

LES CAHIERS

S.M.T. N° 8

Association SANTE ET MEDECINE DU TRAVAIL

MAI 95 50 F

Parler des règles de métier : nos pratiques en médecine du travail

Sommaire :

●●●●●●●●

P. 2 : Editorial : L'humain est denrée périssable... la société aussi

**P. 5 : L' évolution du champ de la santé au travail en médecine du travail :
une typologie en quatre périodes**

Dominique HUEZ

P. 11 : Service de santé et médecine du travail

Alain CARRE / Alain COURTOIS

P. 21 : Médecine du travail et histoires des usages de la parole en consultation

Jocelyne MACHEFER

P. 28 : Violences silencieuses et règles de métier

Denise PARENT

P. 30 : Libéralisme économique et médecine du travail

Alain CARRE / Alain COURTOIS

P. 37 : Congrès Ass. SMT (17-18 décembre 94) ; compte-rendu des débats

Marie-Christine BOSQUILLON / Marie-France DELAPORTE

P. 43 : Modifier les pratiques en médecine du travail

Dominique HUEZ

P. 45 : Glossaire

P. 50 : Charte de l'Association Santé et Médecine du Travail

E D I T O R I A L
 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

L' HUMAIN EST DENREE PERISSABLE... LA SOCIETE AUSSI

Les fluctuations de cette fin de siècle et notamment la flexibilité, le flux tendu, s'accompagnent de contrats précarisés : contrats à durée déterminée, intérimaires, contrats emploi solidarité, stagiaires divers, associations intermédiaires, mais aussi temps partiel imposé, travail saisonnier... Autant de salariés devant se soumettre aux horaires décalés, aux urgences du soir ou /et du petit matin, ou du week-end. Ce principe atteint désormais les contrats à durée indéterminée. Chacun doit accepter, si besoin, de se nomadiser d'un site à l'autre, accepter la polyvalence, vécue parfois comme humiliation, quand elle est simple interchangeabilité.

Dans cette situation mouvante, instable, vouloir effectuer un suivi longitudinal sérieux d'un salarié changeant en permanence d'entreprise, de poste, de risque, devient un pari irréalisable. D'autant qu'il change aussi de médecin du travail. Au mieux, si l'on n'y prend garde, les salariés précaires auront-ils un examen médical annuel, un "Bilan de santé", sans lien avec la recherche de relations santé/travail.

Sans un sursaut de vigilance, et sans un changement rapide de nos pratiques, nous aboutirons à la méconnaissance des risques et des expositions, des postes et des activités... Définir une aptitude, monter une enquête épidémiologique, conseiller en matière d'amélioration des conditions de travail est devenu, aujourd'hui une tâche complexe, voire un projet irréaliste... au mieux, un coup d'épée dans l'eau.

Paradoxalement, cette fin de siècle qui se veut scientifique, technique est aussi phallicisation de la pensée. L'ambiance de conquête, de rêve de maîtrise absolue, de toute puissance, nie la différence entre organisation prescrite et organisation informelle, entre la tâche prescrite et l'activité réelle encombrée de ses incertitudes, aléas, imperfections- (Bref ! ce qui résiste, c'est à dire ce qui définit le travail, est nié).

Dans cette guerre économique où la concurrence est sans merci, l'objectif semble bien encore et toujours la guerre. Les femmes sont au front, pour cette guerre-ci, malgré elles, et en première ligne en matière de précarité. Nulle part nous ne voyons poindre de projet de paix... que ça finisse ! que ça s'arrête ! Dans l'entreprise la main d'œuvre est soumise à l'intensification du travail et ses contraintes. On est dans le domaine de l'action, de l'urgence, de la course contre la montre, avec ce slogan " encore plus, encore plus vite" .

Ceux qui ne peuvent pas suivre sont laissés sur la touche. Ils se sont souvent surpassés en horaires (chauffeurs PL), en charge physique (manutentionnaires), en cadence et stress sur chaîne (le tableau 57 le montre), en activité cognitive complexe (cadres), etc... Ils ont laissé une part d'eux-mêmes au travail, gommé leur désirs, leur imaginaire, voire leur personnalité pour adhérer à l'objectif commun encouragé à l'extrême, voire pour adhérer à la culture d'entreprise en y laissant leur âme. Leur

vie privée est restée au vestiaire. Mais ça finit mal... face au choix insoutenable entre garder le travail ou la santé.

Le médecin du travail est impuissant à changer le cours des choses : Son rôle, défini par la loi de 46, "exclusivement préventif, visant à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail", voudrait pourtant qu'il transforme les conditions de travail ; la réalité est toute autre. Et la logique de l'employeur, de plus en plus, voudrait nous conduire à signer des fiches d'inaptitude, à nous inscrire dans la logique de l'exclusion des plus faibles (ou des plus affaiblis) face aux contraintes croissantes. Les ressources humaines, denrées périssables, deviennent banalement interchangeables. Ce qui nous conduit à dire, de façon abrupte, parce que c'est insoutenable, qu'il faudrait signer des fiches "d'inaptitude des re-buts... à la corvéabilité".

Car il s'agit de produire, de plus en plus, en respectant les procédures imposées ; et si les objectifs sont clairement énoncés, les moyens ne sont pas toujours à disposition pour y arriver. Nos visites médicales systématiques s'enrichissent de plus en plus de consultations spontanées où s'énoncent les problèmes dus souvent à l'organisation du travail. On y recueille aussi la plainte, la souffrance, tantôt physique, tantôt psychique, la peur (du chômage, du licenciement) qui engendre le silence ; la colère, la honte. On y rencontre le largage d'un silence trop pesant, les dénis de réalité et leur rupture, débouchant sur la difficulté à faire face, l'épuisement, l'interrogation face à l'absurde. Le besoin de parole grandit, comme pour compenser le manque d'espace de discussion en entreprise. Il s'accompagne parfois du sceau de la confidentialité, empêchant d'aller plus loin. Nous sommes, en partage avec tous ces acteurs pris au piège, face à un obstacle infranchissable !

*Or, la psychodynamique du travail nous apprend le rôle essentiel du travail dans la dynamique du maintien de l'identité et de la construction de la santé au travers du processus de reconnaissance... quand l'Homme, dans la société, occupe sa place en travaillant, donne du sens à sa vie en étant utile, se construit dans le travail en se socialisant. Nous avons fait l'hypothèse, il y a peu de temps, d'un retentissement rapide du modèle économique actuel sur notre société qui risque d'y perdre ses repères quand l'humain y perdra son identité. Les analyses sociologiques récentes nous donnent malheureusement raison. Nous allons vers une société à deux vitesses : d'un côté les précaires, à disposition du marché de l'emploi, en attente ; de l'autre une population de marginaux sans espoir de réadaptation, de "re-socialisation" possible. Alcool, drogue, montée de fanatismes religieux sont déjà là. Mais dans la logique actuelle, le médecin du travail, mettant en avant l'éthique professionnelle et dénonçant ce processus de dégradation du champ social, n'est qu'un **TEMOIN GENANT**. On comprend alors qu'il faille supprimer le métier.*

Nous en sommes aux premières étapes :

- *A la fin des années 80, le Certificat d'Etudes Spéciales de médecine du travail permettait de former plusieurs centaines de Médecins du travail par an. Il a été remplacé par un système d'internat qualifiant qui restreint le nombre à une trentaine de praticiens par an, complété par le Concours Européen, qui*

permet la formation de moins d'une centaine de médecins du travail par an. Comme si cela ne suffisait pas, un récent arrêté vient de supprimer le "Concours Européen", ce qui tarit définitivement la source de formation des Médecins du travail.

- *le CNPF propose le passage du 1/3 temps au 1/4 temps; or nous savons qu'en interentreprises, nous en sommes à peine au 1/4 temps, du fait des effectifs trop importants à surveiller. Et comme par hasard, le CNPF propose parallèlement au 1/4 temps, l'augmentation des effectifs... autant dire que le CNPF isole le médecin du travail dans son cabinet médical ; le regard sur les conditions de travail n'en sera que plus difficile...*

Que faut-il attendre des pouvoirs publics ? Le congrès international de santé au travail de NICE en 1993, ne fut-il pas honoré de la présence du Ministre de la Santé, et non de celle du Ministre du Travail ! N'y a-t-il pas proposé, en séance inaugurale, de charger le médecin du travail du dépistage du cancer du sein ? D'autres instances suggèrent que tabagisme et toxicomanie soient l'objet de campagnes de prévention en milieu de travail... Tout ceci ne pourrait se faire, dans le contexte actuel, qu'au détriment des tâches de prévention spécifiques des risques du travail.

Les Pouvoirs PUBLICS s'aveugleront-ils longtemps ? Nieront-ils que le problème SANTE / TRAVAIL est aussi un problème de SANTE PUBLIQUE.

La fin de siècle s'apparente à une spirale happant inexorablement vers le bas tout le champ social. Mais l'économie ultralibérale et internationalisée, conjuguée à la toute puissance de la rationalité technique et scientifique peuvent-ils encore s'appeler "progrès", quand ils s'inscrivent dans une logique de profit laissant le progrès social sur la touche, quand l'Humain est traité comme une ressource, une denrée, quand le terme de travail est euphémisé, quand avoir un emploi est devenu faveur ?

Le système qui se met en place depuis une dizaine d'années est mûrement réfléchi, calculé. L'éclatement de l'entreprise en multiples sous-traitants ultra spécialisés, taylorisés, le fonctionnement en réseaux complexes, conduisent à un rapport de force inégal entre donneurs d'ordres et sous-traitants (sous-traitants : des risques professionnels aussi...). Donneurs d'ordre, appelés souvent "clients", mais qui imposent leurs prix, leurs procédures, qui s'octroient des droits de regard jusque dans la gestion des sous-traitants, sur la moyenne d'âge de leur personnel, leurs courbes d'absentéisme.

De même, la flexibilité, associée au flux tendu est l'outil programmé, normalisé, banalisé du système.

La Précarité, l'exclusion en sont autant de clés ; s'est-on posé la question du coût en termes de santé publique ?

Peut-on imaginer un sursaut des pouvoirs publics, qui par un recentrage de l'économique, empêcheraient le largage du social ? Sinon, on ne voit pas bien pourquoi et comment serait maintenu le métier de Médecin du Travail.

S.M.T

L' EVOLUTION DU CHAMP DE LA SANTE AU TRAVAIL EN MEDECINE DU TRAVAIL : UNE TYPOLOGIE EN QUATRE PERIODES

L'évolution de la médecine du travail depuis 1946 nous paraît illustrative de l'évolution de la prise en compte de la problématique santé-travail tant dans les entreprises que dans la société. Cette évolution est bien évidemment dépendante à la fois de l'évolution des conditions de travail dans les entreprises que de l'évolution des connaissances scientifiques qui ne sont pas sans rapport avec ces dernières. Pour les besoins de cet article, nous ferons une typologie en quatre périodes, typologie bien évidemment simplificatrice tant il est vrai que la réalité est plus complexe.

PREMIERE PERIODE : 1946-1960 ; UNE PREMIERE APPROCHE DE SANTE PUBLIQUE A TRAVERS UNE PREVENTION MEDICALE TERTIAIRE

La médecine du travail se développe dans l'immédiat après-guerre puisqu'elle est née en 1946. C'est l'époque du "retrouvez vos manches" ! Il s'agit d'accompagner la santé des travailleurs pour permettre la relance d'une économie dévastée. Comment faire alors pour que chaque travailleur ne soit pas un danger pour son entourage (les maladies infectieuses), pour lui même du fait particulièrement de possible abus d'alcool, et pour qu'il ne continue pas à être exposé à des nuisances professionnelles excessives si sa santé est déjà clairement altérée par celles-ci.

C'est la période de la prévention médicale tertiaire, la vision de la prévention de la nation rejoignant celle de l'entreprise ; en ce sens on peut parler d'une approche santé publique. Les facteurs de santé reconnus comme néfastes sont ceux qui entraînent des effets importants à court terme ou sont très invalidants à court-moyen terme. Les repères nosologiques sont les tableaux de maladies professionnelles qui progressivement vont réparer les formes évoluées de celles-ci. Financée exclusivement par les employeurs, la

médecine du travail est gérée par ceux-ci mais avec un contrôle des représentants des salariés, ou gérée de façon paritaire dans un petit nombre de cas, le médecin du travail devant rendre compte de son activité aux partenaires sociaux.

La bonne santé a alors pour acception l'absence de maladie invalidante. Issue de l'héritage social qui a présidé à la naissance de la médecine du travail, les restrictions médicales d'aptitude ont alors pour objet de protéger la santé des salariés atteints par un processus morbide important.

L'accidentabilité au travail est une préoccupation importante, prioritaire pour le médecin du travail à travers la mise en place d'infirmerie du travail pour assurer les premiers secours, et point de départ d'une prévention technique où souvent tout est à faire. Versant professionnel, il s'agit de dépister les affections professionnelles très invalidantes comme la silicose ou le saturnisme avéré, versant santé publique hors d'une acception incluant la santé professionnelle, il s'agit de

dépister les tuberculoses (à cette époque, l'image de la médecine du travail était la radioscopie) ; on connaît d'ailleurs le rapport entre le développement de cette affection et les mauvaises conditions de travail ou de vie.

La médecine du travail s'exerce quasi ex-

clusivement à travers des visites d'aptitude au cabinet médical, et son objet est de limiter les atteintes à la santé importantes, dans un environnement de travail plus ou moins hostile et pour lequel les possibilités d'amélioration en terme de prévention ne se dégagent que très progressivement.

DEUXIEME PERIODE : 1960-1975 ; SUR LES LIEUX DE TRAVAIL UNE PREVENTION NORMATIVE, ET UNE PREVENTION MEDICALE SECONDAIRE.

Une fois l'économie redémarrée, va se développer progressivement un taylorisme flamboyant dans l'industrie ; c'est dans celle-ci qu'on pense alors être localisés les principaux problèmes de santé au travail. La conception des postes, des espaces et des lieux de travail réfère à cette idéologie ; la conception de l'homme moyen à la base de la normalisation en est issue.

La référence préventive sur les lieux de travail est alors pour le médecin du travail, l'ingénieur de sécurité hygiéniste. Les conditions de travail nuisibles pour la santé sont les facteurs de risque mesurables pour lesquels la normalisation semble un bon outil de prévention. Cette approche s'est développée en parallèle à celle employée pour les matériels techniques dans la prévention des accidents du travail. Les facteurs de risque physiques se prêtent bien à un mode de prévention fondé sur la mesure : éclairage, bruit, vibrations, charges, rayonnements, etc... pour lesquels seront progressivement édictées des références tendant à limiter les nuisances engendrées. Pendant toute cette période il n'existera généralement pas de politique identique visant l'exposition aux agents toxiques, les mesures atmosphériques effectuées devant se référer aux normes étrangères, la France ne disposant de normes, la plupart du temps indicatives, qu'à partir de 1982...

L'approche par facteurs de risque devient progressivement toute puissante, ceux-ci étant envisagés indépendamment les uns des autres. Si la normalisation et les moyens de l'entreprise le permettent, sera développée

la prévention collective qui est ici plutôt du domaine de l'ingénieur de sécurité ; ce sont principalement les connaissances scientifiques issues de la physiologie du travail qui sont à la base de la normalisation. Le médecin du travail excellera quant à lui du côté de la prévention individuelle par le développement de l'éducation sanitaire, et particulièrement par celui du port de protections individuelles contre les nuisances. L'aspect contraignant de ces dernières n'est généralement pas mis en rapport par le médecin du travail avec l'astreinte qu'elles entraînent, car il s'agit de protéger le salarié à tout prix. Leur non-port peut même entraîner de la part de certains médecins comme dans le cas des protections auditives chez les sujets présentant une altération minimale de l'audition, une restriction d'aptitude. Il s'agit bien d'une démarche de prévention prescriptive.

C'est dans la fin des années soixante que les médecins du travail sortent de leur cabinet médical, pour consacrer le tiers de leur temps professionnel à la prévention des mauvaises conditions de travail. Ce tiers temps sera rendu obligatoire en 1979.

En parallèle d'une approche préventive normalisée sur les lieux de travail, se développe dans un certain nombre de cabinets médicaux une approche par profil d'aptitude, les contraintes de poste inventoriées et mesurées ayant leur pendant en matière de critères d'aptitude nécessaire. Dans ce système, l'aptitude médicale se transforme de fait en un système de sélection des salariés particulièrement "adaptés" à un ou plusieurs types

de contrainte.

Ici, la conception du travail qui fait référence est un mal subi nécessaire devant lesquels les hommes sont plus ou moins impuissants. La santé au travail n'est plus seulement l'absence de maladies professionnelles invalidantes, mais elle inclut progressivement la prévention des affections chroniques. La pratique médicale passe de la prévention tertiaire à la prévention secondaire à travers le dépistage plus ou moins précoce de processus morbides. Pour cette prévention secondaire, on commence à employer des moyens techniques nouveaux : audiométries, spirométries, qui font pendant à l'emploi d'appareils de mesure de facteurs de risque physique : sonométrie, métrologie des poussières, etc...

Le lieu de construction d'une dynamique de prévention est maintenant l'entreprise ; celle-ci est accompagnée par le développement du droit du travail spécialisé en ce domaine, celui-ci référant au modèle de l'emploi stable alors très majoritairement présent puisque c'est encore la période des trente glorieuses. Les acteurs de prévention spécialisés voient se développer leurs prérogatives: ainsi au-delà des médecins du tra-

vail, les ingénieurs des services prévention des CRAM, les inspecteurs du travail, et les comités d'hygiène et de sécurité .

La prévention se construit dans l'entreprise en référence au normalisé et au réglementé. La circulation des informations concernant les risques du travail s'organise progressivement dans l'entreprise : éléments du bilan social, du rapport annuel du médecin du travail, déclarations obligatoires de risques susceptibles d'entraîner des maladies professionnelles à la CPAM. Le cœur de la dynamique préventive en matière de santé au travail est ainsi situé à l'intérieur de l'entreprise, conçue comme une entité juridique privée, autonome, et isolée, couverte par le secret en tout ce qui la concerne, ce qui est à la base de la sortie du champ santé-travail de la santé publique, cette scission étant matérialisée par la tutelle de deux ministères différents. Cela a bien évidemment des répercussions négatives sur la recherche en matière de santé au travail, mais ne semble pas poser de problèmes notables dans le champ social, puisque le moteur des transformations positives en matière de conditions de travail est bien souvent en rapport avec les luttes sociales dont la réglementation capitalise les avancées.

TROISIEME PERIODE : 1975-1985 ; LA FAILLITE DU MODELE DE L'HOMME ISSU DU TAYLORISME COMME OPERATEUR DE PREVENTION.

Les années soixante-dix ont vu une forte remise en cause du système d'organisation du travail taylorien. Les ouvriers spécialisés, exclus de toute activité de conception et condamnés à un travail de plus en plus morcelé et parcellisé à l'excès remettent brutalement en cause leur statut et la santé qui en découle ; en témoignent de nombreux mouvements sociaux sur ce thème à cette époque. Ainsi, on peut être en mauvaise santé et exclus de certains postes de production parce qu'on est trop vieux à trente ans du fait des exigences de la tâche ! La délivrance d'aptitude médicale au travail peut alors être ambivalente : en dehors des

situations où elle est sciemment utilisée comme un moyen d'ajuster l'homme à un travail, certains médecins dans de grandes entreprises aux contraintes organisationnelles multiples mais diverses peuvent jouer sur celles-ci pour "limiter les dégâts", mais dans d'autres situations où les effets sur la santé sont beaucoup plus univoques, ils se trouvent devant le dilemme de respecter ou le droit au travail, ou le droit à la santé, ce qui est une injonction paradoxale quand on sait que ces droits sont en réalité interdépendants.

Les apports de l'école d'ergonomie de langue française représentée par A. Wisner,

vont avoir un poids déterminant dans le renouvellement de l'appréhension des questions santé-travail. Est ainsi faite la distinction fondamentale entre travail prescrit par les concepteurs, et travail réel où les opérateurs engagent et construisent leurs savoir-faire. Les recherches ergonomiques démontrent alors que même dans les tâches les plus déqualifiées et taylorisées, il y a des activités de conception invisibles. C'est un autre regard sur le travail qui se construit montrant comment les facteurs de contraintes externes aux opérateurs et les facteurs internes à ceux-ci sont étroitement intriqués, l'aboutissement de ces interrelations spécifiques étant l'activité de travail elle-même de chaque opérateur. La nécessité apparaît alors de prendre en compte "l'activité" de travail des opérateurs dans tout projet de transformation des conditions de travail pour ne pas accroître le poids des contraintes et appuyer les propositions de transformation sur une réalité tangible.

Pour un certain nombre de médecins du travail, l'activité de tiers temps prend de plus en plus d'importance, car pour ceux-ci se situe ici le cœur du processus de prévention primaire. La démarche ergonomique d'analyse de l'activité de travail sur les lieux de travail qui peut déboucher sur des recommandations de transformation représente un modèle, car la clinique médicale est perçue comme cantonnée à la prévention secondaire, même si certains y voient un début de mise en évidence de l'activité réelle de travail à travers le dialogue avec les opérateurs. L'organisation du travail est ainsi repérée comme étant un des principaux facteurs pathogènes pour la santé. Les comités d'hygiène et de sécurité voient s'adjoindre à leurs prérogatives le champ des conditions de travail dans la dynamique des lois Auroux en 1982, ce qui donne un cadre paritaire à l'appréhension des rapports santé-organisation du travail.

