme le démontre bien ce médecin (5) : «*Ça faisait 17 ans que j'avais pas touché à ça*». Il y avait donc un rattrapage à faire et la formation leur a permis de reprendre contact avec cette réalité. Plusieurs éléments ont donc dû être intégrés à leur travail, notamment les facteurs de risque en milieu de travail, autant biomécaniques que psychosociaux. Ils ont également eu à se familiariser avec de nouveaux outils de travail et à la façon d'informer les milieux de travail sur les TMS. À cet égard, les autres membres de leur équipe ont facilité cette intégration. Le répondant 10, un technicien, explique sa situation : «*Quand je suis arrivé dans l'équipe, justement, ils m'ont montré (...) quelles grilles ils avaient choisies, comment eux autres ils procédaient*».

3.1.2. Une équipe de santé au travail

Jusqu'à maintenant, nous avons beaucoup parlé des équipes de santé au travail en supposant que celles-ci étaient formées d'un médecin, d'une infirmière et d'un technicien en hygiène industrielle. En réalité, la situation n'est pas aussi simple que ça, autant dans la région urbaine que les deux régions semi-urbaines. Plusieurs cas de figures sont en effet possibles. Ainsi, un médecin peut être à la tête de deux duos infirmière – technicien. Ou encore, une infirmière peut travailler pour deux médecins différents, ayant chacun leur propre technicien. Les raisons de cette situation sont multiples. Selon ce qui a été mentionné, les difficultés de remplacement pour certaines professions, en particulier les médecins, de même que les absences prolongées pour maladie en sont quelques exemples.

¹ Le chiffre entre parenthèses fait référence au code attribué à l'intervenant. Dans certaines situations, le code du participant sera omis s'il risque de compromettre son anonymat.

Dans les régions semi-urbaines, la situation semble encore plus compliquée puisqu'il arrive parfois qu'aucun médecin responsable ne soit formellement désigné. Comme l'illustre bien un technicien (9) : *«parce que là, on est en rupture de stock en médecin responsable»*. Ce sont donc les techniciens et les infirmières qui vont alors procéder aux visites d'établissements, remplir les rapports d'usage et qui vont faire les évaluations ergonomiques en utilisant les outils à leur disposition. En se basant sur la perception du milieu, le rapport environnemental, le rapport de visite et les résultats des échantillonnages effectués, ils écrivent une première version du futur PSSE. Via le courrier électronique, ils envoient cette version à un médecin désigné dans la région urbaine. Celui-ci va alors apporter quelques corrections, faire des commentaires et poser des questions à l'équipe. Une infirmière (4) explique le genre de corrections effectuées par le médecin : *«eux autres, après ça, là ils faisaient des commentaires. (...) Il nous forçait à nous questionner sur des choses qu'on n'avait pas pensées. (Le médecin) changeait des phrasages (...), c'était pas de fond en comble là.»*. Par la suite, une version définitive sera élaborée et signée par le médecin.

Toujours concernant les régions semi-urbaines, il semble que la composition des équipes soit aussi moins stable. Ainsi, une infirmière peut travailler avec un technicien sur un dossier et avec un autre sur le dossier suivant. Et vice versa. Il n'y a donc pas de duos infirmière – technicien qui soient formalisés.

En somme, les mêmes acteurs n'ont donc pas tous les mêmes responsabilités selon la région géographique où ils se trouvent, et selon la disponibilité du médecin responsable. Plusieurs variations et situations sont possibles.

3.1.3. La charge de travail

Dernier thème concernant les intervenants et leur organisme, il convient de dire un mot sur la charge de travail des équipes de santé au travail. Tel que mentionné plus haut, tous les établissements visés par règlement, le RSST, doivent établir un programme de santé spécifique. Ce programme est renouvelable à tous les sept ans depuis quelques années maintenant, alors que c'était à tous les cinq ans il y a quelques années à peine. Concrètement, ça veut dire qu'une ÉSAT doit retourner dans un établissement pour constater de nouveau les facteurs de risque présents et pouvant affecter la santé des travailleurs. Un nouveau programme de santé sera par la suite élaboré.

Une fois par année, les nouveaux établissements sont distribués entre toutes les équipes d'une région. Les répondants de la région urbaine ont parlé d'une cinquantaine de nouveaux dossiers bon an, mal an. *«Pour l'ensemble du programme de santé au travail qui nous vient de la CSST, donc ça peut être une cinquantaine de nouveaux établissements qui sont répartis entre les équipes»*, raconte un médecin (6). Selon le nombre de médecin en poste à ce moment-là, ça correspond à entre 5 à 8 nouveaux dossiers par équipe par année. En plus de ces nouveaux dossiers, les équipes conservent leurs anciens établissements. Un médecin en place depuis quelques années peut avoir environ 70 établissements actifs. Pour ces entreprises, il faut faire la mise à jour du PSSE à tous les sept ans, faire le suivi des modifications proposées, du plan d'action, et intervenir lorsque la situation ne bouge pas assez vite.

Un nouveau médecin n'aura pas autant de dossiers que les autres. Pour lui permettre l'appropriation de son nouveau rôle, ce dernier aura une quarantaine d'établissements à s'occuper dans les premières années. Un médecin (5) dans cette situation explique comment ça s'est passé : *«en début d'année là, j'ai eu 40 entreprises qui m'ont été offertes pour faire des programmes de santé»*.

Sans que cela ne soit explicitement mentionné, on comprend que les dossiers sont distribués aux médecins plus qu'aux équipes de santé en tant que tel, du moins en région urbaine. Il nous manque d'information à ce sujet pour nous permettre de caractériser la situation en région rurale.

De plus, le partage des dossiers ne se fait pas de la même façon selon l'une ou l'autre de nos sous-régions. Dans une de nos régions semi-urbaines, il ne semble pas y avoir de méthode particulière pour décider qui héritera d'un nouvel établissement. Chacun des intervenants est appelé à couvrir l'ensemble des types d'industrie présents sur le territoire. Une infirmière (1) de cette région semi-urbaine parle de sa propre situation : *«pour le partage des dossiers, des fois une question de disponibilité, c'est assez fluide chez nous, il n'y a pas de règles formelles»*. Le partage va donc se faire selon la disponibilité de chacun des membres de l'ÉSAT au moment de la distribution.

Dans une autre région semi-urbaine, la situation est tout autre. Chacun des intervenants a développé une expertise particulière dans un domaine d'activité industrielle précis : *«bien là, ça, nos établissements, c'est déjà comme ciblé. Fait que, dans le fond, juste pour te dire, c'est un peu de façon, je dirais, naturelle»*, explique un technicien (9). Lorsque de nouveaux dossiers apparaissent, chacun va prendre ce dans quoi il est déjà reconnu même si ça fait en sorte que le nombre de dossiers ne soit pas égal pour tous. En fait, cette répartition est formalisée depuis plusieurs années selon ce que les dires des intervenants. En effet, lors de l'arrivée d'un nouvel intervenant, ce dernier reprend les dossiers de la personne qu'il remplace. Ceux-ci étant déjà spécialisés dans un secteur économique particulier, le nouveau membre de l'ÉSAT va développer rapidement une expertise dans ce même secteur d'activité.

Enfin, dans la région urbaine, la répartition semble également se faire selon une certaine expertise plutôt que selon cteur d'activité précis, à l'image de la région semi-urbaine précédemment mentionnée.

3.2. Origine de l'intervention

En lien avec l'origine d'une intervention, l'ÉSAT prend contact avec un établissement pour deux principales raisons. En effet, les équipes de santé peuvent vouloir établir un programme de santé spécifique à l'établissement, que ce soit un premier programme ou encore le renouvellement de celui-ci, ou encore elles peuvent répondre à une demande de service du milieu de travail sur une problématique particulière.

Les entreprises peuvent ainsi contacter leur équipe de santé au travail pour les aider à se prendre en charge, pour les accompagner vers la solution d'un problème de santé affectant la vie des travailleurs de l'établissement, que ce soit au niveau des TMS, d'un produit chimique quelconque ou encore du bruit par exemple.

En général, ces demandes semblent très appréciées par les répondants à notre étude. En effet, la plupart de ceux-ci considèrent que lorsque la demande provient du milieu de travail, une partie du travail est déjà fait. L'équipe n'aura pas à convaincre l'employeur, et même parfois les travailleurs, que certaines conditions de travail représentent un risque pour la santé. Une infirmière (1) commente la situation : *«parce que nous autres quand le client t'appelle, tu es «en voiture». C'est là que tu peux le mieux jouer ton rôle»*. Quand c'est l'employeur qui téléphone à une équipe de santé, qui fait le premier pas, c'est qu'il a conscience du problème et qu'il veut tenter de le régler.

Par contre, il ne faudrait pas surestimer le nombre de demandes de service reçus par les équipes de santé. Il ne semble pas y en avoir tant que ça, même en provenance des entreprises avec qui les ÉSAT ont déjà collaborées et obtenues des succès. Plusieurs répondants semblent d'ailleurs un peu amers de cette situation. Ils aimeraient en recevoir plus, qu'il y ait plus de retombées positives pour les projets déjà accomplis. Il semble par ailleurs que certains en reçoivent effectivement plus que les autres. Une infirmière (4) parle ainsi de son technicien en hygiène : *«je sais que (NOM), lui, y en a beaucoup de demandes de service»*. Lorsqu'interrogés sur ces demandes de service, et sur leur fréquence, les répondants de l'étude ont des explications différentes. Certains affirment que ça dépend de la crédibilité de l'équipe de santé dans les milieux de travail. Plus ils sont considérés comme des intervenants crédibles, plus ils auraient des demandes. Pour d'autres, c'est surtout une question pratique. Comme tous les établissements des secteurs 1, 2 et 3 sont déjà distribués entre les différentes équipes, elles vont se référer à leur propre équipe avant de faire une demande de service à la Direction de la Santé publique.

Ce peut aussi être la CSST qui demande à une équipe de santé d'intervenir dans une entreprise qui est affectée par beaucoup de lésions d'un type particulier. Selon ce qui a été mentionné, il semble par contre que ce soit surtout dans les deux régions semi-urbaines que ce genre de demandes soit le plus fréquent, même si la région centre en reçoit également, comme le mentionne un médecin (7) de la région urbaine : *«la CSST (...) peut nous faire des demandes, et souvent urgentes ou pas là, mais pour des entreprises en particulier»*. Les ÉSAT doivent alors intervenir dans ces entreprises également, en plus de leurs autres dossiers.

Enfin, les ÉSAT semblent dorénavant plus limitées dans les possibilités de répondre aux demandes de service. Si elles acceptaient il y a encore quelques années les demandes provenant de tous les secteurs, elles doivent désormais se restreindre aux trois premiers groupes dits prioritaires. Pourtant, selon ce qui a été mentionné lors des entrevues, la plupart des demandes provenaient des trois derniers groupes prioritaires. Un médecin (7) est très clair là-dessus : *«on avait beaucoup, beaucoup de demandes de service dans les groupes 4, 5, 6. N'importe quoi là : qualité de l'air, moisissures, champ électromagnétique»*. Depuis les nouvelles directives, les intervenants doivent référer les entreprises non priorisés qui font des demandes de service à des entreprises privées, ou encore à la CSST dans certains cas. Tout de même, il reste quelques situations dans lesquelles les ÉSAT peuvent toujours intervenir quel que soit le secteur d'appartenance de l'entreprise. Ce sont les maladies à déclaration obligatoires, les MADDO (voir **Annexe E**), qui sont une priorité de la CSST.

3.3. Une intervention type

Il sera maintenant question d'une intervention type en prévention des TMS menée par une équipe de santé au travail. Trois moments forts sont à distinguer lors d'une visite d'établissement pour l'élaboration, ou le renouvellement, d'un programme de santé spécifique : avant la visite, la visite comme telle, et les suites de cette même visite.

3.3.1. Avant la visite de l'établissement

Comme nous l'avons vu précédemment, l'offre de service des ÉSAT aux entreprises se compose de quatre volets : l'évaluation sommaire, l'information au milieu de travail, le soutien à la prise en charge et suivi du milieu de travail et, enfin, le suivi des résultats. La visite de l'établissement à proprement parler fait partie de la première de ces étapes, soit l'évaluation sommaire, et permet ensuite de réaliser le PSSE. Les équipes vont informer le milieu de travail sur les facteurs de risque retenus et les aider à se prendre en charge par la suite.

Plus concrètement, l'évaluation sommaire est elle-même divisée en trois moments forts : le bilan lésionnel, l'investigation sur le terrain (la visite) et, pour les TMS uniquement, la perception du milieu.

A. BILAN LÉSIONNEL

Pour le premier de ces moments clés, le bilan lésionnel, les intervenants consultent le site de la CSST pour connaître toutes les lésions acceptées au cours des cinq années antérieures. Pour avoir accès à ce site, les intervenants doivent faire une demande à la CSST. La commission de la santé et sécurité du travail fait ensuite une vérification de sécurité. Une fois cet accès garanti, les ÉSAT peuvent accéder directement au site de la CSST grâce à un lien sur leur propre site Intranet : le *SISAT*. Sur le site de la commission, toutes les lésions acceptées durant les cinq dernières années, avec le siège de celle-ci, sont indiquées en fonction du numéro d'établissement. De plus, les interventions des inspecteurs du travail y sont également inscrites. Une infirmière (2) résume la situation : «*donc on sait s'il y a eu des interventions de la part des inspecteurs puis on sait s'il y a eu des lésions*». Par contre, il reste que les détails des lésions ne sont pas indiqués si précisément que ça. Les intervenants doivent souvent déduire ce qui s'est passé en fonction du siège de la lésion. Lors de la visite, les ÉSAT devront donc poser des questions sur les circonstances de ces lésions pour avoir une idée plus précise des risques affectant les travailleurs. Une autre difficulté, en lien plus spécifiquement avec les TMS, tient au fait que ce genre de lésion n'est pas regroupé en une seule catégorie. En effet, certains troubles musculosquelettiques seront classés comme accident du travail alors que d'autres seront considérés comme des maladies professionnelles. Les intervenants doivent donc croiser plusieurs données pour avoir une idée précise de la situation, notamment les lésions au dos, les accidents engendrant une «*ite*», de même que les maladies engendrant une «*ite*». Enfin, selon les régions et les personnes qui ont entré les données dans le système, il peut y avoir des différences de codage. Il s'agit donc d'une dernière difficulté dont les intervenants doivent tenir compte dans le bilan lésionnel.

Il ne semble pas y avoir de règles formelles pour décider qui va, concrètement, effectuer cette recherche. Dans certaines équipes, l'infirmière semble faire cette démarche plus fréquemment que les autres alors que dans d'autres équipes, ça varie selon le dossier, de la disponibilité des membres. Mais peu importe l'intervenant qui effectue le bilan lésionnel, ce dernier va consigner des données comme le nombre total de «*ites*», accidents et maladies, et de lésions au dos et les

additionner pour obtenir le nombre total de TMS pour un établissement une année donnée. Par la suite, ils devront calculer la proportion de TMS par rapport aux autres lésions professionnelles. Une fois ce rapport en main, la personne ayant compilé les résultats va le faire passer aux autres.

Même si les ÉSAT se fient aux données de la CSST, elles ont conscience que les données ne reflètent pas nécessairement l'ensemble de la réalité. Plusieurs de nos répondants ont tenu à mitiger la valeur des données lésionnelles de la CSST. C'est ainsi qu'une infirmière (3) nous fait cette mise en garde : *«ok, moi, je regarde toujours le bilan lésionnel. Mais c'est sûr que je m'arrête pas à ça»*. Pour avoir une idée plus précise de la situation, ils devront aller plus loin, notamment lors de la visite de l'établissement.

Dans le cas où le bilan lésionnel en matière de TMS sur le site de la CSST est lourd, l'équipe de santé va déjà avoir les risques dits «ergonomiques» en tête avant de se rendre sur les lieux. Puisqu'il y a sous-déclaration, et que chacun en est conscient, un nombre élevé de lésions musculosquelettiques accepté signifie probablement, selon plusieurs répondants, qu'il y a effectivement un problème de TMS dans l'établissement.

B. PRENDRE CONTACT AVEC L'ÉTABLISSEMENT

Parallèlement avec la compilation du bilan lésionnel, les intervenants vont contacter l'entreprise pour prendre un rendez-vous. Encore une fois, il ne semble pas y avoir de règles formelles quant à savoir qui va appeler les responsables de l'établissement. Dans certaines équipes, c'est l'infirmière qui se charge de cette tâche. Dans d'autres, c'est plus variable. Il arrive parfois que l'ÉSAT se bute à un répondeur et ne reçoive pas de retour d'appel. Ou encore que les employeurs soient méfiants envers l'ÉSAT et qu'ils soient peu enclins à les recevoir. Généralement, la situation se règle lorsque l'intervenant explique ce que sont les ÉSAT et quel est leur mandat. Lorsque la diplomatie ne suffit pas, le professionnel informe l'employeur qu'il transmet le dossier à la CSST. Tous les répondants ont mentionné qu'à ce moment, ils recevaient un retour d'appel.

Généralement, les intervenants en santé au travail vont tenter de fixer le rendez-vous à un moment où la production est à son maximum puisqu'ils doivent pouvoir observer les différents postes de travail en action pour constater s'il y a des risques ou non. Parfois, ça signifie prendre le rendez-vous très tôt le matin. Dans d'autres situations, il faut y aller à plusieurs reprises pour voir les différents moments de production, tel que mentionné par l'infirmière 2 : *«donc, des fois, sur notre visite, on va tout voir, mais, d'autres fois, il faut y aller parce qu'ils font une chose une fois puis une autre chose une autre fois»*. Ceci étant dit, lors des deux observations effectuées dans le cadre d'un renouvellement de PSSE, certains postes n'étaient pas en fonction et aucun arrangement n'a été pris pour être en mesure de les observer ultérieurement.

C. SE RENDRE SUR LES LIEUX

En somme, une fois que le bilan lésionnel est connu de l'ensemble de l'équipe, que chacun en a pris connaissance et qu'un rendez-vous a été pris, l'ÉSAT est prête à partir faire sa visite initiale. Les membres de l'équipe vont donc se rendre sur les lieux de l'établissement par leurs propres moyens. Au cours des trois observations effectués, deux intervenants sur une possibilité de sept

ont partagé une voiture. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les visites d'établissement sont assez longues. Les membres des ÉSAT vont donc arriver directement de leur domicile si la rencontre se déroule dans la matinée ou encore y retourner si celle-ci est prévue pour l'après-midi.

D. QUI EST PRÉSENT?

Pour deux des trois observations, tous les membres de l'équipe de santé étaient présents (2, 6 et 10 – 3, 13 et 14). Dans le troisième cas, soit l'évaluation ergonomique d'un poste de travail identifié à risque de développer des TMS, le médecin et l'infirmière (3 et 5) se sont présentés sur place. Dans la majorité des cas d'évaluation de postes, du moins en région urbaine, il semble que ce soit souvent ce tandem médecin – infirmière qui se présente en entreprise.

Pour les visites initiales, il y a une certaine divergence d'opinion de la part des différents intervenants en région urbaine sur qui devrait être présent lors de ces rencontres. Ainsi, pour l'un des médecins, la présence de l'infirmière est optionnelle tandis que celle du technicien est essentielle. Ce même médecin considère d'ailleurs que le technicien pourrait en théorie effectuer la visite initiale par lui-même. Par contre, ces visites comportent un volet administratif qui exige que le médecin soit présent. Celui-ci doit expliquer le mandat de l'équipe de santé et remplir le rapport «portrait sommaire», notamment. De plus, l'infirmière a également certaines tâches qui lui sont spécifiquement dévolues, en particulier les «Premiers soins, premiers secours». Il s'agit pour elle de vérifier les équipements de premier secours dans l'établissement (douches oculaires, trousse de premiers soins, liste des secouristes), leur état de fonctionnement ainsi que la fréquence de leur entretien. Il devient donc plus simple, selon ce qui a été mentionné autant par ce médecin que par les autres répondants, que l'infirmière assiste à la rencontre pour tout faire lors sa «tourné». Pour un autre médecin, c'est plutôt la présence du technicien qui est superflue lors de la visite initiale puisque ce dernier aura de toute façon à revenir pour faire ses échantillonnages. Le médecin et l'infirmière peuvent alors ensemble effectuer la visite, remplir les formulaires administratifs et faire la première évaluation «ergonomique» des postes de travail.

En ce qui concerne les deux régions semi-urbaines, la situation est différente. Principalement en raison du manque de médecin responsable. Le technicien et l'infirmière vont alors effectuer la visite par eux-mêmes. Dans certains cas, principalement quand les TMS sont impliqués, une seule personne va prendre l'ensemble d'un dossier en charge, tout en laissant les échantillonnages au technicien et les premiers secours à l'infirmière.

3.3.2. La visite d'établissement

Une visite initiale d'un établissement se déroule en deux temps. Il y a d'abord une rencontre formelle avec des représentants de l'employeur et des travailleurs. Ensuite, l'ÉSAT va faire le tour de l'établissement pour constater *de visu* comment ça se passe et pour se faire une idée plus précise sur les risques présents dans l'environnement de travail.

A. RENCONTRE FORMELLE

Tel que mentionné précédemment, nous avons effectué trois observations. Pour deux de celles-ci, il s'agissait d'un renouvellement de PSSE. Dans l'autre cas, l'ÉSAT avait l'objectif d'effectuer

une évaluation ergonomique d'un poste de travail. Nous allons ici nous concentrer principalement sur les deux premières rencontres.

Selon ce qui a été constaté, des représentants de l'employeur et des travailleurs sont effectivement présents pour la rencontre avec l'équipe de santé. Dans les deux cas, il s'agissait de membres du comité de santé et sécurité de l'établissement. Pour l'employeur, dans l'un des cas, c'est le gérant de production qui a reçu l'ÉSAT. Une fois la rencontre débutée, le directeur santé et sécurité de l'entreprise à la maison-mère a été appelé pour qu'il assiste à la rencontre à travers les mains-libres du téléphone. Par contre, une fois celui-ci bien informé de l'objet de la rencontre, il a demandé au gérant de production de lui faire un compte-rendu par la suite et n'a pas tenu à assister à la réunion. Durant l'autre observation, autant le gérant de production que le directeur santé et sécurité était présent en personne. Ce qui a été observé correspond également à ce que les répondants ont mentionné durant les entretiens semi-directifs. Lorsque des comités de santé existent dans l'entreprise, au moins un représentant de celui-ci assiste à la rencontre, quand ce n'est pas le comité au complet qui est présent. Par contre, il arrive également qu'aucun travailleur ne soit présent lors de la rencontre.

A.1. PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE

Après les salutations d'usage, chacun s'identifiant aux autres, l'ÉSAT se présente formellement à titre d'équipe de santé au travail. Pour ce faire, les intervenants remettent aux représentants de l'employeur et des travailleurs une pochette qui explique le mandat légal de l'ÉSAT et les services offerts par celle-ci. De plus, les liens entre l'ÉSAT et la CSST sont explicités formellement, de même que les priorités de cet organisme gouvernemental. Il y est clairement dit également que l'ÉSAT peut «forcer» son entrée dans le milieu de travail s'il y a un refus de collaborer de la part de l'employeur. Enfin, cette pochette mentionne que si le médecin constate un danger immédiat pour la santé des travailleurs, il a le devoir de le signaler à la CSST qui interviendra alors rapidement. Lors des deux observations, c'est le médecin responsable qui a remis cette pochette aux personnes représentant l'établissement. De même, cette façon de procéder semble assez standard dans toutes les équipes qui ont un médecin à leur disposition. Dans les régions semi-urbaines, quand le médecin n'est pas présent pour la rencontre initiale, quelqu'un d'autre va se charger de remettre cette pochette.

Selon un médecin (6) : *«si ça a à brasser, ça va brasser là. Parce que par après, ils sont avisés»*. Avant l'utilisation de cet outil, les choses prenaient parfois une tournure moins gaie au fur et à mesure des étapes, lorsque l'ÉSAT insistait pour que certains dangers soient éliminés du milieu de travail. Désormais, l'employeur va tout de suite se braquer dès la présentation du mandat de l'équipe de santé, permettant ainsi à celle-ci d'évacuer immédiatement la question de la collaboration. Durant les deux observations, aucun commentaire négatif n'a été émis lors de cette étape. Un représentant de l'employeur a voulu savoir si tous les établissements devaient «y passer» et s'il y avait une sélection, comment celle-ci était effectuée.

A.2. QUESTIONNAIRE «CONNAISSANCE PRÉALABLE»

Suite à la présentation du mandat légal de l'équipe de santé, les intervenants se renseignent ensuite sur les activités de production de l'entreprise au moyen du questionnaire intitulé «connaissances préalables». Il s'agit d'un outil standardisé et qui est utilisé par toutes les équipes selon ce qui a été mentionné lors des entrevues et ce qui a été observé concrètement. Cet outil permet de faire le tour de l'entreprise, du nombre d'employés aux produits chimiques utilisés, en passant par l'organisation du travail, la gestion de la santé et sécurité du travail, de même que l'outillage et les procédés de production. Il s'agit en fait de la partie la plus longue de la rencontre formelle.

Là encore, il ne semble pas y avoir de règle formelle entre les équipes sur qui pose les questions et qui note les réponses. Par contre, à l'intérieur des équipes, une certaine routine s'installe. Ainsi, c'est parfois principalement l'infirmière qui pose les questions et qui prend les réponses en note. Ce fût le cas pour la première observation. Le médecin (6), pour sa part, est intervenu à plusieurs reprises pour préciser certains détails techniques tout en prenant une grande quantité de notes personnelles. Il semblait connaître en profondeur les procédés industriels de l'entreprise. Dans d'autres équipes, ce peut aussi être le médecin ou le technicien qui pose les questions de l'outil et qui inscrit les réponses. Lors de la seconde observation, c'est principalement le technicien (14) qui a posé les questions. Ce dernier a également pris plusieurs notes autant dans les espaces prévus à cette fin sur le questionnaire papier que dans le bas des pages et à l'endos de celles-ci. Le médecin (13) est aussi intervenu à plusieurs reprises et prenait des notes sur son propre questionnaire de connaissances préalables. L'infirmière, pour sa part, faisait beaucoup d'écoute active en reformulant fréquemment les réponses des représentants de l'employeur.

A.3. OUTIL «PERCEPTION DU MILIEU»

Enfin, un dernier outil est utilisé lors de la rencontre formelle : la perception du milieu. Il s'agit d'un outil spécifiquement conçu pour les TMS. Ce questionnaire sert à connaître la perception des travailleurs et de l'employeur à propos des facteurs de risques de TMS présents dans l'établissement. Pour ce faire, plusieurs questions sont posées aux représentants de l'entreprise : «dans votre milieu de travail, y a-t-il des postes où les gens ont des troubles musculosquelettiques?» et «y a-t-il d'autres postes qui pourraient présenter des situations à risque de TMS même en l'absence de lésions ou douleurs?». Par la suite, selon les postes identifiés à ces deux premières questions, les représentants de l'entreprise doivent identifier le siège principal des lésions, les difficultés particulières de ce poste, de même que les actions en prévention déjà entreprises ou encore à venir. Lors des deux renouvellements de programme de santé spécifique à l'établissement observés, c'est l'infirmière qui a posé les questions de cet outil.

Pour la plupart des intervenants, l'outil «perception du milieu» est central dans la démarche de prévention des TMS. Il s'agit alors de vérifier si le bilan lésionnel reflète la réalité ou s'il sous-estime celle-ci. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les intervenants se méfient des statistiques de la CSST. Même si peu de lésions au dos ou en «ites» ont été déclarées et acceptées, il est possible que plusieurs facteurs de risque de TMS soient quand même être présents dans le milieu de travail. En fait, plusieurs travailleurs peuvent être victimes d'une lésion musculosquelettique mais être indemnisés par leur propre assurance-salaire plutôt que par la CSST.

De plus, selon ce qui a été mentionné par plusieurs répondants, la perception du milieu va vraiment servir d'assise aux futures interventions en prévention. En fait, plusieurs intervenants vont préférer s'attaquer à des postes identifiés lors de la perception du milieu même s'ils constatent par ailleurs, lors de la visite ou autrement, que d'autres postes présentes plus de risque de TMS que ceux nommés. Ils vont ainsi démontrer leur «utilité» à l'entreprise. Spécifiquement, les ÉSAT espèrent générer des demandes de service de cette manière. En misant sur des succès, ils pourront ensuite s'attarder aux postes jugés plus problématiques par eux puisque leur crédibilité sera établie au sein de l'établissement.

B. VISITE DE L'ÉTABLISSEMENT

Suite à ces questionnaires, l'équipe de santé va ensuite visiter les locaux de l'établissement et observer les différentes étapes du processus de production. Les mêmes personnes qui ont assisté à la rencontre formelle vont se promener ensemble dans l'entreprise et discuter des façons de procéder et des dangers potentiels pour la santé. En théorie, chacun des postes sera observé. En pratique, tel qu'observé, il peut arriver que certaines étapes du processus ne soient pas en fonction au moment de la visite. Lors de l'une des observations, c'est le gérant de production qui a mimé les tâches des travailleurs afin de montrer à l'ÉSAT comment ça se passe. Selon le poste observé et les équipements qui y sont utilisés, le technicien peut être plus impliqué que les autres. C'est le cas par exemple pour tous les postes qui impliquent de la soudure, des produits chimiques ou qui produisent de la poussière. L'infirmière va également en profiter pour faire la tournée des équipements de premiers secours. Dans les deux cas observés, cette dernière est partie de son côté avec le représentant des travailleurs pour aller vérifier l'emplacement des trousseaux de premier secours, des douches oculaires et des couvertures anti-feu, notamment. Durant ce temps, le reste de l'équipe continue le tour de l'établissement avec le représentant de l'employeur. Il semble également que le médecin soit l'interlocuteur privilégié pour les mandataires de l'entreprise. Selon ce qui a été vu, c'est surtout à lui qu'on explique le fonctionnement d'une machine, les étapes d'un processus ou encore l'utilisation d'un outil-machine.

Pour plusieurs répondants, c'est à cette étape qu'un premier repérage des risques TMS est effectué. Sans utiliser d'outil particulier, les intervenants vont se servir de leur expérience pour repérer certains gestes, postures ou manutentions qui sont particulièrement à risque d'engendrer une lésion musculosquelettique dans le futur. Si un poste a été identifié en plus lors de la perception du milieu, ou dans le bilan lésionnel, les intervenants vont alors prendre le temps de s'y attarder. Sinon, ils ne semblent pas intervenir avec les travailleurs en poste. Au contraire, l'ÉSAT va tenter de déranger le moins possible les activités normales de l'entreprise.

3.3.3. À la suite de la visite de l'établissement

Une fois la visite de l'établissement complétée, les équipes de santé vont travailler sur le PSSE. Pour ce faire, chacun des membres de l'équipe va compiler ses propres résultats selon le mandat qu'il assume. La concertation entre les membres semble principalement se faire via les moyens électroniques et des rencontres informelles. Certaines réunions sont aussi planifiées à l'avance, une fois par mois environ. Ils vont alors discuter de différents dossiers en cours et faire le point sur le travail à accomplir dans le prochain mois. Dans la région urbaine, une fois que l'infirmière

et le technicien ont donné leur point de vue en fonction de leurs observations et des données qu'ils ont colligées, c'est le médecin qui rédige le PSSE. Dans les régions semi-urbaines, tel que nous l'avons mentionné précédemment, ce sont les infirmières ou les techniciens qui font la première ébauche. Un va-et-vient avec le médecin désigné aura lieu ensuite pour le peaufiner.

A. PRÉSENTATION DU PROGRAMME DE SANTÉ SPÉCIFIQUE

Lorsque le PSSE est complété, l'équipe de santé a l'obligation de le présenter à l'employeur ainsi qu'au comité de santé s'il y en a un, sinon au représentant à la prévention ou encore à des travailleurs sélectionnés. De plus, il doit être affiché et disponible pour consultation par les employés de l'entreprise. La présentation de ce programme inclura les risques identifiés et les obligations subséquentes de l'entreprise. Ainsi, il faudra peut-être trouver un produit de remplacement pour certaines substances interdites, des durées d'exposition à d'autres facteurs de risque auront à être réduites, un processus sera à modifier.

Cette rencontre sera effectuée à l'aide d'une présentation PowerPoint. Dans la région urbaine, le médecin semble toujours sur place. L'infirmière également est souvent présente. En ce qui concerne le technicien, il apparaît que c'est plus variable en fonction des équipes. Dans les deux régions semi-urbaines, encore une fois, le médecin ne sera pas nécessairement présent. En particulier lorsque le programme de santé a été rédigé par un médecin désigné en région urbaine. Ce sont principalement les infirmières qui vont se charger de cette étape.

Dans certaines équipes, le programme est prêt assez rapidement et sera présenté aux représentants de l'établissement alors même que toutes les étapes d'analyse ne sont pas complétées. L'ÉSAT va utiliser alors le temps alloué à la présentation pour distribuer des questionnaires aux travailleurs afin d'identifier ceux qui utilisent certains produits qui demandent une surveillance médicale. Dans les régions semi-urbaines, ce sont les infirmières qui réaliseront cette surveillance médicale, principalement les prises de sang et la vaccination.

De plus, cette rencontre peut permettre de «découvrir» de nouveaux risques à la santé pour les équipes de santé. Devant la nomenclature de ceux qui ont été identifiés, autant les représentants de l'employeur que des travailleurs peuvent mentionner que certains autres ont été oubliés. Provenant du milieu, ces demandes sont bien accueillies des ÉSAT selon ce qui a été mentionné par les intervenants. Selon le type de risque, des démarches d'intervention seront entreprises.

B. SÉANCES D'INFORMATIONS

Suite à la présentation du programme de santé spécifique, des séances d'informations seront menées avec les travailleurs exposés pour qu'ils soient au courant des dangers potentiels dans leur milieu de travail. Certains médecins participent à ces séances mais plusieurs préfèrent laisser cette étape à l'infirmière et au technicien. Tel que mentionné précédemment, il s'agira alors, toujours à l'aide d'une présentation PowerPoint, de présenter une problématique de santé, les facteurs de risques et les déterminants en cause, de même que les conséquences. Selon ce qui a été mentionné lors des entrevues, ces présentations sont standardisées, c'est le même PowerPoint qui est utilisé par toutes les équipes.

C. SOUTIEN ET SUIVI À LA PRISE EN CHARGE

Les équipes de santé aident également les entreprises à se prendre en charge et vont effectuer un suivi sur les risques à la santé et les modifications apportées. Selon le cadre légal, c'est l'entreprise qui est responsable de sa propre prise en charge. Elle a l'obligation de protéger la santé et la sécurité des travailleurs. Par contre, si l'entreprise le souhaite, l'ÉSAT peut lui venir en aide et apporter son expertise afin de faciliter la recherche de solutions et leurs implantations. Dans le cas spécifique des TMS, cette aide peut provenir de l'équipe de santé à proprement parler ou encore de l'ergonome.

Il semble que le suivi des modifications soit plus serré maintenant qu'auparavant. Il y a quelques années, les équipes retournaient dans l'entreprise à tous les cinq ans et constataient alors si les changements avaient été apportés. Ce n'est plus le cas dorénavant. L'ÉSAT va rester en contact avec les établissements pour être au courant d'où en est cette dernière dans la prise en charge. Sans demander des résultats rapides, les médecins exigent tout de même que des démarches soient mises en place et qu'il y ait des développements régulièrement. Ils seront tolérants vis-à-vis les aléas de la vie économique des entreprises. C'est ainsi que lors de la dernière crise économique, plusieurs répondants ont signifié qu'ils ont donné des délais supplémentaires à la plupart de leurs entreprises. Par contre, s'ils constatent que les demandes de modifications restent complètement lettre morte, ils pourront alors signaler l'entreprise à la CSST pour qu'un inspecteur se rende sur place. Ce dernier a un pouvoir de contrainte plus important.

C.1. ÉVALUATION ERGONOMIQUE PAR L'ÉSAT

Spécifiquement pour les troubles musculosquelettiques, l'ÉSAT devra retourner en établissement pour réaliser une évaluation ergonomique de certains postes de travail pré-identifiés durant le bilan lésionnel, la perception du milieu ou encore la visite de l'établissement. Pour ce faire, ils vont reprendre rendez-vous avec l'entreprise et s'y rendre en duo. En effet, pratiquement tous les répondants de la région urbaine ont affirmé que cette évaluation se fait à deux. Dans cette même sous-région, ce sont principalement le médecin et l'infirmière qui réalisent cette étape. Selon ce que plusieurs ont mentionné, incluant tous les corps de métier, les techniciens semblent moins intéressés que les autres par cette étape, même si certains s'impliquent activement. Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer cette situation. Certains supposent que les techniciens ont déjà fort à faire avec la prise d'échantillons et qu'il ne leur reste que peu de temps à consacrer aux TMS. Pour d'autres, les techniciens, en particulier ceux avec le plus d'expérience, sont moins à l'aise avec le musculosquelettique parce que les facteurs de risque sont moins tangibles que ceux qu'ils ont coutume d'évaluer, et en particulier tout le volet psychosocial. Par contre, plusieurs de ces mêmes répondants ont affirmé que la nouvelle génération de techniciens est plus encline à s'y intéresser. Enfin, une dernière explication tient au fait de la complexité des outils et de la démarche qui ferait peur à certains membres des ÉSAT.

