

## LES DIFFICULTES D'EXERCICE DE LA MEDECINE DU TRAVAIL

### DU POINT DE VUE ETHIQUE



Exercer la médecine du travail c'est avant tout exercer la médecine. Cet exercice doit donc être conforme à la déontologie médicale. Celle-ci doit donc être la référence commune à l'éthique particulière de chaque médecin du travail. Or la déontologie médicale est centrée sur l'être humain dans ce qu'il a de singulier. Humaniste et respectueuse du libre arbitre elle prescrit une attitude attentive et ouverte qui garantit au patient disponibilité, écoute et compréhension. Le médecin du travail doit donc en tout premier lieu respecter ces principes qui relèvent de la conviction c'est-à-dire d'une démarche fondatrice et incontournable. Toutefois la médecine du travail s'exerce dans l'entreprise. D'autres priorités en particulier économiques s'y font jour. Ainsi les employeurs demandent souvent au médecin de tenir compte dans ses décisions des intérêts économiques de l'entreprise. Parfois même, des salariés en difficulté lui demandent de ne pas tenir compte d'éléments de leur santé dans la détermination de l'aptitude. L'attitude des médecins fait alors référence à leur responsabilité puisqu'ils doivent tenir compte à la fois pour l'entreprise et pour les salariés des conséquences de leurs décisions. Partagés entre les exigences de la santé individuelle et les priorités économiques, devant, avant tout, ne pas nuire à leur patient (*primum non nocere*), les médecins du travail sont parfois écartelés entre **conviction** et **responsabilité**. La décision d'aptitude devient de plus en plus difficile à établir. Leur métier n'a pas toujours été

facile mais actuellement l'écart entre rationalité de production et rationalité subjective n'étant plus tempérée par la rationalité sociale, il est devenu source de difficultés pour les médecins du travail.

Dans un certain nombre de cas leurs actions ne sont plus en mesure de maîtriser les risques qu'elles font courir aux femmes et aux hommes vis-à-vis de la santé et en même temps de respecter les objectifs économiques et techniques. Ils ne peuvent parfois pas savoir à l'avance sur la seule base de leurs connaissances scientifiques si leur décision sera bonne au regard de la santé de leurs patients. Doit-on pour autant s'abstenir d'agir ? Ne peut-on plutôt se référer à d'autres pistes qui puisse permettre de dépasser ce dilemme ? La **délibération** est une possibilité de solution. Délibérer c'est se préparer à décider; décider c'est déjà agir.

Deux possibilités sont alors offertes :

- La délibération peut d'abord, au besoin, se dérouler entre pairs, c'est-à-dire entre médecins du travail. Il s'agit alors de confronter les pratiques et d'élaborer des règles de métiers.
- La délibération doit aussi et surtout être collective. L'analyse de la demande traitée comme une délibération collective équitable est en mesure d'assurer les responsabilités des choix et les conséquences de ceux-ci sur la santé.

Afin de permettre cette délibération le médecin du travail doit éclairer tous les acteurs, dirigeants et salariés, sur la base de ses connaissances scientifiques

des réalités de l'entreprise. Cela relève d'un **devoir de témoignage** dans l'espace interne à l'entreprise.

### DES PATHOLOGIES "NOUVELLES" EN LIEN AVEC LA PRECARITE



L'organisation de travail présente aujourd'hui quatre caractéristiques :

- **La flexibilisation du temps de travail** qui conduit à la généralisation du temps partiel et des horaires atypiques, empêchant la régularité du rythme d'alternance travail/hors travail.
- **L'intensification du travail** qui est liée aux méthodes de gestion "à flux tendus" et à la volonté d'élimination de tout temps mort. Elle se double de l'introduction de nouvelles technologies destinées, non pas à aménager, améliorer le travail, diminuer sa pénibilité mais à remplacer le travail humain dans un but d'accroissement de la productivité.
- **La flexibilité interne aux entreprises** qui empêche les possibilités d'anticipation des salariés en terme d'itinéraire professionnel et de projet d'avenir personnel ou familial.
- **La menace omniprésente du licenciement individuel et collectif** qui sape les stratégies de résistances individuelles et collectives face à une détérioration des conditions de travail.

Tout ceci entraîne un effritement du droit des salariés, un éclatement des collectifs de travail et une fracture sociale et culturelle du syndicalisme en introduisant une discrimination entre salariés permanents du noyau stable de l'entreprise et

salariés temporaires des entreprises sous traitantes ; la précarisation touche tous les salariés y compris ceux des entreprises nationales à statut telles EDF et GDF.