Les processus de transformation des situations de travail initiés par les ergonomes reposent sur l'hypothèse qu'un consensus

peut naître dans l'entreprise entre les différents acteurs pour concilier objectifs de productivité et de santé. Pourtant beaucoup de médecins du travail hésitent à franchir le pas d'une démarche de conception, où ils porteraient socialement le contenu des bonnes transformations au nom de leurs connaissances scientifiques, car ils sentent que ne sont pas pris en compte tous les besoins de santé des opérateurs ; à ne pas préserver le point de vue exclusif de la santé d'où ils parlent, ils risquent d'y perdre leur crédibilité. Il est vrai aussi que les contraintes de moyens et de temps auxquels ils sont en butte ne leur permettent pas de se déployer sur ce terrain. Il faut d'ailleurs remarquer que cette démarche s'est plutôt développée dans les grandes entreprises et dans certaines entreprises pilotes, et que nombre de médecins du travail exercent déjà dans des entreprises aux marges de manœuvres très étroites du fait de leurs créneaux de production, ou de leur place dans le process industriel.

La problématique de l'analyse de la "demande" de transformation des conditions de travail modélisée par les ergonomes aura une influence déterminante par rapport à l'approche normalisatrice de la prévention. C'est à la prise en compte des problèmes d'enchevêtrement des contraintes de travail et à l'identification des questions d'organisation du travail sous jacentes que vont s'atteler certains médecins du travail, qui commencent à sortir alors de l'approche prescriptive.

À côté de ce nouveau champ encore balbutiant, les progrès des connaissances interpellent les pratiques des médecins du travail. Y contribuent un développement de l'épidémiologie des risques professionnels. Le modèle unicausal prend eau, et c'est plus une conception polyfactorielle de la genèse des atteintes à la santé au travail qui semble généralement pertinente. Ce point de vue fait découvrir le rôle des mauvaises conditions de travail dans des pathologies pour lesquelles on n'envisageait pas leur responsabilité : il en est ainsi des pathologies

d'hypersollicitation articulaire (les TMS), des cancers professionnels, des troubles de la reproduction. Remarquons en tous ces domaines la particulière résistance française par rapport aux pays anglo-saxons et nordiques à prendre en compte et développer ces connaissances. Les différentes catégories sociales nous apparaissent alors inégales devant la mort à travers les études de l'INSEE (G. Desplanques 1984). C'est aussi dans cette période (1978) que le ministère du travail réalise la première enquête nationale sur les conditions de travail (S. Volkoff, A.F. Molinié) permettant d'avoir une première cartographie des nuisances au travail.

La notion de la santé de l'OMS comme état de complet bien être physique, psychique et social supplante progressivement celle d'absence de maladie, de silence des organes, et la notion de travail est revisitée par les apports de l'ergonomie sur l'activité de travail réel.

Les nouvelles technologies, les nouvelles formes d'organisation du travail, le développement de la taylorisation dans de nouveaux secteurs, le début des restructuration des entreprises sous la poussée du développement déjà de la crise économique ne sont pas sans répercussion sur le développement de dynamiques de prévention internes aux entreprises. Un certain nombre de secteurs frappés durement par la crise en sont déjà exclus.

Du point de vue de la clinique médicale, la description de leurs conditions réelles

de travail effectuées par les opérateurs à l'occasion des entretiens cliniques systématiques apparaissent à certains médecins du travail comme essentielle pour pouvoir hiérarchiser les déterminants de santé qui pèsent sur eux. Cette démarche n'est pas sans répercussion sur la façon d'aborder les problèmes de toxicologie (ergotoxicologie), et sur le regard porté sur les protections individuelles du point de vue de leurs astreintes pour les travailleurs. C'est d'ailleurs parce que le suivi clinique est systématique et que la prise en compte des problèmes de santé est globale, au sens de non limitée aux pathologies avérées et connues, mais abordant l'infrapathologie, et comme on le verra plus loin, commençant à percevoir la souffrance et investigant les contraintes organisationnelles qui peuvent être une entrave à la santé, que la clinique médicale du travail est déjà repérée par certains comme pouvant jouer un rôle essentiel en prévention primaire. En matière de prévention, la dynamique de mise en œuvre d'une politique de prévention dépend de la volonté et des possibilités des employeurs, et de la "demande sociale" interne à l'entreprise. Pour que l'action du médecin du travail soit efficace, il se doit d'être à l'écoute de celle-ci et de rendre les résultats de ses observations à l'ensemble de partenaires de l'entreprise comme le lui indique la réglementation. Plus que des recommandations de transformation pertinentes, c'est à un déplacement des représentations et point de vue que tient l'efficacité d'une démarche médicale préventive.

QUATRIEME PERIODE : DEPUIS 1985 ; L'APPREHENSION DU SUJET SOUFFRANT ET LA NECESSITE DE REINTRODUIRE L'APPROCHE SANTE-TRAVAIL EN SANTE PUBLIQUE.

Au début de cette période, la crise économique a pris une importance considérable depuis déjà dix ans. Pour être viables, les entreprises se devraient donc d'être flexibles. Les contraintes temporelles de travail spécifiques par leur répétitivité et leurs butées temporelles courtes à l'époque du taylorisme flamboyant "s'enrichissent" d'horaires anormaux, atypiques, de très fortes amplitudes horaires. Pour un travail parfois de plus en plus court, c'est une fraction de la vie personnelle de plus en plus importante qui est assujettie ; c'est le règne en maître de "l'urgence productive" (A. Thébaud-Mony). On voit se distinguer deux populations : celle qui est surchargée de travail, ce processus semblant sans limite, au point un jour d'en justifier l'exclusion pour insuffisance de performance, et celle qui est exclue de tout travail, ou bien sans l'avoir jamais connu, ou bien après avoir été "vidée de toute substance" par celui-ci.

Si le taylorisme n'est pas mort et envahit de nouveaux secteurs comme le tertiaire (en témoigne le développement des troubles musculo-squelettiques), se développe une autre conception de l'organisation du travail, "l'autonomie contrôlée" (B. Appay), où seul le résultat est prescrit, le salarié se prescrivant à lui-même ses propres contraintes dans le cadre de marges de manœuvre trop souvent aussi rigides que des rails de chemin de fer condamnés à ne jamais diverger de la direction assignée. La délégation de prescription des contraintes de travail sur les travailleurs sous-traitants est une stratégie complémentaire des entreprises. En effet celles-ci réduisent au maximum leur noyau stable dans le cadre d'une stratégie internationale qui apparaît comme une injonction sans alternative, en un mouvement d'externalisation sans fin du travail concret et des contraintes organisationnelles liées aux impératifs de flexibilité, de risques professionnels et de

coût du travail humain. De fait, les populations les plus touchées par les contraintes d'organisation du travail sortent des lieux où pouvaient se développer encore une dynamique de transformation des conditions de travail favorables à leur santé. Ce mouvement d'éclatement, d'atomisation des collectifs de travail est celui de l'effondrement du droit du travail dont le socle reposait sur l'emploi stable, malgré le développement en parallèle de multiples textes réglementaires destinés aux professionnels de la prévention, dont le rôle est trop souvent un alibi social tant leur mise en œuvre est difficile ; il est aussi celui du développement des diverses variétés d'emplois atypiques qu'il faudrait maintenant présenter comme la nouvelle norme. Sur l'envers du travail, où sont concentrés contraintes, risques et précarités, disparaissent les possibilités d'améliorer la santé au travail. Dans ces secteurs, l'aptitude médicale au travail a perdu toute signification, puisque la moindre restriction d'aptitude dans un objectif de sauvegarde de la santé risque d'entraîner la perte de l'emploi avec une très forte probabilité .

Depuis les années cinquante, un certain nombre de médecins confrontés entre autres aux effets du taylorisme sur la sphère mentale étaient à la recherche de maladies mentales professionnelles spécifiques (Le Guillant, Bégouin...). Cette recherche s'est progressivement trouvée dans une impasse jusqu'au renouvellement de ses perspectives au début des années quatre-vingt par C. Dejours, qui s'intéresse alors à la souffrance psychique en rapport avec l'organisation du travail, et aux procédures défensives pour s'en défendre avant qu'une minorité de salariés ne bascule dans des maladies psychosomatiques ou des décompensations psychiatriques. Il réinterroge une normalité énigmatique et explore la centralité du travail du point de vue de l'actuel de l'équilibre mental.

L'impact de cette nouvelle approche de psychodynamique du travail sera progressivement déterminante en santé au travail et pour les pratiques des médecins du travail. En effet, en s'appuyant sur les avancées de l'ergonomie dans l'appréhension du travail, au-delà de l'opérateur des ergonomes dont l'exploration s'arrête avec les apports de la psychologie cognitive, il réhabilite le sujet issu de la psychanalyse, mais dans l'actuel et déterminant du travail d'aujourd'hui. Cette nouvelle approche permet de commencer à "rationaliser" une clinique médicale du travail fondée sur l'écoute de la souffrance et l'élucidation de procédures défensives collectives ou individuelles, qui au-delà d'une éthique de la compassion, jette les bases d'une éthique du témoignage sur ce que le médecin du travail entend secrètement dans le cabinet médical, dont il souffrait antérieurement quand il ne se protégeait pas de cette écoute, mais dont il ne savait que faire, hors d'un accompagnement compatissant, dans une perspective de prévention.

Les questions posées pour la santé en rapport avec les effets négatifs de l'organisation du travail prennent ainsi plus d'acuité dans le cadre d'un développement massif de la précarisation du travail qui touche les emplois comme l'organisation du travail et son contenu. Le travail dont on commence à comprendre en quoi il est un facteur essentiel de santé, qu'on cerne mieux comme ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail (Ph. Davezies), est paradoxalement en train d'entraver trop souvent le développement de la santé. Du point de vue d'une démarche préventive interne à l'entreprise, l'apport de la psychodynamique du travail permet le développement d'une prévention compréhensive, explicative des limites et impasses d'une prévention prescriptive. Mais que faire de la parole du sujet souffrant dans des entreprises atomisées, étranglées économiquement, ou les collectifs de travail disparaissent. A l'évidence, la clef d'une dynamique de prévention ne réside plus systématiquement dans l'entreprise.

Ce nouveau contexte va obliger les médecins du travail à coopérer par-delà leur responsabilité individuelle dans le suivi des salariés. Cette coopération s'avère indispensable pour construire les règles d'une nouvelle professionnalité du fait du changement complet du contexte dans lequel se posent maintenant les questions de santé au travail ; coopérer pour faire progresser les connaissances, comme par exemple avec le développement de nécessaires études épidémiologiques pour mieux appréhender les interrelations complexes entre la santé et le travail, comme la question du vieillissement et de l'usure professionnelle, comme l'élucidation des effets de la précarisation du travail sur la santé, comme celle des effets à long terme de l'interaction de nuisances... ; coopérer aussi pour témoigner dans l'espace public de l'évolution des questions de santé au travail et des problèmes que cela pose en terme de santé entendue comme la possibilité pour chaque sujet de tracer son propre chemin, d'être acteur de sa propre destinée, d'être enfin citoyen, terme pourtant tabou trop souvent dans les entreprises. En témoigne le récent ouvrage de témoignages de soixante médecins du travail: "Souffrances et précarités au travail", Syros 1994.

Aujourd'hui les éléments existent semble-t-il pour réhabiliter ou reconstruire une nouvelle approche de la santé publique en santé au travail tant il est vrai que de nombreuses questions de santé qui trouvent leur genèse dans l'entreprise y sont dans l'impasse. Cette nouvelle approche est d'autant plus nécessaire que les nouvelles questions posées par le développement de la précarisation au travail pour la santé sont généralement passées sous silence.

Le travail est, croyons-nous, élément fondamental de construction de la santé de chacun, facteur d'insertion sociale, de construction identitaire, socle de la citoyenneté. Le paradoxe aujourd'hui des effets délétères de la précarisation du travail ne nous fera pas pour autant rejeter la question essentielle de

la centralité du travail aujourd'hui, débat essentiel en santé publique, et pratiquement absent. La visibilité des effets de la précarisation du travail sur la santé y est une question majeure ; elle concerne chercheurs et praticiens. Pour y contribuer, le médecin du

travail se doit d'être veilleur et témoin pour contribuer à faire émerger les éléments et le sens pour notre société de ce débat occulté.

Dominique HUEZ

SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL ET MEDECINE DU TRAVAIL

UNE STRUCTURE REVELATRICE : LE SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL

Dans un service de santé au travail, le Médecin serait le « conseiller de l'entreprise, au sein d'une équipe pluridisciplinaire ». Le « carcan réglementaire » de l'aptitude serait allégé. Le Médecin « apprécierait », mais ce serait à l'employeur que reviendrait « l'intégrale responsabilité de décision ». Le Médecin « est un partenaire essentiel du management et de la productivité de l'entreprise » car « un Médecin qui opte pour un exercice dans l'entreprise, choisit par là même, le monde de la rentabilité et du profit ». C'est « un cadre à part entière de l'entreprise qui l'emploie, son entreprise ». « Dans ce contexte contribuer à une meilleure productivité de l'entreprise doit être un des principaux objectifs de son rôle ». En effet « la santé si elle n'est pas un marché comme les autres, n'en reste pas moins un marché ». « Par conséquent, les techniques de marketing s'y appliquent ». « Il est urgent de les connaître et de les appliquer en médecine du travail ».

C'est ainsi qu'un enseignant de médecine du travail définissait en 1988 la place du Médecin dans un service de médecine du tra-

vail.¹ Dans ces services :

- le Médecin serait un préposé exclusif de l'employeur, à qui il rendrait compte,
- la direction du service médical pourrait lui échapper,
- il collaborerait sous le contrôle de l'employeur avec d'autres intervenants au statut non défini
- la rentabilité économique deviendrait le principe de son exercice qui serait mesuré à cette aune.

La référence peut paraître ancienne mais le message a été parfaitement reçu et compris des employeurs.

Cette volonté de "piloter" la médecine du travail vient d'être formalisée par les employeurs qui proposent par la voix de leurs représentants au "Conseil Supérieur de la Prévention des risques professionnels" (organisme paritaire dépendant du Ministère du Travail) de permettre : "l'assistance" des Médecins du Travail par des "techniciens qualifiés de santé" sans autre statut que leur lien contractuel avec l'employeur. Ils proposent en contre-partie que le temps d'activité en milieu de travail du Médecin soit réduit du 1/3 temps au 1/4 temps. En outre, pour "compenser" cette aide, une augmentation du nombre des visites serait instituée pour ces Médecins. A ce

¹ Monsieur le Professeur LORIOT "Concours Médical" du 21 mai 1988, "la médecine du travail française face à l'Europe"

sujet, d'autres employeurs ont proposé que, dans ce cadre, on fixe l'effectif de chaque Médecin à 4 500 salariés.

A travers ces projets, qualifiés d'innovants (!?) par le Professeur CAILLARD², se dessinent les principes d'une politique de santé au travail. Celle-ci serait fondée sur la seule rationalité économique. Elle placerait le Médecin sous l'autorité exclusive de l'employeur. Le contrôle des salariés sur l'institution disparaîtrait ou serait vidé de sens.

Il s'agit là d'un véritable enca-drement des pratiques par l'employeur.

DIMINUER LA VISIBILITE DES ATTEINTES A LA SANTE

Confrontés aux conséquences de "leur" organisation du travail, les employeurs tentent, en fait, de fuir leurs obligations concernant la prévention des risques au travail. En effet, la législation récente issue des Directives Européennes (Directives du Conseil des Communautés Européennes du 12 juin 1989) a majoré leur part de responsabilité dans ce domaine. Le Chef d'entreprise doit dorénavant d'une part évaluer et prévenir les risques présents dans son entreprise, ainsi que ceux qui pourraient découler

² Revue "Santé Homme et Travail" numéro 4 Avril Mai Juin 1994, Editorial

de ses décisions. Il doit d'autre part organiser un service de médecine du travail ou adhérer à un service interentreprises.

Pour accomplir ses fonctions, le Médecin du Travail dispose de trois types d'informations : les visites médicales, le libre accès aux lieux de travail (art R 241-41-2), mais aussi les informations sur les analyses, études, mesures réalisées dans l'entreprise ainsi que sur les projets et les transformations (art R 241-42). Il n'y a pas de confusion possible entre ces deux domaines et pour l'entreprise le "temps de santé au travail" comporte donc le temps de Médecin et le temps des études techniques menées sous la responsabilité du Chef d'entreprise.

En fait, souvent devant l'absence d'évaluation des risques par ce dernier, le Médecin doit prendre sur son temps pour mener seul l'analyse des risques spécifiques et tenter de convaincre l'employeur de l'urgence des mesures préventives. La proposition actuelle des employeurs vise à confondre le temps des études techniques avec le temps du Médecin du Travail, afin d'amputer ce dernier.

L'argument du coût est très souvent mis en avant par les employeurs, or les coûts réellement investis dans la prévention de la santé au travail sont en général déjà terriblement serrés. Dans la manipulation actuelle, comme nous venons de le voir, la proposition n'est pas malgré ce qui se dit à coût constant, mais à coût dégressif. En effet elle comporte : le transfert des études sur la médecine du travail (première économie) et sous ce prétexte la diminution du 1/3 temps (deuxième économie) et l'augmentation du nombre de visites cliniques (troisième économie). Or, il faut rappeler que l'employeur est à la fois responsable

de la réalisation des visites cliniques (art R 241-48 et R 241-49) mais aussi de la réalisation du 1/3 temps en milieu du travail (art R 241-47). Pris dans les rets de cette contradiction, on comprend que les employeurs utilisent tous les subterfuges pour détourner l'attention.

En fait, c'est le non respect de la réglementation par eux-mêmes qui sert aux employeurs pour en faire encore moins. Où s'arrêtera cette spirale dangereuse pour la santé des salariés ?

Conformément à la réglementation et à la déontologie, le médecin du travail doit quant à lui doit soutenir les exigences de la prévention même si la prise en compte de ces exigences entre en contradiction avec les contraintes techniques et économiques. Envers et contre tous, il a le devoir de témoigner sur les atteintes à la santé.

Les exigences éthiques des autres professionnels de la santé sont sans doute aussi respectables que celles des Médecins du Travail. Toutefois, ces derniers, pourtant protégés par un statut réglementaire savent que la pression est extrêmement forte qui vise à canaliser, à instrumentaliser leurs interventions, en fonction des intérêts des directions d'entreprise. On peut imaginer sans peine, celles qui s'exercent sur des professionnels sans statut protégé et intégrés dans une ligne hiérarchique. Leur rôle serait limité à l'apport de réponses techniques aux questions qu'accepteraient de poser les directions devenant de véritables "experts" au sens du management participatif. Ce modèle qui sous-tend ces propositions des employeurs est celui dans lequel des techniciens assurent des tâches d'analyse, en milieu du travail et le Médecin du Travail est cantonné à des tâches purement cliniques au cabinet médical. Il véhicule l'idée que c'est par défaut d'information que

la prévention n'est pas mise en œuvre. La métrologie serait à même, à elle seule, d'améliorer les conditions de travail. Or, les obstacles à la prévention sont, comme nous le montrerons plus loin, d'un tout autre ordre que physico-chimique et beaucoup plus du côté de la façon dont s'articulent les diverses contraintes qui pèsent sur la situation de travail.

Cette dichotomie entre des techniciens intégrés dans les lignes hiérarchiques de l'entreprise exerçant une activité technique et des Médecins précarisés exerçant une activité médicale relève d'une politique implicite qui consisterait à faire de la médecine du travail une médecine de dispensaire qui ne vienne pas mettre son nez dans les questions de travail. Or, les Médecins du Travail ont, petit à petit, construit un métier fondé sur l'articulation d'une clinique individuelle au cabinet médical et d'une action au sein de la collectivité de travail. Sauf à bouleverser le système français de prise en charge de la santé au travail, ces deux aspects ne peuvent pas être disjoints. Les solutions préventives ne relèvent pas, comme nous le montrerons plus loin, de la seule clinique individuelle. Les problèmes s'expriment donc au cabinet médical, tandis que les solutions ne peuvent être recherchées qu'à l'extérieur de ce cabinet lors du 1/3 temps.

Le risque de cette stratégie des employeurs est donc majeure pour les médecins puisque l'institution de services de santé au travail, qui vise à augmenter les effectifs surveillés en diminuant le 1/3 temps revient en fait à augmenter le volume de souffrance qui vient au cabinet médical et de diminuer dans le même temps les possibilités de recherche de solution.

**DEMOCRATIE ET
SANTÉ AU TRAVAIL :**

LE SERVICE MEDICAL DU TRAVAIL



Dans tous les secteurs de la société, les actions se mesurent dorénavant à l'aune exclusive de la rationalité économique (et même plus précisément financière). Quel que soit le domaine considéré l'avis du "spécialiste" (aussi nommé "expert") tend à primer sur l'avis des citoyens. Il y a là une dérive dangereuse dans un système où l'existence d'un débat social garantit la démocratie. En effet, dans tout système politique se confrontent (et même parfois s'affrontent) des rationalités différentes et multiples (philosophiques, matérielles, religieuses, régionales...). Les systèmes démocratiques fonctionnent sur le postulat qu'il existe des compromis viables entre toutes ces rationalités. C'est le débat éclairé par les "experts" entre citoyens qui permet d'élaborer ces consensus. Ce débat fait référence à une rationalité sociale qui aide à leur établissement. Ainsi c'est à travers le débat démocratique, alimenté par les partis, les syndicats, les associations de tout ordre, y compris professionnel, et relayé dans la communauté civique par les médias, les manifestations, les pétitions et autres formes de communication que s'élabore une rationalité sociale. Ces mécanismes permettent aux élus de met-

tre sur pied une politique et d'établir lois et règlements. Dans ce système le rôle des conseillers "experts" n'est pas de décider d'une politique mais d'alimenter le débat objectivement et impartialement.