En région semi-urbaine, un seul intervenant peut se charger de cette étape. Parfois ce sera le technicien, en d'autres occasions ce sera l'infirmière. Tout comme dans la région centre, certains techniciens ne s'impliquent pas vraiment dans cette démarche. Les mêmes explications sont avancées par les répondants. Toujours en région semi-urbaine, un intervenant a mentionné qu'il y a également certaines infirmières qui ne sont pas très chaudes face aux TMS

Concrètement, les postes de travail seront filmés et pris en photo à l'aide d'une caméra numérique. Les travailleurs seront également questionnés sur les douleurs ressentis à travers l'un

ou l'autre des questionnaires proposés. Ceux-ci sont au nombre de trois : le *QEC*, le *WISHA* et la grille de «repérage des postes et fonctions à risque». Le premier et le dernier semblent les plus utilisés. Certains intervenants préfèrent l'un ou l'autre des outils et vont l'utiliser plus fréquemment, se sentant plus à l'aise avec celui-ci, à l'exemple de cette infirmière (1), parlant de l'outil 03 : «*puis je suis revenu avec la grille 03 (...). Qui est moins scientifique mais qui est tout aussi valide*». Pour d'autres, ça dépend de la situation et du poste de travail à étudier. Ils vont utiliser l'outil qu'ils jugent le plus approprié une fois rendu sur place.

L'un des deux intervenants va donc s'occuper de la technique tandis que l'autre prend en charge le côté humain. Une fois de retour dans les bureaux, ils vont visionner les images le plus rapidement possible puisque c'est encore frais dans leur mémoire. Certaines équipes vont également reporter les données colligées avec la grille de repérage, peu importe celle utilisée, vers le questionnaire *QEC*.

Dans certains cas jugés plus difficiles à évaluer, les intervenants vont demander à un ergonome de visionner les vidéos avec eux. Cet ergonome pourra ainsi valider ou infirmer les premières impressions de l'équipe de santé.

C.2. INTERVENTION DE L'ERGONOME

Comme nous venons de le mentionner, au moins un ergonome est disponible pour aider les équipes de santé au travail et, ce, autant dans la région urbaine que dans les deux régions semi-urbaines. Tous les répondants à notre étude ont parlé de cette présence de façon positive. Il s'agit pour eux d'une ressource précieuse, aussi important que les outils la perception du milieu ou que le bilan lésionnel. En fait, ils vont utiliser l'ergonome à plusieurs sauces.

D'abord, l'ergonome sera sollicité pour faire de la formation aux équipes. En plus des séances «officielles» de formation sur les TMS, ce dernier est présent lors de plusieurs réunions et groupes de travail pour proposer des outils, des arguments, pour prendre des commentaires des intervenants, des propositions de changement, de même que pour donner des exemples de situations vécues par les équipes.

De plus, lors de la rencontre formelle dans l'établissement, les équipes mentionnent pratiquement systématiquement qu'un ergonome est disponible pour faire des interventions, autant selon ce qui a été observé que ce qui a été mentionné par les répondants lors des entrevues. Il s'agit donc d'une expertise gratuite mise à la disposition des établissements des groupes prioritaires 1, 2 et 3 pour les aider à se prendre en charge. Les membres de l'ÉSAT cherchent ainsi à générer des demandes de service et à encourager les représentants de l'entreprise à identifier des postes à risque lors de la perception du milieu.

L'ergonome vient aussi en support lors de l'évaluation ergonomique d'un poste de travail. Plusieurs cas de figures sont possibles. Parfois, les intervenants constatent dès la visite initiale, à travers la perception du milieu, qu'une activité de travail sera difficile à évaluer par eux. Un médecin (8) a donné l'exemple d'un poste se situant au début d'une chaîne de montage. Effectuer des changements à ce poste aurait eu des répercussions sur l'ensemble du processus de production. L'équipe de santé ne se sentait pas assez solide pour faire des propositions en ce sens et a donc fait appel à l'ergonome pour que ce dernier participe directement au repérage des

facteurs de risque. Dans d'autres occasions, c'est suite à ce repérage que les intervenants vont contacter l'ergonome, constatant qu'ils ont de la difficulté à évaluer correctement le poste. Ce dernier va parfois retourner en entreprise pour faire sa propre évaluation ou encore visionner les vidéos enregistrées par l'équipe.

Enfin, l'expertise de l'ergonome est également sollicitée pour trouver des solutions concrètes afin de diminuer certains facteurs de risque. Si un poste est considéré comme potentiellement dangereux et qu'il faut y apporter des modifications, l'ergonome va alors intervenir. Il peut le faire à titre d'expert-conseil et proposer des solutions concrètes à un problème précis, par exemple l'achat de tel ou tel autre équipement. Il peut également le faire à titre d'agent facilitateur. C'est-à-dire qu'il interviendra dans l'établissement comme agent du changement en créant des comités s'apparentant aux groupes ergo mais à plus petite échelle et plus limités dans le temps, selon les dires des répondants. Plusieurs travailleurs de la production touchés par la problématique seront réunis avec des représentants de l'employeur, des membres de l'équipe de santé et l'ergonome. Ce dernier va exposer le problème, les facteurs de risque connus et les conséquences potentielles sur la santé des personnes. Ensemble, les travailleurs vont faire du *brainstorming* et proposer différentes solutions. Des critères de sélection seront ensuite décidés entre eux pour en arriver à établir des priorités d'action et un calendrier de réalisation avec des responsables. Dans certains cas, l'ensemble de la démarche peut durer une seule journée.

Peu importe la situation, plusieurs des répondants ont mentionné que l'ergonome permet de faire de la formation continue avec les ÉSAT. Il y a alors un transfert de connaissances du spécialiste en ergonomie vers les intervenants en santé au travail.

CONCLUSION

Notre étude démontre que les pratiques d'intervention en prévention des TMS par les ÉSAT peuvent prendre plusieurs formes. Si quelques éléments sont assez standards d'une sous-région à une autre, il n'en demeure pas moins que les équipes de santé jouissent certainement d'une latitude décisionnelle.

En matière de TMS, les deux outils les plus importants pour les ÉSAT sont le bilan lésionnel et l'outil «perception du milieu». Pour le premier, il est particulièrement utilisé lorsque plusieurs lésions ont été soumise et acceptées par la CSST. Il servira alors de levier pour convaincre le milieu d'agir en prévention. Pour le second, c'est réellement l'outil central sur lequel les ÉSAT vont fonder leurs interventions ultérieures. Il s'agit pour les intervenants de répondre aux besoins du milieu, de leur démontrer qu'ils sont utiles. Ce faisant, ils pourront développer une relation de confiance avec les acteurs d'un milieu de travail et, encore une fois, tenter de les convaincre d'agir plus avant en prévention des TMS.

Finalement, les TMS constituent souvent une non-demande pour les milieux de travail. Il appartient aux ÉSAT de convaincre les établissements qu'il est à leur avantage de faire de la prévention. Les intervenants, pour ce faire, doivent donc développer des aptitudes relationnelles. Ils doivent également être capables de négocier avec les acteurs d'un milieu de travail, tant les employeurs que les travailleurs.

BIBLIOGRAPHIE

- AMELL, T. et S. KUMAR. 2002. «Work-Related Musculoskeletal Disorders: Design as a Prevention Strategy. A Review». Dans *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 11, no. 4, p. 255-265. (En ligne) <http://www.springerlink.com/content/r10w6861t2q3t855/fulltext.pdf>
- APTEL, M. et M. ST-VINCENT. 2008. *Ampleur des TMS en Europe et au Québec*. Montréal : 2ème Congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques : de la recherche à l'action, 18 et 19 juin 2008, 12p. (En ligne) <http://www.irsst.qc.ca/files/documents/PubIRSST/Plen-St-Vincent-Aptel-10h00.pdf>.
- ASSS CHAUDIÈRE-APPALACHES. 2007. *Les groupes prioritaires*. (En ligne) <http://www.santeautravail.net/Afficher.aspx?page=1140>
- BARIL, R. et al. 2008. *TMS : L'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail*. Montréal, IRSST, Études et recherches, R-544, 114p. (En ligne) <http://www.irsst.qc.ca/files/documents/PubIRSST/R-544.pdf>
- BARIL, R. et al. 1994. *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. Montréal : IRSST, Études et recherches, R-082, 413p. (En ligne) <http://www.irsst.qc.ca/files/documents/PubIRSST/R-082.pdf>.
- BARIL-GINGRAS, G. et al. 2009. *Conditions et processus de changement lors d'interventions externes en SST : Élaboration d'outils pour les praticiens*. Montréal : IRSST, Études et recherches, R-647, 123p. (En ligne) http://www.irsst.qc.ca/fr/_publicationirsst_100526.html
- BARIL-GINGRAS, G., M. BELLEMARE et J.-P. BRUN. 2006. «Interventions externes en santé et en sécurité du travail : Influence du contexte de l'établissement sur l'implantation de mesures préventives». Dans *Relations industrielles / Industrial Relations*, vol. 61, no. 1, pp. 9-43.
- BARIL-GINGRAS, G., M. BELLEMARE et J.-P. BRUN. 2004. *Intervention externe en santé et en sécurité du travail : un modèle pour comprendre la production de transformations à partir de l'analyse d'interventions d'associations sectorielles paritaires*. Montréal : IRSST, Études et recherches, R-367, 287p. (En ligne) http://www.irsst.qc.ca/fr/_publicationirsst_100042.html
- BELLEMARE, M. et al. 2001. «L'amélioration des situations de travail par l'ergonomie participative et la formation». Dans *Relations industrielles / Industrial Relations*, vol. 56, no. 3, p. 470-490.
- BERTHELETTE, D. et R. BARIL. 2002. «Les dimensions des interventions de maintien du lien d'emploi des travailleurs victimes de lésions professionnelles». Dans *PISTES*, vol. 4, no. 2, 27p. (En ligne) <http://www.pistes.uqam.ca/v4n2/pdf/v4n2a7.pdf>.
- BOURGEOIS, F. et al. 2000. *Troubles musculosquelettiques et travail : Quand la santé interroge l'organisation*. Éditions ANACT, coll. Outils et Méthodes, 252p.

- BROWN, J. A. *et al.* 2007. «Social and Economic Consequences of Workplace Injury: A Population-Based Study of Workers in British Columbia, Canada». Dans *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 50, pp. 633-645.
- BÛLTMANN, U. *et al.* 2007. «Health status, work limitations, and return-to-work trajectories in injured workers with musculoskeletal disorders». Dans *Quality of Life Research*, vol. 16, no. 7, pp. 1167-1178.
- COMEAU, M. 2009. *L'appropriation de l'offre de service portant sur les troubles musculosquelettiques par les équipes de santé au travail des CSSS de la région de la Capitale-Nationale*. Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 44p. (En ligne) <http://www.santeautravail.net/AxisDocument.aspx?id=9683&langue=fr&download=true>.
- DELISLE, A. *et al.* 2008. *Troubles musculo-squelettiques et bureautique : Suivi de l'impact des modifications du mobilier de bureau sur la posture et la sollicitation musculaire du membre supérieur*. Montréal : IRSST, Études et recherches, rapport R-563, 99p. (En ligne) <http://www.irsst.qc.ca/files/documents/PubIRSST/R-563.pdf>.
- DEMBE, A. E. 2001. «The Social Consequences of Occupational Injuries and Illnesses». Dans *American Journal of Industrial Medicine*, v. 40, n. 4, pp. 403-417.
- DENIS, D. *et al.* 2005. *Les pratiques d'intervention portant sur la prévention des troubles musculosquelettiques : un bilan critique de la littérature*. Montréal, IRSST, Bilan de connaissances, rapport B-066, 81p. (En ligne) <http://www.irsst.qc.ca/files/documents/PubIRSST/B-066.pdf>.
- DIONNE, C.E. *et al.* 2005. A clinical return-to-work rule for patients with back pain. Dans *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, v. 172, n. 12, pp. 1559-1567. (En ligne) <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/172/12/1559>
- DURAND, M.-J. *et al.* 2008. «Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail : étude exploratoire des discussions d'une équipe interdisciplinaire». Dans *Pistes*, vol. 10, no. 2, 17p. (En ligne) <http://www.pistes.uqam.ca/v10n2/pdf/v10n2a2.pdf>.
- FORTIN, M.-F. 2006. *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière inc., 485p.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. 2011. *Loi sur la santé et la sécurité du travail*. (En ligne) http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_1/S2_1.html.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. 2011. Liste des maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire (MADO). Ministère de la santé et des services sociaux. (En ligne) <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/preventioncontrole/03-268-05.pdf>.
- KEOGH, J. *et al.* 2000. «The Impact of Occupational Injury on Injured Worker and Family: Outcomes of Upper Extremity Cumulative Trauma Disorders in Maryland Workers». Dans *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 38, no. 5, pp. 498-506.
- LAPOINTE, J. 2008. «Effet d'interaction entre les facteurs de risque posturaux et psychosociaux de l'environnement de travail sur la survenue des symptômes musculosquelettiques chez les

- utilisateurs de poste informatique». Mémoire de maîtrise, Québec, Université Laval. (En ligne) <http://archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/files/cbe6ebf0-c58d-4bff-8dce-20d0a57f4833/25661.html>.
- MAINVILLE, G. 2004. «L'influence de la détresse psychologique sur l'évolution vers l'incapacité chronique des travailleurs atteints de lombalgie en arrêt de travail». Mémoire de maîtrise, Québec, Université Laval, 77p.
- NACHEMSON, A. 1999. «Back Pain: Delimiting the Problem in the Nest Millennium.» Dans *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 22, no. 5-6, pp. 473-490.
- PERREAULT, N. *et al.* 2008. «Agreement between a self-administered questionnaire on musculoskeletal disorders of the neck-shoulder region and a physical examination». Dans *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 9, no. 34, 9p.
- PREMJI, S., K. MESSING et K. LIPPEL. 2008. «Would a “One-Handed” Scientist Lack Rigor? How Scientists Discuss the Work-Relatedness of Musculoskeletal Disorders in Formal and Informal Communications». Dans *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 51, pp. 173–185. (En ligne) <http://www3.interscience.wiley.com/journal/117888209/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>
- SCHULTE, P.A. 2005. «Characterizing the Burden of Occupational Injury and Disease». Dans *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 47, no. 6, pp. 607-622.
- SPITZER, W.O. 1986. *Rapport du groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs*. Montréal, IRSST, Études et recherches, E-017, 321p. (En ligne) <http://www.irsst.qc.ca/files/documents/PubIRSST/E-017.pdf>.
- STOCK, S. *et al.* 2005. *La prévention des troubles musculosquelettiques liés au travail: Réflexion sur le rôle du réseau de santé publique et orientations proposées pour la santé au travail*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, Agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 27 p. (En ligne) <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/428-PreventionTroublesMusculosquelettiques.pdf>
- STOCK, S. *et al.* 2003. «Can 1998 Quebec Health Survey data help us estimate underreporting of Workers' Compensation lost-time claims for musculoskeletal disorders of the neck, back and upper extremity?». Dans *Book of Abstracts: Canadian Association for Research on Work and Health (CARWH)*, 2ème congrès annuel de la Canadian Association for Research on Work and Health, Montréal : 25 et 26 Octobre, p. 68. (En ligne) http://www.usherbrooke.ca/handicap/fr/congres/livreabreges_bookabstract_CARWH_2003.pdf
- TRUCHON, M. *et al.* 2007. *Les déterminants de l'incapacité liés à la lombalgie*. Montréal : IRSST, Études et recherches, rapport R-487, 108p. (En ligne) <http://www.irsst.qc.ca/files/documents/PubIRSST/R-487.pdf>.

ANNEXE A
Groupes prioritaires
 (Source : ASSS Chaudière-Appalaches²)

Groupe Prioritaire	Nom du secteur
<i>I</i>	01 - Bâtiment et travaux publics 02 - Industrie chimique 03 - Forêt et scierie 04 - Mines, carrières et puits de pétrole 05 - Fabrication de produits en métal
<i>II</i>	06 - Industrie du bois (sans scierie) 07 - Industrie du caoutchouc et produits en matière plastique 08 - Fabrication d'équipement de transport 09 - Première transformation des métaux 10 - Fabrication de produits minéraux non métalliques
<i>III</i>	11 - Administration publique 12 - Industrie des aliments et boissons 13 - Industrie du meuble et des articles d'ameublement 14 - Industrie du papier et activités connexes 15 - Transport et entreposage
<i>IV</i>	16 - Commerce 17 - Industrie du cuir 18 - Fabrication de machines (sauf électriques) 19 - Industrie du tabac 20 - Industries textiles
<i>V</i>	21 - Autres services commerciaux et personnels 22 - Communications, transport d'énergie et autres services 23 - Imprimerie, édition et activités annexes 24 - Fabrication de produits du pétrole et du charbon 25 - Fabrication de produits électriques
<i>VI</i>	26 - Agriculture 27 - Bonneterie et habillement 28 - Enseignements et services annexes 29 - Finances, assurances et affaires immobilières 30 - Services médicaux et sociaux

² Pour plus de détails sur les groupes, voir :

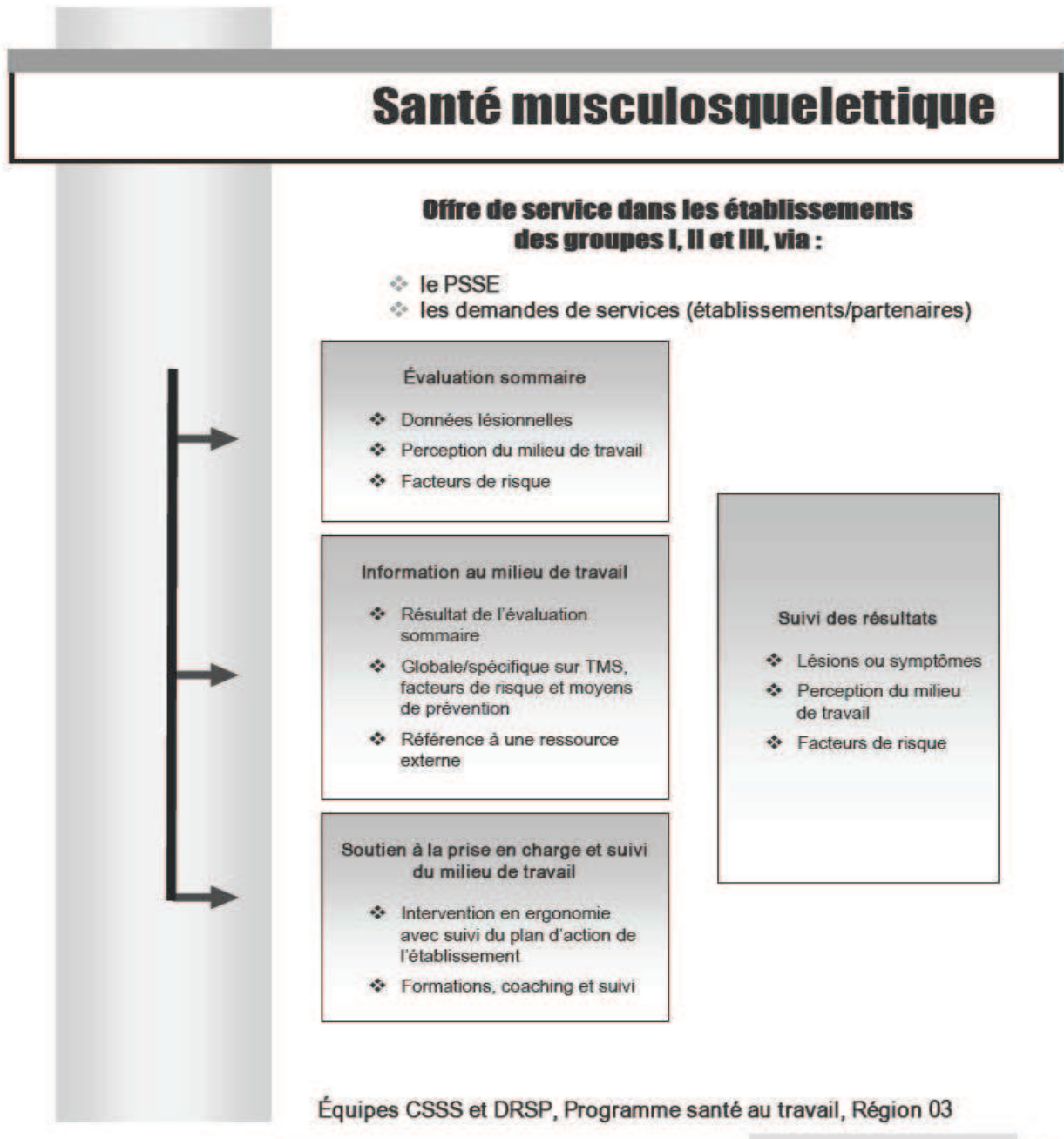
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_2_1/S2_1R20_1.HTM

31 - Chasse et pêche 32 - Industries manufacturières diverses
--

ANNEXE B

Offre de service des ÉSAT

(Source : Comeau, 2009 : 33)



ANNEXE C

Grille d'entretiens semi-directifs

Nom de la personne : _____

Endroit : _____

Heure et date : _____

1. Ouverture

Bonjour. Je veux d'abord vous remercier d'avoir accepté de participer à cette étude, et en particulier à cette entrevue. Comme vous le savez, vous pouvez mettre fin à tout moment à votre participation sans aucun préjudice.

Donc, cet entretien devrait durer environ une heure. 3 thèmes seront abordés. Le premier thème portera sur votre activité de travail, le second sur votre vécu plus personnel face à votre travail et enfin, le troisième, sur l'évolution de votre travail et sur les perspectives de changement.

Q : *Genre, ethnie, groupe d'âge.*³

Q : En introduction, j'aimerais comprendre qui vous êtes, au niveau professionnel bien sûr. Qu'est-ce qui vous a amené à travailler pour la Santé publique?

- *En quoi avez-vous étudié?*
- *Depuis combien d'années travaillez-vous pour la Santé publique?*
- *Statut d'emploi?*
- *Le parcours professionnel?*
- *Les autres expériences de travail?*

2 - L'activité de travail

Q : Première question de ce thème, qui sera le plus long, quel est votre travail ?

- *Quelles en sont les tâches quotidiennes ?*
- *Qu'est-ce qui vous prend le plus de temps ?*
- *Qu'est-ce que ça exige de vous ?*

Q : Depuis combien de temps les TMS font-ils partie de votre travail ?

- *Connaissances préalables de la personne ?*
- *Formations sur les TMS ?*
- *Intégration dans le quotidien ?*

Q : Qu'est-ce que l'intégration du risque TMS a changé dans votre travail ?

- *Expérience positive ?*
- *Négative ?*

³ Les questions en italiques ne sont pas destinées à être posées intégralement mais servent plutôt de guide à l'intervieweur pour diriger le déroulement de l'entrevue.

Q : Il y a 4 étapes à réaliser pour chaque PSSE au niveau des TMS : évaluation des risques, séances d'informations, aide à l'élaboration de solutions et suivi. Dans laquelle êtes-vous plus impliquées ?

- *Tâches à faire pour chaque étape ?*
- *Doublon avec d'autres membres de l'équipe ?*
- *Autres tâches connexes ?*

Q : Y-a-t'il des normes de rendement établies par la Direction, que ce soit implicite ou encore carrément des attentes signifiées ?

- *Nombre de PSSE à faire par mois/années ?*
- *Nombre de visites d'entreprises, évaluations*
- *Pourcentage de PSSE incluant la dimension TMS versus les autres*

Q : Au niveau des TMS, comment les tâches à faire sont-elles réparties entre les membres de l'équipe ? Est-ce que cette répartition vous convient, vous semble équitable ?

- *Répartition des tâches ?*
- *Répartition toujours fixes ou ça dépend des entreprises ?*
- *Avec les autres ÉSAT ?*

Q : Lorsque vous devez effectuer une visite dans un établissement, est-ce que c'est un moment agréable pour vous ?

- *Le temps que ça prend ?*
- *L'accueil dans les établissements ? Par la Direction, par le syndicat ?*
- *La réaction des employeurs face à la prise en compte du risque TMS ?*

Q : Pour réaliser vos tâches en lien avec les TMS, quels sont les outils qui sont fournis par la Santé publique ?

- *Pour l'évaluation des risques (Base de données de la CSST; QEC; etc.) ?*
- *Pour les séances d'informations / soutien à la prise en charge / suivi ?*
- *Outils informatiques, ordinateurs personnels, logiciels ?*

Q : Est-ce que ces outils vous semblent efficaces ?

- *En nombre suffisants ?*
- *D'autres seraient mieux, plus adéquats ?*

Q : Comment adaptez-vous votre travail selon la réception ou le contact que vous établissez avec les personnes responsables de l'entreprise ?

- *Aucune adaptation, le travail est toujours le même ou marge de manœuvre ?*
- *Les établissements sont-ils réceptifs à la dimension TMS?*

Q : Dernière question pour ce thème, pourriez-vous me décrire une journée-type de travail ?

- *Horaire ?*
- *Grande variabilité dans les tâches ?*

3- Les caractéristiques individuelles et le vécu au travail

Q : Pour le second thème, soit le vécu au travail, qu'est-ce que vous aimez particulièrement ici, à la Santé publique, qu'est-ce qui vous irrite le plus ?

- *Dans la façon dont le travail est organisé ?*
- *Les outils, méthodes ?*
- *Le soutien de la Direction, de vos collègues ?*

Q : Qu'est-ce qui est le plus aidant dans votre travail, quels en sont les obstacles les plus difficiles à surmonter ?

- *En particulier au niveau des TMS ?*

4. L'évolution du travail et les perspectives de changement

Q : Ce dernier thème sera aussi très court, nous avons presque terminé cette entrevue. Est-ce que vous vous voyez encore longtemps ici, autant dans l'équipe régionale que dans la Santé publique ?

Q : S'il y avait une chose à changer dans votre travail pour le rendre plus efficace, quelle serait-elle ?

- *Sur le plan personnel ?*
- *Sur le plan organisationnel ?*

Q : Au fil des années, quels ont été les changements les plus importants qui sont survenus et qui ont changé votre travail ?

5. Fermeture

Q : En conclusion, y-a-t'il d'autres choses dans votre travail que vous pensez qu'il est important que je connaisse ?

Merci beaucoup, donc, encore une fois, pour le temps que vous m'avez consacré. N'hésitez pas à communiquer avec moi si vous pensez avoir d'autres informations à me communiquer, ou si vous avez des réserves quelconques concernant votre participation à cette recherche.

ANNEXE D

Corpus de données

Entrevues individuelles

Répondant	Durée	Nb pages
1	89min13sec	18
2	67min20sec	21
3	40min35sec	13
4	66min28sec	24
5	38min56sec	16
6	48min37sec	12
7	71min11sec	21
9	82min44sec	28
10	27min09sec	13
TOTAL	532min13sec	166

Entrevues traces de l'activité

Répondant	Durée	Nb pages
8	17min47sec	4
9	59min46sec	11
TOTAL	77min33sec	15

Observations

Répondant	Durée	Nb pages manuscrites
2, 6, 10	Non enregistré	19
3, 5	31min12sec	5
3, 13, 14	86min20sec	15
TOTAL	117min32sec	45

Réunion

Répondant	Durée	Nb Pages
1, 3, 6, 8, 9, 11, 12	157min15sec	Audio seulement

Rencontres de validation

Répondant	Durée	Nb pages
1	91min09sec	Audio seulement
12	69min26sec	Audio seulement
TOTAL	160min38sec	

ANNEXE E

Maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire

(Source : MSSS, 2011)

Amiantose

Angiosarcome du foie

Asthme dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires

Atteinte broncho-pulmonaire aiguë d'origine chimique (bronchiolite, pneumonite, alvéolite, bronchite, syndrome d'irritation bronchique ou oedème pulmonaire)

Atteinte des systèmes cardiaque, gastro-intestinal, hématopoïétique, rénal, pulmonaire ou neurologique lorsque le médecin a des motifs sérieux de croire que cette atteinte est consécutive à une exposition chimique d'origine environnementale ou professionnelle par les :

- Alcools (ex. : alcool isopropylique, alcool méthylique)
- Aldéhydes (ex. : formaldéhyde)
- Cétones (ex. : acétone, méthyle éthyle cétone)
- Champignons (ex. : amanites, clitocybes)
- Corrosifs (ex. : acide fluorhydrique, hydroxyde de sodium)
- Esters (ex. : esters d'acides gras éthoxylés)
- Gaz et asphyxiants (ex. : monoxyde de carbone, hydrogène sulfuré, acétylène)
- Glycols (ex. : éthylène glycol)
- Hydrocarbures et autres composés organiques volatils (ex. : aliphatique, aromatique, halogéné, polycyclique)
- Métaux et métalloïdes (ex. : plomb, mercure)
- Pesticides (ex. : insecticides organophosphorés et carbamates)
- Plantes (ex. : datura, stramoine, digitale)

Babésiose

Béryllose

Brucellose

Byssinose

Cancer du poumon lié à l'amiante, dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires

Chancre mou

Coqueluche

Diptérie

Éclosion à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)

Éclosion au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)

Encéphalite virale transmise par arthropodes (ex.: VNO, Encéphalite de St-Louis)

Fièvre Q

Fièvre typhoïde ou paratyphoïde

Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée

Granulome inguinal

Hépatites virales (ex. : VHA, VHB, VHC)

Infection à *Chlamydia trachomatis*

Infection à Hantavirus

Infection à *Plasmodium* (malaria)

Infection gonococcique

Infection invasive à *Escherichia coli*

Infection invasive à *Hæmophilus influenzae*

Infection invasive à méningocoques

Infection invasive à streptocoques du groupe A

Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque)

Infection par le VIH seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus

Infection par le virus du Nil occidental

Légionellose

Lèpre

Lymphogranulomatose vénérienne

Maladie de Chagas*	Sida : seulement si la personne atteinte a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus
Maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes	Silicose
Maladie de Lyme	Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
Mésothéliome	Syphilis
Oreillons	Tétanos
Paralysie flasque aiguë	Toxi-infection alimentaire et hydrique
Poliomyélite	Trichinose
Psittacose	Tuberculose
Rage	Tularémie
Rougeole	Typhus
Rubéole	
Rubéole congénitale	

Les liens santé-travail et les articulations approches individuelles et collectives dans la consultation

Sandrine Caroly

L'objectif de ce papier est de présenter des résultats sur la consultation. En effet, nous avons eu la chance dans le cadre de notre recherche de pouvoir aller observer l'activité des médecins du travail dans leur cabinet selon des modalités de garantie. Cette possibilité d'accéder à une activité mal connue est l'occasion de rendre visible le travail qui s'y déploie dans la relation avec le salarié, la gestion du temps, les liens avec les actions en entreprise. Nous montrerons particulièrement que la consultation est un lieu privilégié de construction des liens santé-travail et d'intégration des approches collectives dans l'approche individuelle.

Nous partons d'une méthodologie d'analyse de l'activité selon une approche ergonomique d'observation et des entretiens avec le médecin du travail :

- l'entretien, ce qu'elle dit de ce qu'elle fait
- l'observation de consultations dans trois situations : une maison de retraite, le cabinet du service de santé au travail et un hypermarché.
- des entretiens d'auto-confrontation simple et croisés.

Par ailleurs, pour l'analyse nous avons également utilisés nos observations de réunions de CHSCT dans les deux entreprises concernées, la maison de retraite et l'hypermarché

Le médecin J. est une femme âgée de 60 ans avec une ancienneté de 27 ans dans la profession et de 25 ans dans le service de santé au travail. Elle a connu plusieurs évolutions dans son service. Elle commence par travailler dans un secteur de centre ville avec beaucoup de professions libérales (avocat, dentiste, notaire, médecin,...) et petits commerces. Lors d'une restructuration des secteurs, elle avait réclamé d'avoir dans son secteur au moins une entreprise avec un CHSCT. Depuis 13 ans elle travaille sur un secteur beaucoup plus industriel avec des petits garages, la grande distribution et un peu le secteur tertiaire. Son secteur comprend un effectif de 2900 salariés.

Elle a passé son diplôme CES après avoir exercé pendant 2 ans comme médecin généraliste homéopathe. Elle fait une formation d'ergonomie (DU CNAM) et une formation en psychodynamique (DU CNAM).

Elle rencontre la question des TMS dans les années 96 quand elle arrive sur le secteur de la grande distribution et en avait entendu parlé dans sa formation d'ergonomie. C'est l'époque où beaucoup d'articles sont produits sur le sujet dans les revues spécialisées en médecine du travail et en santé au travail qu'elle lit. Elle participe à une campagne de la DDTE sur la prévention des TMS : « *ça permettait de dépasser le stade que tout le monde veut voir sur les TMS, j'allais dire la gestuelle répétitive, ça permettait d'aller sur le facteur organisationnel* ». Son modèle étiologique des TMS correspond à une approche globale (lien TMS et RPS) : « *les gens sous contraintes, qui n'ont aucune marge de manœuvre, avec un prescrit trop serré* ». Elle a suivi récemment une formation-action sur la prévention des TMS avec des collègues de son service, animée par une ARACT.

Elle se dit « marginalisée » par rapport aux collègues de son service. Elle a des différends avec eux sur la façon de faire le travail. Elle est élue du personnel et défend dans son mandat auprès de la direction l'évolution des fonctions des secrétaires et infirmières ainsi que les

conditions du travail de son service. Dans le service, il n'y a pas d'IPRP mais des conventions avec une psychologue du travail et un cabinet d'ergonomie pour des interventions ponctuelles. Le médecin n'a pas travaillé jusqu'à maintenant avec ces professionnels.

1/ Tenir les liens entre la santé et le travail

1.1. Ce qu'elle dit de ce qu'elle fait lors d'un premier entretien

Lors d'un premier entretien visant à décrire son activité en consultation, le médecin du travail dit commencer plutôt par la santé pour passer ensuite au travail. *« On est quand même dans la peau d'un médecin et le médecin il s'inquiète de la santé. Enfin et nous qui plus est de la santé en lien avec le travail »*. En utilisant la formule *« Comment ça va ? C'est comme le médecin généraliste, qu'est-ce qui vous amène ? Mais c'est aussi comment ça va depuis la dernière fois ? »* Il y a la recherche d'une continuité et d'un suivi, le salarié n'étant pas forcément de demandeur (obligation de visite), il faut créer du lien. *« ils ne viennent pas pour un soin mais pour balayer l'histoire professionnelle de l'année »*.

Ce médecin suit des salariés depuis plus de 10 ans, une relation s'est créée et le salarié arrive dans le cabinet avec des histoires de travail et des éléments sur sa santé. *« il y a des gens qui connaissent nos savoir-faire. Des fois je n'ai même pas le temps de dire bonjour que ... je veux dire ils sont partis. »* Elle s'inquiète des évolutions de la santé de ses salariés pour le mettre rapidement à mettre en lien avec le travail et aider les salariés à tenir ce lien travail-santé. *« Même si on commence par la santé, ils savent que de toute façon ce qui va faire sens ici, c'est quand même bien le lien entre leur santé et le travail. Moi je commence par la santé parce que justement je veux dire j'aborde le, enfin c'est une façon de faire le lien. Après s'il y a des soucis de santé, on essaye de voir si le travail en est responsable ou pas. La plupart du temps ils s'en défendent, ils me disent non. On laisse continuer et puis ils finissent par dire, et vous croyez que, vous croyez que ça a un lien, enfin ça pourrait, enfin bon il y a un petit doute après et puis ça va travailler dans leur tête après en partant. »*.

Le questionnement sur le travail porte surtout sur les changements dans l'entreprise et l'évolution des conditions de travail. *« Après une fois qu'on a interrogé sur le poste de travail, et bien on revient sur la santé au cours de l'examen clinique. Et là, à nouveau à partir de la santé, s'il y a des cervicalgies, des troubles du sommeil ou de l'hypertension, on va, on va se raccrocher au travail. Et bien comment vous êtes installé au travail ? Vos postures de travail etc. Donc c'est vrai que le lien santé - travail, de toute façon il est tout le temps là »*.

On comprend ainsi que le questionnement sur les liens santé-travail est articulé dans les moments de la consultation. Le médecin tente de démêler les fils dans les liens santé-travail au cours de la consultation.

Cette première discussion avec le médecin l'amène finalement à préciser pour elle que les objectifs de la consultation avec le salarié se trouvent dans donner de la « consistance » et de « l'humanité » au salarié : *« Qu'est-ce qui rendait le plus la personne que j'avais en face de moi, la plus humaine enfin dans son, dans la posture d'un salarié c'est-à-dire est-ce que c'est d'attaquer par le travail ? Est-ce que c'est d'attaquer par la santé ? ... voilà je ne sais pas ... Qu'est-ce qui va lui donner de l'humanité ? Je veux dire est-ce que d'entrer billes en tête dans le travail, parce qu'on est médecin du travail mais est-ce que d'un côté, lui poser la*

question sur son parcours, sa santé, ses machins, ses choses, ça va lui donner d'abord du consistant. ».

Suite à ce premier entretien avec le médecin du travail, nous avons organisé avec lui des observations ergonomiques de son activité de consultation afin d'aller plus loin sur la façon dont le médecin gère ses liens entre le travail et la santé dans son interaction avec le salarié.

1.2. Observations de consultations en maison de retraite

Ce jour là le médecin réalise 10 visites l'après-midi : soient 4 visites d'embauche et 6 visites annuelles. Une visite est programmée toutes les 20 min. Des imprévus surviennent sur la planification (une auxiliaire de vie viendra plus tard), et le matériel est non adapté (tensiomètre). Ces visites se déroulent dans un cabinet médical dans la maison de retraite où les salariés viennent quand une place se libère. La secrétaire est dans un bureau à côté du médecin. Elle assure l'accueil des salariés et elle pré-remplit ou réactualise les éléments administratifs du dossier.