Toutefois, les mécanismes dépendent souvent du type de contrat du salarié et de la nature de l'entreprise. On peut discerner tout d'abord un tronc commun de retentissement sur la santé. Soumis à une concurrence de tous les instants, les salariés quels qu'ils soient acceptent des charges de travail disproportionnées, des conditions de travail dégradées. La sécurité devient pénalisante quand le temps manque. D'où l'augmentation des accidents du travail, sommet émergé de l'iceberg des atteintes à la santé. L'inadéquation des tâches et des compétences renforce le phénomène. Plus le salarié augmente ses compétences en se surpassant, plus il lui est demandé. S'il ne récupère pas assez vite il risque l'éviction de l'entreprise. Ainsi l'âge et le handicap deviennent un critère fréquent d'exclusion ; une forte proportion des salariés titulaires d'un contrat emploi-solidarité sont ainsi des handicapés officiellement reconnus. Il ne s'agit plus de "faire" mais de "**paraître**" : paraître "performant", paraître "impliqué". Condamné au "moins disant", au sens propre, le salarié doit réprimer ses aspirations, ses revendications. En effet il est seul face aux pressions puisque collectifs et syndicats s'effritent ou ont disparu. Il n'a pas d'espoir d'amélioration. Il est confronté à des tâches pour lesquelles il manque de compétence et de moyens adaptés. Il ne peut attendre aucune aide de son encadrement lui-même en crise, ni du succès d'un hypothétique retour d'expérience de sa part qui lui ferait prendre des risques. L'affaiblissement des valeurs communes a rendu aléatoire la reconnaissance par les pairs.

Les stratégies défensives dans lesquelles le salarié se réfugie sont souvent dérisoires et peu efficaces sur sa souffrance. C'est souvent dans le silence qu'elle est vécue et ce silence douloureux se retourne contre les autres, les siens et parfois contre soi-même sous la forme d'affections psychosomatiques. Les femmes sont plus particulièrement visées par l'idéologie du "paraître" : leur aspect physique est parfois l'objet d'une particulière attention par exemple dans le secteur des services. Supposées assurer un complément aux ressources du ménage, elles sont souvent les premières licenciées, d'autant plus qu'elles occupent en majorité des emplois menacés (secrétariat et tâches administratives). Pour certains sous-traitants ou intérimaires, la seule manière d'avoir du travail consiste à se déplacer de chantier en chantier au gré de l'embauche. Ainsi se développe un nomadisme de mauvais aloi avec son cortège de déviances : alcoolisme, toxicomanie, jeu, prostitution. Il existe sans doute de multiples gradients d'atteinte à la santé en fonction du niveau de précarisation, par exemple entre un chômeur et un salarié du noyau stable. Mais où positionner dans l'échelle le salarié d'une entreprise sous traitante, le titulaire d'un contrat emploi-solidarité, l'intérimaire ? Car dans ce domaine de la santé existent des continents inexplorés : santé des salariés clandestins, des salariés des associations intermédiaires, des pseudo-artisans etc... Le type d'activité, la région d'emploi, l'âge, le sexe, la situation familiale, etc... apportent encore des nuances.

Comme en témoignent les statistiques d'accidents du travail, la sous-traitance du travail est surtout une sous-traitance des risques. Relégués à des tâches de stricte exécution, travaillant dans de plus mauvaises conditions que les salariés du noyau stable sans avoir les mêmes avantages, man-

quant d'information sur l'activité et les stratégies de travail, les salariés de la sous-traitance entretiennent avec ceux du noyau stable une relation ambivalente d'envie et d'inimitié. Souvent la tricherie leur permet de tenir les délais du contrat. Les salariés du noyau stable sont de plus en plus cantonnés à un rôle de contrôleurs ; ils sont de moins en moins en prise avec la réalité du terrain et gardent pour eux les indispensables tours de mains. Certains mécanismes deviennent réciproques entre salariés de la sous-traitance et ceux du noyau stable. Ainsi, dans cette situation, les salariés du noyau stable promus vérificateurs, développent des stratégies défensives de méfiance systématique. Ils alourdissent par conséquent la prescription, d'où de nouvelles tricheries de la part des sous-traitants et ainsi de suite... Le fossé s'élargit encore entre prescription et réalité. Chaque souffrance renforce et amplifie celle de l'autre et réciproquement.

Un autre exemple de retentissement réciproque peut être décrit pour les CES : L'obtention d'un contrat emploi-solidarité devrait bénéficier à un chômeur de longue durée non pas au plan financier puisque dans ce cas sa rémunération équivaut pratiquement à l'aide qu'il percevrait sans travailler mais par la "resocialisation" qu'elle devrait permettre. En fait ce salarié est floué à plusieurs titres ce qui rend la plupart des tentatives de "resocialisation" illusoire. Il est en effet fréquent que le salarié en CES soit employé à des tâches dévalorisées voire subalternes. Dans les cas où sa qualification est reconnue l'emploi est néanmoins à mi-temps et toujours payé au SMIG horaire ; il n'a aucun espoir de voir pérenniser son emploi ; il n'a pas accès aux avantages sociaux de l'entreprise quand ils existent. Ayant parfois des difficultés pour se nourrir correctement, on comprend que le statut des salariés de

l'entreprise puisse lui paraître enviable. Ces derniers, tout d'abord, font souvent preuve de compassion. Certains aussi ressentent la présence de ces nouveaux salariés comme une menace. Ils estiment que les salariés en CES dévalorisent le travail et permettent à l'employeur de procéder à des suppressions de postes. Le ton peut malheureusement monter rapidement entre les salariés en CES considérant ceux de l'entreprise comme des privilégiés et ceux-ci accusant les CES de permettre les restructurations. On a ainsi pu voir d'inadmissibles mouvements collectifs de rejet qu'il faut interpréter dans le contexte d'une psychopathologie du travail.