C'est dans ce contexte général qu'il nous paraît indispensable d'interpréter le fonctionnement du système de prévention de la santé au travail auquel les médecins du travail (mais d'autres aussi) participent. En effet, le droit à la santé inscrit dans la Constitution s'applique aussi dans l'entreprise. La réglementation précise le fonctionnement du système. Vouloir déréglémenter dans ce domaine c'est vouloir, unilatéralement, remettre en cause un consensus démocratique sans se plier à l'indispensable débat social préalable. Il s'agirait actuellement de soumettre le système de prévention de la santé au travail à la seule rationalité économique. Cela paraît, semble-t-il, d'autant plus urgent, à certains, que les médecins du travail sont actuellement les seuls spécialistes qui portent les questions de santé dans le monde du travail et qui, de ce fait, défendent au plan scientifique la légitimité de la rationalité de la santé et du sujet.

Le corps de la doctrine libérale s'est structuré au début du 19^e siècle sur l'idée que l'économique

doit être indépendant du politique. Il n'est donc pas étonnant que le système réglementaire soit l'objet de la part des employeurs qui se réfèrent à cette doctrine, de tentatives de débordement. En matière de santé au travail le système réglementaire actuel est garant d'un fonctionnement démocratique. En effet, ces dispositions impliquent un droit de regard des salariés sur l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail à travers les CHSCT, la responsabilité du Comité d'Entreprise dans le contrôle de la gestion et du fonctionnement du service médical du travail. C'est à travers les débats, éclairés par les conseils des médecins, entre salariés, formels (syndicats) ou informels (collectifs de travail) et entre salariés et employeur (comité d'entreprise, CHSCT, conseil d'atelier ou de bureau, négociations diverses) que se construit la rationalité sociale sans l'influence de laquelle une politique de santé au travail serait vouée à l'échec.

Note: le paragraphe 2 reprend en grande partie l'article "manœuvres autour de la médecine du travail" de Odile CHAPUIS, Yussuf GHANTY, et Philippe DAVEZIES ; Santé et Travail n° 9 juillet/août 1994

Alain COURTOIS

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

PRESSIION TEMPORELLE ET MEDECINE DU TRAVAIL

L'intensification générale du travail entraîne pour les salariés une pression temporelle accrue destinée à assurer une productivité maximale et une diminution des coûts. Elle constitue aussi en synergie avec la précarité institutionnalisée, un moyen de contrôle social. La médecine du travail souffre depuis sa création d'un déficit de temps, devenu traditionnel, qui rend difficile au médecin du travail l'accomplissement de toutes ses missions. Notre hypothèse est que la pression temporelle en nette augmentation est, comme pour les autres salariés, destinée à peser sur l'exercice des médecins, et par ce biais à contrôler l'institution, en compromettant leur indépendance. Le but de cette analyse est de valider cette hypothèse, en explorant les raisons traditionnelles et récentes de la surcharge et en montrant comment celle-ci a été artificiellement entretenue.

Peut être conviendrait-il, en préambule, de rappeler les principes de l'exercice en médecine du travail, l'importance également de l'articulation de l'individuel et du collectif et dans ce cadre l'apport irremplaçable de la visite annuelle. Ces aspects, ainsi que les principes fondateurs de la déontologie médicale, de l'indépendance du médecin, et du contrôle social, ont fait l'objet d'autres articles auxquels nous renvoyons le lecteur profane. Pratiquement, pour les médecins, la pression temporelle débute par la détermination de la durée de son activité. Dans ce cadre, la notion de surveillance médicale particulière (SMP) revêt une particulière importance. Le choix entre activité clinique et activité en milieu de travail constitue le moment d'élection où s'applique cette pression. Elle est encore

aggravée par des tâches annexes imposées au médecin. Le code du travail (article R 241-32) définit un temps minimal d'exercice, inchangé depuis 1979, afin de permettre à la fois l'activité clinique et en milieu de travail, ce temps minimal, inadapté aux nouvelles réalités du monde du travail, est considéré comme étant la norme, et parfois même intégré comme telle par les médecins. Ceci constitue le premier mécanisme de la pression temporelle sur le médecin. Le calcul de l'activité est rendu encore plus déficitaire du fait de la minoration habituelle du nombre des surveillances médicales spéciales (SMS) qui constituent une part importante des SMP.

Comme en témoignent la circulaire DRT N° 10 du 29 avril 1980 du ministère du travail relative à l'application de l'arrêté du 11 juillet 1977, c'est au médecin de préciser individuellement, ce qui est habituel et peut conduire à la SMS, du fait de sa connaissance du milieu de travail et de la santé de chaque salarié. La détermination unilatérale fréquente par les employeurs du nombre de SMS constitue le deuxième mécanisme constitutif de la pression temporelle.

En 1993, en Ile de France, alors qu'il est de notoriété publique que les conditions de travail revêtent un caractère plus délicat dans les entreprises de petite taille qui sont plus spécifiquement surveillées par les services médicaux interentreprises, ces derniers déclarent surveiller 14 % de salariés à SMP, contre 39 % pour les services autonomes de médecine du travail. Il faut noter au passage l'importance que revêt le contrôle social en général mieux exercé dans les services autonomes qui

permet, par un calcul moins défavorable, d'alléger la pression temporelle. La disparité de la surveillance médicale devient criante : le nombre de salariés par médecin équivalent temps plein augmente dans les services interentreprises de médecine du travail (+ 2,15 % par rapport à 1992) et est supérieur de 58,5 % à celui du nombre de salariés par médecin équivalent temps plein dans les services autonomes qui diminue au contraire de 1,4 % par rapport à 1992.

Un médecin du travail se doit de consacrer 1/3 de son temps à ses missions en milieu de travail (article R 241-47 du code du travail). Ecrasé par un calcul d'activité défavorable, le médecin investit rarement le 1/3 de son temps dans ses missions en milieu de travail. Choisir entre l'obligation d'effectuer les visites annuelles et l'obligation du 1/3 temps est impossible et coince le médecin dans un système d'injonction paradoxale. Cela déclenche, quelque soit le choix, une culpabilité déstabilisante qui intériorise la pression temporelle. Le contenu du 1/3 temps lui-même n'échappe pas à la pression. Il est conditionné par la multiplication des tâches supplémentaires obligatoires dont l'institution réglementaire progressive n'a donné lieu à aucune compensation en temps (augmentation des réunions de CHSCT et des visites qui y sont liées, documents réglementaires : fiche d'entreprise, plan d'activité, implication dans la prévention des risques liés à l'interférence entre salariés des entreprises utilisatrices et extérieures). Le contenu du 1/3 temps est aussi parfois obéré par des tâches de prévention de risques généraux sans lien direct avec le travail. Ayant bénéficié

d'incitations officielles (Congrès de santé au travail de Nice) la "Santé publique" (Sida, tabac, toxicomanies, maladies cardiovasculaires...) coupée du travail tend à envahir le champ de la prévention de la santé au travail, au détriment des véritables missions.

Dans la contradiction entre visite et 1/3 temps, le médecin peut toutefois utiliser certaines dispositions du code du travail pour placer les employeurs en situation délicate. En effet, la déontologie fait obligation au médecin de disposer des moyens propres à assurer un exercice normal. Or ces moyens sont attribués, sous contrôle du comité d'entreprise, au médecin du travail, par l'employeur. L'obligation du médecin consiste donc ici à demander les moyens nécessaires, leur fourniture incombant à l'employeur. En ne fournissant pas au médecin les moyens de son exercice, l'employeur est responsable de leur carence. Ainsi, la responsabilité de la visite incombe à l'employeur (article R 241-48 du code du travail) mais l'article R 241-47 lui impose aussi, nommément, de prendre toutes mesures pour que le médecin consacre à sa mission en milieu de travail le 1/3 de son temps. Le législateur a bien confié aux employeurs la responsabilité de l'une et de l'autre de ces deux obligations. Ceci n'est bien sûr valable que si le médecin a fait prendre acte de ces difficultés dans le cadre réglementaire soit auprès de comité d'entreprise soit auprès de l'inspection du travail. D'où l'intérêt d'évoquer ces difficultés lors du rapport annuel, et de préciser ses désirs en matière d'action en milieu de travail, dans le plan d'activité.

A l'ensemble de ces difficultés il faut également ajouter un autre phénomène qui vient majorer la pression du temps sur l'activité. Le temps consacré à chaque visite individuelle est parfois augmenté du fait de la nature psy-

chique de la pathologie induite par l'organisation du travail. Celle-ci impose, plus encore, un temps d'écoute majoré. Elle rend également plus complexe la prise de décision en matière d'aptitude du fait de la situation sociale à l'intérieur et à l'extérieur de l'entreprise. Imposée au médecin par un calcul minoré du temps d'activité nécessaire, et par l'intermédiaire de la double injonction de l'activité clinique et du 1/3 temps, la pression temporelle rend l'exercice du métier de médecin du travail de plus en plus difficile.

Le temps qui lui est alloué est constitutif des moyens de l'exercice, l'objectif est d'assurer à la fois les visites et le 1/3 temps. La pression temporelle exercée sur les médecins du travail constitue donc une forme clinique de "l'autonomie contrôlée"¹ que le système managérial impose actuellement aux salariés au péril de leur santé. Il s'agit en effet d'un mode tacite de contrat léonin "moyens-objectifs" sans négociation explicite et équitable, où, comme d'habitude, les moyens sont insuffisants pour permettre d'atteindre les objectifs.

Le garrot temporel ne pourra être desserré si, d'une façon ou d'une autre, on n'augmente pas le temps d'activité des médecins. Le coût supposé de telles mesures est très souvent mis en avant pour opposer un refus à toute amélioration. L'objet de cet article n'est pas d'engager une discussion sur ce sujet qui mériterait sans doute mieux que les habituelles polémiques qu'il déclenche habituellement. Qui en effet fixe le prix de la santé et de la vie dans une véritable démocratie sinon le débat entre les citoyens? Pour rester dans notre sujet, si l'on se réfère au simple domaine des maladies professionnelles indemnifiables, on peut considérer que

¹ Voir article "subordination et santé".

le poids du coût des atteintes à la santé dues au travail est scandaleusement sous-évalué dans le coût global de la santé publique. C'est trop souvent la communauté, à travers l'assurance maladie, qui prend en charge les atteintes à la santé dues au travail pour le plus grand bénéficiaire (au sens propre) des véritables responsables. Il est maintenant admis que les pollueurs doivent être les payeurs, n'y aurait-il pas lieu de transposer cet aphorisme du domaine des ressources naturelles à celui des ressources humaines ?

L'augmentation du temps d'activité des médecins implique l'augmentation du nombre des médecins du travail. Or une pénurie est savamment entretenue, sous des prétextes fallacieux de qualité, par la formation d'un nombre insuffisant de médecins du travail. Cela permet aux employeurs de proposer des solutions qui vont à l'encontre du principe même de la médecine du travail et de ses fondements déontologiques et réglementaires. La solution ne réside ni dans l'espacement de l'intervalle des visites ni dans la diminution du 1/3 temps. Il est possible de trancher ce nœud gordien soit par une refonte complète des filières de formation afin d'augmenter leur capacité numérique de formation, soit plus simplement, en ouvrant largement le "concours européen".² Cette dernière solution implique également d'assurer à ceux qui empruntent cette filière, des conditions de rémunération attractives pendant leur études. Cela permettrait plus facilement à

² Cet article a été rédigé avant que l'auteur n'apprenne la suppression du concours européen par l'arrêté du 1er février 1995 abrogeant le décret du 28 octobre 1991. Cette décision des pouvoirs publics confirme de façon tristement éclatante, la justesse de l'analyse de l'auteur. Ainsi il est maintenant évident qu'une volonté de nuire à la médecine du travail est en œuvre.

des médecins pratiquant déjà d'autres spécialités de se réorienter, en conservant leur acquis financier, vers la médecine du travail. De telles mesures permettront à terme d'assurer un calcul d'activité moins défavorable. Cela rendra l'exercice de la médecine du travail plus attractif et permettra d'assurer une augmentation du nombre de candidats au concours.

La situation actuelle compromet aussi la mise en place de pratiques nouvelles adaptées à la situation de l'organisation du travail. Faute de solution, l'exercice du médecin du travail devenant de plus en plus problématique du fait de la pression temporelle, la qualité de la médecine du travail le deviendrait également;

l'institution serait mise en cause et sa survie compromise.

Il appartient donc aux médecins du travail d'interpeller la puissance publique dans l'espace social afin qu'elle mette fin à cet état de pénurie.

Alain CARRE

COMPETENCE ET CONFIANCE : LA PAROLE EN MEDECINE DU TRAVAIL

Quelque soit le métier, la compétence professionnelle est "l'ensemble stabilisé de savoirs et de savoirs-faire qui sédimentent et structurent les acquis de l'histoire professionnelle"¹. Elle naît de la rencontre des connaissances et de l'expérience. Il faut également y intégrer des éléments qui relèvent de la déontologie. Même à niveau de connaissance identique, le maître dépasse l'apprenti. C'est l'intégration permanente de la réalité qui engendre la mise au point des tours de mains. La confrontation aux autres professionnels permet la constitution des règles de métiers.

En médecine c'est l'exercice professionnel qui fait du docteur en médecine, un médecin. L'apprentissage médical au contact des patients et des maîtres, permet à l'étudiant d'intégrer à son savoir technique, l'expérience clinique et le comportement humaniste qui sont indispensables pour exercer. Cette formation de base continuellement enrichie par la pratique, rend possible l'abord des problèmes individuels de santé par le médecin. Le volet social de la santé est souvent imparfaitement pris en compte dans la formation et est laissé à l'initiative de chaque praticien.

¹M. de MONMOLLIN, "L'intelligence de la tâche", Peter Lang, Berne, 1987.

La parole a dans l'acte médical un statut prépondérant. L'ouverture à l'autre, à ses différences, à ses énigmes, à sa souffrance oblige le médecin à attacher une importance première aux paroles de ses patients. Seule une écoute attentive, tolérante, patiente est susceptible de permettre l'accomplissement ultérieur de l'acte thérapeutique, dont elle constitue le premier volet. Enfin la parole du médecin doit être un acte de reconnaissance, sans trace d'a priori, un conseil, du point de vue de la santé qui respecte, en particulier par sa modestie, la dignité, l'indépendance et l'autonomie du patient et lui permette l'exercice de son libre-arbitre en matière de santé.

C'est du statut de ces paroles échangées, conforté par le secret, que naît la confiance du patient pour son médecin sans laquelle il n'est pas d'acte médical possible.

Pour le médecin du travail cette base est aussi indispensable. Or le libre choix du médecin par le patient s'exprime dans l'entreprise, non sous une forme individuelle mais sous une forme collective. Les moyens dont il dispose lui sont octroyés par des tiers. La manière dont il s'y prend pour constituer un exercice conforme à ces principes dans ce contexte défavorable conditionne,

en partie, la confiance individuelle dont il sera crédité.

Toutefois il lui est aussi indispensable de constituer deux compétences supplémentaires. La première est la capacité de prendre en compte, dans sa décision, les éléments sociaux qui peuvent avoir une influence sur la santé du salarié. La seconde concerne la pertinence de ses interventions dans le débat social du point de vue de la santé. En plus de son action individuelle il est aussi en effet astreint à intervenir sur la collectivité de travail. Par définition, cette action est une action de médecin, qui vise à faire prévaloir le point de vue de la santé, c'est aussi une action préventive. Prévenir les risques pour la santé au travail, c'est empêcher la survenue ou lever les obstacles qui pourraient entraver, dans le travail, le cheminement de chaque femme et de chaque homme vers un état de bien-être physique psychique et social. Dans ce but chaque médecin du travail construit des stratégies, variables en fonction des situations, de prise en compte simultanée des éléments individuels et collectifs qui lui sont propres².

Les règles de métier, se construisent, en particulier mais non

²N. DODIER: "L'expertise médicale", Editions Métallié, 1993.

exclusivement, autour de ces stratégies par la confrontations aux autres praticiens, de façon le plus souvent spontanée mais aussi (et le cadre de cet article le prouve assez) de façon volontaire.

La prise en compte de la parole en médecine du travail connaît des impératifs supplémentaires. Lors du dialogue singulier, le médecin du travail doit aussi identifier ce qui dans la santé de son patient est en rapport avec sa situation de salarié et de professionnel. Il doit en tenir compte dans ses conseils. Il devra restituer ces caractéristiques individuelles, en les rendant anonymes, dans le débat social sur la santé dont elles sont constitutives. Inversement, il doit pouvoir interpréter les éléments individuels à la lueur de ce qu'il connaît de

plus global sur la santé, en général, dans l'entreprise ou des professionnels de la même catégorie. Il sera ainsi en mesure de donner acte à son patient que ses difficultés sont aussi vécues par d'autres salariés et parfois de valider, en retour, par l'expression du salarié, certaines de ses hypothèses. Il s'agit là d'une des manifestations de la dualité "individuel-collectif" qui contraint les médecins du travail à de permanents aller et retour.

Dans son action collective, la compétence du médecin est aussi en lien avec la parole. Son expression sur les lieux de travail doit respecter les individus et ne pas les mettre en porte-à-faux avec leurs propres règles de métier. Cela libère l'expression et permet une observation qui ne soit pas superficielle. Qu'il sache

par ses questions faire comprendre l'intérêt et l'attention qu'il accorde à l'exercice professionnel observé. Qu'il sache aussi conseiller partialement du point de vue de la santé et impartialement par rapport aux jeux de pouvoir. Son avis s'exprimera dans l'espace public de l'entreprise en direction de tous les acteurs.

Il s'agit ici d'une parole qui rend compte mais aussi donne acte, qui témoigne de la souffrance et de ses causes avec comme seul souci l'intérêt de la santé des patients. C'est aussi sur cette parole, que constitue le devoir de témoignage, que se fonde la confiance des salariés pour leur médecin du travail.

Alain CARRE

LA DECISION D'APTITUDE : LE DILEMME ACTUEL DU MEDECIN DU TRAVAIL

On peut, sans risque de se tromper, écrire que si le législateur devait décider de sélectionner les salariés sur des critères de santé, il s'adresserait à d'autres professionnels de santé que des médecins du travail. L'aptitude, telle qu'elle est définie par le code du travail, est en effet aux antipodes d'une sélection. Les articles R 241-48 à R 241-52 du code du travail la définissent précisément, ainsi que le mode opératoire que les médecins doivent suivre pour asseoir leur décision dans ce domaine. Le but de l'aptitude est d'empêcher le « *danger immédiat pour la santé de l'intéressé ou celle des tiers* ». Son moyen est l'examen médical, éclairé éventuellement par des examens complémentaires et guidé par la connaissance du milieu de travail. Elle doit permettre, si l'état de

santé du salarié le nécessite, par « *une adaptation des conditions de travail ou (...) une réadaptation du salarié* » voire « *l'affectation à d'autres poste* » de maintenir le salarié dans l'entreprise. La décision d'aptitude fait donc uniquement appel aux compétences professionnelles du médecin du travail.

Longtemps, à vrai dire, avec plus ou moins de difficulté selon les lieux et les époques, une sorte de consensus social tacite a existé à ce sujet. Il était admis que, dans la mesure des possibilités, une véritable recherche de solution serait effectuée. La conduite du médecin pour la détermination de l'aptitude reposait donc sur des règles professionnelles. Actuellement, non seulement les possibilités ont diminué, mais la poli-

tique de gestion de personnel s'est radicalement transformée. Les critères sociaux ne sont plus pris en compte. Entendu parfois dans un sens purement financier et souvent enrobé du vocable fallacieux "d'intérêt collectif", "l'intérêt" de l'entreprise devrait, selon certains, se substituer à celui de la santé du salarié. Le médecin est alors très souvent sommé de se déterminer par rapport à des impératifs pour lesquels il n'a pas compétence.

A une époque où la demande d'adaptation de poste devient un risque de licenciement et où la recherche d'un emploi constitue une quête impossible et le chômage une condamnation au malheur, le médecin n'a plus à proposer à son patient qu'un choix inacceptable entre des risques

pour sa santé du fait du maintien dans l'entreprise ou des risques pour sa santé du fait de son exclusion de l'entreprise. Le premier principe de l'exercice médical étant de ne pas nuire (*primum non nocere*), pour des raisons déontologiques, aucune acquisition de compétence ne permettra jamais à un médecin de construire un conseil, du point de vue de la santé, dans ce domaine. De plus en plus souvent, la décision d'aptitude n'est donc plus prise sur une réflexion professionnelle, mais repose sur la conviction, quand ce n'est pas sur l'opinion du praticien. Choisir pour les autres sur des bases si personnel-

les ne peut qu'entraîner un profond malaise pour tout professionnel, plus encore pour un professionnel de la santé.

Il y a, sans doute, dans ce mécanisme, une autre explication à la souffrance que ressentent actuellement tant de médecins du travail. Celle-ci naît de l'implication de leur personnalité (au sens médical du terme) dans leur prise de décision et donc du recours à leur capital émotionnel.

Dire, comme cela a été entendu aux Journées de Médecine du Travail de Besançon, que « *si les médecins du travail souffrent tant*

que ça, ils n'ont qu'à faire autre chose », mérite sans doute plus de commisération que d'indignation. Venant d'un médecin du travail, cela témoigne soit d'un manque de compétence professionnelle, soit d'une conduite défensive. En effet, c'est méconnaître que cette souffrance n'est en aucune manière un signe d'adaptation individuelle.