L'observation a porté sur la partie de l'entretien avec l'examen clinique. Nous n'avons pas pu observer la première et la cinquième visite. Pour les autres, les caractéristiques des 8 salariés sont les suivantes :

Profession	Type de contrat	Age	Sexe	Type de visite	Durée totale entretien	Durée examen médical	Durée examen médical	Problématique TMS
infirmière	CDD	40-49 ans	Femme	Annuelle	36 min.	23 min.	13 min.	Lombalgie
Aide Soignante	CDI	30-40 ans	Femme	Annuelle	29 min.	16 min.	13 min.	Lombalgie
secrétaire de direction	CDI	Plus de 50 ans	Femme	Annuelle	25 min.	15 min.	10 min.	Main
Agent entretien	embau che	40-49 ans	Homme	Embauch e	23 min.	13 min.	10 min.	
Auxiliaire de vie	embau che	Moins de 30 ans	Femme	Embauch e	23 min.	10 min.	13 min.	(Peau)
Animatrice	embau che	Moins de 30 ans	Femme	Embauch e	23 min.	13 min.	10 min.	
Aide Soignante	CDI	Moins de 30 ans	Femme	Annuelle	27 min.	12 min.	13 min.	Lombalgie Peau
ASH	CDD	Moins de 30 ans	Femme	Annuelle	21 min.	6 min.	15 min.	Epaule et hyperten sion

Tableau 1 : caractéristiques des salariés vus en consultation, types de visite et temps de consultation et problématique TMS (*en grisé les salariés connus depuis plus de 10 ans par le médecin*)

Pour la première salariée, une infirmière, la consultation commence par un entretien sur la santé. Elle est embauchée depuis deux ans et la conversation commence par le rappel de la dernière fois que le médecin l'avait vu : Dr : *« toujours embauché ! la dernière vous aviez une fille, comment va-t-elle ? »*. La salariée évoque son manque de poids et son inquiétude sur

sa maigreur, ainsi qu'une rupture du talon d'Achille. A la question du médecin « *Vous vivez seule avec elle ? (la fille)* », la salariée explique que son mari est en mission à l'étranger.

Une discussion s'engage ensuite sur le travail :

Dr : et l'organisation du travail, vous trouvez que c'est la même ?

S : l'ordinateur en 2007, je l'avais déjà vu.

Dr : Qu'est-ce que ça apporte ou gêne ?

S : C'est bien pour le plan de soins.

Dr : (écrit) c'est long de valider les soins.

S : il y a des choses à modifier après il faut retaper des petites notes.

Dr : avant vous écriviez au fur et à mesure.

S : avant c'était un tableau et des fiches de différentes couleurs.

Dr : maintenant c'est a posteriori

S : (sort un papier de sa poche et montre ce qu'elle a écrit au médecin.)

Dr : sinon ce n'est pas possible de s'en souvenir.

S : c'est plus long que manuellement

Dr : est-ce que ça clarifie ? est-ce que les choses sont plus claires ?

S : c'est du charabia et c'est plein de fautes

Dr : c'est pas facile d'écrire.

(bruit d'un chariot qui passe à l'extérieur)

Dr : autre chose sur le travail ? mal au dos ?

On note ici la façon dont le travail est interrogé selon la connaissance qu'a le médecin des évolutions techniques et organisationnelles de l'entreprise, notamment le passage à l'informatique. Le travail est ensuite questionné en lien avec la santé.

La consultation de la deuxième salariée, une aide soignante, depuis 3 ans, démarre par « ça fait un an qu'on s'est pas vu. Alors quoi de neuf ? ça va ? le travail ? la santé ? » La salariée ne répond pas vraiment. Le médecin poursuit l'interrogatoire « pas d'arrêt ? pas de traitement ? » toujours sans réponse de la part de la salariée.

Elle situe la salariée « vous êtes toujours AS au 2^{ème} ? » et renchérit sur « et alors que devient le travail ? ». La salariée se frotte le visage et dit « Il faut se dépêcher. » La salariée s'ouvre et dit « des fois on est que cinq ». Dr « c'est toujours la charge de travail ». S : « Il faut toujours courir ». Dr : « quel sentiment, ça vous donne ? » S : « des fois, on est frustré par le temps, ce qu'on a à faire ». Dr « quoi par exemple ? ». S « toutes les douches » Dr (écrit) « et votre frustration elle se traduit comment ? ». S : « je ne sais pas. Il y a des jours avec et des jours sans. Il faut que le travail soit fait ». Dr « dans quel état vous êtes ? ». S « j'essaye de faire la part des choses ». Dr « vous arrivez ? ». S « le Mr du 2^{ème} a décédé, j'y pense encore. Il s'est étouffé. » (elle se touche le visage sous ses lunettes) « je n'ai pas pu lui dire au revoir ». Dr « habituellement il y a un rituel. Quand quelqu'un est en fin de vie, il y a un protocole, une procédure. Vous n'avez pas pu lui dire au revoir. » S « j'ai pu le voir ».

Le médecin l'interroge ensuite sur ces projets personnels et la salariée lui révèle sa peur de la grossesse et que pour l'instant elle construit sa maison. Dr : « c'est bien vous êtes dans la vie, ça fait du bien d'avoir des projets personnels ».

Le médecin trouve les moyens par son interrogatoire de faire exprimer les difficultés ressenties par la salariée dans son travail : le rythme et le décès des patients. Le médecin nous confie à propos des salariés de cette maison de retraite qu'elle ne comprend pas leur rapport à la mort, que le travail sur le deuil devrait ne pas faire autant souffrir les salariés et que cela relève du « normal » du travail dans une maison de retraite. Elle insiste sur le paradoxe entre la mort et la vie pour resituer la salariée dans une dynamique.

L'interrogatoire se poursuit ensuite sur le travail. Le médecin ramène dans la discussion des éléments discutés en CHSCT et lors des visites d'entreprise concernant les outils d'aide à la manutention. Dr « et dans le travail vous ressentez des douleurs, des gênes ? ». S « par

moment j'ai mal au dos ». Dr « dans les gestes de mobilisation est-ce que vous avez une technique qui vous empêche de faire mal ? Est-ce que vous utilisez les aides à la manutention ? » S : « le lève-malade ». Dr « vous l'utilisez ? ». S « oui sinon on se casse en deux. » Dr « c'est le nouveau ». S « pour les personnes lourdes, c'est pas... » Dr « c'est pas l'outil le plus performant ». S « non pour les personnes âgées lourdes. On essaye de les solliciter à marcher. » Dr « et les nouvelles alèses ? » S « je m'en suis pas servie ». Dr « vous travaillez à deux ? » S « les résidents nous aident » Dr « les alèses vous avez du mal à les intégrer » S « les anti-glisses on les utilise. J'ai fait un essai c'est bien. Moi je ne sais pas s'il y en a dans toutes les chambres. » Dr « il y en a pas un par chambre » S « j'ai dit que quelque personne en avait besoin »-

On remarque que le médecin fait un travail de fond sur l'appropriation du matériel d'aide à la manutention par les salariés lors de la consultation. Il agit ici en soutien aux actions de l'entreprise et prend des informations sur le manque de matériel, de façon à pouvoir ramener ces éléments dans l'entreprise quand l'occasion se présentera.

Puis l'examen clinique se déroule sur le registre de la santé. A la fin de l'examen, le médecin demande « comment c'est l'ambiance », S « ça va », Dr « qu'est-ce qui fait la différence entre le haut et le bas ? » la salariée ne répond pas. Dr « c'est pas les mêmes personnes (sourire) il n'y a pas des querelles » S : « non » Dr « elles rencontrent les mêmes difficultés sur la charge de travail telle qu'on vous demande de faire, ça ne va pas »

Le médecin du travail en interrogeant sur les aspects collectifs du travail tente de mesurer les difficultés d'organisation collective du travail et insistent auprès de la salariée qu'elle n'est pas isolée dans ces difficultés. Elle amène ici le ressenti collectif en écho au ressenti individuel du travail et livre son diagnostic de l'organisation du travail au salarié.

La consultation de la troisième salariée, une secrétaire suivie par le médecin du travail depuis la création de la maison de retraite, débute par « je vous ai vu en septembre 2009. Comment allez-vous ? » La salariée explique ses arrêts de travail qu'elle met en lien avec son travail. S : « en fin d'année j'ai été en arrêt. J'étais un peu fatiguée. » Dr « la visite de reprise n'a pas eu lieu ? » S : « non c'était moins de 3 semaines ». Dr « et cette grande fatigue ça vient d'où ? » S « du stress, je suis surmené, une surdose de travail ». Dr « vous pouvez préciser ce qui vous stressait ? » S « c'est moi qui l'ai ressenti, je me suis sentie envahie » Dr écrit et écoute. Dr « vous n'avez pas fait face. Ça n'a rien à voir avec vos problèmes familiaux ou c'est le contre coup de ce que vous traversez. » S « c'est tout ce que j'ai accumulé, je n'arrive plus à faire face ». La conversation se poursuit ensuite sur les troubles auditifs de la salariée S « j'accepte bien cet handicap (échange de sourire avec le médecin). Non c'est une fatigue morale et physique » Dr « et la réorganisation dans le secrétariat qu'est qu'il arrive ? » Le médecin du travail connaît les évolutions du secrétariat dans cet établissement et cherche à démêler les liens entre le travail et la santé par rapport à l'histoire personnelle de la salariée. L'interrogation se poursuit sur le travail Dr « le travail vous va bien quand même » S « oui ça me plaît, d'avoir le contact ça me plaît ». Dr « qu'est-ce qui est pénible ». S « c'est pénible quand ça va loin. La directrice qui peut chercher loin avec les demandes. J'arrive à gérer. Mais il y a les plaintes des familles. » Dr « vous arrivez à gérer jusqu'où ? » S « oui moi je transmets au personne, on essaye de gérer. » Dr « les secrétaires entre vous vous travaillez ensemble, il y a du travail collectif » S « oui on a fait une mise au point, on essaie de s'arranger. Chacun a un travail spécial mais l'un peut pas remplacer l'autre, sauf quand on est en congés. C'est galère. »

On observe comme pour les autres salariés, cette insistance sur les aspects collectifs lors de l'exploration sur la pénibilité du travail.

Lors de l'examen médical, après avoir demandé de baisser les bras vers les jambes tendues, le médecin demande à la salariée si elle a des douleurs articulaires S « j'ai mal aux mains et au genou » Dr « vous n'avez pas de déformation ? » S « j'ai des douleurs aux main le matin » Dr « vous avez les articulations gonflées » S « là le péroné, j'ai mal. Le matin c'est plus dur. J'ai plus de mal à porter la cafetière d'une main ». Le médecin l'interroge ensuite sur les exams réalisés. Elle explore avec le salarié les liens possibles entre le travail et la santé : Dr « au niveau du travail, vous ne ressentez pas des douleurs avec le clavier ou la souris » S « je ne suis pas toujours en train de taper ».

Le médecin revient sur le bilan ophtalmo et demande « la fatigue, c'est mieux ? » S « ça allait, j'ai pris une semaine de congés » Dr « des congés ! » S « je suis plus fatiguée qu'il y a 10 ans » D « 10 ans de plus avec les événements de la vie ».

Ainsi, on remarque que le médecin en revenant sur la fatigue à la fin de l'entretien termine sur la problématique du vieillissement et des événements de la vie hors travail du salarié.

La visite d'embauche avec le quatrième salarié, un homme d'entretien, commence par une reprise de l'itinéraire professionnel et le recensement des contraintes de travail. Les risques professionnels sur le poste de travail sont évoqués par le médecin. Après l'examen clinique le médecin explore la perception du travail par le salarié « vous pensez quoi de ce travail ? » S « j'ai assez de liberté ». L'entretien se termine sur les trajets domicile-lieu de travail.

La visite suivante avec la cinquième salariée, une auxiliaire de vie, débute également par le déroulement du parcours professionnel. Puis le médecin situe la salariée dans l'entreprise « vous travaillez où à quel étage ? » S « au deuxième ça varie ».

Le médecin s'appuie sur l'information apportée par cette novice sur le fonctionnement du collectif afin d'étayer son diagnostic. En toile de fond, en transportant les problèmes d'organisation collective du travail d'un salarié à l'autre à chaque consultation, on peut faire l'hypothèse que le médecin n'est pas seulement dans une approche individuelle mais qu'elle traite du dysfonctionnement de l'équipe dans une approche collective dans son cabinet dans l'interaction avec le salarié.

Dr « est-ce qu'il y a des différences de travail ? », S « au deuxième, il y a plus de travail en équipe. Au premier, c'est chacun de son côté. Il n'y a pas d'aide dans l'équipe ». S « c'est quoi travailler en équipe ? » S « le travail avec les aides-soignantes pour manipuler » Dr « il n'y a pas d'organisation pour être toujours à 2. » S « au 2^{ème} c'est plus organisé, au premier c'est le brouhaha ». Dr « alors pourquoi ? » S « elle accepte pas qu'on amène son avis » Dr « votre point de vue est mal vu au 1^{er}. Il y a aussi l'ancienneté des personnes au 2^{ème} et l'esprit d'équipe. » (sourire).

Le médecin aide à la formalisation du ressenti vis-à-vis de l'équipe pour cette salariée.

Le médecin poursuit l'entretien sur le travail « et le travail lui-même ? » S « ça va les personnes sont lourdes au 2^{ème}. On s'adapte, on apprend beaucoup de choses. » Dr « là l'apprentissage se fait plus facilement avec un collectif »

Le médecin met ici en lien le ressenti du salarié sur le collectif et les difficultés probables d'apprentissage.

Puis le médecin aborde la santé « on va venir sur le versant de la santé » et enchaîne sur le même registre l'examen médical. A la fin de l'examen, le docteur demande à la salariée « alors ce métier ? » La salariée montre une région lombaire où elle a mal. Dr « vous avez fait la formation avec le kiné ? » S « je sais pas, c'est quand » Dr « c'est une formation pour la mobilisation des personnes S « pour mon dos ? » Dr « vous avez mal. Il est un peu tordu mais... » (écrit sur son dossier). Dr « comment vous utiliser les aides ? » S « c'est pas pratique, c'est une perte de temps. Moi je vais pas le prendre » Dr « et les outils d'aide à la

manutention ? » S « le lève-malade » Dr « ou l'alèse » S « il n'y en a pas au 1^{er}. » Dr « pourquoi ? » S « c'est bien pour une dame de plus de 5 kg » Dr « et après ? » S « j'appelle ma collègue », Dr « c'est facile ? » S « ça soulage » Dr « c'est plus long » S « c'est pas plus long, mais selon la corpulence, c'est lourd » Dr « la formation kiné, il faut faire ça dans votre projet de formation » S « une collègue m'a dit que c'était un jour par semaine » Dr « et vous n'êtes pas encore inscrite ».

Le médecin continue à faire un vrai travail de fond bénéfique pour l'entreprise et le salarié en ramenant des éléments de l'entreprise dans la consultation (la formation kiné) et en invitant le salarié à saisir les dispositifs de prévention de l'entreprise. Elle poursuit en même temps son investigation sur le matériel d'aide à la manutention et prend des informations sur le fonctionnement du collectif.

La consultation se termine sur les liens santé-travail pour cette salariée « oK voilà, 2 mois passés ici, vous êtes contente, vous n'avez pas envie de changé ? » S « ça fait voir autre chose, les gestes et les erreurs à ne pas faire ».

La visite d'embauche de la sixième salariée, animatrice, se déroule autour d'une reprise de l'itinéraire professionnel, des activités auprès des résidents, d'un examen médical et d'une fin d'entretien sur le travail. Il n'y a pas de problématique de santé.

La consultation de la septième salariée, une aide soignante, enceinte, porte principalement sur l'adéquation des conditions de travail à la grossesse. Les activités de manutentions font l'objet de discussion, ainsi que le décès des résidents. Cette salariée évoque ses maux de dos. Lors de l'examen le médecin ausculte le dos. L'entretien se termine sur les problèmes de peau.

La dernière consultation, une ASH en CDD, commence sur le travail pour aller sur les liens santé-travail et se poursuit sur la santé et le temps de travail. Plus exactement, le médecin débute « on se revoit au bout d'un an » S « je suis toujours remplaçante ».

Le médecin cherche dès l'accueil à détecter les changements opérés depuis la dernière visite, en situant la nature des tâches du poste remplacé. Dr « donc toujours ASH, quel événement ? » S « j'ai l'épaule qui se bousille » Dr « elle craque » S « je suis en train de bousiller l'autre » Dr « quels gestes sont difficiles ? » S « le balais, le fameux geste droite/gauche » Dr « pourquoi c'est dur ? » S « parce que les franges rétrécissent » Dr « et vous ne les changez pas ? » S « si heureusement » (écrit dossier) Dr « c'est le seul problème et le reste ? ».

Le salarié fait le lien entre son travail répétitif et sa douleur à l'épaule. Le médecin relance sur d'autre problématique de santé. La salariée explique ces problèmes d'hypertension. Puis le médecin fait l'examen médical et reprend à deux fois la tension à cause du bracelet trop court pour le bras de la salariée).

Le médecin fait l'examen en demandant au salarié de mettre le bras en abduction et antépulsion. S « je travaille avec l'autre main. Quand j'ai mal à droite je fais avec la gauche. » Dr « la douleur vient et repart » Dr « la douleur apparait après un certain travail » S « non à force » (écrit dossier) S « aussi le travail à la maison, on ne s'arrête pas » Dr « c'est pas en lien avec l'intensité, par exemple certaines ASH qui vont faire des chambres à fond » S « c'est le geste répétitif à force ». Dr « le temps de faire le travail ».

Le médecin explore avec la salariée une autre hypothèse sur la souffrance des personnels dans cette maison de retraite sur un phénomène d'auto-accélération pour ne pas penser, comme une stratégie défensive.

S « le matin on a de 7h/7h30 on pas le temps, c'est très vite. En une demi-heure c'est pas possible » Dr « vous travaillez l'après-midi » S « on a une fiche sur le ménage à fond et des

salles de soins, de transmission » Dr « combien vous avez de chambres par ASH ? » S « 20 » Dr « 20 ! » S « sans compter la salle de soin ». Dr « et le petit déjeuner vous le donnez ? ». S « à 7h30 on est là haut pour le petit déjeuner. Quand j'ai mal, je ne bouge plus ». Dr « où, au-dessus de l'omoplate ? S « mon épaule est trop lourde, je n'arrive plus à porter, des jours plus que d'autres ». Dr « vous vous êtes arrêtés 8 jours ? » S « oui j'ai repris mardi ». Fin de la consultation.

Le médecin prend des informations sur l'organisation du travail et la charge de travail.

Nous retiendrons ici plusieurs éléments d'analyse sur ce que fait réellement le médecin du travail à partir de ces données d'observation et d'entretiens d'auto-confrontation avec le médecin.

- le médecin prend de l'information sur le travail, l'organisation du travail et le collectif de travail et donne de l'information sur les moyens de prévention dans le travail et dans l'entreprise.
- le médecin traite la question du collectif en la faisant rebondir d'un salarié à l'autre en consultation. Plus exactement, l'approche collective entre dans l'approche individuelle. Le médecin traite de l'organisation du travail dans son cabinet et agit sur le collectif de travail.
- Le médecin explore les liens santé-travail selon la perception du salarié et aide le salarié à en prendre conscience
- le médecin du travail ramène l'entreprise dans le cabinet en aidant les salariés dans l'appropriation des dispositifs de prévention par les salariés (matériel de manutention). Il contribue de son cabinet à soutenir les actions de l'entreprise.
- le médecin du travail verbalise ce que ressent le salarié en mobilisant sa connaissance de l'entreprise et du travail

Le médecin du travail semble faire un vrai travail en sous-terrain, dans l'ombre, sur la gestion de l'information sur les liens entre la santé et le travail en mobilisant de sa connaissance l'entreprise dans le cabinet. Cependant il ne fait pas que gérer de l'information mais il agit aussi de son cabinet sur la perception du salarié et son comportement vis-à-vis de l'entreprise et du le collectif.

A la suite de cette observation, nous avons fait un essai de catégorisation des thématiques abordées en matière de santé, travail et de relation santé-travail selon la partie entretien et examen de la consultation afin d'avoir une vue d'ensemble de ces premiers résultats. Le codage a été élaboré ici par le chercheur pour organiser un entretien d'autoconfrontation avec le médecin observé.

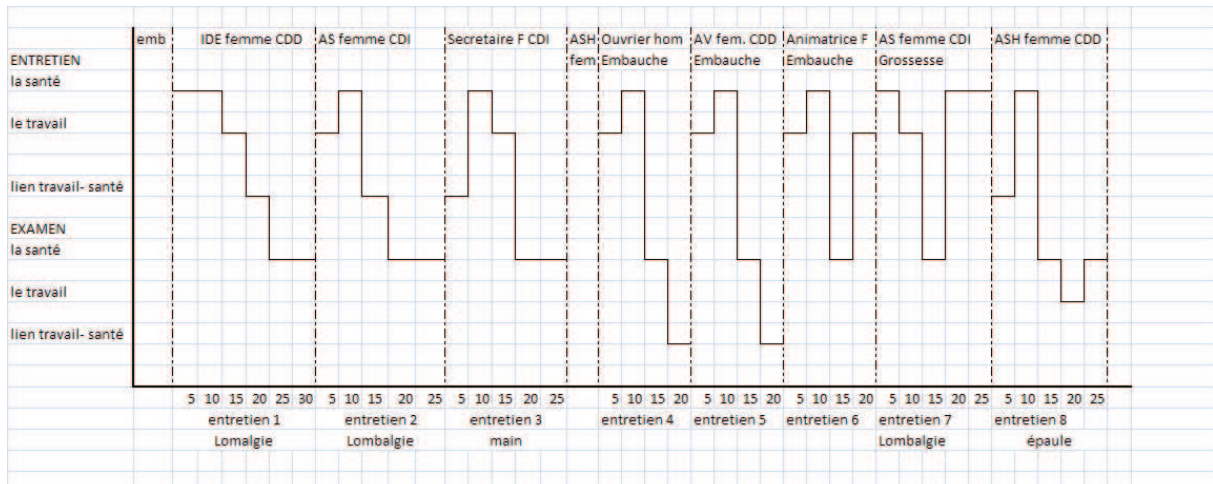


Figure 1 : la dynamique des échanges de la consultation dans la maison de retraite selon l'entretien et l'examen en fonction des thèmes santé, travail et lien travail santé.

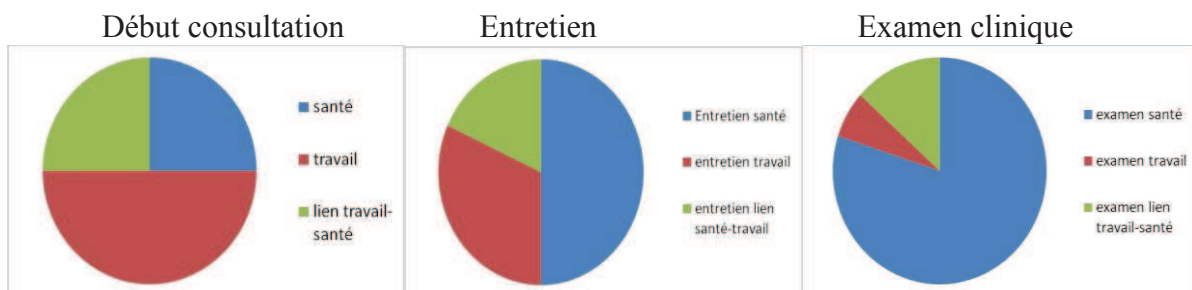


Figure 2 : répartition des communications relatives à la santé, au travail ou au lien santé-travail selon le début de la consultation, l'entretien et l'examen.

On voit ici que les salariés commencent plutôt par le travail. Cela peut être lié à l'ancienneté du médecin dans cette entreprise en termes de connaissance du travail, de contact avec les salariés lors des visites d'entreprise, de construction d'une relation sur le travail lors des précédentes consultations, etc. Il est intéressant de noter qu'au fil de l'entretien la part accordée à la santé augmente et qu'elle est dominante lors de l'examen clinique. Les deux salariés les plus connus (entretien 3 et 8) du médecin sont ceux pour qui la consultation commence d'emblée par la relation travail-santé. Il faut donc du temps pour établir ce niveau de relation et travailler sur les interactions entre le travail et la santé.

On peut remarquer que pour les visites d'embauche (entretiens 4, 5, 6) le déroulement est proche avec une exploration d'abord du travail puis de la santé et pour deux cas sur trois la fin de la consultation sur la relation santé-travail.

En termes de gestion du temps, on remarque que les trois visites d'embauche sont les plus courtes. Il apparaît que le médecin adaptait la gestion de son temps au fil de la vacation.

La présentation de cette chronique d'activité au médecin, lors de l'entretien d'auto-confrontation, a suscité plusieurs réactions comme :

- le médecin n'imaginait pas que le temps d'examen était si long. Elle dit faire « *un examen standard par métier* ». Ici l'examen du dos est fait systématiquement avec la population des aides-soignantes, ASH, auxiliaire de vie et infirmière. S'il y a une plainte particulière pendant l'entretien, elle approfondit la douleur pendant l'examen. Par exemple, examen des bras quand douleur évoquée par le salarié à l'épaule. Elle explique que cette adaptation son examen lui permet de gagner du temps.

Pendant l'examen, elle prend systématiquement la tension. Pour elle « *toucher le corps de l'autre, c'est une manière d'appivoiser l'autre* ».

- le médecin indique que le changement de rythme au bout du 6^{ème} entretien pourrait être lié à la fatigue « *À un moment donné, je n'ai plus la pertinence des questions.* ».

- les consultations sur le même lieu de travail sont décrites comme plus lourdes en charge de travail. Faire les consultations sur place n'est pas toujours un atout : « *Il y a une accumulation d'information et en même temps des gens qui réagissent différemment. C'est plus lourd, c'est pas la même diversité qu'au cabinet* ».

- Le médecin exprime sa préoccupation de démêler un nœud de l'activité des salariés de cet établissement « *Je n'arrive pas à les sortir du discours sur le décès, est-ce pas normal dans une maison de retraite ?* » et sur le phénomène d'auto-accélération du rythme de travail comme stratégie collective défensive.

1.3. Consultations en cabinet tout azimut

Un travail de co-construction de l'analyse des liens santé-travail dans la consultation s'est engagé avec le médecin. Celui-ci permet de mieux comprendre la façon dont le médecin aide le salarié à faire les liens entre le travail et la santé. Il s'agit d'une autre situation de consultations du même médecin en cabinet, consultation au tout venant un après-midi. A l'issue de cette observation, le médecin a fait lui-même la catégorisation de sa consultation selon les liens travail-santé sur deux situations que nous détaillerons.

Lors de cette vacation, sept salariés ont été vus (cf. tableau 2) : cinq en visites d'embauche et deux en visites périodiques. Les métiers, professions et entreprises sont divers. La durée des entretiens varie entre 19 min et 36 min. L'observation a porté sur l'entretien et l'examen clinique de la consultation.

Profession	Type de contrat	Age	Sexe	Type de visite	Durée totale consultation	Durée entretien	Durée examen médical	Problématique TMS
menuisier-vendeur hypermarché	CDD	40-49 ans	homme	embauche	34 min.	20 min.	14 min.	lombalgie
Agent nettoyage	CDI	40-49 ans	femme	embauche	19 min.	9 min.	8 min.	
Pharmacienne	CDD	40-49 ans	femme	embauche	23 min.	11 min.	12 min.	lombalgie
Infirmière	CDI	30-39 ans	femme	Interruption piqure infirmière AES	9 min.			
Agent nettoyage	CDI	Plus de 50 ans	femme	annuelle	28 min.	14 min.	14 min.	épaule
Chargée administrative	CDI	30-39 ans	Femme	embauche	21 min.	12 min.	9 min.	
Directeur d'entreprise	CDI	40-49 ans	Homme	embauche	20 min.	9 min. + 7 min	4 min.	
Responsable équipe pôle emploi	CDI	40-49 ans	Homme	Annuelle (mais changement secteur, nouveau dossier)	36 min.	24 min.	12 min.	lombalgie

Tableau 2 : caractéristiques des salariés vus en consultation, types de visite et temps de consultation et problématique TMS

Nous reprenons brièvement notre catégorisation des liens santé-travail.

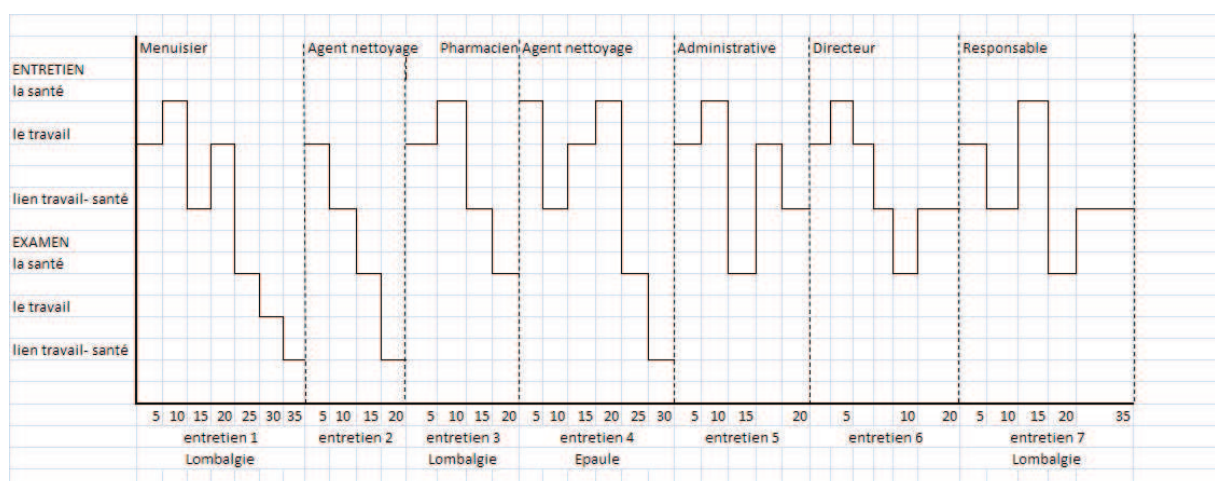


Figure 2 : le contenu des échanges de la consultation dans le cabinet selon l'entretien et l'examen en fonction des thèmes santé, travail et lien travail-santé

Nous pouvons remarquer que toutes les consultations commencent par le travail. Ce sont pour la majorité des entretiens d'embauche, sauf pour l'entretien 3, entretien annuelle, agent connu

du médecin, qui commence d'emblée sur une problématique de santé. Commencer par le travail dans le cadre d'une visite d'embauche peut s'expliquer par la nécessité de construire une relation avec le salarié où il est difficile d'aborder tout de suite la santé.

De plus, nous constatons que tous les entretiens terminent pratiquement par le lien santé-travail, sauf pour cet entretien 3 qui finit sur la santé. Mais on observe surtout une grande variabilité sur les façons d'arriver à ces liens santé travail. La conduite de l'entretien d'un registre à l'autre ne semble pas dépendre du type de pathologie, ni de la profession des salariés. Il y a de véritables différences dans la façon de conduire une consultation avec deux agents d'entretien, par exemple, ou deux responsables. Le médecin semble travailler avec ce qui arrive pour tenir à un moment le lien travail-santé. Dans tous les cas ici, elle y arrive.

On peut mettre cette chronique d'activité avec celle de la maison de retraite. On retrouve un peu le même déroulement pour les visites d'embauche (configuration en escalier) pour les entretiens 1, 2, 3. Par contre il apparaît que les entretiens 5, 6, 7 (postes à responsabilité) comporte un examen relativement court sur le domaine de la santé et une reprise de l'entretien avant la fin de la consultation. Mais cela pourrait s'expliquer aussi par la fatigue ressentie au fil des consultations par le médecin.

Nous prendrons appui plus particulièrement sur deux entretiens avec les deux agents de nettoyage de la même entreprise vu au cours de cette vacation. Ce sont les deux cas de TMS posant problème au médecin du travail.

Avec **la première salariée agent de nettoyage**, le médecin du travail commence par lui demander si elle travaille pour une autre société. Elle est effectivement en situation de double employeurs mais elle est sur le même chantier de l'université depuis 10 ans avec des changements d'employeur. En posant la question « *qu'est-ce que ça change à chaque fois ?* » le médecin cherche à venir sur le travail, l'intensification et à savoir s'il y a des conditions plus ou moins bonnes. Elle essaye de comprendre si le changement de chef affecte l'organisation du travail. Mais la salariée semble avoir du répondant « *si on m'embête pas ça va, sinon j'envoie tout balader. J'ai 59 ans je n'ai pas envie de me faire commander* ». Le travail est ensuite exploré : horaire, tâches, temps de travail, outil. Cette salariée explique qu'elle a deux bureaux à faire à fond par semaine en plus du ménage quotidien.

En posant ces questions, le médecin cherche à se représenter le travail : localisation, quantité de bureau, matériel, produits et à interroger le salarié sur le vécu au travail, notamment en matière d'intensification « *et alors c'est faisable ?* » et de manutention. Le médecin passe de ce questionnement sur le travail à une interrogation portant sur les liens travail-santé.

S : « il ne manque rien (à propos des outils de travail)

Dr : Donc ça vous facilite la tâche

S : ça facilite la tâche, bien sur

Dr : donc, C'est des chariots pratiques à utiliser ?

S : Oui, oui

Dr : Mmh, et...

S : Sauf qu'on travaille à l'eau froide

Dr : Ah

S : ça j'aime pas trop..(rires) non, mais bon y'a pas d'eau chaude à l'étage, donc euh (rires)

Dr : Alors, ça vous chagrine pourquoi à l'eau froide ?

S : Ben ça, ça dépend, si on a des tâches ça part moins bien

Dr : Moins bien, le travail est moins efficace, hein..Mais... par contre au niveau des mains »

En disant « ça vous chagrine » le médecin dit explorer la dimension psychosociale de l'activité avec la salariée.

Mais la salariée semble avoir du mal à faire le lien travail-santé.

Dr : « ce travail là, du coup, depuis 10 ans vous dites que vous le faites, comment vous... enfin, quel effet a-t-il ? Est-ce que vous avez des problèmes de douleur ou des gênes liées... aux gestes répétitifs, ou... ? »

S : Non, bon en fin de semaine, c'est vrai que, bon, on est un peu fatigué, mais bon ça, c'est normal, c'est la fin de la semaine (rires)

Dr : Vous êtes fatiguée par la charge de travail...

S : Non, ben..

Dr : ...par les mouvements qu'on fait ?...par les...

S : oui, oui pis bon, je me lève aux aurores le matin donc en fin de semaine c'est vrai que la fatigue se fait ressentir mais bon, c'est pas...

Dr : Mmh

S : C'est pas du au travail, c'est ...c'est l'ensemble, quoi (rires) »

Le médecin commente « *elle redissocie pas le travail de la vie quotidienne* ».

Ensuite le médecin balaye son amplitude horaire. Cela lui permet de pointer la pénibilité des horaires atypiques liés à une situation de double employeurs et d'aider la salariée à faire le lien entre son travail et sa santé.

Suite à l'examen du dos et des jambes, le médecin dit « voilà bon donc vous dites que vous souffrez de rien, aucune douleurs articulaires ». La salariée acquiesce. Pendant l'examen clinique, la salariée évoque qu'elle n'a pas le moral, son mari est au chômage. Le médecin commente : « *c'est un élément de la vie privée qui peut augmenter les difficultés professionnelles, mais la salariée va bien* ».

S'engage ensuite une discussion sur les liens santé-travail autour de l'organisation du travail et la répartition de la charge de travail dans l'équipe.

Dr « donc vous n'avez pas de soucis dans le travail, pas de douleurs et pas de mauvais outils et l'équipe ? »

S « il y a des personnes qui ne me parlent pas. Elles parlent entre elles en arabe. Chacun travaille pour soi. »

Dr « C'est elle qui ne s'ouvre pas ? »

S « chacune va prendre son chariot »

Dr « chacune a une partie à faire »

S « de temps en temps je lis sur le cahier de liaison, si ça leur plait pas, elles voient. A chacune son secteur ! »

Dr « et s'il il y a une charge plus lourde »

S « elles s'aident entre elles. Si c'est un jour le même chantier, on y va ensemble ».

Dr « c'est quel bâtiment ? »

Dans cet extrait on retrouve cette interrogation permanente sur le collectif comme dans les autres consultations. Il apparaît que cette recherche d'information sur le collectif peut orienter l'action à venir. Quand le médecin pose la question de la localisation des chantiers, c'est pour orienter une visite possible du collectif ensuite sur un chantier.

Après l'examen clinique, le médecin relance la discussion sur le collectif avec la salariée pour mieux comprendre les difficultés d'intégration de la salariée dans l'équipe.

S : « c'est des personnes avec qui je ne peux pas parler parce qu'elles parlent entre elles en arabe et moi je comprends pas »

Dr : ça vous isole un peu du coup

S : ça m'isole pas. Si elles me comprennent, elles me comprennent. Si elles me comprennent pas, j'ai pas d'ordre à leur donner. Chacun travaille pour soi. On peut pas discuter. Bon on est pas là pour discuter mais pour travailler

Dr : vous avez plutôt l'impression que c'est elle qui ne s'ouvre pas

S : bon elles discutent entre elles. Si je suis là elles parlent en français, mais bon bien souvent elles se parlent entre elles en arabe. Comme je suis la seule française, je m'en vais-je vais faire mon boulot

Dr : c'est-à-dire que vous avez votre travail organisé de façon à ce que vous ayez chacune votre partie à faire

S : chacune on a notre secteur

Dr : vous n'avez pas besoin de temps en temps de demander à l'une ou l'autre de vous aider.