Pour les salariés du noyau stable la précarisation se développe dans un contexte de concurrence : concurrence extérieure (sous-traitance, intérim, CDD, travailleurs à contrat précaire) tout d'abord mais aussi concurrence interne : marché interne de l'emploi, mise au placard ou hors organigramme qui constituent un véritable chômage interne. Les compétences deviennent difficiles à constituer et à maintenir et ceci pour plusieurs raisons. La polyvalence ne permet pas d'approfondir chaque domaine, la contrainte temporelle, la concurrence entre les salariés qui entraîne une rétention des savoirs et des savoir-faire, mais aussi le recours à la sous-traitance extérieure qui entrave le maintien de l'expérience. Les modes d'organisation, les moyens de travail pâtissent de la coupure entre organisation et réalité de terrain, la pression qui en résulte est importante pour l'encadrement. Celui-ci se structure sur un mode défensif (psychologie péjorative vis-à-vis des subordonnés par exemple). Il est obligé d'accepter certains objectifs sans avoir les moyens de les réaliser et peut

répercuter la pression sur le niveau hiérarchique directement inférieur et ceci jusqu'aux exécutants. Dans ces différents contextes les conséquences pathologiques cliniques de la précarisation couvrent un très large éventail.

Celui-ci va de la sous-nutrition et de la plus grande sensibilité aux agents infectieux de certains contrats précaires, à toutes les formes de psychopathologie du travail en passant par l'augmentation en fréquence et en gravité des formes "classiques" de pathologie professionnelle.

### **UN EXERCICE ENTRAVE PAR LA PRECARISATION**



La médecine du travail a pour finalité à partir de la diversité des états de santé individuels et des observations portant sur la collectivité de travail de proposer à celle-ci des démarches de prévention. Dans le nouveau contexte, que désigne l'expression "collectivité de travail" si l'on considère l'intrication des phénomènes pathogènes engendrés par la précarisation entre les salariés de la sous traitance et ceux du noyau stable ? L'organisation qui prévalait jusqu'alors reposait sur la notion d'employeur unique avec un décideur clairement identifié et des structures syndicales recouvrant l'entité juridique ainsi définie. La médecine du travail était organisée selon le même découpage. A chaque médecin du travail correspondait un effectif déterminé et précisément défini. Or, actuellement les cadres juridiques "habituels" de l'organisation des entreprises ont été supprimés. Sous-traitance souvent en cascade, contrats courts, intérim ont pour corollaire l'inefficacité, l'inadéquation de pans entiers du droit du travail. Les médecins n'ont plus affaire à de véritables

interlocuteurs réellement en possibilité de décider. Les contre-pouvoirs syndicaux ont disparu. La citoyenneté et la dynamique sociale sont devenues inexistantes dans l'entreprise. Comment dans ce contexte défavorable les médecins du travail pourraient-ils sauvegarder la santé des salariés alors qu'ils n'ont même plus la visibilité de la totalité du processus de travail ?

En effet, il n'arrive pratiquement jamais que le même médecin assure la surveillance médicale des salariés de l'entreprise donneuse d'ordre et de ses principaux sous-traitants. Ce phénomène est également rarissime pour un même service interentreprise. Vont donc cohabiter sur un même lieu géographique (usine, atelier, chantier, bâtiment... ) des groupes de salariés parfois constitués de quelques individus, chacun suivi par un médecin du travail différent... quand existe un suivi médical du travail ! Plus la précarisation est forte plus le nombre de médecins se succédant dans le temps pour le suivi d'une même personne augmente. Devant cette situation dont les effets sont visibles à travers les différentes enquêtes sur les conditions de travail et les accidents du travail, les pouvoirs publics sont embarrassés. Des velléités de censure des données existent comme en témoigne la suppression du CERC (Centre d'étude des revenus et des coûts) : organisme chargé de recueillir des données statistiques entre autres sur l'état de l'emploi dont le dernier rapport estimait que 11,3 millions de salariés étaient en état de "fragilité" par rapport à leur emploi. Cet embarras se manifeste également par la promulgation de textes réglementaires sur la prévention des risques au travail pour les salariés de la sous-traitance.

*Alain COURTOIS*