Elle constitue en fait une interrogation professionnelle collective sur les contradictions d'une société en voie de déshumanisation.

Alain CARRE



MEDECINE DU TRAVAIL ET HISTOIRE DES USAGES DE LA PAROLE EN CONSULTATION

Il était une fois une petite ville de province si versée dans le dialogue que même les Médecins du travail y avaient appris le fonctionnement en réseaux basés sur la confiance. Leur service interentreprises avait toutes les audaces et le personnel beaucoup d'imagination. Ils inventèrent donc le CHSCT de la parole qu'il mirent en place sur le champ. Mais il ne nommèrent pas de délégués à la parole. Ils choisirent d'intervenir à tour de rôle. Le président fit de même avec son Secrétaire Général qu'il rencontra régulièrement à partir de ce jour afin de préparer la réunion suivante.

Le service maintenance technique de la parole siégeait de fait au CHSCT et mettait de l'huile dans les rouages. L'Inspection du travail délaissa très vite ces réunions puisque le droit à la parole y était strictement respecté. Par contre, le service prévention de la CRAM répondait toujours présent et ses ingénieurs "étaient sur la brèche" car, vous le verrez au cours des extraits qui suivront, le contenu de la parole qui s'échappait en ce lieu était parfois si imprudent que la maintenance technique elle-même "y perdait son latin".

Les visites des ateliers de la parole devinrent rapidement difficiles car c'était l'entropie la plus complète. On discutait dans les couloirs, à l'arrêt de bus, on improvisait des réunions à 19 h 00, on se réunissait pour travailler au domicile même des usagers de la parole médicale, on rencontrait des linguistes parisiens, on allait jusqu'à écrire dans le livre des "Paroles de Médecins du Travail".

Au CHSCT chacun développait ses idées, son opinion personnelle, sa pratique. Ses conseils étaient écoutés avec attention. Il s'en suivait un dialogue fructueux ou l'on argumentait, interrogeait sans complaisance mais sans jugement péremptoire. Car chacun apportait là sa part de vérité sincère, bien que partielle. Le compte-rendu était injustement rédigé par les médecins et secrétaires présents, le Secrétaire Général et son Président prétextant un rôle strictement administratif et de gestion.

Tout le personnel mettait son réveil à sonner une heure plus tôt le lundi de distribution du document de synthèse afin de le lire avant de commencer la semaine. Le service comptable lui-même en revendiquait un exemplaire.

Mais, chers lecteurs, vous frémissiez d'impatience ; vous réclamez vous aussi votre part de lecture - quitte à payer pour ça !

Non ! soyez sans crainte - la Parole, ça se donne assez bien, à celui qui veut l'entendre.

"LE MÉDECIN MARATHONIEN"

EXTRAIT DU COMPTE-RENDU

DE LA PREMIÈRE RÉUNION DU 1^{ER} " BRUME AIR " : AN NEUF

Le médecin expliqua sa pratique, ses astuces. Pour lui, l'enjeu était d'aller vite. C'est bien de son époque :

*« Pas de bavardages - pas de tergiversations - techniquement, on arriverait même à faire du diagnostic les yeux fermés - d'entrée de jeu, sachons être **directifs** »* « *Ca va bien, n'est-ce pas !* » doit affirmer le médecin en saluant son consultant sorti en slip de la cabine n° 1. Celui-ci, du reste, ne serait pas au travail s'il n'avait la capacité (aptitude ?) de s'y rendre. « *Vous pouvez vous allonger* », doit continuer le médecin, l'encourageant d'un sourire ferme en désignant d'un geste décidé la table d'examen.

Il reste alors à l'examiner **en silence**, à la recherche de "ce qui dépasse", on a vite fait de débusquer ainsi, tantôt une hydarthrose du genou, une artérite de... la tibiale postérieure, un kyste ovarien de 15 ans d'âge, tantôt une hernie inguino-scrotale, un cancer du sein, une tumeur de la thyroïde... Un coup de stéthoscope et hop !... une fibrillation auriculaire, un souffle... la liste est loin d'être exhaustive... Et voilà "de la belle ouvrage" ! encore dix minutes de gagnées. Retour en slip au déshabilleur n° 1. De la cabine n° 2, nous arrive un jeune homme en pleine forme ! Malheureusement, je vois à son regard que c'est un bavard. Vite, plonger dans le dossier, l'examiner, occuper le temps et l'espace et ne pas lui laisser l'occasion...

« Ah ! vous avez mal à l'estomac ! » Là, c'est différent, il va falloir... **lui parler**.

Mode d'emploi de la consultation avec de la parole médicale : le Médecin utilisera une voix monocorde, afin de ne pas susciter la moindre émotion chez le consultant, et évitera de rencontrer son regard afin de ne pas laisser libre cours à un déballage désordonné et imprécis de la symptomatologie. L'interrogatoire sera donc bref et précis :

- douleur calmée par le repas ?

- qui revient systématiquement 1 heure après le repas ? 2 h ? 3 h ?

- calmée par le repas suivant ? (les hémisphères cérébraux frémissent, les algorithmes médicaux défilent.)

- SUPER ! Et un courrier pour le médecin traitant ! le plus bref possible aussi = suspicion d'ulcus.

« *Pas de risques professionnels ?* », demande négligemment le Médecin du Travail. Ce peut être imprudent, comme formulation. Car justement celui-là travaille en 3 x 8 - à noter - et ça n'arrange pas l'estomac, précise-t-il - à noter aussi - mais il pense qu'il devrait travailler en horaire normal - c'est un droit. Il souhaiterait que le Médecin du Travail l'appuie... Est-ce bien raisonnable ? Est-ce que l'intervention ne va pas nuire au salarié ? Commençons par un diagnostic confirmé par le Médecin traitant, un traitement à l'essai... Après on verra.

Les commentaires abondent après l'intervention du médecin marathonien. On a noté jusqu'aux applaudissements du Président et le visage un peu empourpré de l'intervenant gêné de la force de sa **persuasion**. Il était dans la mouvance, comme l'on dit, de la rationalité **cognitivo - instrumentale**, et en terme d'efficacité, c'était à peu près ficelé. Il avait su capter la confiance du salarié, et sans doute celle du Médecin Traitant. Le Président, grisé par la performance, entra alors en scène en proposant une lampe rouge au dessus de la porte du déshabilleur. Il précisa qu'elle s'allumerait grâce à un système de cellule photoélectrique, en présence du salarié suivant. Il envisageait l'intervention possible du secrétaire qui ferait clignoter cet indicateur visuel, lorsque la consultation dépasserait 15 minutes.

Pas habitué à contrarier son Président, mais rodé à l'intervention en CHSCT, le Médecin marathonien avait fait taire à la fois son indignation, et son éréthisme cardiaque, en respirant le plus à fond et le plus lentement possible avant de reprendre la parole. Il parlait plus doucement, car cette intervention là n'était pas préparée. Il ne s'attendait pas à ça, mais il lui sembla important de dépasser sa peur de contrarier. Il allait donc se livrer, en toute simplicité, en y mettant toute la **conviction** dont il était capable :

- il expliqua brièvement que son activité ne pouvait s'appréhender seulement en minutes et en effectifs. Il dit que son métier, même s'il parlait du principe que le salarié venu le voir allait bien, se devait néanmoins **d'analyser la plainte** (quand elle émergeait) grâce à l'interrogatoire. Ensuite, même si l'examen clinique standard était bien rodé et fait de prises d'informations sensorielles (dont visuelles, car malgré qu'on puisse faire certains diagnostics les yeux fermés, il examinait aussi les corps avec les yeux), le métier ne commençait pas là. Il disait que c'était son corps soudain en alerte qui permettait la prise de conscience ultérieure de l'anomalie (ex : « *Tiens, je ne sens pas la tibiale postérieure !* »).

Le Président ne comprenait pas bien le fil qui allait conduire de l'artère à la cellule photoélectrique de la cabine de déshabillage, mais écoutait avec bienveillance.

Le Médecin continuait : au-delà de l'alerte, puis de la prise de conscience, il fallait raisonner, rassembler les informations actuelles, relire le dossier, chercher les antécédents personnels, familiaux, reprendre l'interrogatoire, (finalement, le périmètre de marche du salarié avait sans doute diminué, mais il s'était adapté sans en parler). Au-delà, il fallait rassembler les connaissances théoriques apprises il y a longtemps, les faire défiler, les croiser avec les découvertes cliniques partielles de sa pratique. Le diagnostic ne tombait pas comme ça. Et parfois pas du tout - on démarrait sur des hypothèses - on interrogeait ... fausse piste ! Retour à la case départ... 2^{ème} hypothèse...

Le président était souriant - " Il le voyait venir" - En ces circonstances, expliquait posément le praticien, le voyant lumineux ne risquait-il pas de perturber l'activité cognitive, de ralentir (sic) la prise de décision, en engendrant des oublis, voire des erreurs... ! Angoisse assurée ! Notre président avait l'intelligence de ceux qui écoutent - NON ! décidément, l'activité cognitive était bien difficile à appréhender, et donc non mesurable (en charge, comme en temps). Car tout symptôme allégué était autant d'imprévisible chez les salariés considérés en bonne santé. C'était autant d'aléas = **face à l'inattendu**, reconnaissait le Président, **on ne pouvait raisonnablement régulariser, normaliser le temps de consultation**.

Bien sûr, après la distribution de ce compte-rendu, on trouva beaucoup d'ateliers de la parole improvisés, où se mêlaient secrétaires, médecins. Certains disaient ouvertement que les salariés attendaient en salle d'attente et discutaient entre eux, confiaient les problèmes indistinctement aux secrétaires et aux médecins, et qu'ils ne se déshabillaient, de toute façon, qu'après un bon tête-à-tête avec le praticien.

RAPPEL DIFFICILE DU CADRE RÉGLEMENTAIRE

Que pensez-vous, chers lecteurs, de ce compte rendu de CHSCT de la parole ? Notre Médecin marathonien n'est-il pas un vrai médecin ? Le salarié en est certainement convaincu, de même que le généraliste qui le suit. Vous reconnaissez, dites-vous, l'authenticité de la démarche, mais vous êtes déçus de la quasi absence de référence à la SPÉCIFICITÉ du MÉTIER... Certes. Mais vous savez, la loi de 46, c'est loin. Je n'étais même pas née, alors ! Pourtant, je me souviens : C'est un truc **Exclusif**. Et un truc exclusif, excusez moi si j'insiste, mais commercialement c'est fort, je vous le dis !

"Un rôle exclusivement préventif", qui ne soigne ni ne guérit personne, donc, mais qui vise à exclure...

NON ! ce n'est pas ça.

"Un rôle exclusivement préventif, visant à éviter"... les ennuis !

NON ! ce n'est pas ça non plus. Ah ! la mémoire vous savez, avec l'âge ! On aura pourtant bourlingué. Mais on s'enlise parfois. On n'arrive à rien. On cherche à innover, on nous casse les reins... Alors, on fait dans la stratégie, on évite l'obstacle, on le contourne, ou on s'en va... Ca me revient :

"Un rôle exclusivement préventif visant à éviter"... toute altération de la qualité et de la productivité !

NON je m'é gare ! tout ça vient bien après la loi de 46. Mais la loi elle-même, les bases de l'éthique ?

"Rôle exclusivement préventif, visant notamment à éviter toute altération de la santé des travailleurs"...

La santé de quoi ? de qui ? Des tra..vail..leurs ? Ce doit être un nouveau mot. Où est mon Petit Robert ?

Travailleur : "personne qui travaille" Oui ! Bon !

Travail : "ensemble des activités humaines coordonnées en vue de produire ou de contribuer à produire ce qui est utile"...

Ca existe, puisque c'est dans le Petit Robert. Mais ça ne me donne pas la fin du texte de la loi de 46. Attendez ! j'ai retrouvé une microfiche dans le cerveau gauche. Elle s'était glissée dans la scissure de Rolando. Un pas de plus, et elle se noyait sous l'aqueduc de Sylvius ! Elle est quasi illisible ! C'est bien simple, je ne lis que les cinq derniers mots : "du fait de leur travail !" Mais oui ! Etant donné le tas de poussière qu'il y a sur cette fiche, le mot travail doit être très ancien. Du reste, un aqueduc, ce n'est pas tout neuf non plus.

Voyons ! chers lecteurs ! C'est de l'Humour, bien sûr. Car du travail, on doit bien pouvoir en trouver ? Du VRAI TRAVAIL, DU BON TRAVAIL DE MÉTIER ? Ne répondez pas à la question. Ecoutez plutôt cette confidence. Le CHSCT de la Parole n'a jamais existé.

Ah ! vous n'étiez pas dupes !

Il reste pourtant beaucoup à dire sur la Parole en consultation. Et l'exposé suivant est authentique.

RELATION SANTÉ-TRAVAIL

2^{ÈME} NIVOISE DE L'AN VIE A L'AN QUÊTE :

Madame X. est cuisinière à la cantine de la petite école municipale. Elle explique qu'elle n'a pas trop de temps à perdre avec sa visite annuelle, qu'elle a mis des conserves à cuire. Je m'étonne qu'elle ne soit pas au travail à cette heure. Elle rit de bon cœur et précise qu'elle fait des conserves pour l'école ! Je l'écoute et l'interroge.

- « Des conserves de quoi ? »

- « De betteraves rouges »

- « Vous les achetez au prix de gros, au marché ? »

- « NON ! (nouvel éclat de rire), je les ramasse au jardin » (stupeur)

- « Vous n'allez pas me dire que vous apportez vos betteraves rouges à l'école ? » (Décidément les Médecins du Travail, ça ne comprend rien à la réalité du travail).

- « NON ! précise-t-elle, je les cultive au jardin de l'école ! »

- « Et vous cultivez quoi encore ? »

- « Des haricots verts, des blancs, du poireau, les pommes de terre, les carottes, la salade et les fameuses betteraves rouges »

- « Et c'est l'employé communal qui bêche le jardin ? »

- « Non ! dit-elle, je bêche, je sème, je plante, je récolte et je fais des conserves, ou j'enrange au congélateur, et les pommes de terre vont à la cave pour l'hiver »

Histoire des usages de la parole en consultation

- « *Et bien, dites donc ! et vous faites quoi encore ? Le pain ?* »

- « *NON ! (rire à nouveau) Je prépare les menus, cuisine les plats, prépare les tables, fait le service, débarasse... puis la vaisselle, le balai. Le ménage dans les classes aussi. Les murs à lessiver l'été, les vitres plusieurs fois par an.* »

Et ce ne sont ni les troubles du rythme, ni la périarthrite de l'épaule qui vont l'arrêter. Elle a du "cœur à l'ouvrage", rit de mon étonnement, et parle, parle... et moi, je la regarde, muette, admirative, ébahie ! Et dire que j'avais failli écrire : POSTE DE TRAVAIL : CUISINIÈRE, et l'imaginer en train d'ouvrir des boîtes de conserves. Son rire envahit l'espace - le mien aussi.

L'année suivante, elle a subi bien des tournants, des tourments, en raison surtout du conseil des parents - Résumé rapide : - « *Il paraît qu'on mange mal* » « *C'est pas équilibré* » « *Les conserves, on n'est pas tranquille avec les boîtes* »

Je suis désolée de la voir ainsi. Elle ne parle que de son corps. La moindre douleur est mise en avant, invalidante. Elle se demande si elle va tenir longtemps... Elle parle du jardin en friche, de l'alignement des bocaux vides - le rire devient nerveux - le visage est grave - l'haleine caractéristique. Pas de doute, Mme X. boit plus que nécessaire.

- « *S'il vous plaît. Vous devriez arrêter ça ! Voyez plutôt votre médecin, et dites lui votre tristesse, votre métier qui perd du sens... Voulez-vous que je lui écrive quelques mots...* »

C'est un cas isolé, certes. Mais ne nous enfermons pas dans une attitude défensive - "Un vrai métier, quand on nous l'enlève, c'est une part de nous-mêmes qui s'en va." Reconnaissons plutôt que le premier entretien avec "notre" "cuisinière" que l'on pourrait injustement nommer rires et bavardages conviviaux, avait permis de **débusquer** une part de l'activité réelle d'une femme qui se disait modestement cantinière. Dans notre pratique quotidienne, que sait-on de la réalité du travail des gens ? Pour en avoir une petite idée bien que partielle, temporelle, il faut se donner le temps d'écouter avec l'ENVIE DE CONNAÎTRE. Tout cela doit partir du respect de l'engagement de chacun dans et pour son travail, et déboucher sur une attitude d'enquête assez minutieuse, mettant l'opérateur **en scène**, essayant de faire émerger au delà d'une médecine de risques : la part technique (opérateur - régleur - programmeur en 3 x 8 sur centre d'usinage à commande numérique et non tourneur-fraiseur) - la part relationnelle (pour une pièce unique et complexe à usiner, on s'y met à plusieurs pour proposer la chronologie (dans les grandes lignes) des étapes d'attaque du bloc de cuivre, pour trouver le montage le plus astucieux) - la part cognitive et la formation théorique et/ou "sur le tas" - l'organisation prescrite des tâches et ses limites, les prises d'initiatives, les responsabilités - la part affective et les éventuels conflits.

La salarié **participe** ainsi à la mise en mots de ce qu'il vit au jour le jour et dont il n'avait pas forcément pris totalement conscience. Ce détour par la **vie professionnelle** nécessite, pour l'opérateur une certaine dose **d'estime de soi**, acquise, au fil des ans, ou retrouvée ici, en cet instant. Nous arrivons là, je pense, à ce stade de discussion avec le salarié, au delà d'un partage et d'une complicité, à quelque chose de l'ordre de la **reconnaissance** du salarié par le Médecin du Travail ; ça se mesure subjectivement aussi... aux regards qui se croisent et se "soutiennent", à une certaine aisance dans la parole, la sérénité de la voix, l'attitude, le sourire, la poignée de main...

C'est pas tout le temps. C'est pas tout le monde. Mais tellement précieux pour comprendre la relation Santé - Travail.

Comment aurais-je pu accéder à la compréhension **des** somatisation et conduite addictive de "notre" cantinière sans la richesse du premier entretien ?

Nouvelle histoire vécue :

Mr Y. est...(je tairai son métier - sinon - on pourrait le reconnaître). Ses poignées de main à l'atelier m'ont toujours broyé les phalanges. Il est grand et sec, un peu sauvage. L'œil aux aguets, il court d'un bout à l'autre de la ligne et bouscule au passage... Son regard est narquois, un peu froid. Lors de la première consultation, il restera là, planté sur sa chaise, la mâchoire serrée, silencieux. Je devrai parler à sa place... suggérer... les réponses sont « *oui* » ou « *non* »... ou simple soupir ! « *Je ne vous dirai rien* » - A l'EFR, je diagnostiquerai un syndrome obstructif assez net - « *Ah ! NON ! C'est justement pour ça que je ne voulais rien dire - J'aime bien mon boulot, pas question de **m'en faire changer** !* »

Je devrai alors le rassurer, expliquant que son état n'était pas du tout inquiétant et du reste peu médicalisé. J'insisterai aussi, bien sûr, sur la nécessité d'aspirations des toxiques à la source et de l'intérêt de ne pas s'exposer trop aux allergisants, de rester prudent vis à vis des colles polyuréthane... Tout en lui expliquant que les mutations empêchaient d'aborder les débats sur la PREVENTION.

Mr Y. reviendra pourtant en consultation sur les conseils de l'infirmière, parce qu' "il semble filer du mauvais coton" et qu'il a eu plusieurs petits arrêts de travail.

Il est là, assis en face de moi, me nargue de son sourire muet. Il se tient droit. Puis répond : « oui » - il a eu des arrêts de travail - « oui » - il est fatigué - « oui » - il dort mal - « oui » - il prend des comprimés - « du Temesta » - « c'est malin, j'ai rien dit, et j'en ai déjà trop dit ! » Soupir ! Regard inquiet ! Il se cabre - il tâtonne. Et lâche des bribes : **il a tout donné** pour son boulot, pour son entreprise. Voilà deux ans qu'il court, physiquement, au travail. Maintenant, il veut se poser, travailler normalement. Il veut restaurer sa maison et voit qu'il n'a plus de "ressort" pour ça. Il a beaucoup maigri. En phrases hachées, beaucoup de détails suivront, montrant, il faut le dire, son engagement au boulot pour aller au delà du prescrit, jusque dans la prise de risques, pour gagner du temps, pour l'entreprise.

- « *Je suis performant. Alors on vient de nous supprimer un aide sur la ligne en pensant que j'allais encore me surpasser - j'en peux plus- je ne comprends plus* »
- « *Comment avez-vous appris ce métier ?* »
- « *Ce n'est pas un métier !* »
- « *Comment avez-vous appris à faire du... ?* »
- « *Ca ne s'apprend pas.* »
- « *Faut faire comment ?* »
- « *Pour ?* »
- « *On est efficace en combien de temps ?* »
- « *On prend des notes (sic). Quand on touche à quelque chose sur la ligne, ça bouge d'un bout à l'autre. Alors on note tout ça - ce qui a bougé - des fois, ça bouge dans le mauvais sens - on note pour éviter de le refaire - quand c'est bien, on engrange pour la prochaine fois.* »
- « *Vous tâtonnez - vous avez appris le métier par essai-erreur. Et le métier, vous êtes en train de l'écrire - en prenant des notes !* »
- « *C'est ça - oui !* »
- « *Les notes, vous les échangez, avec les autres ?* »
- « *Oui ! On compare - on apprend.* »
- « *Ca se passe comment ? En cachette, loin des chefs ? Ou autrement ?* »
- « *NON ! C'est pas caché. J'ai d'ailleurs mis tout ça au propre, dans un classeur, avec des intercalaires. Et les gars des méthodes me le demandent souvent. Ca leur sert* »
- « *Vous écrivez le métier, et ça sert aux méthodes pour mettre en place les procédures de fabrication* »
- « *Oui, mais vous n'écrivez pas ça sur le dossier ?* »
- « *Est-ce qu'on vous a déjà dit que vous travaillez bien ?* »
- « *NON ! Mais qu'est-ce que vous notez sur le dossier ?* »
- « *Je note : NON-RECONNAISSANCE DU SAVOIR-FAIRE DE LA PRATIQUE* » (Le regard de Mr Y s'est considérablement adouci. Il n'en revient pas. Une si petite phrase sur le dossier...)
- « *Et pourtant, c'est exactement ça !* » dit-il.