S : moi de temps je viens leur dire parce qu'il y a un cahier de liaison, donc comme elles savent pas lire le français, c'est moi qui lit sur le carnet de liaison. Et je dis il y a ça et ça à faire c'est sur le carnet. Si ça leur plait pas, elle voit le chef et le chef leur dit.

Dr : mais sinon

S : chacune notre secteur voilà

Dr : est-ce qu'il y en a une qui a une charge plus élevée que l'autre ?

S : Bon en fait elles s'aident entre elles, moi je fais mon boulot. Je finis avant elles alors je ne reste pas. Mais si il y a un jour que je dois les aider ou qu'on doit se mettre toutes les cinq sur le même chantier, bon il n'y a pas de soucis.

Le médecin constate qu'il n'y a pas de collectif dans cette équipe et commente : *« c'est la seule femme européenne dans l'équipe et je ne sais pas sur quel versant interpréter ses difficultés de relation avec l'équipe : racisme ou rejet ? »*.

Avec **la deuxième salariée agent de nettoyage**, de la même société, la situation d'entretien est un peu différente de la première puisque le médecin du travail connaît depuis longtemps la salariée. Cependant on découvrira en début d'entretien que la dame a été arrêtée plusieurs mois et qu'elle est en entretien de reprise, le médecin du travail déplorant de n'avoir pas été avisé. La dame est algérienne et ne parle pas bien le français. Elle est allée à l'ancien cabinet et n'avait pas compris que le cabinet avait déménagé.

L'entretien démarre par les problèmes de santé et va chercher à tisser au fur et à mesure les liens travail-santé.

La salariée après avoir décrit ses problèmes d'épaule vient spontanément sur les questions du travail S « en 2010 quand j'enlève le manteau, j'arrive pas à l'enlever. C'est à cause du travail, balayer. ». Le médecin poursuit sur le travail : « où c'est le plus difficile ? » et cherche à comprendre la charge de travail.

Cela fait écho à l'entretien précédent avec la salariée agent de nettoyage lors du questionnement sur le fonctionnement de l'équipe. Le médecin poursuit son objectif de comprendre le lien entre la santé et le travail, ici le lien entre le trouble de l'épaule et l'organisation du travail.

S : Oui, le matin, c'est comme ça, mais Axiane ici, il est donné 3 bureaux à fond, à fond avec l'aspirateur, avec le ...tout, tout, tout

Dr : 3 bureaux par jour à faire

S : Par jour. Des fois, quatre.

Dr : D'accord. Alors pourquoi à vous on vous en donne 3 ou 4 et puis à d'autres on en donne 2 ? Ça change selon les étages ?

S : C'est qui les deux ?

Dr : Des collègues, des copines !

S : Non. Ils en ont pas deux. C'est comme moi

Dr : C'est comme vous

S : Oui, c'est comme moi. C'est comme moi

Dr : Toujours trois ou quatre ?

S : Oui. Donné le planning, elle fait ça, elle fait ça, elle fait ça...

Cet agent de nettoyage indique qu'elle doit enlever les poubelles et passer le balai à l'étage qui comporte 27 bureaux et réaliser le nettoyage à fond de 3 bureaux.

Le médecin commente qu'elle cherche pendant l'entretien à explorer avec le salarié les marges de manœuvre liées à l'organisation du travail. Celles-ci sont liées principalement au chef d'entreprise qui organise le travail.

Dr : Et les chantiers, enfin, sur le campus ils sont tous pénibles ? ils sont tous fatigants ?

S : fatiguée ?

Dr : Non. Le travail, parce que vous travaillez tous au même endroit...

S : oui

Dr : ... et c'est tous pareil ?

S : Pareil

Dr : La charge est pareille

S : Pareille

Dr : Y'a pas un étage.. ?

S : Y'a pas de différence

Dr : ...un étage moins pénible, ou...

S : On a , on a nous, on a, des gens en avaient moins, on a une jeune, elle prenait un étage. Et moi, un étage et demi

Dr : mmh. C'est pas juste

S : C'est pas juste, j'ai demandé moi le chef, j'ai demandé, j'ai dit avant moi je prends, j'ai signé dans le contrat, je prends un étage ½, mais maintenant je suis fatiguée

Dr : Mmh. Et ça, il ne l'entend pas le chef ?

S : Non, il me dit on verra

Dr : Mmh

S : On verra. Il sait, il me connaît moi malade et tout, mais il dit attends

Dr : Mmh. Ce qui fait que la prochaine fois que vous avez trop mal, vous venez me voir

On comprend ainsi qu'en prenant des informations sur le chef d'entreprise le médecin pourra agir si la salariée lui en fait la demande.

Lors de l'entretien d'auto-confrontation, le médecin précise aussi qu'il y a un écart entre l'examen clinique et le geste de la dame quand elle a enlevé son manteau (indices de douleur dans la façon d'enlever la manche). Le médecin commente « *pourquoi un examen normal ? pourquoi une mise en scène ? c'est troublant* ». Le médecin interprète par des différences culturelles sur la façon d'exprimer la douleur mais ajoute « *l'important est de mettre des mots sur le vécu du travail. S'ils ont mal, quel est le sens de la douleur ?* »

Le médecin du travail dit alors centrer la fin de l'entretien sur le lien santé-travail, ne pas trop ouvrir la boîte de la vie privée qui relève du médecin traitant ou d'autres médecins spécialistes. Il s'agit surtout de comprendre le travail pour trouver des ouvertures et pouvoir se projeter. Le médecin n'est « *pas inquiète médicalement pour cette dame. Son avenir dépendra de son environnement social.* »

Pour les deux cas, le médecin explore les relations entre pénibilité, horaire de travail, et multi-employeurs pour ses populations. On remarque que la question du collectif de travail est porté d'un entretien à l'autre et permet non seulement d'approfondir son diagnostic mais de pouvoir dire par petite touche des choses sur ce qui ne va pas dans l'équipe. Par ce travail d'articulation et ricochet entre les histoires individuelles, le médecin du travail tient l'histoire collective de cette équipe. Plus largement dans le cabinet, se joue aussi au travers de

l'approche individuelle un rappel de l'approche collective, y compris dans les relations du chef d'entreprise avec l'organisation de la répartition du travail.

1.3. Observations de consultations en hypermarché

Nous prendrons une dernière séquence d'observation pour approfondir ces résultats sur la consultation. L'observation se déroule un matin. Huit visites ont lieu sur le lieu de travail, dans un bureau en très mauvaises conditions sonores et le local est inconfortable. La secrétaire appelle les salariés quelques minutes avant la fin de l'entretien. Si le médecin n'a toujours pas fini, le salarié va dans la salle de pause café deux bureaux plus loin. L'observation n'a porté que sur la partie de l'entretien sans l'examen clinique.

Les caractéristiques des salariés couvrent l'ensemble des métiers du magasin (cf. tableau 3). Toutes les consultations concernent des visites annuelles, ce qui est assez rare dans l'activité quotidienne de ce médecin dans cette entreprise, où il dit avoir essentiellement des visites d'embauche à cause d'un turn-over élevé. Nous remarquons que dans ces visites annuelles observées, il y a beaucoup de CDI, alors que dans l'entreprise les CDD sont presque aussi nombreux que les CDI.

Profession	Type de contrat	Age	Sexe	Type de visite	Durée totale entretien	Durée examen médical	Durée examen médical	Problématique TMS
Caissière (E1)	CDI	30-39 ans	Femme	Annuelle	13 min.	8 min.	5 min.	Epaule
Gestionnaire (E2)	CDD	Moins de 30 ans	Femme	Annuelle	15 min.	5 min.	10 min.	
Manutentionnaire (mise en rayon) (E3)	CDI	40-49 ans	Homme	Annuelle	22 min.	16 min.	8 min.	lombalgie
Caissière (E4)	CDI	40-49 ans	Femme	Annuelle	23 min.	13 min.	10 min.	Pied Lombalgie
Caissière (E5)	CDD	Moins de 30 ans	Femme	Annuelle	23 min.	15 min.	8 min.	cervicalgie
Manutentionnaire (réserve) (E6)	CDI	Plus de 50 ans	Homme	Annuelle	30 min.	24 min.	6 min.	Troubles mentaux
Manutentionnaire (mise en rayon) (E7)	CDI	30-39 ans	Homme	Annuelle	17 min.	7 min.	10 min.	Epaule
Responsable rayon (E8)	CDI	+ de 50 ans	Femme	Annuelle	21 min.	11 min.	10 min.	lombalgie

Tableau 3 : caractéristiques des salariés vus en consultation, types de visite et temps de consultation et problématique TMS (*en grisé les salariés connus depuis plus de 10 ans par le médecin*)

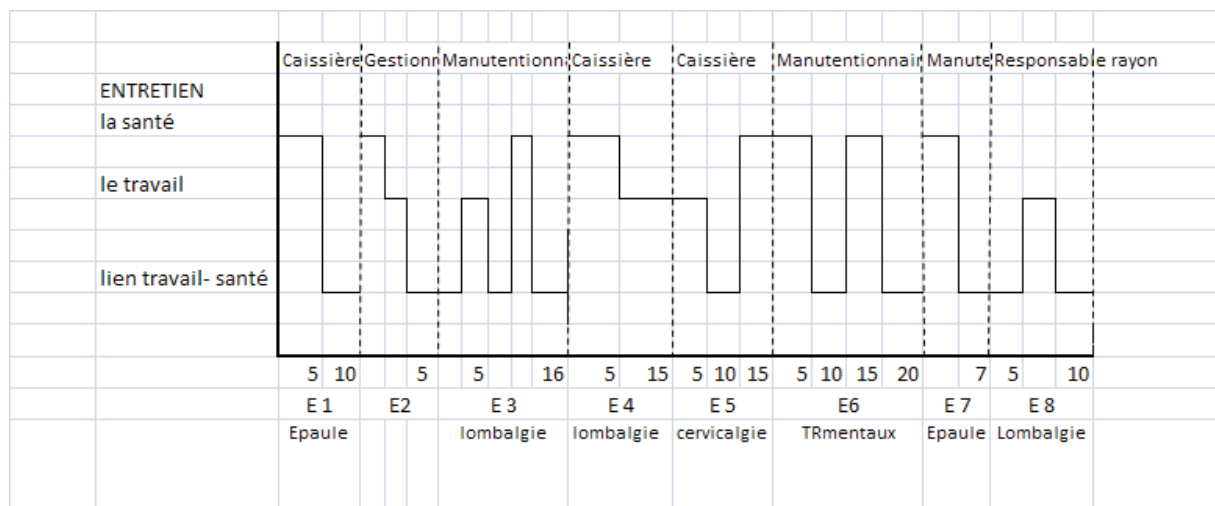


Figure 1 : la dynamique des échanges de la consultation dans l'hypermarché selon l'entretien en fonction des thèmes santé, travail et lien travail-santé.

On remarque que la plupart des visites commence par la santé (5/8) et se termine par le lien travail-santé (5/8). Cela peut s'expliquer en partie par le type de visite. Ici, contrairement au cabinet, on est principalement dans des visites annuelles. De plus, les salariés sont connus du médecin et les conditions de travail sont particulièrement pénibles pour les salariés dans cet

hypermarché. Deux entretiens avec les salariés connus depuis longtemps par le médecin (entretiens 3, 8), le début de la consultation commencent directement par les liens santé-travail. On retrouve ici le même résultat que celui observé dans le cas de la maison de retraite par rapport au temps nécessaire pour construire la relation dans le registre des liens santé-travail.

Le cas de l'entretien 5 est assez atypique, commencer par le travail et finir par la santé sans aborder les liens santé-travail. Ceci peut s'expliquer par le jeune âge de la caissière et une situation de contrat en alternance, sans problématique de santé en lien avec le travail.

On constate comme pour les deux autres situations observées, maison de retraite et cabinet SST, une grande diversité dans la façon de dérouler l'entretien. La profession du salarié ne semble pas exercer d'influence dans la conduite de l'entretien selon les liens travail-santé, il n'y a pas de différences non plus selon la localisation de la douleur. Ce qui semble jouer est plutôt l'ancienneté de la relation avec le salarié qui permet d'aller plus vite sur un échange sur les relations travail-santé.

Parmi tous les entretiens nous avons retenu l'entretien de consultation n°3- manutentionnaire-connu depuis de nombreuses années par le médecin (plus de 15 ans). Nous retiendrons le début de l'entretien et les échanges avec une collègue sur quelques extraits d'observation.

L'entretien commence par le rappel des consultations dans le camion. Le salarié se rappelle le camion sur le parking où le médecin faisait les consultations. L'échange porte directement sur les liens entre le travail et la santé.

Dr : C'est mieux ou c'est pas mieux pour vous.

S : c'est mieux, c'est pas mieux, j'en sais rien moi. Aujourd'hui je travaille et je rentre chez moi.

D : bon c'est pas la première fois que vous dites ça.

S : non je n'ai pas changé d'avis. Pourquoi faire ? (silence).

D : Ben, ça veut dire que ça ne s'améliore pas du côté du travail.

S : y a rien plus, y a rien de moins. On est là on fait notre job. Voilà le principal est qu'il soit fait proprement, c'est tout.

D : vous estimez que vous le faites proprement, qu'on vous donne les moyens de le faire proprement.

S : des moyens on nous en donnera jamais assez des moyens. C'est dans toutes les entreprises, vous le savez très bien.

D : alors dans celle-ci, comment vous estimez les moyens qu'on vous donne pour faire votre travail proprement.

S : c'est pas une question de moyens. Le problème c'est qu'ils sont sans arrêt en train de changer leur façon de faire, leur façon de travailler. A nous de nous adapter. La situation bonne ou pas bonne, à nous de nous adapter. De toute façon on n'a pas le choix comme c'est décidé en haut lieu. Nous on est au bout de la chaîne, on est bien obligé de faire le boulot. Qu'il y ait 10 employés de plus ou de moins, de toute façon de la marchandise il en faudra dans les rayons. Donc on n'a pas le choix, on s'adapte.

Le médecin commente : « les gens sont marqués par les anciennes conditions de visite médicale. C'est une façon d'entrée en matière par le bout qu'il vous donne à prendre. Ce Monsieur ça fait longtemps qu'il est désabusé par le travail. C'est plus sympa de le laisser venir, sinon c'est répétitif, on a l'impression d'être un robot. Quand c'est à demi-mot que les gens sont désabusés, qu'est-ce que ça veut dire ? Qu'est-ce qu'il y a derrière ? Est-ce qu'il s'est passé des choses nouvelles ? Est-ce que ça s'est dégradé depuis un an. Apparemment ça ne s'améliore pas, ça ne se dégrade pas, c'était plutôt eux qui sont dans un dégoût. ».

Quand le médecin parle des moyens de faire proprement le travail « c'est quand on essaye de comprendre pourquoi ? Comment les gens n'arrivent plus à faire leur travail ? Il y a trop de changement dans cette entreprise. ».

On notera que le médecin tente de recréer la relation avec le salarié. Il s'agit de reprendre contact avec l'histoire individuelle et de la mettre en résonance avec l'histoire collective. Le médecin du travail affine son diagnostic sur les conditions de travail et le vécu du salarié. Cette stratégie de « laisser venir le salarié » poursuit des enjeux d'efficacité mais aussi des enjeux de santé pour le médecin.

Prenons un autre extrait sur le lien entre collectif/ individu

D : donc ça veut dire qu'on ne vous sollicite pas pour la polyvalence.

S : on me sollicite plus. Parce que le seul jour où je n'avais pas d'arrivage, on me sollicitait bien sûr.

D : qu'est-ce que vous avez mis en œuvre pour qu'on ne vous sollicite plus ?

S : aujourd'hui, ils ont un peu laissé tomber la polyvalence. J'en suis plus ou moins content.

D : il y a longtemps qu'ils ont laissé tomber la polyvalence ?

S : qu'ils nous en parlent plus trop. Disons quand il y a des gens malades, il y a de la polyvalence. Ils se gênent pas pour en faire. Il y a 15j. notre collègue du vin n'était pas là, on a fait son rayon parce qu'il n'y avait pas de remplacement. Mais quand l'équipe est au complète, non aujourd'hui ils nous laissent un peu plus tranquilles.

Commentaire : « la polyvalence c'est quelque chose qui a émergé ces quelques dernières années et qui a vraiment posé problème pour les salariés. Quand il arrivait qu'il ait des palettes hautes ou pas, on les envoyer remplacés l'absent et après on leur demandait de faire leur rayon. Donc il faisait double tâche. Donc leur rayon ils n'avaient jamais le temps de le faire et on les faisait speeder parce que le rayon n'était pas propre. Donc du coup moi au CHSCT moi je parle de cette polyvalence. En fait je n'ai jamais bien compris la raison. Il y a une directrice adjointe pas sympa. Il y a un turn-over avec un absentéisme important. Moi je ne sais pas si c'est les retombées des CHSCT ou de mes rapports annuels que j'ai écrit. A la limite ça peut être un indicateur d'efficacité.

On notera que le médecin du travail prend des informations sur polyvalence. Il a mené un certain nombre d'action dans ce sens dans l'entreprise. Il fait la relation entre son action et l'évolution de l'organisation du travail.

Le diagnostic du médecin sur ce salarié est positif : « Il a suffisamment de détermination pour ne pas se laisser marcher sur les pieds pour refuser et en même temps il ne cherche pas les querelles. Je ne suis pas trop inquiète pour leur santé, quand ils ont assez d'autorité pour faire face. »

Nous avons ensuite organisé un échange avec une collègue médecin du travail, aussi expérimentée que le médecin observée sur cette situation. Sa collègue dit comme elle laisser venir le salarié avec un ensemble de questions sur la santé « et sur le plan santé, où est-ce qu'on en est ? qu'est-ce qui s'est passé ? et les arrêts de travail depuis l'année dernière ? comment ça va ? » ou commencer plutôt par le travail. Elle cherche aussi à tenir le lien santé travail dans la consultation. « Je me retrouve de discuter à bâton rompu. Laissez les choses se dirent, se faire. »

Cet entretien d'auto-confrontation croisée a permis au médecin de préciser son action lors de la consultation

- donner les moyens au salarié de se poser des questions sur les relations santé-travail

Dr « moi je pose les questions essentielles à poser si au bout de 10 min. tout est fait, je n'ai plus de sentiment de culpabilité. J'ai le sentiment de leur avoir laissé le temps de se poser la

question, d'attendre et que si c'est pas le moment, s'ils ne sont pas prêts, ce sera la prochaine fois ou sur le poste de travail »

- de réinscrire l'histoire dans la relation avec le salarié en assurant une continuité entre le passé, le présent et le futur. Ceci n'est possible que si le médecin a une ancienneté dans la relation avec le salarié.

Dr « j'ai besoin de refaire l'histoire pendant devant les gens, tiens j'avais noté ça, vous aviez dit ça et ça correspond ou pas »

Coll « voir comment ça évolue dans le temps, surtout pour les TMS. L'année dernière vous m'aviez dit que vous aviez mal au coude, est-ce que ça va mieux. »

Dr « les gens allez pas très bien et ça permet de leur demander s'il y a eu des changements, s'ils vont mieux. Je mets aussi quelques éléments sur le vécu, ce qu'ils ressentent dans le travail. Je conclus « à une autonomie dans le travail et semble se défendre de l'autorité. » ça donne aussi des éléments de prédiction. Je ne suis pas très inquiète pour lui tant qu'il a la main sur l'autorité et tant qu'il a la main sur son travail ».

L'objectif du médecin du travail dans l'activité de consultation apparaît plus clairement. Il s'agit d'évaluer le pouvoir d'agir du salarié dans le diagnostic des liens santé-travail.

Discussion

L'analyse de l'activité d'un médecin du travail dans le cadre de la consultation amène à plusieurs résultats :

- Les médecins du travail tentent de faire le lien entre le travail et la santé pour lui en termes de diagnostic et pour le salarié en termes de compréhension de sa situation de travail et de ses effets sur sa santé. Pour cela, le médecin prend des informations dans les deux domaines pour faire les liens et aider le salarié à faire le lien. Il passe d'un registre à l'autre « côté santé ? » « et sur le plan santé maintenant ? » « Bon alors on va venir sur le plan santé. Ben dites moi ? » « bon pour changer de registre sur le plan santé » ou « pour revenir au travail » « et sur le travail lui-même ? » et interroger le lien « vous pensez que c'est en lien avec travail ? »

- On observe une grande diversité dans la manière de tenir le lien santé-travail dans la consultation. Cependant nos analyses indiquent quelques invariants possibles dans l'activité en consultation :

- commencer par le travail dans les visites d'embauche
- possibilité de commencer par le lien santé-travail quand le médecin suit et connaît le salarié depuis longtemps (plus de 10 ans).
- trouver un moment dans l'entretien pour tenir le lien travail-santé.

- Le médecin du travail utilise la consultation comme un instrument de son activité : c'est le lieu où se croise la problématique du lien santé-travail, des relations entre approche individuelle et approche collective, des liens entre le salarié et l'entreprise. Le médecin ramène des informations sur l'entreprise et fait un travail avec le salarié sur les moyens disponibles dans l'entreprise pour préserver leur santé et rendre le travail moins pénible. Le médecin assure ici une continuité entre l'histoire de l'entreprise et l'histoire individuelle. Il convoque ses connaissances sur le travail, le fonctionnement de l'entreprise et ses discussions avec le CHSCT et la direction dans l'espace de la consultation. Il investit l'approche collective dans l'approche individuelle. Cela apparaît nettement quand le médecin fait rebondir la question du collectif d'un salarié à l'autre. Le médecin du travail déploie des ressources dans son cabinet pour agir indirectement sur l'organisation du travail : relations dans l'équipe, matériel, gestion des horaires, etc.

- La question du temps est ici primordiale. En effet, le médecin pour construire une relation « sur les liens travail-santé » avec le salarié a non seulement besoin de temps de consultation mais aussi de continuité dans le temps du suivi du salarié, construction qui se fait au fur et à mesure des consultations. Plusieurs stratégies permettent de gérer le temps dans l'activité de consultation : réduire le temps de l'entretien ou de l'examen ; écrire dans le dossier pour rompre la discussion ; passer à l'examen ; passer d'un registre à l'autre de la santé et du travail et de ses liens, etc.

- Pour ce qui concerne le lien entre l'entreprise et l'individu, le médecin du travail fait entrer l'entreprise dans le cabinet en donnant aux salariés des informations sur les dispositifs de prévention. Il peut être facilitateur de l'appropriation de matériel ou de formation par les salariés. Mais il prend aussi des informations sur la perception du salarié, le travail et l'organisation du travail, qui pourraient orienter ses actions vers l'entreprise mais aussi donner des éléments pour la suite des consultations. Une façon d'articuler l'approche individuelle et l'approche collective est d'interroger l'activité collective dans le travail. Le médecin interroge sur le rapport que le salarié entretient avec ces collègues et le supérieur hiérarchique direct.

Le cœur du métier de médecin du travail se trouve dans l'activité de consultation. Le travail qui s'y déploie relève de véritables savoir-faire, qui sont à valoriser et à dévoiler. Le travail en consultation permet pleinement aux médecins de pouvoir réaliser son action de prévention en « sous-terrain, dans l'ombre ». Cette façon de pratiquer le métier constitue une ressource pour le médecin du travail. Mais peut s'avérer une posture de métier fragile car n'allant pas dans le sens de la loi, vers plus d'actions de terrain. Le modèle de l'action du médecin est celui d'agir dans son cabinet et de suivre l'entreprise pour pouvoir gérer des informations entre les deux espaces dans une temporalité à long terme.

Les médecins du travail semblent un acteur privilégié de la prévention pour pouvoir faire ce lien entre le travail et la santé dans une approche individuelle en y convoquant des approches collectives. Il semble important de redonner une place à la consultation comme un instrument de la prévention. Cette consultation étant mise en permanence en lien avec la connaissance de l'entreprise et du terrain. La consultation est lieu privilégié d'interrogation sur l'organisation du travail et les collectifs de travail. L'entreprise est présente dans la consultation et l'action en entreprise est complément imbriquée aux questionnements du salarié. La consultation permet de tenir la continuité en posant de nouvelles questions aux salariés sur le fonctionnement de l'entreprise et le rapport du salarié à son travail. Le médecin du travail est le seul à avoir ce contact avec le salarié dans son rapport au corps et de pouvoir faire les liens de cette façon entre l'individu et l'organisation. Dans le cabinet de consultation le médecin effectue un réel travail sur l'organisation de façon indirecte, en évoquant les questions d'horaires, de formation, de matériel, etc. avec le salarié qui pourra se mettre dans une dynamique de développement par rapport à son propre travail.

Les compétences des médecins du travail dans la consultation sont bien celles de tenir les liens santé-travail et de pouvoir conduire la prévention entre l'approche individuelle et l'approche collective. Mais ce n'est pas de la pluridisciplinarité, au sens où un médecin du travail serait interchangeable avec une infirmière pour la partie médical et avec un ergonomiste pour la partie actions en milieu de travail. En effet, la spécificité du médecin du travail est de tenir les deux bouts, le travail et la santé dans différentes zones d'actions : la consultation, les actions en entreprises. Ceci ne peut être disjoint, puisque tout le travail du médecin consiste à être l'orchestrateur de conjonction entre différents domaines (lien santé-travail, approche individuelle et approche collective, lien individu et entreprise). La pluridisciplinarité mériterait de se construire sur la complémentarité des compétences plutôt que sur la délégation à autrui.

Le travail collectif dans le maintien dans l'emploi, une ressource pour l'activité du médecin du travail

Sandrine Caroly

Des dispositifs institutionnels comme les cellules de maintien dans l'emploi (CDME) sont des outils pour développer des actions de prévention en entreprise. Nous avons observé une utilisation très hétérogène de ces dispositifs selon les régions. Certains médecins n'hésitent pas à utiliser ces dispositifs comme un moyen d'élargir leur champ d'action, créant une possibilité de travailler avec d'autres, notamment des ergonomes et des conseillers de prévention de l'agefiph. Même si la procédure de reconnaissance de travailleur handicapé constitue un dossier très lourd à monter, les bénéfices d'un budget pour aménager le poste et de la prime de compensation du handicap ouvrent des voies pour négocier des améliorations avec l'entreprise.

La question de la mobilisation des acteurs est capital pour une prévention durable des troubles musculo-squelettique. Cependant cette mobilisation ne se décrète pas. Les acteurs ont des compétences mais n'ont pas toujours les moyens de pouvoir les mettre en œuvre (contexte de l'entreprise, réglementation, projet du salarié, etc.). Nous verrons dans le cadre d'usage de la CDME dans la pratique des médecins du travail en quoi le travail collectif des acteurs en charge d'un projet de maintien dans l'emploi donne des ressources pour l'action de prévention du médecin du travail.

Notre méthodologie est celle de l'observation de la pratique de deux médecins du travail dans le cadre d'un suivi de maintien dans l'emploi concernant dans deux situations de travail : une d'une salariée d'un hypermarché atteinte aux épaules bénéficiant d'un maintien dans l'emploi dans le cadre de la CDME, le médecin du travail homme, qui la suit, est dans un service inter-entreprise. Une autre salariée dans le cadre d'un maintien en entreprise avec une cellule pluridisciplinaire (médecin, infirmière, ergonomes, chef d'équipe). Ce médecin femme est également en service interentreprise mais son activité s'apparente plus à une activité en service de prévention en entreprise du fait qu'elle soit à mi-temps et n'a que cette entreprise dans son effectif. Ces deux cas ont fait l'objet, d'abord de plusieurs entretiens d'auto-confrontation simples avec les médecins participants et ensuite d'une discussion collective sur les traces de cette activité (ici les verbatims du médecin et du salarié) avec un groupe de pairs de médecins volontaires. Les discussions ont porté entre eux et en chacun d'eux sur l'efficacité et sur la prise en compte de l'organisation du travail dans la prévention des TMS.

Le cas de maintien dans l'emploi de Mme G

Le premier cas qui servira d'illustration est issue d'observation du travail d'un médecin du travail dans le cadre du maintien en emploi d'une salariée reconnue travailleur handicapé. Le médecin observé est un homme d'une cinquantaine d'année, ayant eu un parcours initial comme médecin généraliste.

Ici nous avons observé un cas de maintien dans l'emploi de façon longitudinale sur une durée de 10 mois : 4 visites de consultation médicale du médecin travail avec la salariée, 3 réunions avec l'entreprise. Les visites et les réunions ont été audio-enregistrées et retranscrites intégralement. Ces traces de l'activité ont fait l'objet de quatre entretiens d'auto-confrontation simple avec le médecin et d'une discussion collective sur ce cas avec le groupe de pairs.

Mme G âgée de 56 ans travaille dans un petit supermarché rural (<50salariés, essentiellement des temps partiels). Plus exactement, elle travaillait auparavant à la mise en rayon depuis de nombreuses années et a une TMS localisée à l'épaule droite. Elle est en arrêt maladie depuis mars 2008

Le médecin du travail observé reprend le dossier de Mme G en février 2009 en remplacement du Dr V en arrêt longue maladie. Il la voit en avril 2009 et lui évoque l'inaptitude à son poste. Il lui fait la proposition de reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) et de monter un dossier CDME (cellule départementale de maintien dans l'emploi) afin de trouver un autre poste et l'aménager si nécessaire. La salariée est d'accord, le médecin du travail prend RDV avec l'employeur. Celui-ci est d'accord sur le projet et manifeste une attitude plutôt positive.

La première étude des postes avec employeur confirme l'inaptitude au poste même avec aménagements et le retour à l'emploi s'oriente vers un poste de caissière avec l'aménagement d'une caisse à gauche nécessitant une étude ergonomique. Le médecin du travail prend contact avec la CDME qui lance la démarche administrative.

En avril 2009, nous faisons notre première observation de terrain avec ce médecin. Il fait une visite de pré-reprise de la salariée. Il reprend avec elle la durée de son arrêt de travail, les douleurs ressenties aux épaules et il lui demande de décrire son ancien travail. Il explique le dispositif de prise en charge. Il teste la salariée dans son projet de reprise « est-ce que c'est quelque chose auquel vous avez pensé le licenciement ? ». La dame a envie de reprendre. Le médecin poursuit sur la situation de handicap :

Mdt : quand on vous a parlé du statut de travailleur handicapé. C'était le choc ?

S : oui

Mdt : c'est handicapé qui fait peur.

S : par rapport aux aménagements, il n'y aura pas caissière handicapé ou quoi que ce soit.

Mdt : il n'y aura rien du tout. Je sais pas si vous avez fait attention. J'ai parlé de situation de handicap. C'est important, on est dans un changement de modèle, ce n'est pas vous qui êtes handicapé. C'est la situation qui vous handicape. Moi j'ai le vertige, je suis infoutu d'être grutier. Si on m'avez orienté vers un métier de grutier, je serai handicapé d'être grutier. Vous c'est pareil, c'est pas stigmatisant. On est obligé de passer par cette là pour avoir des aménagements de poste.

S. : d'accord.

Ce même jour en avril 2009, à la suite de la visite de Mme G. une première réunion de maintien est organisée avec l'ergonome-intervenant – en charge de l'amélioration du poste, la responsable de la cellule de maintien, le responsable d'entreprise, le médecin du travail et la salariée concernée par l'aménagement. A cette première réunion, le médecin du travail s'assure que les modalités d'intervention soient bien engagées et insiste sur la notion de situation d'handicap pour changer les représentations de la salariée et du chef d'entreprise sur le statut de travailleur handicapé. Le médecin du travail fait le lien ici entre la perception de l'individu et la représentation du collectif d'acteurs impliqués dans le maintien sur la situation de reprise de la salariée.

A la première question de l'ergonome « *par rapport à cette étude de poste, il y a-t-il eu un certain nombre d'inaptitudes, qui ont été prononcées, de limitations ?* », il répond « *il n'y a eu aucune limitation prononcée. Mme G a été apte et est en arrêt depuis. Il n'y a pas eu d'inaptitude. Mme G est en arrêt depuis le 1^{er} mars 2008 pour une douleur persistante de l'épaule gauche. Mme G a été vu à plusieurs reprises par Mme V, qui avait initié une première démarche de reconnaissance travailleur handicapé et de contact avec la cellule de maintien dans l'emploi qui a été bien le plus en amont possible. Moi j'avais vu Mme G en remplacement de Mme V le 2 février 2009. A l'examen Mme G avait une épaule très bloquée, dans tous les plans de l'espace que ce soit l'abduction, l'antépulsion, la rétropulsion. Mme G était au rayon é pâtisserie et il s'avère qu'effectivement il y a incompatibilité.*

On est en situation de handicap. Il y a incompatibilité entre l'état de santé et le poste, qu'elle occupait avant. Donc on se retrouve avec un risque au niveau de l'épaule. A ce moment là j'ai ressaisi M GP (de la CDME) et on a pris un premier RDV avec M. EJ (Chef entreprise), qui a eu lieu le 19 mars, le 1^{er} mars où on a fait une première visite de l'entreprise. Donc on a un peu regardé le poste précédent et puis les autres postes. Donc on s'était tous mis d'accord que la mise en rayon ce n'était plus possible. On avait vu le poste de coupe et crèmerie, mais il s'est avéré que là aussi il y a une problématique importante de santé, avec la manutention des jambons, des fromages. Comme est conçu la banque, on avait vu ça oblige à des antépulsions importantes. Donc après avoir fait un tour on a vu que les seules possibilités étaient le maintien dans l'emploi sur un poste de caissière à condition de faire un aménagement du poste. Puisqu'on avait vu des incompatibilités, il faut une caisse gauche et réorganiser le poste de travail. »

Le médecin du travail donne les motifs qui ont conduit à une demande de maintien dans l'emploi et livre aux acteurs son diagnostic sur les liens travail santé. Sa connaissance du travail est mobilisée dans la suite de l'échange avec les acteurs. Il connaît bien les différents outils de travail, leurs emplacements à la caisse, les gênes qu'ils occasionnent par rapport aux déficiences de la salarié et les comportements des clients.

Par exemple, D : « Il n'y a pas de douchettes. Les différents écobans et beaucoup de papiers nécessitent des mouvements complexes. A première vue si on arrive à réorganiser pour réduire toutes les manutentions par un système douchette on pourrait rendre compatible le poste avec l'état de santé, par le tapis. De façon à ce que Mme G ne se fasse pas mal et qu'elle ne sollicite pas trop l'autre épaule. »

Dans la voiture, il me confie que cela va bien se passer avec l'ergonome. Il a perçu qu'elle est dans une approche globale des TMS et qu'elle portera son intervention sur l'aménagement de poste en y intégrant des questions sur l'organisation du travail. Cette approche de la prévention des TMS correspond à sa vision.

En entretien d'autoconfrontation, il explique qu'il cherche à recontextualiser la demande afin de mettre chacun en face de ses responsabilités. Il donne à l'ergonome une information sur l'aptitude de la salariée. En réalité, il n'a pas mis de restriction d'aptitude pour éviter un risque de licenciement.

L'usage des termes médicaux « antépulsion, rétropulsion, etc. » permet de donner des éléments d'incapacité et à préciser les motifs de la demande d'intervention.

Au cours de cette réunion, le médecin du travail informe aussi le chef d'entreprise sur les modalités du mi-temps thérapeutique de la caissière et explique l'usage de la prime de reconnaissance de lourdeur du handicap (RLH). Le chef d'entreprise est positif dans la démarche. Il est nécessaire de faire adhérer l'employeur à une démarche lourde, couteuse en temps et financièrement.

En juin 2009, lors d'une deuxième réunion, l'ergonome intervenant restitue son diagnostic sur l'étude de poste et consulte les acteurs sur les pistes d'aménagement du poste de caissière. Le médecin du travail s'assure de la compatibilité des aménagements avec les incapacités et insiste pour ne pas sur-solliciter le membre du corps encore valide et éviter l'émergence de nouvelle pathologie.

Verbatims

En septembre 2009, la troisième réunion porte sur la validation des propositions d'aménagement du poste de caissière. La discussion s'engage entre le responsable de la cellule de maintien et le chef d'entreprise sur la prise en charge financière des aménagements. La reprise de Mme G ne pourra être effective qu'en janvier 2010 (temps d'accord sur les subventions, temps du constructeur pour les modifications de poste, temps de la production avec un pic d'activité prévu en décembre). Le délai de réalisation sera plus long que prévu. Pourtant Mme G a beaucoup amélioré sa santé, elle est prête pour reprendre son poste aménagé immédiatement. Dans cette situation, le médecin du travail se trouve en conflit entre le temps du salarié et le temps de l'entreprise dans la conduite d'un projet efficace. En effet, il a préparé le salarié à reprendre son poste mais le temps de réalisation plus long se trouve être une source d'empêchement dans la réussite du retour à l'emploi : le salarié risque de se désocialiser et d'aggraver sa pathologie, le médecin conseil risque de demander une reprise immédiate sans que le poste soit aménagé, etc.

En novembre 2009, Mme G. reprend, le poste de caissière n'est pas encore aménagé mais elle a des horaires allégés (13h/sem.). Au bout de trois jours, elle font en larme chez la DRH, dit ne pas pouvoir tenir. Il y a un échange téléphonique avec le médecin qui conseille à l'employeur de dire à la salariée de venir voir son médecin du travail, de prendre RDV avec lui.

Le 25 novembre 2009, visite de Mme G au cabinet. Le médecin demande à la salariée de retracer l'histoire de la reprise : « *mardi très contente, mercredi-jeudi c'était l'horreur, vendredi matin c'était trop dur. Je suis en arrêt jusqu'au 11 décembre.* »

D : Comment vous vous traitez ? *ixprim*

S : j'étais convoquée par la sécurité sociale

D : il a validé l'arrêt le médecin de la sécu ?

S : oui, il m'a dit de ne pas faire de maladie professionnelle et que je risquai d'avoir une invalidité.

...

D : c'est mieux de rester en maladie. Et l'avenir vous le voyez comment ?

S : à la maison, arrêt au bout de 8 jours, c'est pas bon pour moi.

D : et le médecin qu'est-ce qu'il dit ?

S : de me reposer. 20 mois que je suis arrêtée...vous en pensez quoi ?

D : je suis bien embêté pour vous.

S : je vais faire quoi maintenant ?

Examen clinique

D : je suis assez pessimiste pour une reprise. Les aménagements n'ont pas été faits. Si au bout de 5h vous avez mal, quand vous travaillerez 9h ce sera l'horreur.

Silence.

D : je vais appeler le médecin de la sécu.

Il téléphone devant Mme G.

Il évoque l'inquiétude sur l'avenir. Il faut attendre l'aménagement de la caisse, refaire un essai, sinon ce sera « inaptitude ». C'est une « chance » qu'elle n'ait pas fait le dossier de maladie Professionnelle (car compte tenu des règlements avec la sécurité sociale elle pourra bénéficier d'une invalidité qui est plus « payante » que l'IPP en maladie professionnelle).

Décision : *arrêt jusqu'au 15 janvier. Visite de reprise le 13 janvier.*

Puis, le 25 novembre, le même jour à la suite de la visite, le médecin du travail va seul dans l'entreprise pour voir le positionnement de l'employeur par rapport à la reprise de Mme G. L'employeur dit avoir les aménagements déjà programmés et budgétés. Il est d'accord pour une deuxième tentative de reprise.

Visite de pré-reprise 13 janvier 2010. Mme G présente une nette amélioration de son état clinique, les aménagements du poste sont faits. Le médecin signe pour une reprise en mi-temps thérapeutique à 13h /sem.

Reprise Elle refait un essai en entreprise avec le poste aménagé, à nouveau arrêt. Personne ne veut aller sur le poste, il y a un problème de conception.

Bilan en Février 2010 : Les aménagements n'ont pas tenu compte du cahier des charges de l'ergonome. Le médecin du travail contacte l'ergonome afin qu'elle fasse modifier les défauts. Des modifications sont réalisées par le constructeur.

L'analyse de ce cas de Mme G

A partir de ce cas, il est possible d'apporter des éléments de réponse à la question : Quels sont les ingrédients à une prévention durable des TMS ?

- le contexte de l'intervention est positif sur plusieurs points : l'entreprise est mobilisée, elle a déjà une autre situation de maintien dans l'emploi, expérience réussie et elle est prête à donner des moyens pour le cas de Mme G. La salariée est motivée pour reprendre son travail. Cependant la durée de l'arrêt est très longue. Le dispositif CDME permet de prendre en charge les aménagements et la prime de reconnaissance de lourdeur du handicap est un atout

pour l'entreprise (qui pourra compenser le temps non travaillé de Mme G par un remplacement de CDD).

- Dans ce contexte positif, le médecin du travail cherche des compromis possibles : il ne conseille pas à la salariée de faire une déclaration de maladie professionnelle, il préfère attendre et si la reprise est impossible, cela laisse la possibilité de faire une demande d'invalidité (catégorie 2) pour assurer un minimum de salaires à la personne. Il fait reprendre la salariée avant que les aménagements soient réalisés compte tenu de l'amélioration clinique et du travail à temps partiel

- Cette situation correspond à un travail collectif du médecin du travail avec l'ergonome. Ils semblent partager la même approche des liens santé-travail. Ils s'apprécient et continuent à travailler ensemble.

- De plus, il y a un travail en réseau lorsque le médecin s'entretient avec le médecin conseil sur les conditions de la reprise *« il faut négocier avec le médecin de la sécu en lui expliquant pourquoi le salarié ne peut pas reprendre dans huit jours. Les aménagements ça peut être deux mois et la prolongation de l'arrêt, il faut l'accord sur l'arrêt de travail. On peut négocier avec le médecin traitant et le médecin de la sécu la durée de l'arrêt et les conditions de reprise »*.

Cependant un acteur met en difficulté la réalisation du projet. Il s'agit du concepteur, qui non seulement tarde à réaliser les aménagements mais ne suit pas le cahier des charges. Le concepteur est choisi par l'entreprise, ni l'ergonome, ni le médecin du travail n'ont le choix du concepteur. L'ergonome a eu plusieurs réunions et contacts avec le concepteur, mais cela n'a pas été suffisant

La salariée ne reprend pas, le poste ne lui permet pas de compenser sa déficience. On observe un travail collectif de collaboration entre le médecin du travail et la salariée. Elle voulait reprendre son travail et le médecin a accepté une reprise avant aménagement du poste avec un temps partiel (10h/sem).

Le cas de maintien dans l'emploi de Mme P.

Le deuxième cas qui servira d'illustration porte sur l'observation d'une situation d'accompagnement d'une reprise de travail d'une salariée atteinte de TMS dans une grande entreprise. Le médecin observé est une femme, âgée d'une cinquantaine d'années. Elle travaille à mi-temps pour un service interentreprise uniquement dans cette entreprise. Dans celle-ci, il y a un ergonome interne. Le médecin coopère avec cet ergonome. Ils arrivent à élaborer ensemble du travail collectif (par exemple, élaboration d'une fiche de signalement des personnes ayant des douleurs et des aménagements à réaliser). L'ergonome participe au groupe d'amélioration continue dans l'entreprise et peut développer des actions en amont. Quand le médecin détecte un problème médical, il l'interpelle et ils interviennent ensemble sur le problème.

Médecin du travail : *« On a fait l'inventaire des gestes qu'elle pouvait tenir. C'est ce que je fais moi par rapport au plan purement médical et en parallèle, l'ergonome travaillait sur les différents postes, et on a essayé de voir s'il y avait des concordances entre les postes qui se présentaient et les capacités physiques de la personne »*.

Il y a aussi un collectif de travail entre le médecin et l'ergonome. Ils ont la même approche du travail et situent la prévention dans le fonctionnement de l'entreprise et l'organisation du travail.

Ensemble, ils ont initié une nouvelle pratique pour le maintien dans l'emploi des salariés : l'animation d'une cellule d'accompagnement en entreprise, comprenant le chef d'équipe, l'infirmière, le salarié, l'ergonome et le médecin du travail.

Nous avons observé plusieurs réunions de cette cellule d'accompagnement. Nous reprendrons les échanges entre les différents acteurs dans l'une d'entre elles afin d'en dégager des analyses sur le travail collectif pluridisciplinaire. Cet extrait a fait ensuite l'objet d'entretiens d'auto-confrontation simple et de discussion au sein d'un groupe de médecins volontaires.

Le contexte de cette situation de maintien est le suivant. La salariée reconnue avec un statut de travailleur handicapé avait été mis par le chef d'équipe dans un poste sans valeur ajoutée pour l'occuper. L'enjeu pour le médecin du travail et l'ergonome était d'accompagner le chef d'équipe à concevoir autrement l'emploi de la salariée comme création de valeur dans la production afin que la salariée fasse comme tous les autres salariés de la polyvalence. Il s'agissait de ne pas stigmatiser cette salariée.

Voici l'extrait de la réunion de la cellule d'accompagnement de Mme P.

1^{ère} partie

Médecin du travail (MDT) : On avait bien convenu de faire un bilan suite à vos différents essais. On voulait savoir comment ça s'était passé depuis le dernier entretien qu'on a eu. Il y a eu 4 semaines de congés, donc déjà c'est pas mal, ça permet de se reposer (rire)...de bien en profiter. Donc avant les congés, comment ça s'est passé ? Qu'est-ce que vous avez fait comme nouveau poste par rapport à la fois précédente ? Vous pouvez faire l'inventaire de tous les postes que vous avez occupés ?

Salarié (S) : j'ai fait un essai sur un poste la dernière semaine.

MDT : vous vous souvenez comment il s'appelle ?

Ergonome (E) : montrez moi où il se situe (sur le plan).

MDT : la 03, 25-25-25 c'est ça. Donc là vous avez essayé ?

S : j'en ai essayé un, c'était très bien. Et puis il n'y avait pas de bavure avec les clés, c'était clean. Et puis il y avait une autre tâche que j'ai essayée.

MDT : C'est quel numéro, celle-là ?

S : c'est la soudure fermée.

E : GRB ou GTG

S : donc on en a profité pour me faire essayer.

MDT : et ça s'est bien passé là-aussi ?

S : oui très bien.

MDT : vous avez fait d'autres postes ? le VTH ?

S : oui

E : et là c'était un 100%.

S : pour moi c'est un 100%

MDT : vous étiez à 80 sur ce poste là. Et ça se passe plutôt bien ?

S : oui, j'ai trouvé le rythme.

MDT : d'accord et vous y allez régulièrement sur ce poste là.

S : avant les congés, j'y suis allée régulièrement.

MDT : et ça sort tous les combien de minutes ?

E : un quart d'heure et il y a certaines pièces, c'est toutes les 10 minutes.

MDT : donc là...

Chef d'Equipe (CE) : le régleur ne peut pas être toujours là. Et ça peut être en panne ! (rire).

E : c'est relativement rapide quand même.
Silence.
MDT : au travail E (ergonome) ! (rire)

2^{ème} partie

MDT : donc on avait mis la 03, 07, 012. On rajoute la 42. On rajoute le numéro...

CE : on dirait un loto.

(rire)

MDT : le numéro complémentaire de GPS et celui là est à 75%. La soudure GRB GCD, les pompes, le petit atelier aménagé.

E : Là ça va pas se faire en 5 minutes.

(rire)

MDT : non mais il faut avancer.

Infirmière (IDE) : et puis 35, 22, 25.

MDT : la 25,26 vous dites.

IDE : la 35, 32 j'avais noté.

CE : la 35 oui.

IDE : la 32 elle est à 50%

CE : ça dépend de ce que vous voulez. Aujourd'hui, il y a EDF. Il y a deux cycles de 32. On peut...

S : ça peut être un 25 et ...

CE : après c'est de l'associer.

IDE : je pensais comme le 32 il est à 50, il pourrait s'associer avec le ... qui est à 25.

CE : ah oui pour arriver à 75%

MDT : oui après...

E : après c'est sa mayonnaise.

MDT : oui, oui.

IDE : et puis après il y a les tampons, 48, 49, 50.

CE : non là c'était un point d'interrogation. Là j'ai dit on va essayer même s'il y en a que deux.

MDT : il y a des pannes en ce moment sur les machines.

CE : non c'est la reprise, le temps que... la semaine dernière, on est tous d'accord la semaine 31 la salariée était arrêtée, la semaine 32 il n'y avait pas grand-chose, 33 idem, 34 ça a commencé à redémarrer mais tout n'a pas démarré, 35 ça commence à devenir intéressant.

MDT : à partir du moment où... la semaine prochaine.

CE : oui intéressant parce qu'il y a de l'activité. A partir de la semaine 36 je devrai pouvoir...

MDT : avec tous ces postes identifiés, est-ce qu'il y en aurait que vous n'avez pas encore essayé ?

S : j'avais juste quelque chose à soumettre, il pourrait y avoir les pompes, si ça pouvait se présenter.

CE : oui mais les pompes la grosse difficulté aujourd'hui et tu me diras si c'est juste. Les pompes c'est 20/33 et ça ne tourne pas tout le temps. On peut faire 33 mais après il faut que je l'affecte à un autre poste.

S : et ça fait combien de pourcent ?

CE : 65% c'est pour ça.

S : parce que le poste X il est déjà à 65% et les pompes c'est 33. Bon c'est un pas à franchir. Bon c'est à toi de nous dire ce que tu peux réellement faire sans ... tu sais très bien que tu as la possibilité de dire stop. Mais après c'est à toi, nous on tuile.

Rire

E : les pompes, il n'y a pas de soucis sans aménagement, par contre ici...

CE : il faut aménager là.

S : là il y a le problème de poids.

E : oui de la manutention. Là la manutention est réglée par le régleur.

CE : après ça dépend de la disponibilité.

S : j'ai travaillé une ou deux fois, c'est vrai que le régleur il a été conciliant mais je peux pas toujours...

CE : oui et puis il a les mains dans la graisse.

E : la difficulté, c'est que les postes ne sont pas aménagés, là il n'y a pas d'encours. Il y aurait un encours, là il n'y aurait pas de soucis.

MDT : on peut y arriver oui ?

CE : pourquoi pas ?

Analyse du cas de Mme P

Le médecin du travail connaît bien l'entreprise et les postes. On observe beaucoup d'interactions du médecin avec les autres dans le langage de l'entreprise, en tenant la logique de production temps machine pour trouver avec les acteurs de nouveaux postes pour la polyvalence de la salariée. Le travail collectif avec l'ergonome prend la forme d'une coordination dans la prévention : après discussion sur les possibilités de travail de la salariée sur différents postes, le médecin et l'ergonome se mettent d'accord sur les postes à améliorer. A plusieurs reprises, on remarque des rires, indiquant que l'ambiance est détendue pendant les échanges.

Le salarié semble se positionner comme sujet agissant dans la situation car à plusieurs reprises elle est aussi force de proposition sur des postes qu'elle pourrait occuper dans son temps de travail.

Le chef d'équipe semble manifester des signes positifs pour tenter des essais de la salariée sur des nouveaux postes.

Discussion avec le collectif sur l'évaluation de l'efficacité de l'action de prévention des TMS sur le cas de Mme G :

Le cas de Mme G a été présenté au collectif de médecins volontaires à partir des traces des échanges du médecin avec la salariée (verbatim retranscrits) lors de la consultation et des échanges du médecin avec les acteurs dans les réunions collectives dans l'entreprise pour le maintien dans l'emploi de la salariée.

Lors de l'échange dans le collectif de médecins volontaires, à propos de ce cas, une controverse professionnelle sur l'évaluation de l'efficacité de leur travail de prévention des TMS a émergé. A l'évocation de ce cas, le médecin concerné dit à ses collègues que cette situation est synonyme d'échec (« *on ne fait rien sur les TMS* ») du fait du non aboutissement du projet de maintien dans l'emploi pour de multiples raisons. Il a le sentiment d'avoir passé beaucoup de temps sur cette situation (plusieurs visites de pré-reprise, des réunions avec plusieurs partenaires et avec l'entreprise pour trouver des ajustements) sans avoir obtenu de réel succès pour le retour à l'emploi.

Les discussions collectives autour de l'évaluation de l'efficacité des actions de prévention mises en œuvre par le médecin ont été vives. Pour les uns, l'efficacité se mesure à la capacité du médecin du travail d'avoir trouvé une solution pour le salarié souffrant de TMS, pour d'autres à la démarche mise en œuvre d'accompagnement de l'entreprise à s'inscrire davantage dans la prévention des risques TMS. Pour ces médecins, ce qui compte c'est passer de l'alerte à la prévention primaire et que les aménagements de poste soient profitables pour tout le monde. La non reprise du poste (plus ou moins aménagé) par le salarié n'est pas synonyme d'échec. Il indique un accompagnement du salarié vers ce cheminement personnel d'un non retour à l'emploi et une dynamique positive du côté de l'entreprise, changement de représentations des acteurs sur le maintien dans l'emploi

Pour ceux qui pensent que les difficultés de maintien en emploi (non reprise du travail par le salarié, rechute dans la maladie, arrêt de travail, etc.) est à considérer comme une situation d'échec de l'efficacité des actions du médecin du travail, le sentiment d'échec personnel est évoqué ainsi que la perte de confiance avec l'entreprise.

Les médecins s'interrogent sur le choix des intervenants qu'ils ne font pas, l'ergonome étant imposé par l'AGEFIPH, la chargée de mission par la CDME. Dans une autre entreprise, un médecin du travail évoque un ergonome qui a fait exactement le contraire de ce qu'il souhaitait pour l'entreprise. Les médecins ont échangé entre eux sur les mauvaises conditions réunies pour que « *la mayonnaise ne prenne pas* ».

Cette discussion collective sur l'efficacité des actions de prévention du médecin du travail conduit à resituer la part personnel, la part du salarié et la responsabilité de l'entreprise dans la réussite des projets de maintien dans l'emploi et les conditions à réunir : une bonne adhésion de l'employeur à la démarche, une prise en compte de l'histoire de l'entreprise et des interventions passées du médecin dans l'entreprise, une création d'un climat de confiance entre le médecin, le salarié et l'employeur, une bonne concertation et coordination entre les acteurs intervenants sur la situation à transformer, un évitement des conflits de temporalité (par exemple le salarié est prêt à reprendre ou le médecin conseil stoppe les Indemnités Journalières mais les aménagements tardent à venir), et la nécessité d'un travail collectif dans la conduite de projet.

Discussion avec le collectif sur la prise en compte de l'organisation dans la prévention des TMS sur le cas de Mme P

Concernant la première partie de la réunion de la cellule de maintien, les médecins du travail ont discutés de l'importante d'adopter le langage de l'entreprise pour pouvoir échanger avec les acteurs de l'entreprise

D. M. : 100 % c'est pour dire 100 % sur le poste de travail ou ?

D. AM (le médecin observé) : le 100 % c'est-à-dire que tous les postes sont cotés en pourcentages, c'est-à-dire qu'il y a plusieurs postes dans l'entreprise et en fonction de la charge, il y a des postes à 20 %, 21 %, 30 % et là, c'est un poste qui... en fait, le 100 % de ce poste, c'est 75 %, c'est-à-dire qu'il ne peut pas aller au-delà de 75 %.

D. M. : chaque entreprise a ses codes, ses postes...

D.E. : à partir du moment où on est en discussion avec des gens dans l'entreprise, il faut qu'on sache où se trouve, qui fait quoi.

D.S. : sinon, ils ont l'impression que l'on ne s'intéresse pas à leur travail.

D.SO : c'est les spécificités de notre métier de savoir qui fait quoi, oui et avec quoi.

D.S : pour faire des propositions, on est bien obligé de dire, il va sur la 1, la 2, la 3, la 7, la 12, ce n'est pas la même chose.

D.B: et pour être crédible, il faut bien connaître.

D.M : mais nous on sait les numéros, quand elle nous dit je suis à la sept, c'est-à-dire pile poil au milieu tranquille, pénard ou alors à la treize sous le regard du chef, la treize ce n'est pas la même chose, ça stress un peu.

D.A. : c'est connaître les lieux du travail, c'est connaître le poste, parce que le poste ce n'est pas seulement la machine c'est tout l'environnement autour.

La suite de la discussion porte sur la manière d'apprendre ce langage de l'entreprise.

D.A. : oui c'est ça, d'y aller régulièrement. L'entreprise je peux y aller aussi souvent que je veux et c'est vrai que si je reste quinze jours sans y aller, il y a des choses qui ont changé. ça bouge tout le temps, il y a des choses qui se déplacent, des gens qui se déplacent, des productions qui changent, donc on est obligé de se mettre au courant et puis de savoir comment elle vit l'entreprise. C'est quelque chose de vivant l'entreprise.

D.B : puis à chaque visite médicale on prend des notes aussi de ce que nous disent les gens, parce que moi je sais que chez carrefour, moi je ne connais pas la grande distribution, donc à chaque fois, j'ai

pris, je prends des notes sur les caissières, si elles sont satisfaites, si elles ne sont pas satisfaites. Qu'est-ce qu'elles font ? Les CHSCT il faut aller aussi. C'est vrai qu'il y a des tas de choses comme ça qu'on apprend, déjà interroger les gens, déjà en visites médicales, on sait déjà pas mal de choses, mais...

Concernant la deuxième partie de la réunion de la cellule pluridisciplinaire, les échanges entre les médecins du travail ont amené le médecin observé à préciser sa relation avec le chef d'équipe et les buts qu'il poursuit dans cette relation par rapport à son action de prévention sur l'organisation du travail pour cette salariée.

D.S. : c'est très technique.

D. AM : ça ne fonctionne qu'avec les numéros des semaines.

D.S. : c'est impressionnant.

D.B. : et puis ce chef d'équipe, il est le spécialiste et puis je me demande vraiment si ce n'était pas pour noyer tout le monde. Semaine 31, 32, 33, 34, il nous a tout énoncé, bon.

D.A. : et c'est 32, 33, c'est quoi 33 ?

D.M. : 33 %.

D. AM : 33%, c'est des pourcentages. Ils parlent tout le temps en charge et en pourcentages de charge. ça c'est un poste à 20 % et tous les agents de production, ils savent la charge du poste, ils la connaissent. Ils disent ça c'est un poste à 60, là c'est un poste à 30.

D.B. : mais là cette fille elle ne faisait rien du tout. Il faut mieux avoir un poste à 65 % plutôt que rien du tout.

D. AM : on est bien d'accord. Tout le monde a à y gagner là c'est sûr. C'est bien le message qu'on a fait passer. Parce que justement il disait que ça coûtait de l'argent, dans une autre discussion il disait que ça allait lui coûter de l'argent quelqu'un qui théoriquement qui fait 100 % qui n'en fait que 75. Je lui dis, souvenez vous il y a quelques mois où elle faisait un travail qui ne servait à rien. ...parce qu'il peine à voir l'intérêt de la personne et de l'entreprise. lui, il ne voit que son... c'est-à-dire faire la liste de tous les postes qu'elle peut tenir et puis en partant de ce qu'elle peut faire, l'affecter. Et puis l'objectif c'était qu'elle en ait un maximum, parce que les jours où les machines ne marchent pas qu'on arrive à lui faire faire autre chose. / L'objectif c'est qu'elle en ait le plus possible, mais bien spécifiques pour elle, mais qu'elle soit dans une rotation normale comme les autres.

La discussion du groupe de médecins s'est ensuite orientée sur l'action du médecin sur l'organisation du travail. Il apparaît que le médecin n'intervient pas sur l'organisation mais sur les acteurs qui en ont la charge, ici le chef d'équipe

D.B. : c'est vrai que c'est le plus difficile l'organisation, là c'est sûr que...

D.S. : c'est le point noir.

D.A.M. : parce qu'en CHS, ils sont bien d'accord puis après ce n'est pas mis en place, ils disent « oui, oui on va faire des rotations pour limiter les tms » et puis après ce n'est pas mis en place. / C'est bien pour ça qu'on fait des réunions où tout le monde entend la même chose, le salarié, le chef d'équipe, l'ergonome/ donc on essaye de travailler pour qu'il change sa représentation du handicap et qu'il l'accepte, non pas comme un frein, mais comme quelque chose de bon pour lui. Et même il a compris que de zéro, où cette jeune femme ramenait zéro, et maintenant elle arrive à faire 75 % il y a une différence. Ça il le comprend, mais ça l'enquiquine d'avoir... c'est pour ça que l'organisation n'y est pas tout à fait, parce qu'il freine. La grosse tâche elle est là.

Ses collègues lui font remarquer qu'elle est dans un contexte particulier, où il y a la possibilité de travail collectif avec un ergonome. Ce qui n'est pas le cas dans le service inter-entreprise, où il n'y a pas d'ergonome.

D.A.M. : L'intervention d'un ergonome extérieur et d'un ergonome qui est dedans qui est dans l'entreprise, qui connaît la vie de l'entreprise, comment ça fonctionne, quelles sont les limites,

jusqu'où il peut aller, ça change complètement. Quelqu'un qui arrive de l'extérieur, il est obligé de se fixer un cadre et il sait très bien qu'il y a des endroits où il ne pourra pas aller parce que c'est trop difficile./ L'organisation on travaille tous les deux dessus, parce qu'on pense effectivement que les TMS c'est une maladie d'organisation. Bien tout ce qui est étude de postes, d'aménagements, petits aménagements ou grands aménagements de postes, modifications des postes, là, c'est lui qui va voir et puis qui fait les aménagements.

La répartition des tâches au sein de ce binôme est précise : le médecin et l'ergonome discute ensemble des postes possibles selon les capacités du salarié, l'ergonome s'occupe ensuite des améliorations. Le médecin partage avec cet ergonome la même formation et la même approche du travail et semble avoir élaboré un collectif de travail.

CONCLUSION

La comparaison de deux situations de maintien dans l'emploi avec deux médecins met en exergue deux formes de travail collectif :

- l'un entre des acteurs externes à l'entreprise, prenant la forme d'un travail collectif en réseau entre différents professionnels
- l'autre entre des acteurs internes à l'entreprise, prenant la forme d'un travail collectif horizontal.

La constitution des binômes (MDT et ergonomes, MDT et IDE) dans l'entreprise ou à l'extérieur semble essentiel. Mais il faut passer du temps ensemble pour pouvoir coopérer. Il apparaît que les coopérations entre les acteurs internes, en proximité, donne des marges de manœuvre à l'action du médecin dans le maintien dans l'emploi : construction d'outils communs, possibilités d'expérimenter les solutions, contrôle des décisions.

Le travail collectif en réseau se manifeste à travers la disponibilité des acteurs (par ex : pouvoir appeler le médecin conseil pendant la consultation).

L'existence de dispositifs locaux comme la CDME constitue une richesse pour pouvoir faire l'expérience de travail collectif pluridisciplinaire.

Le travail collectif horizontal repose sur la mobilisation des acteurs. Les chefs d'entreprise dans les deux situations sont positifs par rapport à la démarche de maintien dans l'emploi.

La collaboration des salariés semble essentielle pour favoriser le projet de maintien. Dans les deux cas, on observe une bonne coopération du salarié.

Le collectif de médecin du travail apparaît un lieu ressource pour réfléchir sur les pratiques de prévention des TMS. Il permet au médecin du travail d'être moins seul face aux décisions et à sur les questions d'évaluation de l'efficacité de son action et de son action sur l'organisation du travail.

Echanger sur les dilemmes de l'activité : une question de métier.

Nadine Poussin

Introduction

Qu'entend-t-on par dilemmes professionnels?

Un professionnel est face à un dilemme lorsque qu'il est confronté à des alternatives contradictoires entre lesquelles il ne peut pas trancher définitivement. Ainsi « les dilemmes reflètent les délibérations et choix professionnels concernant la mise en œuvre d'activités concrètes qui représentent des conflits conceptuels qui doivent être résolus dans des situations réelles et authentiques. Généralement, les dilemmes dénotent une position réflexive qui présente deux possibilités ou plus d'actions également justifiées. C'est cette tension entre les possibilités perçues comme étant d'égales valeurs qui demande une prise de décision face à l'action. Les dilemmes peuvent aussi être décrits en tant que débats intérieurs, caractérisés par l'hésitation et la perplexité concernant des actions pratiques et/ou des conceptions philosophiques » (Tillema 2005¹, p.114).

Bernard Prot (2011)² avance « l'idée qu'il serait possible d'identifier des dilemmes d'activité qui soient caractéristiques de l'exercice du métier dans un genre professionnel. Ces dilemmes peuvent exister sur de longues périodes tout en se renouvelant avec les transformations liées aux organisations du travail, à travers les variations apportées par les collectifs dans les manières de travailler et aussi à travers le style d'activité de chacun. » On peut alors avec cet auteur parler de dilemme générique : « C'est là un dilemme générique, en ce sens qu'il traverse l'histoire du genre professionnel et l'activité de chacun de ceux qui exercent ce métier. Ce dilemme n'est jamais réglé une fois pour toutes, il suscite même précisément des dialogues, parfois des conflits, dans les

¹ Tillema, H.H. (2005). Miroirs de l'autorégulation de l'apprentissage : les dilemmes des formateurs d'enseignants. *Revue des sciences de l'éducation*, 31 (1), 11-131.

² Prot, B. Les dilemmes Génériques dans la conception des référentiels d'activité professionnelle : une piste de travail. à paraître dans : Maillard, F. (2011). *Former, certifier, insérer*. Effets et paradoxes de l'injonction à la professionnalisation des diplômés. Rennes : PUR.

milieux de travail. Si l'on renonce à le discuter, alors c'est l'exercice même du métier qui se trouve en difficulté, et avec lui la qualité du service et la santé des professionnels. »

En ce sens, les dilemmes sont des problèmes à traiter plus qu'à résoudre, des problèmes qui n'ont pas de solution actuelle dans le réel de l'activité. C'est un stock des problèmes insolubles auquel chaque professionnel est confronté. Cela peut être l'occasion de débats entre pairs. La manière dont les professionnels s'en saisissent et les font vivre dans leur activité est révélatrice de la vitalité du genre professionnel, de la qualité des ressources disponibles pour chacun dans le collectif et dans la tâche. Ainsi, le ressassement de débats sur les conflits de valeur et sur l'impossibilité d'être efficace peut être interprété comme un empêchement de travailler avec, sur et au delà des dilemmes.

On peut se poser la question du lien entre dilemme et contradiction de la tâche. Il ne nous apparaît pas possible de rabattre l'existence du dilemme sur les contradictions de la tâche : Les conditions d'existence du dilemme sont dans le réel de l'activité et par conséquent aucune tâche ne peut résoudre un dilemme. C'est bien au collectif de professionnel par les discussions sur le métier de constituer des ressources génériques pour répondre au dilemme au sens de s'y confronter et de chercher à le résoudre. Les contradictions dans la tâche ne sont d'ailleurs pas forcément un problème pour les professionnels, elles peuvent même à certaines conditions être des ressources. Cela dit certains défauts de prescription peuvent être des empêchements de faire avec les dilemmes. Notamment si l'histoire de la prescription du métier est faite d'empilement de controverses entre les différents prescripteurs et du refus de ceux-ci de trancher. Or il nous semble que l'histoire de la médecine du travail peut être analysée ainsi (Buzzi et al. (2006)³ ; Davezies (2000)⁴)

L'identification avec les professionnels de leurs dilemmes et leur mise en débat entre eux nous apparaît alors comme un moyen de développer les dimensions instituées du métier, c'est-à-dire à la fois les dimensions impersonnelle (la prescription) et transpersonnelle (le genre professionnel). (Clot 2008)⁵.

Le travail d'analyse avec les médecins du travail lors de cette étude

Les matériaux à partir desquelles nous construisons les analyses suivantes sont issus du travail réalisé par deux groupes de médecins secondés par le psychologue du travail. La composition de ces groupes était la suivante :

- pour le premier groupe :

³ Buzzi S., Devinck J-C., Rosental, P-A. (2006). La santé au travail. 1880-2006. Paris : La découverte.

⁴ Davezies, P. (2000). Médecine et travail

⁵ Clot, Y. (2008). Travail et pouvoir d'agir. Paris : PUF

- 6 médecins de services interentreprises (SI)
- 1 médecin d'un service de prévention de la fonction publique territoriale (FPT)
- 1 médecin d'un service de prévention de la fonction publique hospitalière (FPH)
- pour le deuxième groupe :
 - 3 médecins de services interentreprises
 - 2 médecins d'un service de prévention de la fonction publique territoriale
 - 1 médecin d'un service de prévention de la fonction publique hospitalière
 - 1 médecin en service autonome (SA)

Nous avons travaillé avec eux sur la base de l'entretien d'instruction au sosie.

Rappel de la méthodologie :

La méthodologie en clinique de l'activité est historico - développementale. Elle reprend à Vygotsky l'idée que « L'homme est plein à chaque minute de possibilités non réalisées » et soutient que ces possibilités non réalisées sont toujours agissantes. Elles constituent le réel de l'activité auquel il n'est pas possible d'accéder directement. C'est pourquoi les méthodes mises en œuvre chercheront à organiser le redoublement de l'expérience vécue. Le cadre d'analyse posé avec les professionnels doit leur permettre de refaire leur expérience dans un autre contexte, avec d'autres destinataires, de transformer les expériences vécues en objet de nouvelles expériences afin de redonner une histoire aux activités arrêtées.

La méthode de l'entretien d'instruction au sosie consiste à ce que le médecin du travail, devant ses pairs, réponde à la consigne donnée par le sosie (psychologue du travail) : « Supposez que je sois demain votre sosie et que je me trouve en situation de vous remplacer dans votre travail, dites-moi ce qu'il faut que je fasse pour que personne ne s'aperçoive de la substitution ». Durant l'entretien, le sosie insiste sur les détails de l'activité quotidienne afin de questionner sur les manières de faire, de dire, de prendre les choses. Les pairs sont alors silencieux, ils prennent des notes qui permettront à la suite de l'entretien de reprendre et de commenter collectivement les instructions données au sosie. L'enregistrement audio de l'entretien permet ensuite au professionnel de décrypter l'instruction, de la retranscrire et d'en produire un commentaire. Ainsi, l'analyse de l'activité des professionnels procède par une multiplication de contextes portant sur la même situation de travail ce qui permet aux professionnels de faire plusieurs expériences : i) éprouver la fonction psychologique du collectif constitué par le groupe de pairs ; ii) se détacher de leur situation de travail pour que celle-ci devienne un objet et un moyen de penser; iii) réaliser individuellement et collectivement un cycle : ce que je fais, ce que je dis de ce que je fais, ce que je fais de ce que j'ai dit.

Une première phase s'est déroulée de février à juin 2009. Chaque séance de travail était scindée en deux temps :

- le premier temps était celui de l'instruction au sosie : un médecin jouait le rôle de l'instructeur et devait donner au sosie joué par le chercheur les consignes pour le remplacer lors d'une de ses activités futures. Cet entretien était enregistré. (1^{er} type de matériau)
- le deuxième temps était celui d'une discussion du groupe sur les instructions données par le médecin.

Une deuxième phase de travail a consisté pour chaque médecin à réécouter l'enregistrement de l'entretien d'instruction au sosie et de produire un commentaire écrit (2^{ème} type de matériau). Celui était envoyé au chercheur et aux membres du groupe.

Une troisième phase (entre décembre 2009 et octobre 2010) a consisté à poursuivre les échanges dans chaque groupe sur la base des commentaires produits. Ces échanges ont été enregistrés (3^{ème} type de matériau).

Les verbatim utilisés ici seront donc extraits soit de l'entretien d'instruction au sosie (M1), soit du commentaire rédigé par le médecin (M2), soit des échanges du groupe lors des séances suivantes et cela pour l'un ou l'autre des groupes (M3g1 et M3g2). Nous le préciserons pour chaque extrait.

Le travail d'analyse réalisé avec les médecins du travail nous a permis d'entrevoir des nœuds dans l'action, la cristallisation de débats autour de certains thèmes revenant de manière récurrente. A partir de cela, nous avons tenté d'y repérer des dilemmes. Nous en détaillerons ici trois.

1 – Un premier dilemme : Etre médecin (du travail)/ Etre médecin DU TRAVAIL

1-1 Description du dilemme

Les deux termes du dilemme sont :

- Le médecin du travail doit : «Balayer tous les problèmes possibles du point de vue de la santé en général » parce ce qu'il est « médecin avant d'être médecin du travail. »⁶
- Le médecin du travail doit : « S'occuper des expositions professionnelles » et doit « s'occuper du travail parce qu'aucun autre médecin ne peut le faire. »

Les médecins du travail sont confrontés à ce dilemme dans leurs manières de faire vis à vis du médecin généraliste (font-ils avec lui ? sans lui ? à sa place ?), dans leurs manières de faire l'examen médical (le faire de la tête au pied, le faire pour « faire médecin », le faire pour questionner différemment sur le travail...)

Il se retrouve aussi dans la manière de fixer la frontière entre le travail et le hors travail (qui différerait selon le genre du salarié) ou de questionner (par exemple questionner la consommation d'alcool uniquement quand le salarié occupe un poste à risque comme la conduite ou le faire de manière systématique.)

On peut identifier une question de métier derrière ce dilemme : quelle est la spécificité de l'action du médecin du travail ? Quelle est la spécificité de son action dans le champ de la médecine ?

⁶ Ce qui est entre guillemets dans ce texte est extrait des propos tenus par les médecins du travail lors des séances de travail avec eux.

Quelle est la spécificité de son action dans le champ de la prévention au travail ? Une des manières de prendre le dilemme est de tout faire. C'est une position héroïque.

Une manière de développer le dilemme est de chercher collectivement à mieux définir ce qui ressort de son activité et ce qui en sort.

1-2 Comment les médecins du travail s'y confrontent

Nous allons prendre des extraits des commentaires réalisés par deux médecins du travail sur leur entretien d'instruction au sosie (M2).

Le premier porte sur le moment où le médecin instruisait son sosie sur le fait qu'il fallait demander au salarié « comment ça va ? » tout en ne lui laissant pas le temps de répondre et tout en le faisant entrer dans le cabinet. Elle s'en explique ainsi :

Extrait 1 : M2, FPT g1

C'est moi qui suis maître de la consultation médicale. C'est mon domaine. C'est mon travail et c'est moi qui sais comment le faire. A chacun sa spécialité et son domaine. Je commence à leur poser les questions que j'ai choisies, moi. Ensuite, je leur donnerai la main sur leur travail à eux.

Je suis prête à écouter leurs plaintes, mais à petite doses. Ce qui m'intéresse davantage est de chercher avec eux d'où peut venir la plainte, comment elle s'est installée et comment l'agent peut lui même tenter de la maîtriser. Qu'elle soit physique ou morale. La plainte est un point d'appel qui cache quelque chose que nous devons essayer de découvrir ensemble. Mais c'est l'agent qui pourra seul décider ou non de la déplacer sur une action pour la faire disparaître. Je ne peux que le conseiller, je n'ai, moi, pas le pouvoir d'agir sur sa situation. S'il s'agit d'un problème moral, il est vrai que je n'ai aucune compétence et préfère l'adresser à un spécialiste.

(...)

Je parle de leur travail pour les inciter à renchérir, à me corriger, à me contredire si besoin. Ce sont eux les connaisseurs, même si j'ai quelques notions de ce qu'ils font par ce que j'ai pu voir lors de mes tiers temps, mais par contre je ne sais pas comment ils font. Ils sont les seuls à pouvoir me le verbaliser.