Arrivé tendu, presque provocateur par son silence, il semble repartir paisible, soulagé ; la poignée de main est appuyée, légèrement prolongée... Le regard semble dire « *Merci de partager ce secret avec moi, de l'avoir mis en mots* » (interprétation). A aucun moment, nous n'avons parlé de souffrance. Il n'aurait pas su ou pas voulu parler de lui.

Mais accepter que soit écrit sur le dossier la "NON RECONNAISSANCE DU SAVOIR FAIRE DE LA PRATIQUE", ça a pourtant du sens :

- ⇒ - le savoir faire existe et est revendiqué
- ⇒ - le savoir faire n'est pas reconnu
- ⇒ - ça fait mal, quelque part, du côté de l'identité
- ⇒ - quelqu'un sait tout ça et l'a écrit sur le dossier. **Ces quelques mots pour maintenir un homme debout ?**

Mais, on s'agite dans la salle. Quel est donc l'avis des lecteurs ? Je suis trop dans l'interprétation ! Il est difficile, dites-vous, de donner une traduction aux silences, aux gestes, aux mimiques...

Il manque finalement à cet exposé sur la parole en consultation, un véritable exemple sur la souffrance. Mais le détour, par la vie professionnelle est riche en événements - PLAISIR, SOUFFRANCE émergent... On est, à chaque pas, dans la **rationalité subjective**, et, bien au delà de l'attitude d'enquête, dans l'intersubjectif.

LA SOUFFRANCE

28 PLUVIOSE DE L'AN NUIT :

J'ai en mémoire l'histoire de Madame Z., responsable de son secteur. Ma secrétaire dira plus tard qu'elle avait remarqué le visage tragique, les yeux au bord des larmes. Le Médecin du Travail qui la connaît depuis longtemps se demande si Mme Z. n'est pas tout simplement "laminée" par les soucis familiaux. L'état de ses parents s'est beaucoup aggravé depuis quelques années et son fils se remet comme par miracle d'un accident de la voie publique. Mais elle précise d'emblée qu'elle assume.

De ce côté, ça va ! Le médecin évoque alors les difficultés financières de l'entreprise où travaille son mari. « *Il est courageux* » répond-t-elle, marquant la force de sa compassion pour lui. « *Mais alors, vous n'allez pas me dire que c'est le travail qui vous rend si triste ?* » Les yeux de Mme Z. sont rougis, comme brûlés de trop de larmes. J'en verrai juste une rouler sur la joue. La voix un peu voilée, elle parle comme un barrage qui cède. Je fais face au flot de paroles, gardant pour moi mon émotion.

Mme Z. fait son travail avec dévouement, et ne compte pas ses heures supplémentaires (1h tous les soirs depuis 20 ou 30 ans), ni ses déplacements les jours de repos pour un problème à régler. Pourtant l'entreprise a changé de système de pointage. Et la pointeuse électronique toute neuve ne sait compter, au-delà des horaires prescrits, que par soustraction des minutes de retard. Une caissière confiera un peu plus tard que la pointeuse soustractive lui a affiché 8 secondes de retard pour la semaine dernière. Mais la pointeuse est **strictement soustractive** et ne compte pas les heures supplémentaires au delà de l'horaire réglementaire - ni l'horaire de début du travail "avant l'heure"

- « *Vous trouvez ça logique, vous ?* »

- « *Oui ! d'une certaine manière. Votre employeur, qui ne cherche certainement pas à vous nuire personnellement, a les yeux rivés sur les minutes de retard. Il ignore ou feint d'ignorer vos heures supplémentaires, mais cherche à discipliner le personnel et à "gagner" quelques minutes de ce côté-ci..* »

Mme Z. n'admet pas ce "déli" d'horaires réels de la part de la pointeuse. Elle a besoin **que l'on** reconnaisse son dévouement. Pas seulement le Médecin du Travail. Mais l'employeur, surtout !

Ce qu'elle me livre là, cette **souffrance indignée**, c'est pour bien me montrer l'état d'esprit de l'entreprise aujourd'hui. C'est pour nous un élément de prendre en compte. Chacun le vit à sa manière « *Dans cette entreprise, on ne communique plus comme avant. Le ticket de la pointeuse électronique qui nous arrive en fin de semaine signe la rupture.* » Mais Mme Z. projette de relever ses horaires exacts et de les confronter à ceux de la pointeuse dans le bureau même du responsable - « *Il va bien être obligé de reconnaître l'injustice, l'absurdité du système. S'il conteste mes heures réelles de travail, il lui faudra venir au pied de la pointeuse, constater de visu mes horaires de début et de fin de service.* »

La SOUFFRANCE ne signifie pas forcément que tout s'arrête, que ceux qui souffrent sont inactifs, impuissants. Mme Z. a de l'énergie à revendre, qu'elle puise, je crois, dans sa dignité. La force de sa défense vient de **l'estime de soi préservée**.

Et bien ! chers lecteurs - Vous voyez bien qu'il ne faut pas avoir peur de partager la souffrance. Ni de détourner le regard, ni de parler d'autre chose. La souffrance partagée est une émotion qui passe, en cet instant. Qui ne fait pas dans la durée. A condition qu'une issue y soit trouvée. Ce qui n'est pas toujours le cas. L'exemple inspire l'ESPOIR. Cela dit, au terme de ces successions de cas particuliers, nous apparaît progressivement de façon plus compacte le SENS à donner à l'échange de paroles qui se fait en consultation. Partis de l'entretien directif, dans une rationalité cognitive instrumentale, notre écoute nous a conduits à la rationalité pathique ou subjective. A chaque exemple, il a été question d'accomplissement de soi, de maintien de l'identité, de reconnaissance, autant d'éléments contribuant à construire la santé.

Toutefois, à chaque exemple, "nous en sommes restés là". Et pourtant, il semble que la compilation de toutes ces choses entendues, du fait de leur redondance, devrait permettre parfois d'aboutir à des interventions préventives sur le milieu de travail.

DE L'INDIVIDUEL AU COLLECTIF

33^{ÈME} VENTOSE -AN SENS DU MÉTIER :

Voici une entreprise en pleine **mutation**. Et les femmes qui viennent de passer 20 ans de vie professionnelle, assises derrière la loupe, à des tâches de contrôle, se plaignent soudain de douleurs musculosquelettiques des membres supérieurs. Car il y a le travail prescrit aux femmes, par des hommes. Des femmes de 43 ans en moyenne, employées aujourd'hui debout, en 2 x 8 h à des tâches musculaires sollicitant fortement le rachis et les membres supérieurs. Mais dispersées en 3 ateliers (3 fabrications différentes, 3 organisations différentes).

1er atelier : Ici, un responsable à l'écoute, aménage les postes au fil du temps et des plaintes. « *Pour ce nouveau*

travail, il nous a fallu 18 mois pour faire du muscle. On a beaucoup souffert des épaules, des bras, des coudes, des poignets. Il y a eu des syndromes du canal carpien opérés, même chez les hommes. Le responsable a beaucoup fait, au plan technique, pour améliorer tout ça. Quand on pense que cette production risque d'être délocalisée, c'est un peu dommage. On aura peu profité de l'amélioration. Il faudra se réadapter. »

2ème atelier : Là, un chef d'atelier vise la polyvalence (au sens d'interchangeabilité, adaptabilité, et non enrichissement des tâches), ainsi que le rendement maximum. De jeunes intérimaires placés en tête volent d'une machine à l'autre, refusant les pauses, tentant d'entraîner dans leur cadence des femmes ayant dépassé la cinquantaine, et qui voudraient tant un poste fixe, un poste à soi. « Ils travaillent comme des malades ! Ca s'empile ! Après ils prennent une demi-heure pendant que je rattrape mon retard et ça repart de plus belle ! Je n'ai plus le temps de manger et je n'ose même pas aller aux toilettes » gémit cette femme.

Dans le **3ème atelier**, le responsable ne s'attarde pas sur les plaintes des femmes. Il y a pourtant beaucoup de pièces défectueuses, qu'il faut **refaire**, pour atteindre l'objectif fixé. Mais les rebuts ne sont pas comptabilisés. La tâche est mesurée au nombre de bonnes pièces réalisées. La déléguée qui travaille à ces postes a pourtant soulevé le problème lors des droits d'expression. « Nier les rebuts, c'est nier la difficulté à produire, nier les aléas, nier la tâche réelle, nier la quantité réelle d'efforts physiques pour y arriver. C'est nier l'engagement de la personne dans le système de production. », « Les femmes, ça se plaint tout le temps », résume l'opinion des chefs d'équipe.

Avec le temps, pourtant, au fil des consultations, s'accumulent les récits des difficultés à faire un travail de qualité, des contraintes et du manque de lieu pour en parler. Emerge alors souvent la solidarité entre les femmes, leur crainte de dire au chef d'équipe, y compris pendant les droits d'expression, « Après, ça nous retomberait dessus - vaut mieux se taire. »

Cet exemple collectif montre la diversité des sources de maladie professionnelle tableau 57 dans cette entreprise. Outre la répétition du geste, l'effort physique, il faut ajouter la cadence due au personnel intérimaire et dans certains cas, l'absence d'écoute, la peur de parler.

D'où l'intérêt des révélations faites au cabinet médical, dans la confidentialité. L'amoncellement de ces fragments, de ces photographies, est bien sûr insuffisant à embrasser le réel, tant dans sa diversité que dans son évolutivité. Mais cette compilation, il faut en faire la synthèse et porter le tout à la connaissance de l'employeur et du CHSCT, s'aider si besoin du CE. Les solutions, si elles existent, seront plurielles. Elles ne sont pas médicales, mais ergonomiques (de correction, si possible de conception) et **organisationnelles**. Il faudra que d'autres apprennent, au-delà du cabinet médical, à écouter la plainte et y répondre. Il faudra que la parole s'exprime sur les lieux même du travail. Mais dans un premier temps, il faudra convaincre l'employeur. Un nouveau pari est ouvert : saura-t-il entendre ?

Vous l'avez compris, nous sommes tombés à pic dans un bain de **rationalité sociale**. Et là, tout se gère en termes de productivité, rentabilité. Et à tout médecin qui sait entendre, l'employeur offrira un exposé très "speedé" sur la réalité économique, le pouvoir croissant des donneurs d'ordre, « qui viennent fouiller jusque dans notre moyenne d'âge du personnel et notre pourcentage d'absentéisme, suggérer quelque "dégraissage"... Sans compter qu'ils fixent eux-mêmes le prix de nos produits, nous imposent la procédure la plus efficace... pour produire... pas au plan ergonomique ! »

Pas facile quand on est Médecin du Travail de gérer ces trois rationalités intriquées, cognitivo-instrumentale, pathique et sociale. Pas facile de voir défiler le cortège des cadres pressés, piétinant leurs propres limites, dans un flot d'arguments économique-technico chiffrés et rationalisés, balisés de « c'est comme ça », renforcés de « on ne peut faire autrement », étayés de « on n'a pas le choix », le tout coulé dans un béton « armé jusqu'aux dents » de formules "incisives" - Pas facile de ne pas se laisser emporter dans leur rythme... Du calme ! on se pose - on respire doucement - on réfléchit - on s'écoute - je vous attend !

Alors, chers lecteurs... Ah ! vous m'attendiez, vous aussi ! Que dites-vous ?

Dommage que le CHSCT de la parole n'ait pas d'existence réelle !

Et bien ! A vous de l'inventer. Ça pourrait s'appeler aussi... groupe de réflexion, droits d'expression... on pourrait y parler... de l'éthique de la parole et de l'écoute, dans le métier... par exemple... !

Jocelyne MACHEFER

BIBLIOGRAPHIE

DAVEZIES Ph., LEBOUL D. - Eléments d'analyse psychodynamique de la situation des médecins du travail, 1993 Actes des 23^{èmes} journées nationales de médecine du travail - Besançon 1994-, à paraître.

DAVEZIES Ph. - "Eléments de psychodynamique du travail" - Comprendre le travail, 1ère partie - Education Permanente, 1994.

Histoire des usages de la parole en consultation

DEJOURS Ch. - "Intelligence pratique et sagesse pratique. Deux dimensions méconnues du travail réel"
- *Comprendre le travail, 1ère partie* - op. cité-

DEJOURS Ch. - Problématiser la santé en Ergonomie et en Médecine du Travail - III - Santé, Travail et théorie de l'action - p.13 - 20. *Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française. GENEVE, 1993.*

DEJOURS Ch. - Postface p.349 - 357 - *Souffrances et précarités au travail* - Ed. Syros- 1994.

PAROLES DE MEDECINS DU TRAVAIL. - "Commencer" p.330 - 335 - *Souffrances et précarités au travail* - op. cité -

Souffrances et précarités au travail

Préface de Madeleine Rebérioux



Les médecins du travail avaient, il y a dix ou quinze ans, une attention particulière pour les effets des conditions environnementales du travail. Ils sont aujourd'hui de plus en plus préoccupés par tout ce qui nie la personne humaine au travail : les horaires marginalisant, l'impossibilité d'organiser la vie familiale et sociale, la surcharge de travail, la perte du savoir-faire, la diminution des marges de manœuvre, la disparition des collectifs de travail, l'exclusion de ceux qui ne sont pas les plus performants.

Les dégâts sur la santé sont aujourd'hui provoqués d'une part par la précarisation de l'emploi et d'autre part par la précarisation au sein même de l'organisation du travail.

Ces deux aspects sont décrits et analysés pour toutes les catégories de population (intérimaires, contrats spécifiques, sous-traitants, travailleurs du noyau stable, femmes, jeunes, immigrés, handicapés, etc...) par les témoins privilégiés que sont les médecins du travail.

Ce livre parle de vécu, de souffrance psychique, d'usure, de pathologies, d'exposition massive à des risques. Il rassemble cas cliniques, portraits, paroles, histoires concrètes, d'individus ou de petits collectifs.

C'est l'absence de citoyenneté sociale qui est en question.

vente en librairie -160,00 F

VIOLENCES SILENCIEUSES ET REGLES DE METIER

Je veux parler de ces violences insidieuses,
feutrées, qui se font si peu remarquer qu'elles sont parfois difficiles à
reconnaître et s'installent en toute légitimité : elles font partie de l'air ambiant.
Tantôt, aussi discrètes que les corps qui les dénoncent, de ceux qui s'effacent tant et si bien que cela de-
vient suspect (corps arrondis autour de la tâche, ainsi soustraite au regard du visiteur) de ceux qui sont
"effacés" par décision venue des bureaux : ouvriers, ouvrières promus, puis dépromus, avec retour à la case
départ qu'ils n'auraient du quitter et qualifiés dans l'après coup "d'erreurs" mais aussi secrétaire éloignée de la
vitrine de l'entreprise vers les zones plus grises des ateliers. Tantôt plus théâtrales mais toujours silencieuses
lorsqu'elles empruntent les déplacements devenus signifiants du chef d'atelier auprès de tel ou tel pour créer de l'inquié-
tude "parade calculée m'explique-t-on" et qui sera source d'interrogations et d'hypothèses pour le reste de l'atelier.

Violence du poste le plus déqualifié attribué à cet ouvrier en chaussures qui vient de suivre une
formation (cotisations obligent) parce qu'il doit bien comprendre que ce n'est pas à prendre comme
argent comptant (il n'empêche qu'il a peur "à force", de "s'abêtir").

Violence des signaux de reconnaissance savamment distribués pour mieux gommer ceux qui n'en

V I O L E N C E S

sont pas destinataires.

Violence de l'indifférence, celle qui vous rend "transparent" au regard du chef qui passe... et fait
dire à l'un d'eux après une altercation avec son chef d'équipe : « *Je suis heureux que tu "m'engueu-
les" parce qu'au moins ça veut dire que j'existe* » .

Violence de la loterie qui sélectionne les intérimaires, ceux qui s'étaient tenus prêts (comme les
scouts) depuis des années, même s'ils faisaient mine de ne pas croire à l'embauche « *tout les sales
boulots, c'étaient pour nous, et le samedi et la nuit...* », alors même si ce jour là, quelques uns d'en-
tre eux sont venus chercher une heure de repos et un cachet ("ça tournait un peu"), la violence n'a
pas fait grand bruit.

Et que dire de celles des courriers de licenciements chargés de félicitations pour ceux et celles qui en "acceptant"
cette regrettable mesure ont contribué au redressement de l'entreprise ... Enfin il y a celle qui " fait mouche" dans
cette culture de l'excellence chez le cadre moyen de plus de 50 ans lorsqu'il découvre qu'il ne bénéficie
plus des mêmes gratifications que ses collègues plus jeunes, après un entretien ou il a été question de
baisse de performance liée au vieillissement : « *dans un premier temps on refuse cette idée comme
on résiste contre la fatalité de l'âge, et puis elle s'insinue et on la reprend à son compte.* ». Toutes
ces violences là font long feu et il est des lieux devenus interdits pour cause de mauvaise cicatrisa-
tion « *je ne peux plus passer dans la localité de l'entreprise où j'ai tenu
deux ans avant d'être démissionnée* » me disait une secrétaire cinq ans plus tard.

Lorsque ces violences là nous reviennent, quelque soit leur force
d'impact, elles nous provoquent aussi ... mais nous avons

appris à maîtriser nos élans "d'artagnanesques" d'en découdre
avec le premier responsable venu et nous nous accrochons (violemment) à
cette consigne du parfait
sauveteur-secouriste du travail
"d'abord ne pas nuire".

Oui, mais comment ? Quelle règle remontée du fond de nos expériences (y compris négatives), allons-nous utiliser pour "alerter" sans compromettre ? : (problématique qui nous est désormais familière)

- Savoir renoncer à l'observation du poste de ce monteur en chaussure qui préfère décompter le nombre de ses coups de marteaux dans le secret de la consultation plutôt que de se laisser ainsi désigner...
- Au contraire, pouvoir s'attarder auprès de cette encolleuse qui n'en peut plus de réguler l'approvisionnement de son poste, en dents de scie, mais sans parvenir à se justifier parce que trop émotive (« *c'est bête mais j'ai tout de suite les larmes au yeux* », s'excuse t-elle)

Nous savons bien qu'une traversée d'atelier ne s'improvise pas... Mais partager toute cette violence "tue", c'est prendre le risque de se laisser piéger par la complicité d'un silence à double emploi ou silence-boomerang qui se voulait stratégique et nous enferme : sauf à lui aménager des issues en portant nos constats hors d'atteintes individuelles...

Que ce soit avec nos partenaires médicaux, bien plus demandeurs de ces éclairages là « *que d'informations sur les hypertensions qu'ils connaissent déjà* » nous disent-ils parfois. Ou encore, dans des lieux de parole, d'action et de recherche, sans oublier l'outil du témoignage écrit : il nous faut d'abord créer ces espaces de reconnaissance "de la violence établie" avant de pouvoir s'en saisir collectivement.

Denise PARENT

DEBAT: INTERROGER LE LIBERALISME ECONOMIQUE, UN DEVOIR PROFESSIONNEL POUR LES MEDECINS DU TRAVAIL?

Le libéralisme économique apparaît d'abord en Angleterre, puis dans le reste de l'Europe dans la seconde moitié du 19^e siècle. Il dérive directement du libéralisme politique, mouvement né aux 17^e et 18^e siècles, et favorable au développement des libertés politiques et de conscience. Le libéralisme politique rejette l'emprise de l'Eglise sur le Politique ce qui rend possible l'organisation et l'évolution de la société, à partir de l'Homme et sans autre fin que lui-même. Cette émancipation en rupture avec une morale reposant sur des valeurs transcendantes permet de fonder les rapports sociaux sur la liberté individuelle. Ce libéralisme préconise la nécessité de développer des contre-pouvoirs face à l'entité artificielle et dangereuse de l'Etat et de limiter sa toute puissance grâce à de nouvelles règles de droit, contre l'arbitraire, les excès de l'autorité et le despotisme.

Le libéralisme économique, bien qu'il en reprenne le premier terme, diffère du libéralisme politique, d'autant plus qu'il s'est développé en réaction des élans révolutionnaires et de leurs excès. Alors que le libéralisme politique reposait sur trois principes : refus de la tutelle de l'Eglise, rejet de l'emprise des préjugés moraux sur le Politique, limitation des pouvoirs de l'Etat, le libéralisme économique préconise que l'Economie doit aussi gagner son autonomie, non seulement par rapport à la religion et à la morale mais aussi par rapport au Politique.

L'activité de production et d'échange de biens et de services n'a pas à répondre à d'autres considérations, à d'autres normes, que

celles qu'elle se donne à elle-même, dans son propre cadre dans sa propre logique qui est celle du *marché*. Le *marché* y est pris comme valeur naturelle, fondatrice, régulatrice, créatrice, à partir de laquelle doit s'échafauder le système social et politique. C'est en faisant appel aux intérêts individuels que se constitue le meilleur agencement social possible et le dispositif le plus apte à prendre en charge l'organisation et l'évolution de la Société.

Selon la philosophe Hannah ARENDT¹, une idéologie est très littéralement ce que son nom indique : c'est la logique d'une idée qui a la prétention de constituer une philosophie scientifique. L'idéologie traite l'enchaînement des événements comme s'il obéissait à la même loi que son idée ; tout peut être expliqué, jusqu'au moindre événement en le déduisant de ses seules prémisses. Celles ci sont devenues un instrument d'explication avec sa logique propre, aucun facteur extérieur n'influence leur déroulement. Aucune expérience ne peut enseigner quoi que ce soit parce que tout est compris dans une progression cohérente de la déduction logique. Hannah ARENDT estime que les idéologies prédisposent à l'oppression et à la dictature. Elle les implique spécifiquement dans la survenue du totalitarisme qu'elle définit comme la greffe de la terreur sur une idéologie. Elle explique ces dérives par les trois caractéristi-

¹H. ARENDT: *Le Système Totalitaire, les origines du totalitarisme, Le Seuil, 1972.*

ques cardinales d'une idéologie:

- sa prétention à tout expliquer,
- son affranchissement de la réalité,
- sa méthode inductive à partir de ses seules prémisses.

Ceci explique qu'une fois les prémisses énoncées, le point de départ défini, les expériences ne peuvent plus venir contrarier la pensée idéologique unique², pas plus que celle-ci ne peut tirer d'enseignement de la réalité.

Or le libéralisme économique vise à interpréter toute réalité, y compris la réalité sociale, dans le but de la transformer, à l'aide d'un mécanisme "naturel" *le marché*. Ce mécanisme qui s'impose à l'Etre Humain doit organiser le monde entier, et ceci jusqu'à la fin de l'Histoire. Quelle que soit la réalité sociale qu'il engendre ce système se veut inéluctable. Le libéralisme économique a donc les caractéristiques d'une idéologie.

En tant que citoyen on peut interroger l'idéologie libérale économique au nom de ses convictions personnelles. En tant que professionnel de la santé, ce serait prêter le flanc à des accusations de partialité. En situation professionnelle l'opinion doit s'effacer. Pour les médecins du travail un avis professionnel sur le libéralisme économique, affranchi de toute référence à une opinion, est possible, légitime et souhaitable, puisqu'ils y sont confrontés chaque jour, à travers le management qui en dérive et qui est impliqué dans les atteintes à la

²I. RAMONET: "La Pensée Unique", *Le Monde Diplomatique*, janvier 1995.

santé qu'observent les médecins. Le libéralisme économique fait une large part à l'Individualisme. Ce concept est en discordance avec l'Humanisme. Être individualiste c'est être centré sur soi-même, être humaniste c'est être ouvert aux autres.

Le libéralisme économique considère d'autre part la société comme une juxtaposition d'individus sans compétence sociale et sans aspiration morale, celle-ci étant réservée à la vie privée et ne devant pas s'appliquer à la vie publique. Certains³ considèrent même que ce système « est l'ennemi d'une démocratie forte, pleine, vivante où la lucidité et la participation des citoyens serait requise pour régler la bonne marche de la cité ». Cette sévère appréciation est confirmée par les partisans même du système ; ainsi Alain MINC déclare, au nom du "réalisme" et du "pragmatisme": « le capitalisme ne peut s'effondrer, c'est l'état naturel de la société. La démocratie n'est pas l'état naturel de la société. Le marché oui ». En une seule phrase, il oppose Capitalisme et Démocratie et donne la prééminence au premier au nom de la loi "naturelle" du marché.

Or comme professionnel tout médecin est un humaniste. En effet il peut l'être aussi par conviction mais elle n'est pas nécessaire. L'humanisme n'est pas ici une morale liée à une histoire personnelle mais une notion à la fois culturelle et méthodologique qui ne s'apprend pas, bien qu'elle soit enseignée, en tant que telle, dans certaines facultés de médecine. Elle découle d'un processus d'appropriation authentique et personnalisé. Indépendamment du savoir scientifique, la formation médicale implique un véritable mûrissement culturel à l'issue duquel la ré-

³R. LESGARDS: "Trompeuses sirènes au coeur froid", *Le Monde Diplomatique*, janvier 1994.

flexion humaniste se sera incorporée indissociablement à la personnalité du médecin qu'elle aura contribué à enrichir⁴. C'est cette valeur qui permet au médecin de construire un modèle de l'être humain où celui-ci n'est pas un objet qu'on manipule mais au contraire un sujet, acteur de son histoire personnelle. Cet être, dans son cheminement vers le bien être que constitue la santé, doit pouvoir exercer son libre arbitre au plan physique, mental et social. Tout patient, quel qu'il soit, s'adressant à un médecin, quel qu'il soit, attend que celui-ci respecte sa dignité et qu'il vise en toute circonstance à préserver son autonomie. Ceci, en lien direct avec l'humanisme médical, constitue la base de la confiance sans laquelle il n'est pas d'acte médical possible.

Les valeurs du libéralisme économique sont donc en opposition avec une partie de celles de la médecine. Cela devrait inciter tout médecin à prendre ses distances avec ce système. Pour les médecins du travail ces raisons déontologiques sont confortées par les liens étroits et directs de ce système avec les atteintes à la santé au travail. L'intensification du travail, la dégradation des conditions de travail, fruits de la précarisation du travail et de l'emploi, compromettent la santé des salariés. Ce sont les conséquences de la politique de désinflation compétitive, application orthodoxe de la doctrine économique libérale, décrite par l'économiste Jacky FAYOLLE⁵. Cette politique utilise en fait deux instruments pour obtenir deux objec-

⁴"L'humanisme peut-il s'enseigner à la faculté?", De TOFFOL, BAGROS, GOUAZE, *Le Concours Médical*, 11 et 18 déc 93.

⁵J. FAYOLLE: "La politique économique et l'emploi: retour critique sur une décennie", *Revue Française d'Economie*, Aut 1993

- Un premier instrument, le taux de change, permet de contrôler les prix. Un taux de change élevé oblige les entreprises à s'adapter à la concurrence internationale. Cela permet de tenir l'inflation.

- Un deuxième instrument, le chômage, permet de tenir les salaires. Sur le marché du travail si le niveau de chômage est "suffisant" le niveau de salaire moyen s'adapte à la baisse.

Ainsi les marchés nationaux du travail sont devenus les principaux lieux des ajustements économiques internationaux. C'est à eux de s'adapter pour encaisser toutes les tensions économiques qui existent par ailleurs. Cette interprétation est confirmée politiquement par le très récent rapport, "Coût du travail et emploi", du Commissariat Général au Plan: « Le coût unitaire du travail (rapporté à la productivité) devient la principale variable d'ajustement de la compétitivité, non bien sûr dans l'absolu mais confronté au coût des productions étrangères, au coût du capital entrant dans la combinaison productive et enfin au prix de la production lui-même (...) Dès lors que la stabilité des prix devient un objectif majeur, le prix du travail cesse d'être le prix autour duquel gravite tous les autres. Ainsi doit-il s'adapter aux circonstances ». Ce fonctionnement à court terme du marché du travail revient à le gérer comme un marché financier, à gérer le "capital humain" d'où la floraison de services des ressources humaines. Il faut rationaliser ce capital, abandonner les valeurs "inutiles" d'où les licenciements des moins qualifiés, des plus âgés (à partir de 30 ans !), des malades et des handicapés, etc... Il faut aussi obtenir le rendement maximum des "valeurs" restantes, au moindre coût, d'où l'intensification du travail et la dégradation de ses conditions.

Comme le chômage, la précarisation dans toutes les entreprises,

dont sont issues les pathologies nouvelles qu'observent les médecins du travail, n'est donc pas une conséquence malheureuse d'effets périphériques et améliorables du libéralisme économique. L'exclusion et la crise du travail ne sont pas des mécanismes extérieurs du système. Elles en sont le moteur intime. Les atteintes à la santé au travail observées depuis sa mise en place, et le libéralisme économique sont donc consubstantiels. Celui-ci

à travers ses conséquences sur le travail et sur l'emploi, est donc un facteur prépondérant de dégradation de la santé au travail

Devant intervenir le plus en amont possible, pour la prévenir, les médecins du travail doivent donc interroger, du point de vue de la santé, le libéralisme économique, non pas philosophiquement ou par conviction, mais pour des motifs strictement professionnels et dans le cadre de leurs missions.

Pour augmenter leur pertinence ils ont entrepris de modifier leurs pratiques professionnelles et de mener une réflexion sur leur métier. C'est, en particulier grâce à leur témoignage dans l'espace public, à l'intérieur et à l'extérieur de l'entreprise, que pourront parvenir des éléments de la situation réelle de la santé au travail, susceptibles d'éclairer le débat social.

Alain CARRE

MODELE DE L'HOMME ET EXERCICE EN MEDECINE DU TRAVAIL

LA "GESTION DES RESSOURCES HUMAINES"



Le système actuel de conduite d'entreprise conduit à rejeter le social hors de son champ. Il s'interdit ainsi une véritable compréhension de ce qui se passe dans l'entreprise. Il lui est donc impossible de créer un modèle d'organisation qui ait valeur humaine : l'entreprise lui apparaît comme un agrégat d'individus et non comme une entité collective pourvue d'autonomie et dotée de capacités créatrices. Tout y est traité en terme de marchandise, d'échanges mesurés par l'argent, d'efficacité et de rentabilité. En niant l'importance de la compétence sociale, le nouveau système engage du même coup la désintégration des rapports sociaux, la rupture des solidarités, l'éclatement des collectifs.

Mais la gravité de la situation est-elle perceptible pour les responsables d'entreprise ? Si elle l'était la tentation ne serait-elle pas d'essayer, une fois encore, de reconstruire le dialogue social de l'extérieur ce qui reposerait sur l'idée fausse qu'il serait possible

d'induire artificiellement un dialogue social en prise directe avec les objectifs du management ?

En effet, une approche "mécaniste" du fonctionnement humain induit l'idée répandue chez les dirigeants que grâce à l'automatisation, la robotisation et les applications de l'informatique, le travail pourrait être entièrement et correctement conçu et défini de l'extérieur au niveau de la conception et des méthodes. Il pourrait ainsi être légitimement rapporté à des tâches de stricte exécution ne requérant pas (ou peu) de contribution originale de la part des travailleurs. Pour parvenir à ce résultat il suffirait aux managers de mobiliser les "ressources humaines". Il s'agirait de développer grâce à la Direction des Ressources Humaines, une culture d'entreprise, une allégeance à l'organisation, un dévouement, un esprit de sacrifice. Cette culture d'entreprise permettrait de recréer de dociles collectifs (enfin ?) en harmonie avec la politique suivie.

C'est oublier que l'initiative humaine ne se mobilise pas par décret. Elle naît de processus complexes ou la rationalité sociale joue un rôle incontournable. La "communication" d'entreprise avec ses

petites ruses et ses grosses ficelles, aussi manipulatrice soit-elle ne peut être dans cette mobilisation d'aucune efficacité.

Une telle approche de l'Être Humain est-elle compatible avec l'exercice médical ? Outre qu'elle serait contraire à la déontologie, la confiance du patient pour son médecin résisterait-elle à cette manipulation ?

POUR UN AUTRE MODELE DE L'HOMME AU TRAVAIL



La définition de la santé de l'OMS (état de bien être physique, psychique et social) mérite d'être complétée. Ainsi la santé pour chaque homme, femme et enfant c'est, en effet, avoir les moyens de tracer un cheminement personnel et original vers le bien-être physique, psychique et social. Or le travail n'est pas "naturellement" générateur de santé ou de plaisir. Toute organisation de travail est d'abord déstabilisatrice pour la santé. On ne peut concevoir une organisation de travail sans souffrance. Toutefois des organisations de travail plus favorables à la négociation réussie de cette souffrance sont possibles. Le travail, en effet, implique toujours une confrontation au réel, un réel qui se fait connaître par sa résistance à se soumettre aux connaissances et aux savoir-faire. Cette confrontation est génératrice de souffrance, une souffrance qui devient pathogène quand la confrontation devient insurmontable. A l'inverse, c'est la possibilité de déplacer les contraintes, les limites du réel, par des stratégies, par de l'invention, par une mobilisation de l'intelligence, que la santé et le plaisir peuvent se conquérir. Cette conquête est instable et santé et plaisir ne sont jamais définitivement acquis. Passion et plaisir sont suspendus à l'espoir raisonnable d'un progrès.

L'ergonomie nous apprend la distinction entre travail prescrit et travail réel et le décalage irréducti-

ble entre tâche et activité. Les contraintes de la tâche relèvent, entre autres, d'une rationalité par rapport à une fin, celle de la production, validée sur des critères de productivité de performance et d'efficacité. Le travail réel implique la mobilisation de femmes et d'hommes dont la fonction essentielle est l'ajustement. C'est pourquoi un chercheur a pu définir le travail "comme l'activité coordonnée des hommes et des femmes pour faire face à ce qui, dans la production, ne peut pas être obtenu par la stricte exécution de l'organisation prescrite du travail". Le travail est donc toujours humain par essence ou par définition : "le travail c'est ce que dans la production les automates ne peuvent pas faire".

Aussitôt que dans le contexte de travail on fait figurer l'humain, on introduit une dimension hétérogène à celle de la production, celle d'une deuxième rationalité, celle subjective du sujet qui organise les conduites par rapport à l'accomplissement de soi ou encore par rapport à la santé. Les conduites humaines prennent en compte simultanément de nombreuses rationalités. Au travail elles doivent satisfaire, entre autres, à deux rationalités distinctes : la rationalité par rapport à des objectifs matériels de production et la rationalité par rapport à la santé et à l'accomplissement de soi. Soumettre son comportement aux seuls critères de l'efficacité productive risque de mettre la construction de la santé en péril, et soumettre son comportement au seul critère de l'accomplissement de soi risque de mettre

à mal les exigences de productivité. Chaque sujet doit s'efforcer de trouver le meilleur, ou le moins mauvais, des compromis entre les exigences venant des types de rationalités qu'impliquent respectivement la production et la santé. La qualité de ce compromis passe obligatoirement par la discussion et l'évaluation du collectif de travail.

C'est à travers ce débat que se dégage une troisième rationalité, la rationalité sociale des actions définie par rapport à des normes et des valeurs. A travers une dynamique de la reconnaissance, cette dernière va participer à la stabilisation du compromis entre les deux autres. Le compromis est donc, au minimum, le résultat d'un arbitrage consensuel entre les exigences relatives à ces trois principales rationalités, la première visant l'efficacité productive, la seconde la construction et la protection de la santé, la troisième la vitalité et la qualité du débat social. Parler du point de vue de la santé mais aussi plus simplement tenir compte de la santé au travail, c'est accepter un modèle de l'homme qui ne soit pas réducteur et tienne compte de la complexité des situations. C'est un modèle de l'homme caractérisé par sa division interne, son ambivalence et ses hésitations face au travail, aux décisions et à l'action.

Note : Le paragraphe 2 fait de larges emprunts à C. DEJOURS

Alain COURTOIS

SUBORDINATION ET SANTE

La subordination du salarié à l'employeur a profondément changé. L'ancien système faisait une large place aux accords collectifs entre employeurs et salariés. Ils instituaient une subordination fondée sur des règles collectives. Celles-ci étaient, le plus souvent, issues d'un débat au cours duquel les différentes rationalités en présence pouvaient se confronter et qui permettaient l'élaboration d'un consensus entre les différents partenaires.

Actuellement le système mis en place est un système contractuel. Le contrat lie individuellement chaque salarié à son employeur. Dans un contexte de liberté et d'autonomie intense quand aux activités développées par le salarié, la restriction des moyens alloués pour effectuer le travail prescrit et un sévère contrôle en aval sur les résultats escomptés, imposent des contraintes sans qu'il soit nécessaire de les préciser, tant elles sont rapidement intériorisées. C'est pourquoi on a donné à ce système le nom d' "autonomie contrôlée"¹.

La subordination collective s'efface au profit de la subordination individuelle. On est passé d'une subordination de type prescriptif, qui précisait même les modes opératoires à une subordination contractuelle qui se contente de définir les moyens alloués et l'objectif escompté. La réglementation

¹ B. APPAY: *Individuel et collectif, questions à la sociologie du travail, l'autonomie contrôlée, cahiers du GEDISST N°6, 1993, citée par A. THEBAUD-MONY, in, Sous-traitance, rapports sociaux, citoyenneté, santé; Revue Travail N°26, printemps 1993.*

du travail constitue un obstacle pour les partisans du système d'individualisation:

- Ils la considèrent comme inadaptée et ne l'appliquent pas
- Une nouvelle réglementation plus "adaptée" tend à s'y substituer. Elle tente:

◊ de définir de nouveaux droits individuels dans l'entreprise (décret sur les libertés dans l'entreprise),

◊ de délimiter les responsabilités respectives des employeurs et des salariés (décrets sur la responsabilité de l'employeur dans la protection des salariés contre les risques au travail, mais aussi article L 263.2 du code du travail sur la responsabilité du salarié en cas de "faute personnelle").

En général ces textes sont impuissants à rétablir l'équité, déjà fort malmenée par l'ancien système, tant la pression du contexte économique pèse sur les rapports sociaux par l'intermédiaire de la concurrence pour les entreprises et du chômage pour les salariés. Parallèle au développement de la société vers plus d'autonomie individuelle, ce mode de conduite d'entreprise aurait pu conduire à une forme développée de démocratisation par l'usage de cette forme d'autonomie. Mais il se développe dans un contexte idéologique dés-humanisé. Mais il privilégie l'autonomie individuelle au détriment des systèmes collectifs d'organisation et de représentation qui sont à l'origine de la vie sociale dans l'entreprise et de la gestion des conflits intra et interindividuels. Mais la négociation du contrat entre employeur et salarié est inéquitable du fait d'un contexte très

défavorable à ce dernier. Cela s'oppose à la définition juridique d'un contrat et fait plutôt référence à une servitude volontaire.

La nouvelle subordination est à l'origine:

- de l'individualisation des rapports de travail, du fait de l'absence de débat collectif sur les rationalités et de l'impossibilité de construire des règles de métier
- de la responsabilisation individuelle du salarié par l'isolement, la culpabilisation vécue dans un climat de tension extrême.
- du transfert sur lui de la gestion des contradictions de l'organisation de travail, par le biais d'injonctions paradoxales qui naissent de l'écart entre moyens et objectifs
- de la dépersonnalisation du salarié dont la vie privée est envahie par la "culture" d'entreprise.

Ces éléments génèrent la souffrance individuelle et retentissent sur l'équilibre psychique et psychosomatique du salarié. Ils sont parfois aussi à l'origine d'idéologies défensives problématiques pour les rapports sociaux, déjà mis à mal. Dans le contexte actuel le passage d'une forme collective de subordination à une forme individuelle entraîne des atteintes à la santé au travail quand l'extrême tension dont cela s'accompagne devient insupportable. Plus généralement la nouvelle subordination individuelle du salarié à son employeur institue un pouvoir qui peut préparer la voie à un totalitarisme fondé sur la concentration, l'expansion et l'exclusion.

Alain CARRE

LE MEDECIN DU TRAVAIL ET LA POLITIQUE DE SANTE AU TRAVAIL

∇ **Il ne peut y avoir de mise en place d'une politique de santé au travail dans l'entreprise sans, ou pire encore contre, l'avis du médecin du travail.**

C'est pourquoi il nous paraît légitime que les médecins du travail participent à l'élaboration d'une politique de santé au travail. La question qui se pose alors est de savoir sur quelles bases et comment. Doivent-ils par exemple dicter explicitement cette politique ? Cela ne nous paraît pas souhaitable.

∇ **Il faut noter l'importance du débat social pour débrouiller l'écheveau des rationalités qui se confrontent dans l'entreprise.**

Il est indispensable que ce soit le débat entre les acteurs sociaux qui "accouche" d'une politique de santé au travail. La compétence médicale aussi performante soit-elle ne peut à elle seule donner des réponses aux oppositions qui se font jour. Elle ne permet pas non plus de faire l'impasse sur cette étape. Le débat a aussi l'immense intérêt d'impliquer les partenaires dans la mise en place d'une politique dont, pour avoir participé à la définition, ils seront partie prenante.

∇ **Une seconde justification de la nécessité de ce débat, tient à la nature même de la relation médecin/patient et au statut de la prescription médicale.**

Si la santé est bien, comme nous l'estimons, un cheminement personnel et autonome alors promouvoir la santé par l'acte médical, c'est permettre le libre exercice de ce cheminement. La "politique de santé" individuelle ne se décrète pas de l'extérieur. La prescription

médicale n'est qu'un conseil dont il faut d'ailleurs s'assurer qu'il a bien été compris. Pour émettre ce conseil le médecin prend en compte ce qui est accessible chez le patient mais il ne connaît pas la part d'énigme personnelle de son interlocuteur. C'est cette humilité du "que sais-je ?" de l'autre qui dicte au médecin d'éclairer sur les choix et non d'imposer une solution. Si l'on considère la complexité des individus, celle des situations de travail et de leurs déterminants, il serait à notre avis présumptueux pour le médecin du travail de définir à lui seul une politique de santé au travail. Il est donc à la fois plus prudent et plus pertinent pour le médecin de s'en tenir à ce qu'il connaît, c'est-à-dire d'alimenter la réflexion de ses interlocuteurs en faits et en observations, interprétés éventuellement du seul point de vue de la santé. Ceci n'exclut pas qu'il puisse avoir un avis spécialisé sur une politique de santé ou sur ses différents déterminants au cours des étapes de son élaboration. Pour qu'il puisse participer à cette élaboration quelle qu'en soit la nature, il nous semble que plusieurs conditions doivent être remplies. Certaines tiennent à l'exercice de la médecine du travail, d'autres à la nature de la démarche.