Etant médecin du travail, je leur parle de leur travail, car c'est aussi le mien. Pour bien faire la différence avec le médecin de soins qui est leur médecin traitant. Nous ne sommes pas concurrents mais complémentaires. D'ailleurs je les renvoie souvent à leur médecin si il me semble qu'ils ont une pathologie qui ne relève pas de mes compétences.

Mais il faut qu'ils sachent que en ce qui concerne leur travail, c'est moi seule qui décide. S'ils m'amènent des certificats médicaux d'exemption de certaines tâches, rédigés par leur médecin, je leur donne mes raisons ou mes contradictions pour en tenir compte. Lorsqu'il s'agit de problèmes lombaires, là je pense avoir autant sinon plus de compétence que le médecin traitant pour savoir si je dois ou non prononcer une adaptation du poste de travail. Je le fais toujours remarquer à l'agent. Je suis la seule à connaître son poste de travail, à l'avoir observé travailler et à connaître les risques et les pathologies liées à son travail. La preuve en est que je n'ai en 5 ans jamais vu un médecin traitant conseiller à un agent de faire une déclaration en MP d'une pathologie figurant dans les tableaux de MP.

Je peux donc le renseigner sur les TMS et nous pouvons réfléchir ensemble à comment les réduire. Je lui explique pourquoi je vais ou je ne vais pas suivre l'avis de son médecin traitant. Si il se plaint de lombalgies mais que mon examen clinique est normal, et que les examens complémentaires qu'il m'apporte le sont également, je ne vais proposer aucune exemption ou adaptation. Par contre cela nous permettra d'explorer plus loin le mal être et d'en déterminer les causes. Rien n'est plus éprouvant qu'une consultation d'un agent qui dès qu'on le touche, crie sa douleur. Dans ce cas, je ne veux pas céder d'un pouce et l'agent lui non plus ne veut pas entendre mes arguments.

Et là, deux situations: je suis en forme, et calmement essaye de le convaincre de faire quelques efforts que je lui conseille (muscler son dos par quelques exercices faciles que je lui montre, brochures à l'appui, trouver le temps de le faire, perdre du poids, réfléchir aux gestes qu'il fait chez lui, à son travail) et de le revoir dans 3 ou 6 mois. Si il y a un mieux et qu'il y a mis du sien, alors je vais l'aider à aller plus loin dans la prévention et voir avec lui comment faire sur son lieu de travail, avec son chef, ses collègues. S'il n'a pas fait d'effort, même situation que lorsque je suis de mauvaise humeur car débordée ou contrariée par toutes mes activités empêchées dans le service : c'est le conflit. Chacun se retranche dans le silence et la consultation se termine rapidement. Je ne fais qu'un examen clinique, note les résultats et conclue par une aptitude sans appel.

Mais en y repensant ensuite, cela me contrarie encore plus. J'ai mal fait mon travail. Je n'ai pas eu envie d'argumenter, je n'ai pas entendu l'appel au secours de l'agent, je n'ai pas eu envie de voir ce qu'il y avait derrière, le non dit. J'ai pénalisé l'agent. Je ne suis pas très fière

de moi. Parfois, au contraire, j'ai eu l'impression de ne pas me laisser manipuler et d'autant plus que l'agent est jeune et pusillanime.

Je reviens de formation sur les lombalgies et désormais le discours est en train de changer et me donne raison. La reprise précoce en cas de lombalgie aiguë est recommandée. L'information du salarié est essentielle. Un travail va avoir lieu sur le plan national auprès des médecins généralistes et des rhumatologues dans ce sens afin d'éviter la chronicité et l'exclusion qui en résulte dans le travail.

Le médecin du travail explique la manière dont elle délimite son territoire vis à vis des autres médecins. Certains ont des compétences qu'elle n'a pas (les « spécialistes du moral ») et d'autres (les médecins généralistes) peuvent s'occuper de pathologies qui ne sont pas du ressort de la médecine du travail. Mais concernant les pathologies liées au travail ces médecins n'ont pas les compétences qu'elle a.

Il est intéressant de relever l'apparente contradiction à propos des salariés entre : « Ce sont eux les connaisseurs, même si j'ai quelques notions de ce qu'ils font par ce que j'ai pu voir lors de mes tiers temps, mais par contre je ne sais pas comment ils font. » et « Je suis la seule à connaître son poste de travail, à l'avoir observé travailler et à connaître les risques et les pathologies liées à son travail. » Le médecin du travail en sait moins que le salarié mais en même temps il en sait plus que le médecin généraliste. Cela lui permet de justifier cette prise de position contre l'avis du médecin généraliste et du salarié : sur la base de cette connaissance du poste de travail le médecin du travail est conduit à avoir un autre jugement des éléments médicaux en sa possession. In fine c'est même le processus de guérison qui est pensé différemment (« la reprise précoce en cas de lombalgies aiguës »). Mais aller ainsi contre l'avis du médecin généraliste et contre celui du salarié, n'est pas sans risque et peut amener de l'insatisfaction (« j'ai mal fait mon travail »).

Le médecin du travail ne s'occupe là pas de la santé en général mais seulement de ce qui est en lien avec le travail. La visite médicale est un lieu d'investigation de ces rapports.

Le deuxième extrait est issu du commentaire de l'entretien d'instruction au sosie d'un autre médecin qui analyse le moment dans l'instruction où le sosie la questionnait sur la manière de questionner le salarié, le contenu, l'ordre des questions à poser.

Extrait 2 : M2, FPH g2

C'est une question que je me pose régulièrement de savoir jusqu'où je peux aller dans cet interrogatoire. Certains patients (qui ont en général des problèmes sur lesquels j'appuie un

peu où ça fait mal !) trouvent que je suis trop intrusive. La place particulière du médecin du travail qui voit des personnes qui sont obligées de venir nous voir et qui vont même peut être plus pouvoir travailler à leur poste à cause de notre déclaration d'inaptitude est difficile. La juste distance est difficile à trouver. En même temps je suis convaincue du bien fondé de mon interrogatoire qui balaie tous les problèmes possibles du point de vue de la santé en général. Et je me sens avant tout un médecin avant d'être un médecin du travail. On le voit d'ailleurs puisque la question du travail arrive après beaucoup d'autres éléments de santé. J'ai observé après cet exercice⁷ que dans mes consultations je ne déroulais pas toujours les questions dans cet ordre là et que très souvent je demande comment va le travail juste après la question du comment va général et avez-vous eu des problèmes depuis la dernière visite. Je n'ai pas encore bien déterminé ce qui me faisait choisir un ordre ou un autre. Je crois que lorsque leur situation au travail est déjà connue comme difficile je pars vite sur le travail. (...) En tout cas c'est un problème que j'ai de façon récurrente de me comporter comme médecin, et de m'intéresser à leurs problèmes personnels avant de m'occuper de leurs expositions professionnelles, etc. Je me dis toujours que je m'occupe trop de l'individu et pas assez du collectif. Parfois je commence à examiner la personne et je me rends compte que je n'ai pas posé la question du travail, donc je commence à en parler et parfois je parle de ça tout de suite au début de la consultation et l'essentiel de la consultation se déroule sur ce sujet. Après l'exercice du sosie, j'ai essayé de systématiser l'ordre en parlant du travail juste après la question des événements personnels et familiaux depuis l'an dernier, mais je ne tiens pas ce systématisme à chaque fois. Ce n'est pas très clair pourquoi. Je pense qu'il y a des situations où je me place plus comme médecin que comme médecin du travail et aussi suivant mon état d'écoute, ma disponibilité ce jour là c'est parfois plus facile de lancer la routine des questions sur le tabac, l'alcool, le sport, les médicaments que de me lancer sur leur métier. Peut être aussi suis-je plus impuissante face aux difficultés du travail. En effet pour les problèmes de tabac, d'alcool j'ai l'impression d'être compétente et de pouvoir les aider efficacement ; pour les sédentaires, j'essaie de les motiver pour faire du sport... s'ils prennent des somnifères, des anxiolytiques je leur explique pourquoi il faut diminuer ou arrêter etc. Pour le travail je ne peux souvent que leur apporter une écoute. En même temps actuellement j'ai développé des stratégies d'aide qui marchent bien pour les salariés en souffrance à cause d'organisations délétères et surtout de mauvais managers et peut être suis-je à une étape « intermédiaire » de mon métier. Au début de ma carrière, la question du travail venait toujours après le reste car je me sentais impuissante sur le sujet et au fur et à

⁷ L'exercice évoqué ici est celui de l'instruction au sosie.

mesure il reprend une place plus adaptée à mon rôle de médecin du travail. Peut être que suivant les gens et suivant ma forme je leur pose des questions sur comment se passe le travail au début de l'interrogatoire ou le plus tard possible.

Ce médecin du travail défend l'idée de devoir s'occuper de la santé en général. Elle est dans ce que ces confrères ont qualifié d'approche « santé publique ». Mais il faut noter les liens qu'elle fait entre cette position et son entrée dans le métier assortie des difficultés à agir sur le « sujet » travail. Avec l'expérience, le travail prend de plus en plus sa place « plus adaptée à son rôle ». Pour autant elle fait part d'une réelle difficulté à tenir cet ordre dans la durée. C'est un effort pour elle que de ne pas reléguer à un moment « le plus tard possible » la question du travail.

Dans les discussions dans le groupe de médecins du travail qui ont eu pour objet les commentaires de ce médecin du travail, aux remarques de ces collègues de s'occuper de ce qui n'est pas de son ressort, ce médecin du travail a argumenté par la nécessité de pallier au déficit d'efficacité des autres médecins. Les difficultés à agir des autres médecins (les généralistes qui n'ont pas le temps) ou les choix d'action des autres spécialistes (qui ne prennent pas en compte le patient dans sa globalité) amènent le médecin du travail à vouloir sortir de ses propres difficultés (agir sur les difficultés du travail) par la prise en charge des difficultés des autres médecins. La visite médicale du travail servant alors à faire l'anamnèse complète et l'examen médical complet que les généralistes ne peuvent plus faire et que les autres spécialistes ne font pas. Dit autrement, le médecin du travail est plutôt dominé dans le champs des médecins (spécialité choisie souvent par défaut, mal connue) parce qu'il est « du travail » mais est plutôt dominant dans le champs des préventeurs parce qu'il est médecin. Alors être encore plus médecin en s'occupant « de la santé en général » peut apparaître comme une alternative sérieuse pour agir efficacement.

Il apparaît dans les échanges entre eux que les plus anciens dans le métier revendiquent plutôt une approche centrée sur le travail tout en soutenant pouvoir aussi parfois être davantage médecin que médecin du travail. Et c'est probablement vrai à condition d'entendre que tout en centrant leur action sur la santé en lien avec le travail ils vont de temps en temps faire un examen hors médecine du travail (une palpation des seins chez une femme ou un toucher rectal chez un homme de plus de 50 ans pour la prévention des cancers). Ils le justifient par l'urgence, la situation d'absence de suivi du salarié... C'est une autre manière de dire qu'ils n'ont pas à s'occuper de la santé en général mais qu'ils sont aussi médecins et qu'au besoin ils le feront, ce « au besoin » étant à réévaluer à chaque consultation en fonction de l'état du salarié, de sa situation sociale, du moment de son histoire... Cette manière de faire s'appuie d'ailleurs probablement sur la réglementation qui leur permet de prescrire en cas d'urgence, cette réglementation est alors une ressource pour s'autoriser certains examens ou questionnements.

2- Un deuxième dilemme : Etre un expert/ Travailler en co-construction

2-1 Description du dilemme

Les deux termes du dilemme sont :

- Le médecin du travail est un expert détenteur d'un savoir objectivable
- Le médecin du travail a une connaissance toujours relative des situations qui se construit dans un échange avec d'autres (salariés, employeurs)

Cela renvoie à une position de savoir différente, plutôt individuel et avec un salarié en position d'objet de connaissance dans le premier cas et plutôt partagée et avec un salarié en position de sujet dans le deuxième cas.

Ce dilemme se retrouve dans les différentes manières d'observer le salarié au travail. Par exemple l'étude de poste peut se faire selon un protocole très réglé (protocole d'observation, mesures) mais aussi avec le souci d'« essayer d'avoir une impression, comme le faisaient les peintres en allant sur le motif » ou encore l'observation du salarié peut se faire de « l'extérieur » en lui demandant « faites comme si je n'étais pas là » ou de « l'intérieur » en faisant à sa place ou en lui demandant « montrez moi comment vous faites » accompagné d'explications. Le conseil au salarié peut se faire sur la base de l'expertise médicale (du bon geste/ du mauvais geste) ou le médecin du travail peut décider de ne rien dire tant qu'il n'y a pas de plainte.

2-2 Comment les médecins du travail s'y confrontent

On a déjà vu ce dilemme à l'œuvre dans l'extrait 1. Le médecin du travail y écrivait : « Ce sont eux les connaisseurs, même si j'ai quelques notions de ce qu'ils font par ce que j'ai pu voir lors de mes tiers temps, mais par contre je ne sais pas comment ils font. Ils sont les seuls à pouvoir me le verbaliser » et en même temps elle écrivait aussi plus loin « Mais il faut qu'ils sachent que en ce qui concerne leur travail, c'est moi seule qui décide. (...) Je suis la seule à connaître son poste de travail, à l'avoir observé travailler et à connaître les risques et les pathologies liées à son travail »

Nous allons à nouveau suivre ce médecin du travail en repartant d'un extrait de son instruction au sosie et du commentaire qu'elle en produit.

Extrait 3 : MI, FPT, g1

S : d'accord, alors juste là y a un truc moi qui me, je vais chercher finalement dans ce que je dis, je vais chercher les collègues et pourquoi je lui dis pas moi ce que j'en pense, moi en tant que médecin ?

I : parce que je, tu voudrais bien qu'il te dise lui-même, qu'il parle lui-même de son métier, de son travail, de ce qu'il ressent lui et pas lui souffler : et bien tiens vous faites ce geste là, tu te dis qu'en tant que préventeur, en tant qu'acteur de prévention tu ne vas pas lui inculquer ou lui donner des ordres à faire ou à pas faire ce qu'il faut faire, ce qu'il faut pas faire parce que toi t'es pas du métier donc tu connais pas

S : d'accord, mais

I : lui il est du métier

S : d'accord, mais de mon point de vue à moi de médecin est ce que il y a., il y a un bon mouvement, un bon geste à ce moment là ou ?

I : de ton point de vue il y a pas, il y a pas de bon geste, il y a pas de mauvais geste, t'essayes de voir quel est le geste qui pourrait lui faire mal et est ce que lui-même aurait déjà réfléchi à est ce qu'il y a d'autres gestes qui lui feraient moins mal

S : D'accord, mais il n'y a pas., parce que toute à l'heure tu me disais quand même que je savais que ce geste là il pouvait faire mal

I : oui

S : parce que moi en tant que médecin, moi je sais... je sais qu'il y a des gestes qui font mal mais du coup il y a des gestes qui font pas mal ou..?

I : il y a des gestes qui peuvent lui faire mal mais pour lesquels il aura pas forcément une tendinite ou un trouble musculo-squelettique tout le temps parce que c'est peut être une fois de temps en temps, c'est peut être pas durable sur le temps, tu lui demandes s'il a mal, si c'est combien de fois par jour, si c'est toute la journée, si c'est combien de fois par semaine pour avoir les critères

S : est ce qu'il y a un geste que moi en tant que médecin je connais et qui font jamais mal à personne

I : non parce que...non

S : donc en fait en tant que médecin je peux pas lui dire c'est ça qu'il faut...

I : non

Commentaire du médecin du travail :

Je ne veux pas être prescripteur en tant qu'expert externe, d'une façon de faire ou non. Je ne peux pas lui dire comment faire autrement. Je ne suis pas bûcheron élagueur. C'est à lui de trouver comment transformer ses gestes pour ne pas avoir mal. Je ne peux que lui dire que c'est un geste plus ou moins sollicitant pour une partie de son corps, selon ce que j'en vois. Mais s'il m'en fait une analyse plus fine, je serai d'autant plus précise sur la sollicitation de ses muscles. Car je ne vois pas tout. Je ne vois que ce qu'il veut bien me faire voir.

Cet extrait peut être rapproché de ces échanges tenus entre deux médecins : M (SA) et O (FPH) sont les deux médecins, N est l'intervenant chercheur.

Extrait 4 : M3, g2

O : ça rejoint quand même ce que vous avez dit « il n'y a pas de bonne position » je comprends ce que vous voulez dire (...) mais en même temps quand même il y a des règles d'ergonomie après on peut expliquer c'est ce qu'on disait tout à l'heure y'a des gens qui se plaignent de rien alors qu'ils sont mal installés et d'autres où y'a de TMS alors qu'ils font un travail très dur (les éboueurs) c'est marrant que vous présentiez les choses en disant y'a pas de bonne position

M : oui parce que pendant la consultation euh alors même pendant les visites d'embauche ou même chaque fois presque à chaque conversation quand j'évoque est ce que vous avez mal quelque part et est ce que vous faites du sport etc est ce que vous bougez et si les gens disent je fais un peu quelque chose je leur dis voilà l'essentiel c'est de bouger alors la réponse que je préviens c'est mais docteur je ne peux pas bouger je suis assise avec une souris un casque un clavier etc et je leur explique que mais si vous pouvez bouger et c'est à ce moment là que je leur dis il y a des mauvaises positions mais pas de bonnes, vous avez parfaitement l'autorisation de vous avachir sur votre siège pendant trois minutes pour changer de position de vous mettre les fesses sur le bords (...) et je leur dis vous pouvez faire tel ou tel mouvement et je leur montre l'important est de pouvoir bouger. La douleur vient de l'ankylose (...)

N : vous êtes d'accord sur l'idée qu'il n'y a pas de bonne position ?

O : Moi je dis pas comme ça. Je comprends ce qu'il veut dire

M : c'est pour provoquer

O : moi je le dis pas comme ça

N : vous le dites comment vous ?

O : moi par rapport aux personnes qui travaillent sur écran j'insiste beaucoup sur le fait de reposer son dos en arrière sur la chaise je vais avoir tendance à leur donner la base des règles d'ergonomie en consultation

Ce n'est pas réglé. La question est ouverte. Le médecin du travail est-il l'expert du bon geste en se servant de ses connaissances de la physiologie, de la biomécanique et des standards ergonomiques ? Est-il l'expert du mauvais geste, celui qui peut identifier ce qu'il faut éviter mais laisser au salarié trouver son geste propre ? Est ce le salarié qui est l'expert ? Le médecin ne peut alors que confronter ses dires avec les connaissances issues du tiers temps. Est-il un interlocuteur pour le salarié pour analyser ces gestes et l'aider à trouver le sien en le confrontant au savoir médical (sollicitations) toujours à relativiser (le médecin ayant une connaissance parcellaire de la situation de travail du salarié) ?

Si l'on s'arrête sur la manière de prendre le dilemme du médecin de l'extrait 3 on peut voir en quoi elle permet alors au médecin de développer son savoir : « s'il m'en fait une analyse plus fine, je serai d'autant plus précise sur la sollicitation de ses muscles ». Autrement dit là le dilemme se développe : il ne s'agit plus de trancher entre deux options inconciliables (le médecin est l'expert ou il ne l'est pas) mais en se donnant comme fonction de développer l'expertise du salarié (en tenant la position que le médecin n'est pas l'expert du geste professionnel) le médecin se donne la possibilité de développer son expertise (être plus précis quant aux sollicitations). C'est une possibilité apparue probablement parmi d'autres possibles de concilier les deux options en les développant.

3 – Un troisième dilemme : Porter ses actions sur les aptitudes du sujet au milieu / porter ses actions sur les aptitudes du milieu au sujet

3-1 Description du dilemme

Les deux termes du dilemme sont :

- le médecin du travail doit porter ses actions prioritairement sur les aptitudes du sujet au milieu
- le médecin du travail doit porter ses actions prioritairement sur les aptitudes du milieu au sujet

La mission du médecin du travail telle qu'elle est définie dans le code du travail est d'agir pour prévenir toute altération de la santé du travailleur du fait de son travail. Pour cela il joue un rôle de conseiller du salarié, de l'employeur et des instances représentatives du personnel. Et il décide de l'aptitude du salarié à son poste.

On peut relever dans cette tâche une tension entre décider et conseiller. D'un côté il décide de l'aptitude/inaptitude du salarié, de l'autre il conseille le salarié. D'un côté il a un rôle de décideur quant à la situation individuelle du salarié de l'autre un rôle de conseil sur les transformations à apporter au milieu de travail.

Ce dilemme se retrouve dans les manières de décider de l'aptitude, des restrictions ou de l'inaptitude et dans les actions engagées pour conseiller l'employeur. Le médecin du travail se trouvera par exemple dans des situations où il devra décider soit d'exclure un salarié du travail pour qu'il puisse récupérer de sa pathologie soit d'obtenir des modifications de son milieu de travail de tel sorte qu'il puisse être un appui pour récupérer de sa pathologie. Il devra décider jusqu'où porter ses conseils à l'employeur : de quoi peut-il se mêler ? Jusqu'à quelle type de transformation du milieu de travail ses conseils peuvent-ils aller ? Il pourra aussi plutôt tendre vers un renforcement des capacités personnelles du salarié à supporter sa situation (soutien psychologique, kiné...).

Par ailleurs, il faut préciser que la mission du médecin telle qu'elle est définie ne précise pas ce qu'il faut entendre par prévenir une altération de la santé du fait du travail. Elle ne dit rien des liens entre santé et travail et ne définit pas la santé. Elle laisse entier le débat sous jacent à ce troisième dilemme : le travail est-il bon ou mauvais pour la santé ?

3-2 Comment les médecins du travail s'y confrontent

L'extrait suivant se situe au début de l'entretien d'instruction au sosie. Le sosie (N) demande des précisions sur la situation dans laquelle il va remplacer le médecin (C).

Extrait 5 : M1, FPH, g1

N2 C'est demain ?

C2 Non car elle est en arrêt. Ce sera pour quand elle reprendra.

N3 C'est dans longtemps ? Tu ne sais pas ?

C3 Non, pas du tout....C'est quelque chose que j'ai vu récemment, je dois la revoir, et je dois prendre une décision, et je dois... mais je sais pas quand

Dans son commentaire, le médecin écrira être « étonnée du mot décision », elle écrit :

Car en fait ce n'est pas la décision à court terme lors de sa reprise ou non qui me préoccupe, c'est mon inquiétude par rapport à une rechute à plus ou moins long terme, si cet agent de service (ASH) reste à ce poste, ce qui se produira, compte tenu de l'absence de reclassement et de la volonté du salarié de poursuivre son activité professionnelle au sein de cet établissement. En fait j'aurais souhaité dire : « tu dois accompagner ce salarié sur le terrain, afin d'évaluer avec elle ce qu'il lui est possible de faire, ce qui l'handicape, ce qu'elle peut améliorer, ce qu'elle peut modifier, ce qu'il faut éventuellement demander pour elle... N'est-

ce pas ce mot qui a mis de la confusion dans mon esprit, à ne plus savoir si je la voyais avant ou après sa reprise... Confusion entretenue par un sentiment de culpabilité à laisser reprendre une ASH de plus, alors que je sais que son travail est délétère pour sa santé physique

Elle indique que ce souci réapparaît plus loin dans l'entretien.

Extrait 6

C46 Voilà, et puis mon souci à moi, le souci pour elle, est-ce qu'elle pourra continuer son activité et qu'est-ce qu'on va pouvoir demander et insister un peu plus, modifier par rapport à sa pathologie. Essayer de faire avancer, parce que... le problème, c'est qu'il n'y a pas de solution de reclassement. Voilà, donc, c'est tout de suite vu

N47 D'accord, donc là finalement ce que je cherche à faire, c'est quoi ? C'est identifier clairement pour elle quels sont les risques, c'est à dire par rapport aux fiches que tu m'as évoqué ou c'est quoi ? C'est de dire qu'elle peut plus travailler ? Qu'est ce que je cherche à faire avec mon observation ?

C47 Pour l'instant je ne sais pas encore. C'est pour ça que je disais que c'est intriqué, pour l'instant je sais pas encore, c'est pour ça que je disais que c'est un cas pour lequel je suis ennuyée. Est-ce qu'elle va pouvoir continuer ou pas ? Euh... si tu vas sur le terrain tout de suite à sa reprise, c'est déjà évaluer si elle va pouvoir continuer, et en plus, de toutes façons, il y a des choses à améliorer et essayer de trouver des pistes, à la fois avec elle et avec des collègues qui pourront discuter sur les améliorations ou insister pour trouver quelque chose pour améliorer

N48 Donc pour clarifier les choses, donc moi j'y vais avec l'idée qu'il n'y a pas de reclassification possible, c'est à dire qu'on ne peut pas la mettre sur un autre poste, par contre j'y vais pour pouvoir dire soit elle n'est plus capable de le faire, soit pour voir, si ce poste là peut être amélioré. C'est ça, ce qu'il faut que moi j'ai à l'esprit ?

C48 dans ce cas, oui, ce qui peut être amélioré, mais ce qu'elle, elle peut déjà améliorer facilement dans sa gestuelle, sachant que le mode d'action là dessus, c'est quand même précaire parce que c'est dans les gestes...et quand on est pressé... Mais déjà c'est vrai qu'elle je ne l'ai jamais vue pour lui donner des conseils par rapport à ses gestes. Or très souvent, il y a des gestes, elles peuvent quand même alléger un petit peu leur façon de faire. Donc avoir un peu l'œil extérieur. Peut être que je trouverai rien. Mais déjà par rapport aux gestes qu'elle peut faire, par exemple, verser la bouilloire « quand je verse le café, ça me fait mal » et bien voir comment elle fait et si on peut améliorer un tout petit peu... je rêve pas

Voici ce qu'écrit le médecin du travail concernant ces tours de parole :

En C47 : difficulté à répondre toujours pour les mêmes raisons. Est-ce que pour cette ASH je ne rêve pas d'une adaptation trouvée toute faite sur le terrain ? Une modification possible que trouverait la salariée, des possibilités d'amélioration repérées, suggérées par les autres salariées ou par l'intéressée...

Nulle part, je ne donne au sosie de consigne sur la façon de dialoguer, de questionner, face à une plainte (sur les effectifs par exemple) sur ce qu'elles font ? Quelles sont leurs possibilités de faire part de leurs difficultés, de soutien entre collègues... Nous sommes toutes envahies, elles (et même moi), par le fait qu'elles « n'ont pas le choix, qu'il faut bien faire le boulot, qu'on fait ce qu'on peut, voire, on ne fait plus comme souhaité ». Je ne donne aucune consigne au sosie pour aider cette ASH à se déplacer (comme marquer de l'étonnement face à une situation non optimale, plutôt que donner un conseil...) ni sur l'attitude à avoir lorsque la salarié se dit face à une injonction paradoxale, lorsqu'elle « ne font plus bien certaines tâches, donc au détriment des règles d'hygiène » (qu'est-ce que ça lui fait ?)

« Est-ce qu'elle va pouvoir continuer ou pas ? » Je suis étonnée que cette phrase revienne, en fait ce n'est pas une phrase du terrain ; c'est une inquiétude que j'ai en tête, connaissant la salariée, tempérament anxio-dépressif, avec épisodes de dépressions, qui a changé plusieurs fois de service (avec mon soutien au moins une fois). Pourquoi n'en ai-je pas fait part au sosie ? Peur de stigmatiser l'agent ? Peur de mon jugement ? Pourquoi ne pas avoir explicité mes soucis pour l'avenir professionnel de cette personne fragile ? Pourtant ce n'est pas étonnant que ce soit une personne plus « fragile » qui soit atteinte de maladie professionnelle (cf. personne « sentinelle »). Ce sont ces personnes qui nous alertent et font découvrir des tas de choses sur le métier.

L'embarras du médecin du travail est grand : elle est empêtrée dans son souci à la fois de préserver la santé de la salarié et de la laisser reprendre le travail. Aucune issue ne semble possible face à une telle difficulté, la solution lui échappe et elle ne peut être que « rêvée ». Pourtant après coup elle imagine en partie quelles autres consignes elle aurait pu donner (« quelles sont leurs possibilités de faire part » ... « marquer de l'étonnement »...). Mais dit-elle, elle aussi est « envahie » par le fait qu'elles « n'ont pas le choix, qu'il faut bien faire le boulot, qu'on fait ce qu'on peut, voire, on ne fait plus comme souhaité ». Cela ne vaut-il pas alors aussi pour le médecin du travail ?

Poursuivons avec ce médecin : l'extrait suivant reprend les tours de parole 84 à 95 de l'entretien d'instruction au sosie suivis des commentaires du médecin du travail.

Extrait 7

N84 Donc là, je questionne plus sur sa pathologie et est-ce qu'elle est...

C84 Parce que moi, enfin, ce que je crains, c'est qu'elle reprenne, et qu'elle ne soit pas entièrement guérie, parce que c'est ça, ça se chronicise et bon...

N85 Donc là je cherche à ce moment là, à voir s'il y a des signes qu'elle a déjà à nouveau mal

C85 Voilà et que, peut-être voir s'il y a des choses qu'elle peut faire avec sa petite atèle, au pire. C'est vrai que j'ai pas de règle, euh, c'est un peu au cas par cas... de son désir, de la façon dont elle veut absolument travailler ou pas, enfin...

N86 Là, mon souci, c'est bien comme tu me disais, soit de la sortir complètement du travail,

C86 Oui, mais c'est, en fait ça, c'est... de la sortir complètement du travail, vu la population de l'établissement, c'est pas possible, c'est à dire que toutes les ASH, elles aiment

énormément ce travail, elles sont très investies, et elles veulent surtout pas sortir du travail.

Je veux dire, c'est pas quelque chose... donc, si c'est la sortir, c'est temporaire, qu'elle reprend trop tôt. Mais, elles lâchent, je veux dire, elles sont tellement investies dedans et elles aiment tellement la relation au patient, des tas de choses, je veux dire, elles vont jusque... peut être pas elle, car elle s'écoute un petit peu plus, elle est peut-être plus dans la plainte

N87 La dame que je vais voir ?

C87 Oui, donc, elle, je pense qu'elle s'arrêtera. Mais les anciennes ASH, il n'est pas question qu'elles arrêtent. Donc, c'est pas les sortir du travail. Même elle. C'est pas quelque chose d'envisageable. On les achève, si on les sort du travail

N88 Et moi, en tant que médecin, est-ce que je peux aller contre ça, ou est-ce que je la suis dans...

C88 De mon point de vue, je pense que la santé du salarié, ce n'est pas que son problème de coude. C'est là haut, et que ça marche autant. Et donc, c'est vrai que....c'est pour ça que c'est embêtant et que c'est des compromis difficiles, quoi

N89 Donc ça veut dire que dans cette situation là, au moment où je vais aller l'observer, finalement

C89 (interrompt N) C'est pour la laisser au travail, en fait ; sauf si elle a repris trop tôt. Ça serait simple, elle reprend trop tôt, on attend un mois

N90 D'accord, soit... en l'arrêtant un peu à nouveau

C90 Si tu vas la revoir dans le service, c'est que tu as considéré qu'elle pouvait reprendre, on pouvait essayer qu'elle reprenne. Donc, c'est plutôt la maintenir à son poste

N91 C'est plutôt ce que tu me disais tout à l'heure, de voir s'il y a dans ces gestes des choses que je peux lui conseiller de faire différemment

C91 Et puis si tu as des idées sur des choses où il faut que je sois plus intransigeante par

rapport à l'organisation du travail, que je tape un peu plus sur la table, le poing sur la table, donc, je veux dire, ça, je verrai... euh

N92 Je vois pas ça à ce moment là

C92 Non, non, mais ça te donne des idées

N93 D'accord, mais ça, je ne le vois pas à ce moment là

C93 Tu peux le voir un petit peu, si

N94 Je le vois, mais je ne le règle pas à ce moment là

C94 Après, tu peux prendre rendez vous avec la surveillante qui pourra rien faire, et puis après, faire un courrier, ou tu en parleras en CHS. Cette étude, on verra, on la présentera en CHS.

N95 D'accord, mais là, ce n'est pas ce que je vais faire maintenant

C95 Maintenant, moi, le problème qu'il y a, c'est savoir comment maintenir ces gens au travail, cette ASH au travail, avec l'organisation du travail qui est de pire en pire, les effectifs de moins en moins. Euh, une bonne volonté de, une bonne volonté, je sais pas...un encadrement qui est conscient que, ben oui, que ça existe, qu'il y a ces TMS et qui sait pas quoi faire, et personne ne sait quoi faire

Les commentaires du médecin :

C84 : Je n'ai pas laissé le sosie terminer sa phrase, toujours hantée par la peur qu'elle ne guérisse pas si elle restait à ce poste (bien qu'elle dise vouloir rester auprès des patients, en chirurgie, mais elle sait qu'il n'y a pas d'autre poste).

C86 En fait mon souci c'est de la maintenir au travail, tout en préservant sa santé (ce qui n'est pas compatible physiquement, mais qui l'est psychologiquement), c'est pourquoi, la voir sur le terrain permet d'apprécier son investissement au travail, ça je n'en ai pas parlé au sosie, d'observer, d'apprécier ses relations avec ses collègues, avec les patients...

C88 Je fais part au sosie de ce que je pense par rapport à la santé, aux compromis à faire, mais ne l'incite pas à explorer tous ces aspects.

C89 : je ne sais vraiment pas pourquoi j'ai interrompu le sosie !!!

C91 De nouveau, je dérape sur ce qui me pose problème, qui me préoccupe : la stratégie pour faire changer l'organisation du travail, motiver les décisionnaires. C'est sans doute car s'est en partie sur le terrain, en même temps que l'étude de poste, que des éléments sont recueillis. (C'est pourquoi je prends des notes)

C95 « un encadrement qui ne sait pas quoi faire, personne ne sait quoi faire », c'est un peu vite dit. C'est moi qui suis dans la plainte ! Ce qui est plus sur c'est que le problème est insuffisamment pris en compte de façon pluridisciplinaire avec les intéressés. Il aurait pu être intéressant de dire au sosie d'essayer de refaire le point avec l'agent et son cadre, comme

cela m'est arrivé de le faire (si des modifications relevant du cadre ont été relevées sur le terrain)

Arrêtons-nous sur le tour de parole C91 pour remarquer que si ce n'est pas la seule fois où le médecin du travail emploie le « je » (de C84 à C88 et C95) la particularité est qu'elle passe dans la même phrase du « tu » au « je » : « Et puis si **tu** as des idées sur des choses où il faut que **je** sois plus intransigeante par rapport à l'organisation du travail, que **je** tape un peu plus sur la table, le poing sur la table, donc, **je** veux dire, ça, **je** verrai... euh ». Bien que le médecin dans son commentaire ne relève pas explicitement ce passage elle nous semble en dire quelque chose en écrivant « je dérape ». Effectivement, elle dérape dans l'exercice du sosie. Ici elle ne respecte pas la règle de donner les consignes sur ce qu'il faut faire pour la remplacer. Mais elle demande au sosie d'avoir les idées pour qu'elle puisse être « plus intransigeante » « taper sur la table ». Sa reprise du « je » semble indiquer qu'il ne s'agit là plus de faire mais d'être. Comme dans les tours de parole C84 à C88 où lorsqu'elle précise sa manière de concevoir les choses (« je crains, je pense, de mon point de vue ») elle utilise le « je ». Autrement dit même taper sur la table n'est probablement pas une manière de faire mais une manière d'être. Cela alors arrive en écho à « personne ne sait quoi faire » (C95) y compris le médecin. Ne sachant plus quoi faire le médecin du travail cherche à être autrement que ce qu'il est et la demande au sosie d'avoir les idées pour ce changement en montre toute la difficulté et les limites.

Le médecin est dans une situation où elle cherche à maintenir la salariée au travail tout en préservant la santé de celle-ci et sans voir alors comment changer l'organisation. Elle indique partager le fatalisme des salariés et sa difficulté à « motiver » les interlocuteurs de la direction. Mais motiver à quoi ? Rien n'apparaît dans ce que donne à voir le médecin du travail sur ce qu'il faudrait changer, ce qui fait peiner les salariés dans cette situation. Le médecin du travail ne va pas enquêter de ce côté là, seulement du côté de l'interpersonnel (soit avec les collègues de la salariée, soit avec la direction). Elle commente en disant « c'est un peu vite dit ».

Le dilemme est un obstacle infranchissable car il s'emmêle dans les limites de la possibilité de « décider » du médecin. Son rôle est de conseiller et la seule décision qui relève de lui est celle de l'aptitude. Or dans cette situation c'est bien tout le problème : le médecin se dit dans l'impossibilité de prendre la décision d'inaptitude car « on les achève si on les sort du travail ». Elle est alors amputée de cette possibilité de décision qui pourtant insiste et elle se dira d'ailleurs étonnée d'utiliser ce mot qui « n'a rien à faire là ». Mais on peut penser qu'il a justement à y faire en tant qu'il est l'activité empêchée qui sous tend son activité alors et qui l'empêche de savoir quoi conseiller. Alors elle se retrouve confronté à cette question : « Est-ce qu'elle va pouvoir continuer ou pas ? » question que le médecin commente en disant que ce n'est pas « une question de terrain ».

On peut l'entendre ainsi : ce n'est pas une question que devrait se poser le médecin du travail. Ce n'est pas son travail, lui doit « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Il ne peut pas en arriver là. Et pourtant ce médecin du travail en est là. Un autre médecin du travail écrira dans son commentaire : « nous mettons régulièrement des salariés aptes à des situations de travail que nous savons être tout à fait pathogènes (mouvements répétitifs, stress etc...) ».

D'autres ont écrit :

Extrait 8 : M2, SI, g1

L'inaptitude se rencontre également lors de reprise après arrêt pour maladie professionnelle TMS (...) l'inaptitude, signe malgré tout un échec de quelque chose : échec des mesures préventives ? Echec du médecin du travail ? Echec de l'employeur ? Ou du salarié ? Mais, comme certains l'ont dit, l'inaptitude peut aussi être une porte de sortie positive : une occasion de rebondir ailleurs mais cet ailleurs nous préoccupe toujours avec la peur que le salarié ne retrouve pas d'autre emploi (même si nous pouvons là aussi l'aider pour un reclassement hors entreprise). Poser ce constat d'inaptitude n'est donc pas léger tant sur le plan médical que social et s'alourdit encore quand des enjeux judiciaires sont présents. Malgré tout notre pouvoir apparent : décider si un salarié est apte, faire des préconisations, tous nos efforts d'information, de prévention, nos tentatives de redonner au salarié le pouvoir d'agir, j'ai le sentiment que la balle est « pour de vrai » très souvent dans le camp de l'employeur (mais c'est nous qui portons la responsabilité de ce constat en signant la fiche d'(in)aptitude).

Extrait 9 : M2, SI, g1

L'action en entreprise est sans doute l'aspect le plus difficile de l'activité du médecin du travail. La relative inefficacité de son action en matière de TMS tient peut être à ce qu'il n'a qu'un rôle de conseiller, que c'est au final l'employeur qui décide et que ce sont souvent des considérations d'ordre économique qui priment.

On voit ici les deux versants de l'action : décision/ conseil et comment le médecin du travail se porte aux limites de la décision, aux limites du conseil. Prendre une décision d'inaptitude est toujours compliqué et rarement satisfaisant. Mais donner des conseils sur le milieu de travail qui ne s'imposent pas à l'employeur ne l'est pas non plus. C'est le médecin qui signe l'avis d'aptitude à un milieu qu'il considère comme dangereux et qu'il conseille de modifier mais en sachant que ce n'est

pas lui qui décide s'il le sera ou non et qu'il sait bien qu'alors d'autres intérêts que ceux de la santé des salariés sont pris en compte.

Le dilemme alors est entre décider d'une inaptitude ou décider d'une aptitude en conseillant de modifier le milieu. L'inaptitude du salarié n'est pas satisfaisante car elle entraîne la perte d'emploi. L'aptitude suivie de conseil n'est pas satisfaisante non plus car le médecin engage sa responsabilité sur une décision qui repose sur la décision de l'employeur de modifier le milieu.

Les échanges entre médecins du travail s'ouvrent alors sur l'action sur le milieu de travail. Sur quoi doivent porter ces conseils ? Que regardent-ils ? De quoi peuvent-ils « se mêler » ?

L'extrait suivant est un échange entre S (SI), M (SA), O (FPH) et A (FPT) lors d'une séance de reprise de l'instruction au sosie de M (N est l'intervenant chercheur) :

Extrait 10 : M3, g2

S : là une situation où ce que tu viens repérer c'est les facteurs biomécaniques et en même temps on parle de coup de bourre et c'est clair qu'il y a d'autres questions comme ça qui font que la visite sur le poste a son intérêt mais est ce qu'elle peut être faite de la même façon ? (...) ça va gêner si on essaie de voir autre chose ?

M : (...) ce n'est pas un centre d'appel esclavagiste comme il en existe c'est parmi ceux les plus...en fonction de ce que je connais... sur le plan de la pression psychologique des attentes (...)

O : ils ont le droit d'aller faire pipi quoi

L : parce que tu dis ils sont cinquante il y a des cloisons

M : oui ils sont trois (...) ils ne sont pas dans des stalles

S : autrement dit il y a quand même la possibilité de poser des questions sur l'organisation

M : oui oh tout à fait tout à fait

N : ça veut dire que quand vous venez vous venez avec l'idée que ce n'est pas d'abord un problème lié à l'organisation et l'organisation qui va être en question ?

M : c'est pas l'organisation en elle même c'est la moins méchante je ne dis pas que c'est un travail facile mais si y'a des gens qui ne sont pas bien c'est plus à cause de leur histoire de leur vécu et de leur problème à un moment qu'à cause de ça parce que tout le monde n'est pas complètement malheureux voilà c'est ça y'a des centres d'appel où les jeunes sont tous en souffrance là y'a des cas mais rare

(...)

O : mais il y a le problème des souris pathogènes, donc c'est aussi des problèmes d'organisation moi j'entends dans ce que tu dis qu'on ne peut pas faire mieux au niveau organisation c'est les gens qui se désadaptent

M : c'est pas ce que j'ai voulu dire y'a une organisation qui est ce qu'elle est

O : qui n'est pas si mal

M : elle est pas voilà elle est pas dramatique pour quelqu'un qui n'a pas de difficultés particulières y'a un environnement avec des améliorations possibles sur le matériel, le bruit avec par exemple le changement des souris on essaie d'arrêter la multiplication des souris c'est relativement simple par contre si le concepteur dit il faut tant d'appel tant de secondes...le dimensionnement est fait au chronomètre là l'intervention faite à ce niveau là est très difficile pour le médecin du travail on a affaire à des gens de centrale ou de polytechnique ou d'HEC ou qui vous disent non mais attendez ce n'est pas parce qu'il y a deux gars qui se plaignent...

S : je ressens quelque chose de très commun : on a plus de mal à porter certaines questions c'est plus facile de s'occuper des souris pathogène que de l'organisation

O : on n'a pas forcément les compétences

M : et ce n'est pas notre domaine le dimensionnement

S : est ce qu'on ne se censure pas sur...

A : si c'est un peu notre domaine quand même

S : quand on est dans l'impossibilité d'agir on se censure c'est clair

Ils ne sont pas d'accord sur le fait que le dimensionnement de l'activité soit ou non de leur « domaine ». Est-ce que ça les regarde ? Est-ce que leurs conseils à l'entreprise doivent aller jusqu'à préconiser de modifier le dimensionnement s'ils considèrent qu'il y a des liens entre celui-ci et la santé des salariés ? Est-ce qu'ils ne font pas ces liens parce qu'ils n'ont pas le pouvoir de modifier ces aspects de l'organisation ? Est-ce qu'ils se « censurent », s'interdisent de faire avant qu'on leur interdise ? Est-ce que les limites de l'action du médecin du travail sont les limites de son savoir, de ses compétences, de son pouvoir ?

Le problème qui se pose au médecin du travail est de savoir jusqu'où ces conseils peuvent aller quant à son action sur le milieu de travail. N. Sandret écrivait il y a peu (Santé et Travail n°73, Janvier 2011) : « le médecin du travail n'est pas l'arbitre des choix entre santé et équilibre économique de l'entreprise ». Il est certain que son rôle tel qu'il est prescrit ne lui demande pas de faire ce type d'arbitrage. Pourtant il semble qu'il ait dans son activité quotidienne à prendre en compte et éventuellement à porter ses actions sur des questions qui ont à voir avec l'équilibre économique de l'entreprise, avec ses choix organisationnels et avec son efficacité. Et que cela n'est évidemment pas sans mettre les médecins du travail en difficulté.

Conclusion

Pour l'un des groupes de médecins du travail engagés avec nous dans les entretiens d'instruction au sosie, le travail d'analyse de leur activité s'est poursuivi sur la base de leur souhait de réfléchir à comment mener une négociation avec un employeur. L'accord s'est établi entre eux autour de l'idée que c'était le pan de leur activité qui leur posait le plus de problème.

Mais le travail d'analyse engagé ici nous révèle notamment que la négociation dans l'activité du médecin du travail est permanente : avec l'employeur certes mais aussi avec les salariés et aussi avec lui même.

La définition de négociier est «discuter (avec quelqu'un) pour arriver à un accord» ; «venir à bout d'un obstacle» et aussi « manœuvrer habilement de manière à bien prendre un tournant »

Alors il nous semble que l'on peut faire un lien entre leur préoccupation de mieux savoir négocier, et d'y travailler entre eux et les dilemmes que nous avons ici donné à voir.

Ces dilemmes en partie alimentés par des contradictions dans la tâche requièrent d'être négociés dans l'action au quotidien. Il nous semble que les ressources génériques du métier de médecin du travail ne sont pas toujours à la hauteur de la tâche. Ce qui nous amène à poser comme nécessaire la poursuite de dispositifs permettant aux médecins du travail de ne pas être seuls confrontés à ces dilemmes en leur permettant de davantage négocier aussi entre eux afin de développer ces ressources génériques.

Ces dispositifs pourraient alors permettre de reconsidérer la dimension impersonnelle du métier et ainsi voir en quoi des modifications de la tâche prescrite pourraient ou non faire des prescriptions des ressources pour se mesurer aux dilemmes.

Le collectif comme lieu de formalisation et de transmission de l'expérience : une ressource pour l'activité du médecin du travail

Sandrine Caroly, Céline Cholez, Aurélie Landry

Dans le cadre de notre projet, notre objectif n'était pas de venir en expert pour analyser le travail des médecins du travail. Notre positionnement se situe plutôt dans une approche développementale, où les médecins pouvaient enrichir leur pratique par des échanges entre pairs sur les traces de leur activité réelle. Ces échanges ont été l'objet de débat sur les difficultés liées aux tâches et les façons de les gérer par la mise en évidence de plusieurs stratégies possibles pour faire face à des situations, source de conflits de buts ou de conflits entre les buts et de moyens. L'activité du médecin du travail est effectivement sans en arrêt en tension entre plusieurs pôles : le salarié, l'entreprise, les partenaires, soi et ses valeurs, la système législatif de prévention.

Le médecin travaille plutôt seul et a rarement des occasions d'échange avec des pairs. Certains médecins du travail parfois ne se rencontrent jamais. Les services de santé essaient de mettre en place plus ou moins une dynamique collective en instituant des groupes de travail sur des thèmes tels que les RPS, la pluridisciplinarité, etc. Mais ces groupes ne sont pas véritablement le lieu d'échanges sur les pratiques réelles. L'EPP apparaît une forme proche des méthodologies d'échanges sur les pratiques, puisqu'elle s'organise de façon formalisée sur des cas ramenés par les médecins et faisant l'objet d'un compte-rendu. Ces groupes dans certaines conditions peuvent constituer un collectif de médecin du travail mais tous les médecins n'y participent pas. Globalement le collectif de médecin est relativement absent.

Notre méthodologie ayant pour objectif de développer des collectifs de travail se base sur des échanges entre pairs sur des traces réelles de l'activité de travail. Pour cela, l'observation d'un médecin dans son activité est suivie d'un entretien d'auto-confrontation simple qui prépare celui-ci à la confrontation aux collègues. L'extrait de l'observation est présenté au groupe en respectant le déroulement temporel et les tours de parole. La personne observée donne à ses collègues des informations sur le contexte et ceux-ci commentent son activité. En ramenant des traces des observations de l'activité réelle et en organisant l'échange entre les pairs (règles de fonctionnement)¹, le débat entre pairs s'oriente sur les manières de travailler, les façons de faire de la prévention.

Nous avons animé deux groupes de médecins du travail :

- l'un déjà constitué en collectif de travail. En effet, il s'est construit avant la recherche dans le cadre de la mise en place d'un innovant dispositif de retour au travail, empruntant aux expériences québécoises. Ce dispositif RTP « retour au travail progressif » a fonctionné durant un an. Le montage du dossier a été lourd et complexe, notamment la négociation avec

¹ Règles de fonctionnement favorisant la confiance et la liberté dans les échanges : restitution, compétences, confrontation positive, assiduité

plusieurs institutions pour la prise en charge financière du salarié reprenant son travail tout en étant en situation de congés maladie (Fassier, 2009). Ce collectif a été très engagé pour mettre en œuvre le projet. Au travers de cette expérience collective, les médecins ont construit au fur à mesure un collectif de travail.

« D. Ja: dans le cadre du dispositif RTP on avait déjà un peu ouvert notre cabinet à l'autre puisqu'il s'agissait de transmettre le cas d'un salarié qu'on avait, on avait déjà joué la transparence.

D. AM: pour moi c'était (notre intervention) dans la continuité en fait.
D. Ja: oui cela faisait 5 ans que l'on avait l'habitude de travailler ensemble et on savait que l'on n'avait pas ce jugement de valeur. »

A la fin de la recherche-action ce collectif de médecin ont fait un voyage d'études et d'échanges de pratiques, organisés par l'équipe de recherche au Québec en lien avec les travaux engagés dans ce collectif par l'équipe de recherche en France. Ils sont demandeurs de poursuivre les échanges collectifs entre pairs.

- l'autre est un groupe de travail, qui s'est formé pour la recherche. L'évolution vers un collectif de travail est moins évidente. Les médecins au cours des réunions ont manifesté une certaine prudence à se dévoiler, une difficulté à élaborer collectivement du sens sur l'activité. L'un des membres est parti pour des raisons de différences quant au positionnement par rapport à la réforme. Sans que cela ait à voir à la recherche, selon les dires des médecins, nous avons constaté ce fait et nous l'avons interprété comme une difficulté de constitution du collectif. Néanmoins à la fin de la recherche-intervention, ce groupe de médecins est demandeur de poursuivre sous-forme d'EPP.

Les deux groupes de médecins du travail ont souhaité restituer leurs débats aux collègues de leur service ainsi qu'à la direction. Ceci était l'occasion d'enrichir les controverses sur le métier.

Notre recherche vise à comprendre comment le collectif de travail peut être une ressource pour l'activité du médecin. Pour cela, nos méthodologies s'appuient sur deux objectifs :

- formaliser les pratiques issues de l'expérience
- constituer un point de vue collectif sur différentes facettes du métier.

Chaque groupe s'est réuni 7 fois, les thèmes traités lors des discussions collectives ont porté sur la consultation, la réunion de CHSCT, l'étude de poste, les réunions de maintien dans l'emploi, etc. Dans l'un des groupes nous avons réalisé trois entretiens d'autoconfrontation croisée (CHSCT, étude de poste, consultation), restitué au groupe de médecin.

Pour montrer que le collectif est une ressource nous nous intéresserons aux effets de l'intervention :

- sur la prise de conscience de ses compétences par le médecin
- sur les transformations de l'activité en prenant appui sur 3 situations d'observation du travail et les échanges dans le groupe : le cas du maintien dans l'emploi, le cas du CHSCT, le cas de la consultation
- sur la construction du collectif.

1. La formalisation de l'expérience, un moyen de réassurance

Les échanges entre les médecins selon leur âge et leur expérience et selon leur contexte de travail ont favorisé une prise de conscience des pratiques des uns et des autres, notamment sur le poids de la parole et des écrits du médecin dans la relation avec l'employeur, sur la façon

d'écouter le salarié et de communiquer avec lui, sur la manière d'utiliser le contexte législatif, etc.

Nous reprendrons ici ce que nous disent les médecins à la fin de la recherche-action sur l'évaluation des effets de ce travail collectif sur la formalisation de leur pratique de prévention des TMS :

- « Je me suis rendue compte que l'on faisait quand même pas mal de choses » (D. E)
- « un sentiment de réassurance en voyant que l'on est tous confrontés aux mêmes difficultés et que mes collègues n'ont eux aussi pas toujours les solutions. » (D. Ja)
- « C'est une réassurance de ce que l'on connaît » (D.Ma)
- « parce que l'on voit comment je travaille, cela m'a beaucoup apporté. » (D.Mi)
- « je me suis enrichie de l'expérience de mes collègues. La richesse... et une meilleure confiance en moi sur ma façon de pratiquer, je me suis comparée et je me suis dit que ce n'était pas si mal... » (D.Sa)
- « moi cela m'a fait du bien que des difficultés que je pouvais avoir dans ma pratique pouvaient être partagées et pas liées à ma personne. » (D. P.)
- « cela m'a permis une prise de conscience de ma manière de travailler. » (D.L.)
- « Me regarder dans l'activité : ça m'a apporté de la confiance./ Ça m'a rassuré par rapport à ce que je peux être. » (D. Mi2)
- « Ce groupe de travail a permis de nourrir cette réflexion sur mon travail et sur le plan personnel. » (D.So)
- « Cela a déclenché de l'auto-observation chez moi. On s'observe plus qu'avant « ah tiens je fais ça ! tiens, c'est marrant ». On est plus capable de se regarder, moins de se juger, on culpabilise moins. » (D. I)

2. La création de nouvelles ressources dans l'activité

Ces échanges collectifs ont été non seulement une occasion de formaliser l'expérience de chacun mais de prendre dans autrui d'autres moyens de faire. Le collectif apparaît comme une ressource pour le développement de l'activité individuelle. Par la connaissance des pratiques de l'autre, les médecins ont pu créer de nouvelles ressources et s'ouvrir à d'autres façons possibles d'agir dans leur situation de travail.

« Au niveau du collectif cela a été de se rendre compte que l'on a tous les mêmes problématiques de voir comment les gens réagissent, comment on peut prendre des autres des choses que l'on peut réutiliser dans nos pratiques et que l'on a aussi des choses à transmettre. » (D.Ma)

« on peut partager avec les jeunes, c'est important. C'est intéressant de voir comment on peut transmettre une pratique, une expérience, c'est très riche. » (D.Ma)

Nous prendrons appui ici sur trois situations observées et discutées entre les médecins pour rendre compte du développement de l'activité individuelle grâce à ces échanges collectifs sur la pratique réelle.

1/ L'impact des paroles

La situation est la suivante : le médecin JA fait un entretien de reprise avec une salariée arrêtée pour une pathologie de l'épaule ne lui permettant pas de reprendre sur son ancien poste de mise en rayon mais sur un poste aménagé de caissière. Les aménagements sont pris en charge par l'Agefiph, la salariée a un statut de travailleur handicapé.

Voici l'extrait de l'entretien de consultation qui a fait l'objet d'une discussion collective :

D : Quand on vous a parlé du statut de travailleur handicapé. C'était le choc.

S : oui

D : C'est handicapé qui fait peur ?

S : par rapport aux aménagements, il n'y aura pas une caissière handicapée ou quoi que ce soit.

D : Il n'y aura rien. Je ne sais pas si vous avez fait attention. J'ai parlé de situation de handicap. C'est important, on est dans un changement de modèle, ce n'est pas vous qui êtes handicapé. C'est la situation de travail qui vous handicape. Moi j'ai le vertige, c'est infernal. Je suis infoutu d'être grutier. Si on m'avait orienté vers un métier de grutier, je serai handicapé d'être grutier. Vous, c'est pareil, c'est pas stigmatisant. On est obligé de passer par cette là pour avoir des aménagements de poste.

S : d'accord.

L'échange entre les médecins sur cet extrait est le suivant :

D. MI: Ça fait peur bien sûr.

D. MA : Ils ont l'impression d'être stigmatisés, d'être handicapés à vie, qu'ils sont différents.

D. JA : Non, puis le mot handicapé fait peur. Ils ont l'image des handicapés, les handicapés c'est le fauteuil roulant, c'est ça. Donc c'est une stigmatisation du handicap, c'est d'abord ça et puis deuxièmement on voit les médecins traitants qui jouent parfois contre nous. / Le terme « handicap de situation », ça me paraît plus efficace. Je veux être simple. Moi étant donné que je suis asthmatique, j'ai le vertige, je suis daltonien, j'en ai pas mal (rire). Moi je suis daltonien, je n'ai jamais pu être pilote de TGV. C'est des handicaps lourds mais ça permet de clarifier et de dédramatiser une situation.

D. AM : Non, je ne parle pas de situations de handicap, je donne la définition.

D.MA : Il faut voir ça comme une formalité administrative, enfin une formalité administrative entre guillemets, on a besoin de ce papier pour pouvoir avoir de l'argent pour financer un aménagement de poste.

Cette discussion collective des médecins a conduit le médecin observé à préciser ses buts. Il utilise cette notion de handicap comme un moyen efficace pour changer la représentation du salarié sur le handicap. Elle a conduit ensuite le collectif de médecins à discuter sur l'effet de l'usage d'exemples personnels sur l'interaction avec le salarié.

A la fin de la recherche-intervention au moment de l'évaluation, deux médecins ont réévoqué cette séance de discussion collective :

D. AM : « Au niveau du choix des mots, par exemple je parle maintenant de « situation de handicap » je te l'ai pris... »

D. S « moi aussi je l'utilise maintenant. Dans le discours j'ai intégré mes événements personnels »

2/ La gestion des émotions, de la santé

L'extrait d'observation porte sur une réunion de CHSCT dans un hypermarché d'un médecin femme de plus de 55 ans (D. Jo). Lors de l'évocation des accidents du travail et de leurs causes en début de réunion par l'animateur sécurité, le médecin du travail ne donne pas son analyse sur les déterminants organisationnels qui ont pu conduire aux divers accidents, y compris pour les accidents lombalgiques. Le climat est tendu dans ce CHSCT, le médecin ne parle pas beaucoup. Il répond aux questions que les membres lui posent et tente à plusieurs reprises de ramener la question du travail dans la discussion sans être vraiment écouté. A la fin du CHSCT, un épisode conflictuel se produit entre le médecin et les membres du CHSCT à propos de l'inaptitude d'une personne, point qui ne faisait pas partie de l'ordre du jour. Le médecin du travail ne répond pas à la demande d'aide formulée par les membres du CHSCT par respect du secret médical, il ne peut tenir une parole sur le salarié dans cet espace public qui est celui du CHSCT.

Les échanges entre le médecin du travail et les membres du CHSCT ont été restitués dans leur intégralité au collectif de médecin en respectant les tours de parole et le déroulement temporel de la réunion. Par exemple,

Directeur : vous pouvez nous accompagner dans les propositions ?

D. Jo : je ne connais pas vos postes, ce n'est pas moi qui peut dire.

Directeur : je ne suis pas d'accord. On est dans une démarche volontariste de reclasser, mais il faut que les différents intervenants (même le MDT) trouvent une possibilité. Derrière il y a la commission paritaire qui se prononce sur le handicap et nous dira si on a cherché toutes les possibilités. Sur quel type de poste elle peut aller ? Quel aménagement ? Il faut nous donner les pistes, on n'est pas qualifié aujourd'hui pour ça.

D. Jo : on a eu une formation avec un juriste. Nous on donne des orientations, ça c'est ma responsabilité. C'est à l'employeur de dire si il y a d'autres postes sans exposition ou si le poste est aménageable. C'est pas à moi de dire sur tel poste.

Les échanges entre les médecins sur les paroles du médecin observé dans cette situation avec les membres du CHSCT conduit le médecin observé à discuter de ce que peut donner comme information sur la salarié dans cet espace public et la manière dont le médecin conçoit les espaces de discussion avec l'employeur au sujet des cas d'inaptitude. Dans cette situation, les membres du CHSCT ne perçoivent pas le rôle du médecin et interprètent son refus de donner son avis comme une attitude de non-coopération du médecin. Cette situation est source d'une grande tension pour le médecin.

Prenons d'abord un extrait de quelques échanges de ce médecin observé avec une collègue aussi expérimentée que lui dans le cadre d'un entretien d'autoconfrontation croisée à propos de cette situation :

D. Jo : « on voulait me faire venir sur un terrain qui n'était pas le lieu de le faire. Par rapport à cette jeune fille, j'aurais pu en parler avec eux, soit en présence de la jeune fille et de la direction. J'allais dire à huit clos, pas publiquement. Du point de vue de la posture du médecin ce n'est pas un lieu où on discute du reclassement des personnes. Déontologiquement, je me suis positionnée comme ça. »

D. Mi2 : « ça m'est arrivé aussi plusieurs fois de me situer en disant à un moment donné, vous me demandez quelque chose et là je dis non. Et c'est toujours hyper mal vécu par l'employeur. Du coup je me pose la question de la place en tant que médecin du travail. Si on veut pouvoir nous voir derrière (*au sens de créer une relation avec l'employeur*), est-ce qu'on peut à un moment donné dire NON d'entrée ? Moi je suis souvent comme toi, il me demande et je dis là on n'est pas dans le bon truc. Mais si là il me demande quelque chose qui ne correspond pas à mes missions, peut-être c'est parce qu'ils ont besoin que je leur réexplique mes missions. »

Lors de la restitution de cette auto-confrontation croisée au collectif de médecins, la discussion porte sur la position du médecin du travail en CHSCT, la rédaction des comptes-rendus au CHSCT et la gestion des émotions. Par exemple,

D. Jo : « est-ce qu'on peut aller au-delà ? ...demander qu'au compte-rendu du CHSCT soit ajouté nos paroles. Je devrai écrire ce que j'ai dit et le transmettre. »

Collègue 2 : « des fois c'est les représentants qui écrivent et ça nous retombe dessus. Je leur dis qu'il ne faudrait pas écrire ça, c'est lu par des salariés et c'est un peu personnel des fois sur des maladies. »

Collègue 3 : « la question est que ni la parole, ni l'écrit ne passe. Est-ce que tu penses J. que si tu leur donnes un document écrit, ils vont refuser de le mettre dans le compte-rendu ? »

D Jo : « je ne sais pas, je peux tenter l'expérience au prochain CHS »

On remarque ici combien l'échange collectif contribue à produire des marges de manœuvre pour ce médecin désemparé. Cet échange contribue au développement de compétences pour d'autres médecins. Par exemple, certains disent à la fin de la recherche :

D. Mi2 : « moi ça m'aide à plus comprendre pourquoi est-ce que j'ai agit comme ça, à prendre conscience de façon de fonctionner que je n'ai pas forcément ressenti.

D. Jo : « ça va même plus loin que son propre mode de fonctionnement. A des moments donnés dans des situations particulières, ça aide à développer des stratégies qu'on ne maîtrise pas ».

Les échanges collectifs ont favorisé l'ouverture sur des possibles de l'activité, ils ont été aussi un espace de gestion des émotions et de réassurance pour ces médecins. Le médecin observé nous indiquait avoir peur d'aller dans cet entreprise. Ces échanges ont réinterrogé certains médecins dans leurs stratégies défensives d'auto-protection comme ne plus aller aux réunions du CHSCT ou fuir le contact avec l'entreprise, après avoir eu des expériences négatives ou conflictuelles avec l'entreprise.

Les médecins ont pu sortir de leur isolement et évoquer avec d'autres leur souffrance dans certaine situation difficile de travail (rejet ou manipulation de l'employeur pouvant mettre en difficultés le médecin dans sa relation avec les autres acteurs de l'entreprise, y compris les salariés, situations paradoxales, impossibilité d'agir).

A la fin de la recherche-intervention, trois médecins disent avoir réinvesti le CHSCT dans leur activité de prévention

- « Maintenant je suis plus présente au CHSCT. Je me suis rendue compte que l'on pouvait avoir un positionnement au CHSCT, c'était un lieu stratégique. » (D.L)

- « Faire aussi attention à l'impact des paroles dans le collectif (le CHS, l'entreprise) en étant plus constructif et moins dans le constat accablant » (D.D)

- « ça m'a permis d'aller plus vers du collectif. » (D.E.)

3/ La réorganisation de la consultation

La séquence observée porte sur des consultations d'un médecin du travail. Ces consultations ont pu être observées en totalité : entretien médico-socio-professionnel et examen clinique. Une discussion s'engage avec le collectif de médecins sur l'examen du corps. En effet, le médecin observé fait un examen systématique de la tête au pied. Ces échanges collectifs portent sur le diagnostic des TMS. Certains collègues expliquent qu'ils ne font pas systématiquement l'examen des mains et des épaules mais selon les douleurs évoquées par le salarié au cours de l'interrogatoire. Pour certain, il s'agit de « *ne pas gratter, de ne déclencher un douleur, qui sera difficile à gérer après* ». Cette confrontation permet au médecin observé de préciser les motifs d'un examen complet : il s'agit de faire de la détection des gens qui ne disent pas forcément qu'ils ont mal. « *C'est au moment de l'examen clinique quand le médecin touche le corps que les choses se disent* ». Nous terminons cette séance de travail en demandant aux médecins qui ne font pas l'examen systématique d'essayer de le faire, et aux autres qui font l'examen systématique d'essayer de le faire en fonction de l'interrogatoire.

A la séance suivante, le médecin observé ayant fait l'objet de la discussion dit avoir apprécié d'avoir essayé de ne pas faire un examen systématique. (« ça me fait gagner du temps, c'est pertinent et je suis moins fatiguée). Les médecins qui faisaient l'examen en fonction de l'interrogatoire, n'ont pas réussi à expérimenter un examen systématique.

A la fin de la recherche-intervention,

- « Le point de changement concerne l'examen des TMS, je me suis rendue compte que je le faisais très peu ou très mal. J'ai fait peu d'examen clinique systématique, je m'intéresse plus aux conséquences du travail sur la santé dans l'examen. » (D.I)

- « suite à nos échanges sur les visites médicales j'ai essayé d'être plus systématique dans l'interrogatoire sur les TMS, les douleurs et je me suis rendue compte que j'avais pleins d'infos que je ne savais pas traiter immédiatement sauf à renvoyer au médecin généraliste. Cela m'a amené à questionner la visite médicale, ce que l'on fait » (D.E.)

Plusieurs médecins ont dit avoir modifié leur pratique dans l'activité de consultation :

- « Cela m'a fait revisiter ma pratique en partie en consultation. / Moi je suis depuis très longtemps sur le même secteur avec des gens que je connais depuis longtemps. Cela m'a amené à recentrer sur le travail car à force de connaître les gens je m'en étais éloignée avec le temps. J'ai recentré sur les liens santé-travail. » (D. Ma)

- « cela m'a aidé à analyser et améliorer le contact avec le salarié » (D.D)

- « Maintenant je ne parle plus de visite médicale mais d'entretien médico-professionnel. Quand les gens viennent en visite de reprise, je leur parle de santé et quand ils viennent en entretien courant, je leur parle du travail. » (D.AM)

- « Cela a changé ma pratique : j'ai organisé ma consultation de façon différente, je fais moins d'examen physique et plus d'interrogatoire sur le travail et le physique et du coup à la fin de la consultation je suis moins éprouvée. » (D. P)

- « Au niveau clinique, j'interroge plus sur le travail, avant je faisais de la médecine général. » (D.L)

- « Ça m'a permis de basculer vers le travail, sans délaisser la partie clinique. Je m'étends moins sur l'examen clinique maintenant. » (D. MI2)

3. La construction d'un point de vue collectif

Les enjeux de construire un point de vue collectif sur les débats du métier sont :

- ne plus être seule face à l'activité

« Pour le collectif j'ai bien aimé que l'on parle de notre pratique, on est dans notre coin avec nos salariés, personne ne pense à nous. » (D.Mi)

- s'interroger sur les questions d'efficacité de ses actions :

« est-ce que ce que je fais est bien pertinent à ce moment là, dans le temps et dans l'espace (D. Ja)

« ça permet de sortir du « je ne fais rien ». (D.I.)

« quand je dis « vous avez mal », je ne vais pas chercher une résolution de la souffrance. » (D. MI2)

« Mais je suis toujours seule face aux décisions à prendre. » (D.L)

- avoir un lieu de construction du genre

« c'est aussi une revalorisation de notre métier » (D.D).

« cela fait reposer les mêmes questions sur le sens du métier, de l'action » (D.Ja)

La méthodologie apparaît un élément déterminant pour favoriser l'élaboration d'un collectif de travail

- « au niveau perso j'ai trouvé que ces réunions étaient un espace de parole entre nous et que souvent le premier quart d'heure on parlait de tas de choses, nos petits soucis que l'on posait et après on pouvait passer à autre chose. On y a une certaine liberté ici dans ce type d'espace de parole et à mon avis c'est central si on veut tenir. ... Et puis on a ouvert le sanctuaire, le cabinet médical, des gens sont venus nous regarder... Nous on ne se voit pas travailler et c'était unique comme expérience. » (D. AM)

- « Ce n'était pas évident au départ parce qu'on se dit « ils vont rigoler » mais c'était bien. » (D. Mi)

- « cet espace de parole entre nous, ce qui était riche c'est que c'était libre, il y a avait du respect de la bienveillance, pas de jugement même si on n'était pas d'accord. » (D. Ma)
- « Je me sens plus libre d'exprimer concrètement une situation où je suis en difficulté. » (D.P)
- « Par rapport aux échanges de groupe, on a eu des divergences et des complémentarités. Il faut continuer dans ce travail collectif, se faire confiance dans le collectif. C'est une nécessité professionnelle. » (D.Mi2)
- « Ce qui était important, c'est de partir du réel de l'activité. » (D.I)
- « C'est difficile d'avancer tout seul. L'observation, ça amène à aller plus loin. Le regard était bienveillant, sans complaisance, sans agressivité. Les outils de travail mobilisés : observation/ confrontations croisées, je n'avais jamais travaillé avec ces supports, ça permet d'aller plus loin dans la discussion. On n'est pas dans ce qui est « acceptable et entendable » avec ces supports factuels. C'est une forme d'EPP à poursuivre. » (D. So)

Le besoin de collectif de travail est exprimé par les médecins du travail comme un enjeu de métier et de santé.

Discussion sur innovation sociale et collectifs de travail

Les résultats des échanges collectifs se traduisent par la formalisation des compétences avec l'expérience, la transmission du métier et le développement de nouvelles ressources dans l'activité.

Ce dispositif méthodologique a permis de créer un point de vue collectif de médecins du travail sur ce qu'il est important de reconnaître dans le métier et les variantes du genre professionnel, par rapport aux réformes en cours notamment, et de mieux identifier les actions du médecin source d'efficacité pour la prévention des TMS. Le processus d'innovation engagé par la création de ces collectifs de médecins conduit les médecins impliqués dans le dispositif à restituer à leurs collègues et autres acteurs de la prévention ce qui relève pour eux de la spécificité du métier de médecin parmi les intervenants en santé au travail :

- l'action se passe dans la consultation pour pouvoir agir indirectement sur l'organisation du travail et les relations entre acteurs
- tenir le lien santé-travail dans la consultation permet de mobiliser le salarié
- la consultation et les actions en entreprise sont complètement liées dans l'activité du médecin et ne peuvent pas être séparées
- l'intervention du médecin du travail s'inscrit dans la durée contrairement aux autres intervenants extérieurs
- les instruments de travail sont à transformer dans l'action pour être au service de l'efficacité et de l'efficience (inaptitude, partage de dossier informatique, fiche entreprise...).

L'innovation dans un métier passe donc par le développement de collectif de travail. Cependant, une limite de notre recherche est que la comparaison entre les deux groupes de pairs constitués montre qu'ils n'ont pas forcément été de véritables collectifs de travail au sens strict. Pour le premier, où un travail collectif avait été élaboré autour de la création d'un dispositif de retour à l'emploi, il y a eu véritablement le développement d'un collectif de travail. Pour l'autre, en l'absence d'un travail collectif préalable, le collectif a eu plus de difficultés à émerger.

La création de collectif de travail de médecins du travail favorisant le débat sur leur activité réelle de travail pourrait aider ceux-ci à définir leurs modalités d'action pour pouvoir coopérer avec différents intervenants.

Conclusion :

Les échanges collectifs sur les pratiques des uns et des autres ont pu créer de nouvelles ressources pour chacun sur les différentes façons de faire de la prévention des TMS. Par exemples, aller plus souvent au CHSCT, parler de situation de handicap avec le salarié pour sortir d'une représentation de travailleur handicapé, changer sa pratique d'examen des TMS ou redonner une place au travail dans la consultation.

La recherche action en offrant ce dispositif méthodologique d'échange sur l'activité réelle au sein collectif de pairs conduit les médecins à demander de développer ces méthodologies dans les démarches d'évaluation de la pratique professionnelle (EPP) comme une façon de renouveler le regard sur le métier : prise de conscience des compétences, transmission de l'expérience, complémentarité des actions possibles du médecin avec d'autre.

Par ailleurs, on pourrait se demander si ces méthodologies ne pourraient pas donner un autre visage à la pluridisciplinarité. Aujourd'hui celle-ci est assimilée à un travail collectif articulant plusieurs compétences, qui se doivent d'être complémentaires et adaptées par rapport aux situations de prévention. La pluridisciplinarité se manifeste par du travail collectif, allant de co-action à la coopération.

Dans une autre perspective on pourrait penser la pluridisciplinarité comme une forme de soutien à l'activité individuelle. Cette conception amènerait davantage à considérer le psychologue du travail ou l'ergonome dans les services de santé au travail comme quelqu'un pouvant aider les médecins à construire des collectifs, à partir des méthodologies d'analyse du travail.

Intervention des médecins du travail dans la prévention des TMS

PROTOCOLE DE RECHERCHE

Version du 14/10/08

1- Introduction et contexte

Cette recherche-action, financée par l'ANR jusqu'en novembre 2011, suite à une réponse à un appel d'offre Santé-Environnement-Société-Travail (SEST), a pour objectif de comprendre les pratiques réelles des médecins du travail dans la prévention des TMS. L'analyse de leur activité permettra de rendre compte des stratégies de prévention en entreprise et avec les salariés, des collaborations avec des équipes pluri-professionnelles, des créations d'objets intermédiaires propre à leur métier. Cette recherche a une double finalité dans la prévention des TMS : montrer les modalités d'une coopération entre les acteurs du système de la prévention et de collaboration avec l'entreprise ; développer l'activité des médecins sur le cœur de leur métier : le corps, les liens santé-travail, l'entretien clinique, etc.

Plusieurs raisons sont à l'origine de cette étude :

- La **demande des médecins du travail** est celle d'avoir un retour sur leurs pratiques professionnelles. Ils se sentent démunis par rapport aux risques TMS. Les modalités d'action (aménagement de poste, formation, conseil aux salariés...) sont éparpillées et ne s'organisent pas véritablement dans une conduite de projet dans l'entreprise ou avec les partenaires de la prévention. Les contributions variées de la médecine du travail sont socialement construites selon la place accordée aux médecins du travail par rapport à l'ensemble du corps médical, en fonction des dynamiques à l'œuvre entre les partenaires sociaux, les acteurs locaux de la prévention et les actions possibles en entreprise.