∇ **Pour qu'un avis spécialisé s'impose à tous, sans discussion, il faut que la compétence du spécialiste soit reconnue, c'est pourquoi, en médecine comme ailleurs il est nécessaire que cet avis soit argumenté.**

Une réflexion sur la nécessaire modification des pratiques devant les effets de la précarisation trouve

ici sa place. Modifier les pratiques en médecine du travail a aussi pour but d'accroître la pertinence des conseils. Cela vise à se rapprocher encore plus de la réalité des situations de travail pour que les avis des médecins entrent en résonance avec la perception des acteurs de terrain. A terme cela permet donc de construire et de faire reconnaître cette indispensable compétence.

∇ **En médecine une autre condition est requise pour que l'avis du médecin s'impose à son patient : il s'agit de la confiance.**

La confiance individuelle du patient est incontournable pour que le conseil que constitue la prescription soit suivi. En médecine du travail il y a, d'un point de vue collectif, formalisation de cette relation. C'est à travers le contrôle d'instances où tous les acteurs sociaux sont représentés que naît la confiance de la collectivité de travail concrétisée chaque année lors de la présentation du rapport annuel. La confiance est ici contingente de la rigueur du rendu de résultat dont nous avons traité plus haut. Elle est aussi liée à l'indépendance du médecin vis-à-vis des pressions qu'induisent les rapports de force. Exercer dans un milieu où règnent en maître les rapports de force, ce n'est pas s'y plier, c'est tenter d'alimenter impartialement du point de vue de la santé, le débat qui devrait légitimement les tempérer. C'est pourquoi il est indispensable que l'indépendance des médecins soit aussi garantie pendant leur participation à l'élaboration d'une politique de santé; cette garantie ne peut être simplement constituée, par un droit de retrait qui ne laisse aucune possibi-

possibilité au médecin d'exprimer publiquement les raisons de son éventuel désaccord. Il n'est pas conforme à nos missions de nous plier à une confidentialité au seul bénéfice de l'employeur. Ceci a aussi pour corollaire le risque de perdre la confiance du personnel. Préserver dans l'entreprise la santé des femmes et des hommes consiste à leur permettre de tracer leur cheminement personnel et original vers le bien-être, or, ce cheminement n'est possible que si l'activité de travail correspond à leurs capacités et à leurs désirs. C'est faire systématiquement prévaloir le point de vue de la santé.

▽ Ce point de vue repose sur un modèle de l'être humain où celui-ci n'est pas un objet qu'on manipule ou dont on dispose, mais au contraire un individu sujet et acteur de son histoire personnelle.

Il s'agit là d'une approche humaniste. Le jeune médecin qui prête le serment d'Hippocrate reconnaît ainsi son appartenance symbolique à un monde de valeurs éthiques, progressivement élaborées au cours du temps. L'humanisme n'est pas ici une morale liée à une histoire personnelle mais une notion à la fois culturelle et méthodologique qui, si elle ne s'apprend

pas, est un processus d'appropriation authentique et personnalisé. Indépendamment du savoir scientifique la formation médicale implique un véritable mûrissement culturel à l'issue duquel la réflexion humaniste se sera incorporée indissociablement à la personnalité du médecin qu'elle aura contribué à enrichir. Le médecin considère donc l'être humain comme une fin et non comme un moyen, il respecte sa dignité et vise en toute circonstance à préserver son autonomie. Cette attitude qui fait du médecin une femme ou un homme de connaissance et non de pouvoir est parfois difficile à comprendre de certains de ses interlocuteurs. Elle sert aussi de fondation à la confiance que le patient lui accorde. C'est pourquoi pour un médecin, accepter de subordonner son exercice à des modèles de l'Homme qui seraient en opposition avec celui que nous avons décrit, lui fait non seulement prendre un risque quant à l'efficacité de son action mais aussi un risque vis-à-vis de sa propre cohérence personnelle.

▽ La participation du médecin implique un consensus entre les acteurs sociaux sur les principes qui doivent fonder la future politique de santé au travail.

Nous ne donnons pas ici au mot "consensus" les sens dévoyés qu'on lui attribue parfois. Il ne s'agit pas d'un compromis plus ou moins satisfaisant où l'on se met d'accord sur le moins pire ou le résultat d'un rapport de force ou le faible se rallie à la position du plus fort ou à son système de valeurs. Nous entendons ce terme dans sa signification étymologique de "même sens" : il s'agit de se mettre d'accord sur une même signification de la politique de santé au travail fondée sur le modèle de l'homme qui en constitue la pierre angulaire. En effet, sans ce consensus premier comment pourrait-on imaginer qu'un autre consensus essentiel, celui sur la politique élaborée, voie le jour ? Elaborer une politique de santé au travail c'est se condamner à un véritable dialogue social à toutes les étapes de la conception : avant pour en déterminer les bases, pendant pour en construire les éléments, après pour l'appliquer. Si cela n'était pas, la tentative serait immanquablement vouée à l'échec. Y participer pour les médecins du travail serait au mieux une perte de temps, au pire un risque de déstabilisation.

Alain COURTOIS

MEDECINE DU TRAVAIL ET EXERCICE DE LA CITOYENNETE

Le droit à la santé et le droit au travail sont des droits constitutionnels fondamentaux.

En tant que professionnels les médecins du travail postulent, puis observent que ces droits ne sont pas contradictoires. En effet dans certaines conditions, le travail comme espace de sublimation du désir participe à la construction de la santé. C'est pour faire naître ces

conditions et lever les obstacles qui s'opposent à cette construction qu'a été créé le corps professionnel des médecins du travail. Ils doivent veiller à ce que nul ne compromette sa santé du fait de son travail. Ce principe garanti la cohérence des règles fondamentales et donc la cohésion du corps social. Si il s'avérait que droit au travail et droit à la santé sont devenus in-

compatibles c'est la base même de notre société qui serait compromise.

Or actuellement la cohabitation de ces droits fondamentaux devient problématique et souvent le salarié doit renoncer à l'un de ses droits constitutionnels en choisissant entre santé et travail. En imposant ce choix l'organisation du travail déshumanise l'homme et tend à

détruire en lui le citoyen. Hors de l'entreprise l'exclu perd la conscience de ses droits. L'assistance dont il bénéficie, à juste titre, risque d'atteindre son esprit de responsabilité et sa volonté d'agir qui sont les éléments constitutifs de la citoyenneté. Face à cela certains réfléchissent "à des formes nouvelles de gestion de la vie sociale susceptibles de contribuer à la reconnaissance de la portée civique du travail et de donner à chacun la possibilité d'organiser sa propre vie"¹. Ce programme correspond

¹M. REBERIOUX: Présidente de la Ligue des Droits de l'Homme, "La citoyenneté sociale", Le Monde, 1993.

presque mot pour mot au projet professionnel du médecin du travail.

Pour alimenter cette réflexion les médecins du travail ont donc une position privilégiée :

- par leur statut dans l'entreprise, conseillers à parité des acteurs sociaux leur expertise est reconnue par tous.
- par leur abord humaniste des problèmes de santé au travail.
- par leur situation d'observateurs de la réalité du travail.

Il leur appartient donc de porter leurs observations à la connaissance de leurs concitoyens. C'est en témoignant dans l'espace public de l'entreprise (CHSCT, CE), mais aussi hors de l'entreprise (partici-

pation à des colloques, articles, publications, interviews...), qu'ils y parviendront. Lorsque la liberté d'entreprendre compromet quelquefois la liberté de vivre, lorsque les différences entre citoyens ne sont plus fondées sur l'utilité commune et qu'ainsi le principe d'égalité n'est plus respecté, lorsque la charité se substitue à la solidarité fraternelle; en un temps où une faille sépare la conduite de la cité et les forces vives de la société, ce qui à terme peut être générateur de violence et de souffrance, se pose à chacune et à chacun la question du civisme.

Alain CARRE

LES CAHIERS S.M.T.

supplément à "Pratiques - la lettre du SMG" n° 39
52 rue Galliéni 92240 MALAKOFF

responsable de rédaction : Jean-Noël Dubois
responsable de publication : Jean-Pierre Dio
commission paritaire : 67150

*Congrès de l'Association S.M.T. des 17 et 18 décembre 1994
compte-rendu des débats*

**NATURE, ENJEUX ET PORTEE DE LA
CITOYENNETE DANS L'ENTREPRISE :
REFLEXIONS DE MEDECINS DU TRAVAIL**

**CITOYENNETE /
SUBORDINATION**

**L'ENTREPRISE :
ESPACE PUBLIC
OU PRIVE ?**

L'entreprise est-elle uniquement un espace privé, comme on nous l'a récemment dit lors d'une réunion de l'Association Villermé (inspecteurs du travail) où, pour protéger les travailleurs d'un point de vue juridique, pour les garder d'un empiètement de l'entreprise sur leur vie privée, on s'en tient à cette définition. Le salarié se place dans cet espace privé par un lien de subordination, défini dans le contrat de travail.

Mais nous, médecins du travail, ne centrons pas notre activité sur un appareil juridique mais sur la réalité de l'Homme au travail. Nous le voyons "jouer", dans son travail, la construction de sa personne face aux "lois" de l'entreprise qui l'emploie (nature du contrat de travail, objectifs, mode de production, règles d'hygiène et sécurité en vigueur dans l'entreprise, etc.) et face aux Autres (encadrement, collègues, "subalternes", etc.).

Il y a bien là un espace public extérieur à l'espace privé du salarié.

Si effectivement l'intégration du salarié dans cet espace public se fait par un lien de subordination, l'histoire formalisée par les lois du Code du travail a constitué un espace d'exercice de la citoyenneté : comités d'entreprise, droit de grève, etc. Or, nous constatons que parallèlement au développement de tous les processus de précarisation du travail de ces dix dernières années, cet espace d'exercice de la citoyenneté se réduit à une peau de chagrin, voir s'efface totalement. On voit même des employeurs (cf. témoignage de Denise Parent) aller jusqu'à amalgamer espace public de l'entreprise et espace privé du salarié : actuellement, des employeurs se permettent des intrusions dans la vie privée des salariés, se donnent un véritable droit d'emprise.



APRES LE TAYLORISME

UNE IDEOLOGIE TOTALITARISTE OU FASCISTE ?

⇒ **Avant**, l'organisation du travail avait des prétentions sur la détermination de la "façon" de produire, et sur la maîtrise de la production humaine d'un point de vue physiologique et cognitif.

⇒ **Maintenant**, le projet est d'encadrer la pensée des travailleurs. on enserme les modes de pensée individuels par des techniques de management, de communication (nommons-les plus justement "manipulations").

C'est un système puissamment excluant, qui ne prend pas en compte la réalité de l'Homme au travail (cf. « *Modèle de l'Homme et exercice de la médecine du travail* ». A Courtois). Tout est porté par une idéologie économique, dont le fondement naturel est un libéralisme qui, depuis le 18^e siècle s'est affranchi du pouvoir religieux puis du pouvoir politique pour à présent avoir prétention à un pouvoir psychologique et social.

Le système amène les gens à la peur, aux mensonges et tricheries ; par les stages de formation de type paramilitaire, par une organisation de type délégataire, par l'aspect manipulateur (description de stratégies d'entreprise faisant délibérément tourner des salariés dans des restructurations pour les casser), par le discours auquel on ne peut pas ne pas adhérer, il y a embrigadement des masses. Pour certains d'entre nous, il s'agit d'une idéologie économique à terme totalitariste.

D'autres, constatant que dans un système totalitariste le médecin du travail ne peut exercer son métier alors que là, il le peut, et qu'il y a véritablement embrigadement des masses, posent le mot d'idéologie sociale fasciste.

En tout cas, il y a violence sociale dans l'entreprise et donc forcément au dehors : effets transgénérationnels, etc. Pour Dominique Dessors, psychodynamicienne, « *ce n'est pas le droit qui va stopper ça...* »

L'EXERCICE DE LA CITOYENNETE UN ENJEU POUR LA SANTE

Une minute de silence auprès des nouvelles classifications européennes : à la suite des *précaires* (positionnés par rapport à l'emploi stable), des *exclus* (hors travail), on a créé une rubrique *indigent*, à qui la société doit assistance. Voilà bien le signe visible qu'il y a des gens que l'on considère incapables de travailler, tout simplement parce qu'ils ne "savent pas s'adapter" aux normes actuelles du travail, un système toujours plus intrinsèquement excluant. Réémergence, chez les participants à cette réflexion, de tout ce que l'on voit en pratique quotidienne, touchant à l'humiliation, l'insoutenable (cf. des conditions de travail pour nous inadmissibles, pourtant acceptées par des intérimaires). Où se pose la limite de l'intolérable, qui la pose ?

Arrêtons-nous sur le tableau de

MP n° 57 actuellement en plein essor. Une d'entre nous constatait dans son entreprise une augmentation de syndromes du canal carpien, sans qu'il y ait pour autant apparemment augmentation de la charge de travail. Comment expliquer cela ?

Par une baisse des temps non productifs ? Par le fait qu'on ne peut plus se mettre en arrêt maladie quand on en aurait besoin ("régulation") ? Parce qu'on ne parle plus au poste de travail ? Il y a un moment où les choses ne peuvent plus être dites, là on ne peut plus construire sa santé, on souffre, on subit. Instant de rêverie sur tous ces médecins élus à l'Assemblée Nationale : des médecins élus par des patients, pas par des citoyens...

L'exercice de la citoyenneté, c'est exister dans les droits et les devoirs, les actes et la pensée, par rapport à la

collectivité. Dans le champs qui nous concerne (travail - santé), cela passe par la mise en mots des contradictions toujours plus fortes que vivent

les gens entre droit au travail et droit à la santé, entre ce que nous savons des processus de construction de la santé et les violences que nous constatons. Si les intéressés eux-mêmes ne sont

peut-être pas actuellement en situation de pouvoir le dire et d'agir, il est en tout cas de notre responsabilité à nous, médecins du travail, de porter témoignage.

LA PAROLE EN MEDECINE DU TRAVAIL

Des mots, mais aussi des silences, des attitudes, des gestes. On parle à quelqu'un, un "autre", en qui on a ou on n'a pas confiance. On parle pour dire, question du sens. Il y a la parole du médecin du travail envers le salarié, celle du salarié ("objet" de travail du médecin du travail...) envers le médecin du travail. Rapports entre paroles et actes. Parole, outil de citoyenneté. Voilà quelques-unes des pistes explorées en ces deux jours de congrès. Nous allons essayer d'en redonner la matérialité concrète.

"AVOIR" CONFIANCE EN, "GAGNER" LA CONFIANCE

La question de la confiance n'a pas été énoncée en premier lieu, loin de là, mais elle nous est apparue brutalement comme centrale : pour des raisons d'ordre et pragmatique et éthique, le médecin du travail ne peut exercer que si les salariés (en tant qu'individu et en tant que collectif) ont confiance en lui.

Les conditions de cette confiance ? Un cadre général d'exercice tout d'abord, défini par des lois, par un statut : nous savons combien les médecins de prévention de la Fonction Publique, dont les textes de loi régissant l'exercice ne prévoient pas de contrôle par une structure paritaire, ont du mal à affirmer leur indépendance professionnelle et par là à se poser dans l'entreprise. Un ensemble de règles déontologiques communes à l'exercice médical ensuite : respecter le secret médical, se centrer sur la santé. Ces conditions sont nécessaires mais non suffisantes. La confiance ne s'établira qu'à l'épreuve de la pratique, dans le quotidien.

Cela passera par la reconnaissance de nos compétences professionnelles

(peut-être d'abord en tant que médecin "de base" : ah, les effets d'un "beau" diagnostic de tumeur du sein !), de notre "efficacité" (voir plus loin) et de notre éthique professionnelle.

Notre pratique, nous la menons dans un ensemble de règles de métier que nous nous construisons. Reste à définir ce que sont des règles de métier... Dominique Dessors : « *C'est quelque chose qui est nourri par le collectif et qui nourrit ce collectif. C'est un état momentané d'accord du collectif. Comme la confiance ou la reconnaissance, il est toujours réexaminé à l'épreuve de la pratique individuelle et collective. Les règles de métier prennent en compte le vécu au travail. On en a, même si on n'en a pas conscience, mais si on est trop isolés, on n'arrive pas à les partager, à les confronter...* »

Angoissés à l'idée d'en avoir sans le savoir, nous avons cherché à les repérer. D'abord ce qui n'en est surtout pas : les normes ne sont pas des règles de métier. Ensuite, tous nos choix concrets (« *la visite médicale*

durera le temps qu'elle doit durer »). Force est alors de constater qu'elles se rapportent, comme pour tout exercice de la médecine théoriquement, à une approche humaniste de l'Homme. Le Département des Sciences Humaines de la Faculté de Médecine de Tours : « *Le médecin doit considérer l'Homme comme une fin et non un moyen, respecter sa dignité et viser à toujours préserver son autonomie. [...] Etre humaniste, ce n'est pas apprendre un ensemble de valeurs, c'est plutôt conduire à son terme un processus d'appropriation authentique personnalisé de celles-ci* ». Ne se cantonnant pas au seul savoir objectif, l'humanisme respecte la subjectivité.

Nous posons nos règles de métier par rapport à une éthique partagée : à l'association S.M.T., c'est l'éthique du témoignage dans le champ social, centré sur la santé (santé, comme la décrit Ch. Dejours évidemment).

Nous voyons la santé fortement liée à des processus d'organisation du travail, et un de nos points de butée est de poser dans quelle mesure et comment nous sommes légitimés à parler de ces processus organisationnels. Pour la plu-part d'entre nous, il y a exigence éthique à ne pas confondre professionnalité et exercice politique de notre citoyenneté, mise en évidence des effets de l'organisation du travail sur la santé et recherche de sens sur des processus macro-économiques.

Pour "recueillir" la parole dont nous avons besoin pour travailler, nous cherchons donc à "gagner" la confiance du salarié.

Encore faut-il être lucide sur nous-même, sur ce que nous espérons entendre, sur notre façon de faire entrer ces mots dans notre subjectivité, sur notre propre désir à être reconnu et ce que cela peut induire, sur les systèmes idéologiques, politiques, sociaux, économiques qui nous modèlent...

**NOUS ECOU-
TONS, NOUS
PARLONS...**

**MAIS QUELQU'UN
ENTEND-IL ?**

Deuxième cri d'alarme du congrès : comment, en 50 ans d'exercice, les médecins du travail peuvent-ils être aussi seuls ? Dans bien des entreprises, justement là où il y a précarisation du travail, disparition des collectifs etc., un certain nombre d'entre nous ont la cruelle certitude d'avoir beaucoup de choses à dire mais pas d'interlocuteurs. Personne, ni individu, ni collectif, ne peut recevoir ce que dit le médecin du travail, rationalité économique obligeant. Ce n'est pas pour autant que nous devons nous taire : témoins - veilleurs de la santé au travail, notre rôle est de dire, il y va de notre responsabilité, s'il est trop douloureux, pour le salarié, pour les représentants du personnel, voire pour les responsables de l'entreprise d'entendre l'intolérable, à nous de porter notre parole là où cela peut être moteur, au niveau d'une branche professionnelle, d'une région etc... Construire des pratiques coopératives, mettre en place des études scientifiques à un niveau plus large que celui

de l'entreprise, permet d'améliorer la visibilité scientifique d'un problème, mais aussi de pouvoir dire une réalité jusque là interdite, de lui donner corps et d'être plus proche d'un lieu où il y a une marge de manœuvre à la prise en compte de cette réalité.

En fait, comment évalue-t-on la portée réelle de nos dires ? Il est clair que dans bien des cas, la fiche d'aptitude est un mensonge, un "non-dit" ; mais dans le temps de la consultation, autour de cette fiche, il s'est dit des choses.

Dans nos visites d'atelier (précisément, oui, cet atelier là), dans le choix des études que nous décidons de mener, tout au long de ces études, dans leur rendu, dans leur "après" il y a énonciation de mots qui contribuent peut-être à un déplacement des représentations des acteurs sociaux.

Or, l'objet de la médecin du travail est précisément non pas de transformer les choses, mais d'apporter ses connaissances sur la santé au travail pour que...

Y-a-t-il eu un "péché originel" de la médecine du travail qui la condamnerait jusqu'à la fin des temps ? Cf. texte Dominique Huez : « *Une typologie en quatre périodes* » ; il y aurait plutôt une évolution sociale des concepts autour de la santé et de la médecin du travail. Ainsi les sciences humaines mettent à présent à notre disposition de puissants outils permettant de se centrer,

dans l'observation des rapports au travail sur le sujet, individu désirant, ayant une histoire individuelle et sociale, et qui se construit de jour en jour dans le rapport au travail et le rapport aux autres. Nous sommes loin de la médecine militaire, du système marxiste d'analyse de l'aliénation au travail, de la médecine de prévention qui veut et "sait" le bien de ses "patients".

A nous de saisir la perche.

Marie-Christine PETER-BOSQUILLON

LE TEMPS et LA PAROLE

LA PAROLE est une façon de communiquer par des mots, bien souvent accompagnée de gestes, d'attitudes, voire de silence, qui ont eux aussi leur signification.

LA PAROLE . aide à comprendre, en particulier, la différence entre le travail vécu et le travail prescrit

LA PAROLE peut servir à véhiculer des revendications masquées: on parle de l'hygiène, de problèmes de toilettes ou de mobilier, car c'est en fait la seule possibilité laissée, de parler différemment du travail, de faire comprendre comment on se sent considéré.