Les médecins expriment des besoins de production de connaissances sur leurs savoir-faire propres à leur métier. Par exemple, comment mobilisent-ils les interventions ergonomiques, les enquêtes épidémiologiques, les entretiens psycho-dynamiques dans leur pratique ?

Des contacts ont été établis avec des collectifs de médecins du travail de services inter-entreprises, qui demandent un soutien dans l'analyse de leurs situations de travail et des échanges collectifs entre pairs.

- **le plan Santé Travail** affiche comme objectif prioritaire la prévention des TMS. Ces troubles de santé, reconnues en maladie professionnelle, ne cessent d'augmenter. L'intensification du travail, les nouveaux modes de production industrielle et la rationalisation dans le secteur des services conduisent à des nouvelles contraintes de travail (notamment pression temporelle, exigence de qualité, etc.) à l'origine de ces pathologies professionnelles. La prévention des TMS est une priorité de prévention des risques dans l'activité des médecins.

- nos travaux antérieurs dans le cadre d'**une recherche nationale sur la prévention durable** sur les TMS (Caroly, Coutarel, Daniellou, Escriva, Schweitzer, Roquelaure, 2007), dans une trentaine d'entreprises, avaient montré les difficultés des entreprises à s'engager dans un projet de prévention durable. Plusieurs freins ont été identifiés : Les TMS sont un phénomène plus ou moins reconnu par les acteurs. L'instabilité des acteurs et les changements permanents des modes de production ne favorisent pas la conduite d'un projet de prévention. La santé est encore mal considérée par la hiérarchie comme une dimension stratégique pour l'efficacité de l'entreprise. Les types d'actions réalisées par les entreprises (adaptation du matériel et des postes de travail, formations,...) ne prennent pas suffisamment en compte des connaissances sur le travail dans les processus de décision et de conception. Le suivi des actions dans l'entreprise reflète une faible coordination des acteurs de la prévention, partenaires extérieurs. Le manque de ressources en temps, en moyens de travail, en compétences des acteurs des projets de prévention des TMS est l'un des résultats de cette recherche nationale. Les médecins du travail sont souvent aux prises avec la réalité de l'entreprise : ils ne sont consultés qu'après les projets et ne participent pas toujours au processus de changement, leurs marges de manœuvre sont plus ou moins importantes dans l'entreprise, leurs actions se développent sur la base des dispositifs existants : restriction d'aptitude, bilan social, absentéisme, etc., leur temporalité d'actions en prévention dépend des temporalités variables, sans arrêt rejouées dans l'entreprise.

- Le **vieillessement de la population** des médecins du travail et les difficultés de renouvellement de cette profession conduisent à s'interroger sur **les besoins de formation et d'enseignement des médecins du travail**. Face à ce contexte démographique, il ne s'agit pas de rajouter des tâches aux médecins du travail mais plutôt de comprendre ce qu'ils font déjà et comment ils le font. Quelle est l'activité du médecin en consultation ? Que fait-il en entreprise ? Cette photographie de l'existant permettra de comprendre les différences de pratique en prévention des TMS des médecins du travail. Les approches de la médecine relèvent pour certains du traitement-réparation et pour d'autres de la

prévention. Les médecins ne peuvent tout faire dans un système où la prévention reposerait plutôt sur un collectif multi-professionnel.

- **La pluridisciplinarité** est une obligation définie dans le cadre de la loi (Circulaire du 13 janvier 2004). Elle amène les services de santé au travail à constituer des « équipes pluri-professionnelle », qui a pour fonction de gérer les risques professionnelles, en mobilisant des compétences médicales, techniques et organisationnelles. Les premiers acteurs concernés par la mise en place des mesures d'hygiène et de sécurité en entreprise sont les médecins du travail, les IPRP (intervenant en prévention et risques professionnels), les inspecteurs du travail et le CHSCT. Les retours des terrains indiquent des difficultés dans la mise en œuvre de cette pluridisciplinarité et interrogent les modalités de coopérations entre les acteurs de la prévention.

- La médecine du travail fait l'objet d'**évaluation des pratiques professionnelles** avec la mise en place des EPP, comme pour l'ensemble du corps médical. De plus, plusieurs rapports (Frimat-Conso, Dellacherie) font état du système actuel de la santé au travail et des évolutions possibles de la médecine du travail en France. Le projet de recherche ici sur la prévention des TMS par les médecins du travail n'aborde que l'évaluation et la gestion d'un risque professionnel spécifique, mais vient forcément rencontrer les évolutions du métier.

2- Conception de la recherche-action

2.1. Objectifs et hypothèses de la recherche

L'objectif du projet de recherche est de comprendre et développer les pratiques des médecins du travail à partir d'une étude qualitative. Ce projet de recherche propose de comprendre les relations entre pratique des acteurs et prévention des risques TMS dans l'entreprise à travers l'analyse des interventions de médecins du travail. La prévention durable des TMS nécessite de mieux comprendre les pratiques actuelles des médecins du travail dans leur relation avec les employeurs et les salariés, et les autres intervenants en santé au travail. Favoriser les méthodes destinées à développer les compétences des médecins du travail à intervenir dans les entreprises est un enjeu pour la prévention des TMS.

Pour favoriser leur pratique réflexive sur la façon dont ils ont construits des outils efficaces et adaptés à leur connaissance et à leurs possibilités d'action, il s'agit de travailler avec eux sur le terrain et d'explorer leurs pratiques professionnelles visant la prévention des TMS. Le projet propose donc à travers l'analyse de l'activité des médecins de considérer que l'efficacité de la prévention dépend d'un dispositif de prévention, où le médecin du travail joue pleinement son rôle. Comprendre la pratique

des médecins du travail permettra aux différents acteurs concernés par la prévention dans l'entreprise d'élaborer ensemble des orientations pour prévenir durablement les risques de TMS.

Trois axes de réflexions scientifiques semblent ressortir de la pratique des médecins de travail dans le champ de la prévention : la pluridisciplinarité et les territoires de compétences, la légitimité des médecins du travail en entreprise, l'utilisation des artéfacts dans les collectifs de médecins du travail.

1/ Pluridisciplinarité et territoire de compétences

En réponse aux difficultés des médecins pour intervenir dans le domaine de la prévention, la réforme en santé au travail repose sur le postulat que le développement de l'interdisciplinarité est une voie pour faire face aux limites du système de prévention français. Nous chercherons à comprendre le rôle des acteurs dans une prévention efficace et durable des TMS, notamment des médecins du travail, comme porteur d'une double logique (logique d'alerte/logique de prévention).

2/ Légitimité des médecins du travail en entreprise

Face au risque TMS, les médecins du travail sont souvent sollicités par les employeurs, les CHSCT et les salariés. D'une part, parce que ce risque multifactoriel, tout comme les risques psycho-sociaux, est difficile à maîtriser par les entreprises. D'autre part, il existe des difficultés à poser des liens précis entre les conditions d'exposition et l'apparition de pathologies. Les effets sont différés par rapport aux situations d'exposition. Les médecins du travail, imposés à l'employeur mais agissant en même temps comme leurs conseillers et ceux des salariés, ne sont pas toujours dans une posture facile lorsqu'ils ont en charge les questions d'aptitude et d'inaptitude en lien avec les pathologies de TMS. Notre recherche vise à comprendre les méthodes mises en œuvre par les médecins pour acquérir une légitimité d'action dans l'entreprise, qui amène progressivement l'employeur à être demandeur d'une intervention spécifique sur les TMS ou la mise en œuvre d'un dispositif de prévention : par exemple façon de s'appuyer sur des faits, gestion du temps de l'intervention, etc. Il s'agit de comprendre cette légitimité d'action du médecin du travail selon la diversité des contextes et des acteurs de l'entreprise (statut, nature des actions de prévention, expérience des TMS, etc.).

3/ Construction d'instruments pour l'action dans les collectifs de médecins du travail

Le travail de partenariat interne dans l'entreprise et de mise en réseau avec d'autres professionnels ne se décrète pas, il se construit sur la base d'outils d'intervention spécifiques et communs. Plusieurs outils sont à la disposition des médecins du travail comme des données des relations travail-santé en population générale (exemple, enquête ESTEV ou SUMER), des outils de diagnostic des TMS et d'analyse des conditions de travail (exemple, Orège, Rula, Captiv, etc.). Notre recherche vise à la fois à comprendre la façon dont les médecins du travail mobilisent ces outils dans leurs pratiques mais surtout d'identifier les outils qu'ils se construisent eux-mêmes dans leur activité médicale. En quoi

l'utilisation de l'outil devient un instrument de leur activité ? Comment leur pratique se développe au regard de cette activité instrumentale ? Nous nous intéresserons particulièrement à la création d'objets intermédiaires efficaces pour les actions individuelles ou collectives de prévention sur les TMS.

2.2. Qualité des chercheurs

Notre équipe de recherche est composée d'ergonomes, de sociologues et de cliniciens de l'activité. La liste des personnes impliquées dans cette recherche est la suivante : Geneviève Baril-Gingras (PR Ergonomie), Marie Bellemare (PR Ergonomie), Liliane Boitel (Cisme), Sandrine Caroly (MCF Ergonomie), Karine Chassaing (Doctorat en Ergonomie), Céline Cholez (MCF Sociologie), Fabien Coutarel (MCF Ergonomie), François Daniellou (PR ergonomie), Philippe Davezies (MCF Médecine du travail), Hélène David (PR Sociologie), Gabriel Fernandez (Docteur en médecine du travail), Alain Garrigou (MCF Ergonomie); Aurélie Landry (Post-doctorante Ergonomie), Yohann Petit (MCF Ergonomie), Nadine Poussin (Ingénieur recherche, Clinique du travail), Daniel prudhomme (ingénieur recherche en santé au travail).

Cinq laboratoires de recherche sont engagés dans cette recherche : laboratoire PACTE de l'université de Grenoble, laboratoire d'ergonomie de l'IDC et laboratoire de santé au travail de Bordeaux , UMRESTTE de l'université Claude Bernard de Lyon, Laboratoire de clinique de l'activité du Cnam Paris, Département des relations industrielles de l'Université de Laval au Québec.

Nos interventions passées en entreprise et nos thématiques de recherche nous ont amenés à développer des expériences dans le secteur de la relation de services et en milieu de soin. Nous avons également des compétences sur la problématique TMS, qui fait l'objet de nombreuses recherches de notre équipe.

Nos disciplines, l'ergonomie ou la psychologie du travail, nous obligent au respect du secret professionnel et du secret industriel dans le cadre de l'exercice de notre profession.

2.3. Structuration de la recherche

La recherche est structurée autour d'un comité de pilotage, réunissant plusieurs médecins inspecteurs des régions concernées par l'étude, des professeurs universitaires en médecine du travail, ainsi que des personnes ressources dans le monde de la médecine du travail (partenaires d'institution INVs, INRS, Afsset ou chercheurs impliqués sur la thématique) : A. Aublet-Cuvelier (INRS), L. Boitel (Cisme), P. Brochard (PR médecine du travail), J.F. Caillard (PR médecine du travail), J.C. Contassot (Président Société de médecine et santé au travail), D. Cru (chercheur-

Annexe 15. Protocole de recherche validé par le conseil de l'ordre des médecins et la CNIL.

intervenant en ergonomie), P. Davezies (Docteur en médecine du travail), A. Devaux (Médecin inspecteur et coordonateur MIRTMO), G. Fernandez (Docteur en médecine du travail), P. Frimat (PR médecine du travail), C. Ha (INVS), G. Lasfargues (PR MDT), I. Magaud-Camus (MIRTMO), C. Maysonave (MIRTMO), B. Mohammed-Brahim (ASTI), Y. Roquelaure (PR MDT), M. Salou (MIRTMO), Y. Esquirole (Dc MDT), A. Touranchet (Dc MDT).

Le rôle de ce comité pilotage est de fournir des garanties sur la production des connaissances scientifiques et de faciliter la diffusion de ces connaissances dans le monde médical et auprès des partenaires du système de prévention. Il a été essentiel pour orienter nos premières modalités d'action auprès des médecins : présentation de l'étude, prise de contact, identification des enjeux, etc. Il a permis de réinterroger les objectifs de l'étude sur la prévention des TMS notamment ceux portant sur les formes de pratique du médecin du travail en entreprise et sur la pluridisciplinarité, en y intégrant la réflexion sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

Plusieurs réunions de l'équipe de recherche ont eu lieu. Elles aboutissent à la construction d'un référentiel commun, détaillant nos hypothèses de recherche ainsi que nos méthodologies. Ce référentiel commun pose les bases communes en termes de compréhension des actions de prévention des médecins, de leurs contextes de travail, de leurs connaissances sur les TMS, mais aussi en termes d'observables de leurs situations de travail (consultation, visite, relations avec les préventeurs, etc.). En mesurant l'évolution de nos hypothèses au fur et à mesure du développement de nos analyses et en suivant finement (indicateurs) les effets des accompagnements des médecins dans une approche développementale (accompagnements individuels ou de collectifs locaux), ce référentiel doit également permettre d'évaluer notre production de connaissances sur l'intervention des médecins du travail pour la prévention des TMS. Le référentiel reprend également nos débats scientifiques sur les apports de chacune discipline et relate des questions que l'on se pose sur notre « posture de recherche ». Autrement dit, il s'agit de s'interroger sur le type d'approche mobilisée pour observer la pratique réelle du médecin : approche compréhensive, approche d'expert, etc.

Chacune des régions (Paris, Bordeaux, Rhône-Alpes) concernée par la recherche sont supervisée par le MIRTMO, qui apporte un soutien aux équipes de recherche locales pour contacter les services inter-entreprises susceptibles d'être intéressés par l'étude et assure le suivi et la continuité des actions.

3. Population

La population cible est celle des médecins du travail, qui exercent dans des services interentreprises ou dans des services intra dans l'entreprise. Plusieurs régions feront l'objet des investigations : Rhône-Alpes, Paris, Bordeaux.

L'étude nationale vise 60 médecins du travail. Le recrutement des médecins volontaire se fait par plusieurs actions :

- orientation proposée par le MIRTMO
- présentation de l'étude aux sociétés savantes de médecine du travail des régions concernées
- contact passé avec des équipes de santé au travail.

Les critères d'inclusion des médecins du travail sont les suivants :

- médecins volontaires
- des services représentatifs des secteurs de la santé du travail :
 - 4/5 de service inter entreprise
 - 1/5 de service intra entreprise
- milieu rural/urbain
- Les sujets de l'étude sont a priori tous les personnels médicaux issus des services choisis, dont les personnels sont statutaires et contractuels travaillant au moins à 50%

4- Données recueillies

Nos méthodologies relevant de l'ergonomie, de la sociologique et de la clinique du travail, s'appuient sur des recueils de données à partir de trois types d'investigations : des entretiens avec les médecins du travail, des observations de leurs situations de travail, des échanges collectifs sur leur pratique professionnelle.

4.1. Entretiens avec le médecin

L'objectif des entretiens est d'identifier des éléments de rencontre avec la problématique des TMS dans le parcours professionnel du médecin du travail, de comprendre l'organisation concrète de son activité (mise en œuvre du tiers temps, organisation des consultations, part de la vie de service, etc.) quant à la prise en charge de la prévention-réparation des TMS et de repérer des contraintes et des leviers à ses actions.

Les thèmes abordés pendant l'entretien sont la reconstitution du parcours de formation et d'emploi dans la médecine du travail, la connaissance des modèles étiologiques des TMS et le

rôle perçu du médecin dans la gestion de ce risque, ainsi que la description des situations concrètes de pratique professionnelle du médecin, la perception de la pluridisciplinarité et les possibilités de coopération ou de travail collectif avec l'équipe de médecins du travail.

Les modalités pratiques prévues pour ces entretiens sont les suivantes : volontariat du médecin, durée 1h30, respect de la confidentialité de l'échange, enregistrement avec magnétophone avec l'accord de l'interviewé pour faire une analyse du discours a posteriori, destruction de l'enregistrement à la fin de la recherche, traitement global par une analyse de contenu, restitution anonymisée sur les résultats d'ensemble. Dans le cadre de l'approche sociologique, 2 à 3 entretiens seront réalisés pour approfondir l'analyse stratégique des acteurs en entreprise à partir de quelques monographies des actions du médecin, ainsi que les formes de pluridisciplinarité mises en œuvre.

4.2. Recueil de données par des observations sur le terrain

L'observation de situations de travail du médecin relève surtout de l'approche ergonomique. Il s'agit de suivre le médecin du travail dans son activité quotidienne (consultation, tiers temps, échange avec des partenaires de la prévention, etc.). Plusieurs garanties et conditions à l'observation sont nécessaires :

- construction sociale : afin d'observer les situations de travail du médecin, il faut une autorisation du conseil de l'ordre, un accord du responsable du service, et organiser une rencontre collective avec les médecins du travail du service pour leur présenter l'étude et demander leur adhésion au projet de recherche et leur volontariat à l'observation.
- l'observation des consultations implique un protocole d'accord du médecin et du patient concerné par la situation d'observation (cf annexe 1). D'abord, il faut s'assurer que les conditions d'observation et le respect des règles déontologiques sont fournis dans ce protocole d'accord : volontariat du médecin et du salarié, présentation des objectifs de la recherche et des modalités l'observation au salarié (observation centrée sur la pratique du médecin et non sur les comportements du salarié, recueil de faits sans jugement et sans opinion), validation de l'observation par le médecin observé.

Pour permettre au salarié de donner son accord à notre présence lors de la consultation, nous ferons les observations des consultations en binôme de chercheurs (l'un dans la salle d'attente expliquant au patient la recherche et le protocole d'accord), l'autre dans la salle de consultation.

Il est tout à fait envisageable de ne participer qu'à une partie de la consultation, l'entretien clinique et que le chercheur se retire au moment de l'examen clinique. Ces conditions de réalisation de l'observation se définiront au cas par cas, selon les volontés du médecin et de son patient. Lorsqu'il sera permis d'observer l'ensemble de la consultation, notre positionnement dans l'espace de travail sera discret de façon à ne pas perturber l'interaction entre le médecin et le patient.

Les situations de consultation ne seront pas restituées dans leur intégralité dans le rapport. Les résultats présentés prendront la forme de monographie, respectant le secret médical et professionnel des médecins du travail.

- l'observation des visites en entreprise nécessite aussi de garantir des conditions d'accès du chercheur dans l'entreprise et de recueil des données. Il faudra dans un premier temps que le médecin du travail demande l'autorisation à l'entreprise et aux salariés concernés de notre présence lors de la visite. Toutes les informations recueillies sont soumis aux mêmes règles déontologiques que l'observation de la consultation : confidentialité, volontariat, traitement global des résultats. Afin d'éviter de respecter le secret médical, nous ne ferons pas les observations de visite dans les entreprises où on aura observé les salariés dans la consultation. Pour les services autonomes, nous ferons des observations dans des unités de travail où ne seront pas les salariés vus en consultation.

Au total, une vingtaine de médecins volontaires seront observés sur une durée de 2 à 4 jours. Le choix du jour et du lieu de l'observation seront définis par le médecin, avec une attention particulière sur des consultations de salariés déjà atteints de TMS ou sur des visites de salariés travaillant dans des entreprises où le risque TMS est accru. Le choix des moments d'observation sera défini en collaboration avec le médecin. Nous serons attentif à observer des situations de travail nous permettant de comprendre la diversité des situations rencontrées par les médecins.

4.3. Approche collective

La recherche utilisera un troisième type d'approche méthodologique, qui prend appui notamment sur les démarches proposées par la clinique du travail. Il s'agit d'organiser des échanges collectifs entre les médecins du travail sur leurs pratiques professionnelles concernant la prévention-réparation des TMS. A travers ces échanges, le collectif devient une ressource pour l'activité individuelle. Il s'agit pour chacun non seulement de confronter sa

pratique à celles des autres mais aussi de trouver de nouvelles voies dans la réalisation de l'activité.

L'animation de réunion avec des médecins volontaires et participants à l'observation et aux entretiens sera réalisée par les chercheurs. L'échange sur leur pratique sera soumis à des règles de confidentialités et les résultats produits dans le cadre du rapport seront davantage la mise en évidence du processus dynamique de développement de leur activité individuelle et collective.

Le nombre de réunions de groupes de pairs de médecins du travail sera variable selon les réalités de fonctionnement des services de santé au travail (environ une réunion tous les trimestres). Des méthodes d'auto-confrontation croisée ou du sosie seront proposés. Le nombre de groupes de pairs accompagnés sera de 4 à 5.

6- Méthode d'analyse des données

La recherche sur la pratique des médecins du travail dans la prévention des TMS repose sur des analyses qualitatives des données. Des restitutions seront organisées avec le médecin du travail observé, le collectif de médecins des services de santé au travail volontaires dans l'étude, afin de s'assurer d'une co-analyse des résultats.

A l'issue de ce premier niveau de restitution, des monographies de pratiques professionnelles des médecins du travail seront présentées au groupe de recherche et feront l'objet de discussion scientifique sur nos hypothèses de recherche et de réflexion sur les perspectives à envisager.

Par ailleurs, une confrontation avec les chercheurs du Québec sera organisée deux à trois fois au cours de la durée du projet pour interroger les pratiques d'intervention dans la prévention des TMS en entreprise.

Chaque présentation fera l'objet de comptes-rendus, qui nous serviront de base à l'analyse des évolutions de notre production de connaissances sur la thématique de recherche.

5 - Gestion des données recueillies et publication

Les données recueillies lors des entretiens et des observations de consultation ou de visite en entreprise, seront présentées sous formes de monographie anonymisée, restituée au médecin du travail concerné et discutée avec les collectifs de travail de pairs. La présentation des

Annexe 15. Protocole de recherche validé par le conseil de l'ordre des médecins et la CNIL.

résultats portera sur un traitement global des analyses, respectant l'anonymat et la confidentialité des données.

Toutes publications sur la recherche feront l'objet d'un accord des médecins du travail engagés dans l'étude et d'un contrôle de son contenu par l'équipe de recherche, validé par le comité de pilotage.

7- Faisabilité et modalités d'organisation de la recherche, calendrier

Le programme de recherche présenté est financé par l'ANR SEST sur une période de 4 ans du 18/10/2007 au 17/11/2011. Un an s'est déjà écoulé et a permis de mettre en place l'équipe de recherche, le comité de pilotage, de présenter l'étude dans différentes instances de regroupement des médecins du travail, d'établir des contacts avec des médecins volontaires et d'organiser des rencontres avec les services de santé au travail (responsable, coordinateur, groupe de médecins du travail). Une demande d'autorisation sur l'observation des médecins du travail est faite fin octobre 2008.

L'année 2009 sera surtout une poursuite des investigations sur le terrain avec les services de santé au travail et médecins volontaires : entretiens, observations, réunions collectives. Actuellement, nous avons six services inter-entreprises qui ont donné leur accord pour réaliser la recherche et une trentaine de médecins volontaires. Des contacts sont à programmer avec des services intra-entreprises.

L'année 2010 permettra de faire un premier inventaire des résultats de nos investigations de terrain et aura pour objectif de les confronter à nos hypothèses de recherche afin de repérer les manques et de réorienter nos démarches, nos méthodes de recueil des données, dans le but d'affiner nos analyses. Des rencontres avec le Québec seront alors utiles pour l'avancement du projet.

L'année 2011 sera consacrée principalement à la rédaction du rapport final, la diffusion des connaissances dans des colloques nationaux et internationaux de médecins du travail et de préventeurs intéressés par la prévention des TMS.

Annexe 16. lettre de consentement du médecin et du salarié pour l'observation de la consultation.

**Protocole d'accord sur l'observation d'une consultation
dans le cadre d'un projet de recherche ANR SEST
sur les pratiques professionnelles des médecins du travail
dans la prévention des TMS**

Dans le cadre d'une réponse à un appel d'offre Santé Environnement Société Travail (SEST) de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), un projet de recherche a été retenu concernant **l'intervention des médecins du travail dans la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS)**. En effet, les médecins du travail sont au cœur des dispositifs de prévention et jouent un rôle essentiel dans le diagnostic des TMS, le conseil auprès des salariés et des employeurs, l'accompagnement au retour à l'emploi, l'aide à l'aménagement des postes et la participation à des dispositifs de prévention en partenariat avec d'autres acteurs et institutions.

L'objectif de cette recherche est de **comprendre les pratiques réelles des médecins du travail** dans la prévention des TMS. L'analyse de leur activité permettra de rendre compte des stratégies de prévention en entreprise et avec les salariés, des collaborations avec des équipes pluri-professionnelles, des outils d'intervention propre à leur métier. Cette recherche a une double finalité dans la prévention des TMS : montrer les modalités d'une coopération entre les acteurs du système de la prévention et de collaboration avec l'entreprise ; développer l'activité des médecins sur le cœur de leur métier : le corps, les liens santé-travail, l'entretien clinique, etc. Les questions posées sur la pratique professionnelle des médecins sont les suivantes : Comment les médecins du travail exercent-ils ? Quelles sont leurs actions vis-à-vis du salarié, des entreprises, des institutions, des partenaires, des collègues de travail, des équipes pluridisciplinaires ? Quels sont les outils qu'ils mobilisent dans leur activité de travail dans le domaine des TMS ? Quelles sont leurs activités concrètes dans la consultation médicale ?

L'équipe de recherche est constituée de **chercheurs en ergonomie, en clinique de l'activité et en sociologie**, des universités de Lyon, Paris, Bordeaux, Grenoble, qui sont soumis comme les médecins au secret médical et au secret industriel.

La méthodologie repose sur le **volontariat du médecin du travail** ou de groupes de médecins du travail d'un même service et **sur l'accord du salarié**.

Plusieurs garanties sont proposées dans le cadre de l'observation de la consultation :

- respect de l'anonymat et de la confidentialité des échanges entre le médecin et le salarié
- observation centrée sur la pratique du médecin et non sur les comportements du salarié (recueil de faits sans jugement et sans opinion)
- présence discrète du chercheur dans la salle de consultation
- possibilité d'aménager le temps de présence du chercheur
- restitution et validation de l'observation par le médecin observé.
- traitement des données sous forme globale sur la base de monographie anonymisée de pratique individuelle ou collective du médecin du travail (les situations de consultation ne seront pas restituées dans leur intégralité dans le rapport. Les résultats présentés respecteront le secret médical et professionnel des médecins du travail.)
- les salariés observés dans le cadre de la consultation ne seront pas observés lors du suivi des médecins du travail en visite en entreprise

Merci de votre participation.

L'équipe de recherche

Geneviève Baril-Gingras, Marie Bellemare, Sandrine Caroly, Karine Chassaing, Céline Cholez, Fabien Coutarel, François Daniellou, Philippe Davezies, Alain Garrigou, Aurélie Landry, Yohann Petit, Nadine Poussin.

Guide d'entretien

Préambule

Les objectifs des entretiens avec les médecins du travail sont multiples :

- Identifier des éléments biographiques permettant de saisir les processus de construction du parcours professionnel du médecin du travail et en particulier par rapport aux T.M.S.
- Comprendre l'organisation concrète de son activité (mise en œuvre du tiers temps, organisation des consultations, part de la vie de service, etc.)
- Faire raconter des situations concrètes de pratique professionnelle (en entreprise, en consultation, en réunions pluridisciplinaire ou en collectifs de médecins)
- Repérer des contraintes et des leviers à l'action.

Les représentations seront recueillies à partir des récits de pratiques les plus détaillés possibles.

Dans l'approche sociologique, plusieurs entretiens seront réalisés avec les médecins sur différents thèmes.

Entretien 1 « premiers éléments » : parcours professionnel, modèle des T.M.S., types d'entreprises investiguées, leviers et freins sur des exemples de situations vécues, Fonctionnement du service de santé, premiers éléments de pluridisciplinarité

Entretien 2 « Jeux d'acteurs en entreprise » à partir d'un cas ou deux d'entreprises, monographie des actions du médecin et des autres acteurs, de ce qu'il perçoit de la situation, de ses marges de manoeuvres. Possibilité de diviser en 2 temps avec terrain en entreprise (observations avec le médecin et entretiens avec acteurs de l'entreprise)

Entretien 3 « pluridisciplinarité » : à partir de cas concrets de situations de réponse pluridisciplinaire, échanges sur les outils mobilisés

Pour les autres chercheurs, un entretien sera réalisé en explorant ces différents thèmes tels que présentés dans le guide d'entretien ci-dessous.

Thèmes

- le parcours professionnel :

Quel parcours du médecin, de formation... ?

Choix de la médecine, orientation vers la médecine du travail

Types de cours suivis et retenus.

Modèles d'actions

- Modèle étiologique des TMS

Comment en a-t-il entendu parler ? Ses lectures, formation ou congrès ? Quelle est sa perception des causes de TMS ? Comment envisage-t-il son rôle, ses actions (réparation/prévention) ? Quelle est sa première « rencontre » avec les TMS dans un suivi de salariés (quelle entreprise, quelles actions mises en place, comment cela s'est passé)

- La pratique du médecin du travail

Organisation concrète de son temps de travail

Consultations : Faire décrire précisément une consultation d'une personne atteinte de TMS. Quelle différence par rapport autres consultations ?

Tiers-temps : comment est-il occupé ? objectifs que se donne le médecin ?

Visites en entreprises : quel rythme ? à quels moments ? quels objectifs ? Qu'y fait-il ?

Quelle démarche ? Quels outils ?

1 Cas de réussite, 1 cas d'échec (en quoi est-ce un échec pour le médecin ? et une réussite ?)

- La santé du médecin et l'activité empêchée pour prévenir efficacement les TMS

A quelles situations de travail correspondent l'activité empêchée ?

Contraintes

Quels moyens d'action (dans le service, dans l'équipe de médecins, dans l'entreprise) ?

Conflits de buts

Sens du travail et valeurs personnelles et professionnelles

Stratégies de préservation de soi

- Actions dans l'entreprise

Prendre un ou deux cas d'entreprises (une où les projets sont possibles, une avec problèmes d'action du médecin).

Quel positionnement dans l'entreprise ? (Ancienneté de ses liens avec l'entreprise. Relations avec les salariés (confiance, méfiance, etc.). Est-il consulté et à quelles occasions ? Est-il associé à la conduite de projet ?)

Comment a-t-il constitué le diagnostic TMS sur cette entreprise ? Quel est-il ?

Comment et à qui l'a-t-il présenté ? Comment a-t-il construit un premier intérêt sur les TMS ? de quels acteurs ? Pourquoi ces choix ?

Que perçoit-il des relations entre les différents acteurs décisionnaires de l'entreprise ? des marges de manœuvre de ces acteurs ?

Quelles marges de manœuvre perçoit-il pour lui ? Est-ce qu'elles ont évolué ?

Quelle stratégie a-t-il développé ? Pourquoi ? Quelles sont les alliances qu'il a nouées ?

Comment a évolué l'intérêt des acteurs ? A-t-il soulevé des oppositions ? (de quel ordre ?) S'est-il trouvé en conflit ? Avec qui ? Quelle stratégie pour les dépasser ?

Collaborations avec d'autres acteurs de la prévention internes ou externes à l'entreprise (infirmières, ergonomes, IPRP)

- Institution et contexte du service

Composition du service : Effectif ? Type de contrat ?

Fonctionnement du service : Mode de financement ? Poids du conseil d'administration ? Fonction et rôle du coordinateur ou du responsable du service (formation, pouvoir d'influence sur les actions individuelles et collectives des médecins du travail)

Culture d'entreprise : histoire du service, modèles de fonctionnement (familial, bureaucratique, participatif ?), personnages fondateurs ou anciens considérés comme éléments moteurs

Embauche d'un acteur de la prévention autre que médecin dans le service

Quelle est la vie du service ?

Quelle participation de médecin du travail à la vie du service ?

En quoi le service lui fournit des moyens et support à son action ?

- Le Collectif de travail - Niveau du service :

Est-il isolé ou en proximité avec ses collègues médecin ? A quel moment demande-t-il de l'aide ?

Quels sont les conseils échangés ?

Vie collective au sein du service (mises en communs de ressources et informations, conseils, réunions, décisions collectives)

Instruments collectifs de support à l'action individuelle et instruments de support à l'action collective.

Répartition des fonctions (sollicitations internes et externes / responsabilités sur des projets, coordination)

Temps et lieux d'échanges informels

- Niveau interservices (réseaux de médecins)

Participation à des réseaux de médecins ? Depuis quand ? Sur quels thèmes ? Pourquoi ?

En quoi ces réseaux font évoluer sa pratique professionnelle ?

- Pluridisciplinarité (entre acteurs de la prévention)

A quelles occasions le médecin du travail a-t-il ressenti le besoin de faire appel à un autre acteur de la prévention ?

Pourquoi ne l'a-t-il pas sollicité ?

Comment s'est organisée cette coopération ? (contrat, quel pilotage ? quel lien avec l'entreprise (délégation ?), quels échanges sur les problèmes et les stratégies à adopter ? Quelles évaluations pour chacun et pour l'entreprise de cette coopération ?

Si c'était à refaire...

A-t-il déjà fait appel au médecin conseil, à l'inspecteur, conseiller prévention ?

Est-il en relation avec le médecin traitant ?

La CDME est-elle active dans sa région ? Existe-t-il une cellule pluridisciplinaire ? Des liens avec la CRAM ? avec l'Agefiph ?

Personnels de prévention interne au service :

Débats et controverses lors de l'embauche, profil de poste souhaité et compétences retenues
Relation avec l'infirmière du service ? relation avec l'ergonome, IPRP ? Attentes du médecin et conditions de coopération et délégation (relations de pouvoir : liens de dépendance dans l'accès aux entreprises, dans la circulation des informations, dans la maîtrise d'expertise clé, dans la restitution aux salariés).

A-t-il dans son parcours été sensibilisé à d'autres approches ?

Tableau 1 : caractéristiques de la population des médecins qui a participé à la recherche

	Sexe	Age	Type de service	Ancienneté professionnelle	Ancienneté dans le service	Diplômes, parcours
D.1	femme	58 ans	interentreprises	32 ans		CES
D.2	femme		Interentreprise (batiment)	10 ans		Médecin généraliste
D.3	femme	56 ans	interentreprises	29 ans		DEST ergonomie DU psychodynamique
D.4.	femme	60 ans	interentreprise	27 ans	25 ans	DU ergonomie DU psychodynamique
D.5.	homme	56 ans	Interentreprise	7 ans	9 ans	Médecin généraliste CES
D.6	femme	59 ans	Interentreprise	26 ans	25 ans	CES
D.7	femme	58 ans	Interentreprise	31 ans	30 ans	CES
D.8	homme	57 ans	Autonome	30 ans	2 ans	
D.9	femme	53 ans	Interentreprise	22 ans	23 ans	
D.10	femme	35 ans	interentreprise	9 ans	9 ans	
D.11	femme	53 ans	interentreprise	22 ans	23 ans	
D.12	femme	37 ans	interentreprise	11 ans	10 ans	
D.13	femme		interentreprise	15 ans	7 ans	Médecin généraliste
D.14	femme		interentreprise	13 ans	10 ans	Médecin généraliste
D.15	femme		interentreprise	25 ans	25 ans	Médecin urgentiste
D.16	femme	49 ans	interentreprise	10 ans	9 ans	Médecin urgentiste
D.17	femme		interentreprise			
D.18	femme	53 ans	interentreprise	12 ans	2 ans	Médecine générale
D.19	femme	38 ans	interentreprise	10 ans	9 ans	
D.20	femme	55 ans	interentreprise			
D.21	femme	58 ans	interentreprise	20 ans	5 ans	Médecin de main d'œuvre
D.22	femme	36	Interentreprise	6 ans	1 an	

		ans				
D.23	homme		interentreprise	27 ans	25 ans	
D.24	femme	58 ans	interentreprise	32 ans	25 ans	
D.25	femme	40 ans	autonome	13 ans	7 ans	
D.26	Femme	50 ans	Interentreprise	8	8	Médecin urgentiste
D.27	Homme	51	interentreprise	15 ans	15 ans	Médecin urgentiste
D.28	Femme	56	Interentreprises	27 ans	25 ans	
D.29	Femme	49	Interentreprises	19 ans	20 ans	
D.30	Femme	56	Interentreprises	26 ans	18 ans	
D.31	Homme	39	Interentreprises	9 ans	4 ans	
D.32	Femme	55	FPT	4 ans	4 ans	Médecin généraliste
D.33	Femme	51	FPH	22	5	
D.34	Femme	54	Interentreprise	21	14	Médecin généraliste
D.35	Femme	55	Interentreprise	24	20	
D.36	Femme	49	Interentreprise	5	5	Médecin généraliste
D.37	Femme	59	Interentreprise	15	5	Ergonome
D.38	Homme	60	Autonome	27	27	
D.39	Femme	43	FPT	4	4	Médecin généraliste
D.40	Femme	41	FPH	11	4	
D.41	Femme	40	FPT	4	4	Médecin généraliste
D.42	femme	50 ans	Service de prévention spécialisé	5 ans	5 ans	CES Médecin scolaire
D.43	femme	55 ans	Service interentreprise	25 ans	25 ans	
D.44	femme	48 ans	autonome	19 ans	3 ans	

Annexe 19.

D.37										7
D.38										7
D.39										7
D.40										7
D.41										7
D.42	10									
D.43	10		1	3						
D.44					3					
Dr Québec équipe pluridis ciplinair e		1		2		13			1	
Groupe EPP				1						
Equipe pluridis ciplinaai re CHU				1						