Tiré de Santé et Travail n°10/11

Le médecin du travail écoute beaucoup plus que le médecin curatif qui lui, explique, car il est demandeur d'informations, avec un objectif en vue. L'écoute de la souffrance peut être un mode d'entrée pour aborder les problèmes professionnels perçus

Cette parole peut être portée dans l'espace public interne à l'entreprise, auprès du directeur, des instan-

ces, des experts. Ce qu'on fait de la parole entendue est une parole qui agit déjà.

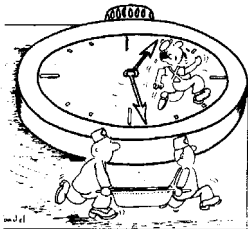
Il faut faire attention à ne pas témoigner simplement, car cela correspond à une prise de position politique, qui pour être efficace et sans répercussions dangereuses, doit être accompagnée et se situer dans le champ social (espace public externe), en fait, nous sommes les seuls à porter le débat de la santé au travail.

L E T E M P S , passé en consultation, peut être différent selon l'écoute estimée nécessaire, pour laisser un espace suffisant à la parole, il y a nécessité de trouver dans son exercice, un temps pour réfléchir, sur le sens de ce que l'on a entendu ou vu, de s'arrêter pour analyser, synthétiser, et élaborer des stratégies afin d'être efficace, et développer notre action dans l'espace public interne qu'est l'entreprise.

Marie-France DELAPORTE

Peu de temps avant Noël, M. Christian M. demande à venir me voir ; il sera donc le vingt-deuxième et dernier de cette journée très ordinaire d'un médecin du travail qui, par vingt et une fois ce jour, s'en fut signer une aptitude pleine et entière à divers postes aussi larges que possible.

Il a 38 ans et occupe un poste de maintenance dans une entreprise célèbre. Il arrive, me semble presque apeuré. Non, il est un peu figé, dépressif, me dit-il, toujours en arrêt de travail. Il dort mal, se réveille fréquemment la nuit, tourne en rond, ne voit pas d'issue. Je crois le voir pleurer, plusieurs fois, non, il retient ses larmes. Il m'explique. Il habite à 40 km d'ici, l'aller et retour tous les jours ; mais là n'est pas le problème principal. Le travail est désorganisé, les ordres contradictoires, les tâches multiples se chevauchant. Dans ce secteur, ils sont dix à m'en avoir parlé : mise en cause des compétences, une organisation du travail à la poursuite d'elle-même, il y aurait de quoi travailler là-dessus, me semble-t-il, un bon moment. Surtout, il y a les horaires : 5h00-13h30 pendant trois jours ; puis 2 jours de repos ; puis 5h00-13h30 ; puis 5h00-15h30 ; puis repos ; puis 17h00-2h45 ; mais cela pas toujours régulièrement ! Avec des journées de 10 à 12 heures de travail, les heures supplémentaires non payées. Ouf !

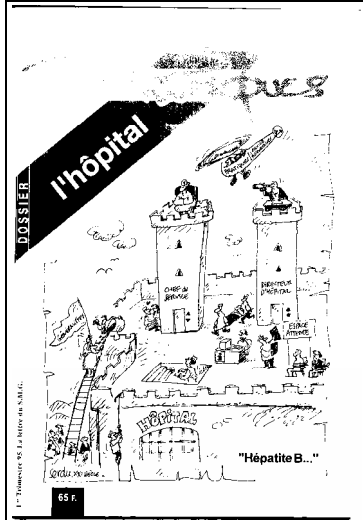


En arrêt, quatre mois auparavant, il m'avait déjà parlé de ses troubles du sommeil, de ses spasmes coliques, de sa fatigue persistante, de ses trente cigarettes par jour. Et j'avais recommandé des horaires réguliers sur sa fiche d'aptitude. Le directeur m'avait téléphoné. « *Pas question de changer quoique ce soit. Les fainéants, on les connaît. Ils n'ont qu'à prendre la porte.* » L'espace de discussion s'en trouva fort squelettique.

Je le revois ces jours-ci. Il va mieux, s'est reconstruit son monde encore fragile. J'ai contacté, à sa demande, le médecin-traitant, peu après la visite de décembre. M. M. n'a jamais eu le moindre problème dépressif auparavant. Mais je suis persuadé que s'il reprend le même poste, il ne pourra, à moyen terme, le supporter. Donc, nous allons, lors de la reprise du travail, récidiver sur les horaires réguliers et proposer un autre poste. Avec d'autres qui partagent avec lui les mêmes postes, M. M. avait proposé une autre organisation du travail, non acceptée en son temps. Attendons donc la suite ; qui peut être pour M. M., une installation "à son compte" dans un petit village touristique des bords de la Gartempe. C'est qu'un peu d'espoir a refait surface. Petit à petit.

Patrick BOUET

Vient de paraître n°39 "L'hôpital"



Pratiques

**Un regard critique
sur les problèmes de santé
une revue indépendante**

Déjà parus : Santé-Immigration (24), Santé : les marchands d'illusion ? (25), Violences (26), Prague 91 (27-28), Ethique-Médecine-Démocratie (29), Images du corps (31 et 32), Les pirates du secret médical (33), Repères pour une politique de santé (35), Confrontations (36), L'erreur en médecine (37), Choisir sa mort (38), L'hôpital (39).

A paraître : "Les réseaux"(40), "Théâtre et médecine" (41), "La presse médicale" (42)

Le numéro : 50 F jusqu'au n° 33, 65 F à partir du n° 34 + 8 F (frais d'envoi), commande à adresser à **Pratiques** - 52, rue Galliéni - 92240 Malakoff

Tél. : (16) 1 46 57 85 85 - Fax : (16) 1 46 57 08 60

MODIFIER LES PRATIQUES EN MEDECINE DU TRAVAIL

ENVISAGER LES SITUATIONS DANS LEUR GLOBALITE

.....

Dans le secret du cabinet se révèlent des atteintes à l'intégrité physique et psychique dues au travail. Mais face à ces problèmes, les solutions ne relèvent pas de la clinique individuelle. L'action impose de construire une intelligibilité de la situation dans sa globalité : non pas seulement saisir ce qui représente un risque pour la santé, mais comprendre, pour pouvoir les dépasser, les raisons qui s'opposent à la transformation. Cette construction implique de passer du temps dans le milieu de travail, de se familiariser avec l'activité, avec ses difficultés, avec

le style de mobilisation déployé pour y faire face, avec les relations sociales de travail. C'est la construction d'une compréhension globale de la situation qui permet éventuellement de poser le problème d'une façon suffisamment travaillée pour que les différents partenaires puissent entrevoir des pistes de solution. L'activité en milieu de travail est donc très loin de se limiter à la métrologie. Bien souvent, si le médecin du travail fait de la métrologie, ce n'est pas par fétichisme de la mesure, mais parce que le mesurage permet d'échapper à la visite accompagnée, et légitime une présence prolongée dans l'atelier. Dans l'activité du médecin du travail, les problèmes s'expriment donc au cabinet médical ; tandis que les

solutions ne peuvent être recherchées, en général, qu'à l'extérieur de ce cabinet, lors du tiers temps. Pour des raisons évidentes, cette recherche est très difficile. Il faut bien souvent déployer des trésors de compétence et d'imagination pour arriver à faire entendre aux directions les problèmes d'organisation et de conditions de travail repérés dans l'activité clinique. Nous ne fuyons pas pour autant nos responsabilités. Nous savons que nous avons des progrès à faire, pour trouver les voies qui permettent d'avancer sur les problèmes rencontrés. Une intense activité est déployée dans ce sens par de nombreux confrères.

FAIRE NAITRE LA COOPERATION

.....

Chaque médecin du travail et plus largement chaque spécialiste du champ santé-travail n'a du fait de son action sur un secteur restreint qu'une observation partielle de la réalité. Seul un travail en coopération est susceptible d'assurer une vision plus large. Il faut savoir dépasser les structures rigides de nos champs d'activité respectifs. Coopérer c'est tisser des liens, constituer un réseau à partir de préoccupations communes sur un thème, un terrain donné. Les conditions réglementaires de ces coopérations existent à travers les plans d'activités communs à plusieurs médecins du travail, les possibilités d'une coordination par l'Inspection Médicale du Travail, les études conventionnées avec d'autres spécialistes du champ santé/travail sous le contrôle des CHSCT, encore faut-il qu'elles soient utilisables et utilisées. Ne faudrait-il pas tout d'abord que les médecins du travail concernés par des projets communs, définissent un minimum de règles éthiques et se mettent d'accord sur les finalités de l'action ? En effet, les médecins du travail ont pu, face aux difficultés, développer des stratégies individuelles différentes et il est donc essentiel de bien définir à l'avance les objectifs, la méthodologie mise en œuvre, les responsabilités précises de chacun, les modalités de rendu de résultats aux différents acteurs sociaux, l'organisation du suivi sur le terrain de la démarche et la diffusion des résultats. Une autre condition constitutive de cette coopération est le respect de l'autonomie professionnelle des médecins. Par exemple il faudra toujours savoir, quel est le médecin "responsable" d'un effectif. Dans les services interentreprises, le suivi médical de l'artisanat

et des PME pose de longue date de nombreux problèmes. Un certain nombre de médecins du travail, de services interentreprises ont dépassé cette difficulté en s'associant pour des études par secteur ou par branches. Chacun peut par la suite en utiliser les résultats auprès de sa propre "petite entreprise". Ces études sont de toute nature : ergonomique, épidémiologique, toxicologique, etc... Les médecins du travail vont donc devoir mettre en commun leurs observations, regrouper leurs forces pour mener des études des enquêtes, des actions de prévention, pour répondre aux nécessités et rendre compte de la réalité des situations de travail. Bien évidemment coopérer prend du temps et ne peut être envisagé si la pratique clinique ne laisse pratiquement aucune place au tiers temps. Il s'agit donc de pratiques volontaires des médecins. Elles sont difficiles mais essentielles si ils veulent que la surveillance de la santé au travail ait encore une quelconque signification.

INITIER DES PRATIQUES PREVENTIVES

.....

Sans mésestimer les difficultés, la réglementation actuelle ouvre des possibilités qui sont loin d'être appliquées et exploitées. Elle permet théoriquement au médecin du travail d'être l'initiateur de pratiques préventives. Cela ne peut se faire en subissant l'événement. Il est nécessaire de déterminer une problématique et de définir une stratégie de prévention. Il s'agit de faire prendre en compte tel ou tel déterminant de la santé qui paraîtrait sous estimé, par exemple les contraintes de l'organisation du travail. L'identification de ces facteurs repose sur un double travail. Le premier est celui, classique, de l'investigation clinique : prise de notes, recueil de cas dans des monographies. Ce passage est souvent décisif avant des études

plus ciblées faisant appel aux techniques de l'épidémiologie, de l'ergonomie, de la toxicologie, de la psychodynamique du travail. Le travail en coopération permet à ce stade d'accumuler des données pertinentes à partir du regard de plusieurs médecins.

Dans le climat actuel de précarisation cette première démarche vise plusieurs objectifs :

- Elle permet une meilleure information sur les interactions entre la précarisation et la santé, en particulier du point de vue de la santé mentale.
- Elle a pour intérêt de mettre en évidence les difficultés que rencontrent les médecins du travail pour accomplir leur mission en direction des salariés touchés par la précarisation.
- Elle identifie les pratiques des médecins du travail confrontés aux questions de précarité, étape essentielle à une démarche d'évaluation.

Le second travail d'identification consiste à analyser les demandes de la collectivité de travail en matière de santé au travail. Il ne s'agit pas d'attendre que celle-ci parvienne "imprimée sur papier timbré", ce qui serait illusoire lorsqu'on connaît la complexité des rapports sociaux dans l'entreprise. C'est précisément au médecin du travail de la faire émerger, de la structurer, voire de l'exprimer si elle est latente, en particulier, en nourrissant la réflexion des acteurs sociaux par le compte-rendu de ses travaux.

RENDRE COMPTE

.....

Rendre compte dans l'espace public de l'entreprise devient alors la pierre angulaire de l'évolution des pratiques en médecine du travail. Cela permet, nous l'avons vu, à travers l'information des acteurs sociaux de préciser la demande et les problématiques, d'initier des

pratiques préventives, de définir des stratégies de prévention. Cela permet également de faire connaître les obstacles que rencontrent les médecins du travail dans l'accomplissement de leur mission. Par exemple, dans le domaine de l'écoute clinique de la souffrance des salariés, l'objectivation des problèmes de santé psychique et leur mise en lien avec l'organisation du travail, à travers le compte rendu qu'en fait le médecin du travail est parfois désagréablement vécu par les organisateurs du travail. Dans cette situation, ne rendre compte qu'à l'employeur est non seulement peu conforme à la réglementation mais aussi dangereux pour le médecin car c'est prêter le flanc aux pressions en empêchant le débat social de jouer son rôle protecteur. Si l'on considère l'élargissement de la notion de collectivité de travail et l'impérieuse nécessité du travail coopératif entre médecins du travail du noyau stable et des entreprises sous-traitantes ou tout simplement confrontés aux mêmes problématiques, rendre compte ne peut se limiter à l'espace interne de l'entreprise.

Dans cette démarche plus large de diffusion des données, les relais de l'Inspection Médicale du travail, des Commissions Régionales de Médecine du Travail, des CRAM, des Syndicats professionnels, des Organismes ministériels nationaux, permettent l'information des médecins par une accessibilité simple aux études et actions menées. Plus largement encore la médecine du travail est un vaste gisement d'informations sur la santé au travail totalement inexploité en santé publique. Le triste exemple des cancers professionnels en témoignerait s'il en était besoin.

Rendre compte de la réalité des atteintes professionnelles hors de l'entreprise c'est aussi fournir des indicateurs de santé publique par exemple pour une branche profes-

sionnelle, pour un canton une région, une catégorie spécifique de travailleurs... Souvent ce qui se passe dans l'entreprise est considéré comme relevant de l'espace privé, or la santé s'y construit et parfois malheureusement s'y perd. La santé au travail est une branche de la santé publique et la clé d'une dynamique de prévention ne réside plus seulement dans l'entreprise pour un certain nombre de situations de travail. Une des approches, pour rendre plus efficace l'exercice de la médecine du travail consiste alors à travailler sur la "visibilité sociale" hors de l'entreprise. Ceci est bien différent de la prévention des risques généraux en médecine du travail qui coupe en partie l'exercice de la médecine du travail de ses spécificités et qui, poussée à l'extrême, pourrait conduire à le transformer en hygiénisme simplificateur. Il s'agit plutôt, pour nous, en rendant visibles les conséquences socio-professionnelles en matière de santé au travail des choix politiques, d'alimenter l'indispensable débat qui devrait les guider. C'est dans ce sens que la réintégration du champ de la santé au travail dans la santé publique aura également pour effet de briser l'enclavement actuel.

Dominique HUEZ

GLOSSAIRE

C CITOYENNETE

Classiquement : qualité du membre d'un état considéré du point de vue de ses devoirs et de ses droits politiques. Madeleine Rebérioux évoque le concept de "citoyenneté sociale" dont l'esprit de responsabilité, la volonté d'agir dans la société sont les éléments constitutifs. La citoyenneté dans l'entreprise relève de la citoyenneté sociale car le travail à une position centrale dans l'expérience civique. Cette citoyenneté propose l'instauration de la démocratie participative, de la liberté d'expression, des valeurs de tolérance et d'antiracisme, elle s'oppose à l'exclusion et prône la solidarité.

COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE

C'est "l'ensemble stabilisé de savoirs et de savoirs-faire qui sédimentent et structurent les acquis de l'histoire professionnelle"¹. Elle naît de la rencontre des connaissances et de l'expérience et se révèle

¹M. de MONMOLLIN, "L'intelligence de la tâche", Peter Lang, Berne, 1987.

dans les "tours de main". En plus de cette définition, issue de l'ergonomie, il faut considérer qu'elle procède également de la déontologie à travers les règles de métier². Il peut s'agir d'un jugement de valeur qui participe à la reconnaissance[★], si il provient des usagers et des pairs.

C'est un concept distinct de celui de "qualification", qui est du côté du travail prescrit, mais proche de celui de professionnalisme (de l'italien: *professionalita*), qui caractérise plutôt un regroupement de compétences et y intègre des éléments sociologiques. Expertise (dans le sens ergonomique) a trait aux compétences s'exerçant dans des domaines complexes.

CONFIANCE

Espérance ferme, assurance de celui qui se fie à qqn ou à qqch.

CONFIDENTIALITÉ

Maintien du secret des informations.

CONFIDENTIEL

² ★ renvoie à une autre définition du glossaire.

Qui se dit, se fait sous le sceau du secret.

CONVICTION

- 1) Preuve établissant la culpabilité de qqn.
- 2) Acquiescement de l'esprit fondé sur des preuves évidentes, certitude qui en résulte.
- 3) Opinion assurée. (Pl)

D DÉFENSES

Encore appelées procédures défensives, les défenses sont des comportements destinés à sauver l'équilibre psychique du sujet ou de l'opérateur. Elles peuvent être individuelles et développées pour lutter contre l'angoisse. Elles peuvent aussi être collectives et sont alors spécifiques au cadre professionnel. Elles sont destinées à lutter contre la souffrance[★] et peuvent se structurer en stratégies défensives[★] ou en idéologies défensives[★].³

³C. DEJOURS: "Psychopathologie et rapports sociaux au travail", Rev. de Méd. psychosom. 20, 1989.

DÉONTOLOGIE

Théorie des devoirs en morale. A trait aux devoirs moraux d'un professionnel, aux devoirs moraux qu'il doit observer dans ses rapports avec ses pairs, à ses devoirs envers sa clientèle, à ses obligations sociales ; c'est une morale ★ professionnelle. Elle fait parfois référence à des principes moraux plus généraux ou à des éthiques ★ partagées.

DISCRÉTION

Silence sur une chose qui a été confiée ou que l'on a apprise.

E **MPLOI**

Fait référence à l'activité de travail rétribuée. Ne fait référence au contenu du travail que dans un contexte de subordination du salarié à son employeur. Se distingue en cela du terme travail. ★

ESPACE PUBLIC
EXTERNE

Situé à l'extérieur de l'entreprise, c'est l'ensemble des lieux qui permettent l'expression et la diffusion des idées dans la société, à travers la presse, les réunions, les congrès, l'enseignement et plus généralement les médias.

ESPACE PUBLIC**INTERNE**

Situé à l'intérieur de l'entreprise, c'est l'ensemble des lieux de débat institutionnalisés par le Code du Travail, tels les CHSCT et les Comités d'Entreprises, où se confrontent la prescription (contrat, conventions, organisation du travail, règles d'hygiène et de sécurité) et la réalité du travail, mais il peut s'agir aussi de lieux informels comme les moments de pause, les pots de service,...

ÉTHIQUE

Longtemps synonyme de morale ★ et étant encore souvent employée dans ce sens, ce terme désigne plutôt l'intériorisation d'une morale, sa traduction et sa pratique personnelles. Morale de nature individuelle, elle peut toutefois être partagée en particulier par des professionnels; dans ce cas elle peut faire l'objet d'une validation théorique et être constitutive de la déontologie ★ de cette profession.

EXCLUSION

Attitude de rejet vis à vis d'un groupe, d'une organisation et plus généralement d'une partie des membres de la société. Souvent précédée par l'institution d'une précarité ★, elle se manifeste actuellement dans l'entreprise sous la forme des contrats précaires aux conditions de

travail problématiques, voire à la privation d'emploi du fait du licenciement. Elle débouche sur la marginalisation sociale. Au bout de l'exclusion, le spectre de l'indigence ★.

H **UMANISME**

Théorie ou doctrine qui prend pour fin la personne humaine et son épanouissement. Elle repose sur un modèle de l'être humain où celui-ci n'est pas considéré comme un objet qu'on manipule ou dont on dispose, mais au contraire un individu sujet et acteur de son histoire personnelle. Telle est l'approche humaniste.

Le jeune médecin qui prête le serment d'Hippocrate reconnaît ainsi son appartenance symbolique à un monde de valeurs, progressivement élaborées au cours du temps. Cette approche en fait partie.

L'humanisme n'est pas ici une morale ★ liée à une histoire personnelle mais une notion à la fois culturelle et méthodologique qui, si elle ne s'apprend pas, est un processus d'appropriation authentique et personnalisé.

Indépendamment du savoir scientifique la formation médicale implique un véritable mûrissement culturel à l'issue duquel la réflexion humaniste se sera incorporée indissociablement à la person-

nalité du médecin qu'elle aura contribué à enrichir.

Le médecin considère donc l'être humain comme une fin et non comme un moyen, il respecte sa dignité et vise en toute circonstance à préserver son autonomie.

I DEOLOGIE

Classiquement, c'est un système d'idées générales constituant un corps de doctrines philosophiques et politiques, à la base d'un comportement individuel ou collectif. C'est aussi un ensemble de représentations dans lesquelles les hommes vivent leur rapport à leur condition d'existence. Selon la philosophe Hannah ARENDT⁴, une idéologie est très littéralement ce que son nom indique: c'est la logique d'une idée qui a la prétention de constituer une philosophie scientifique, l'idéologie traite l'enchaînement des événements comme si il obéissait à la même loi que son idée: tout peut être expliqué, jusqu'au moindre événement en le déduisant d'une seule pré-

Misse. Celle-ci est devenue un instrument d'explication avec sa logique propre, aucun facteur extérieur n'influence son déroulement. Aucune expé-

⁴H ARENDT: *Le Système Totalitaire, les origines du totalitarisme, Le Seuil, 1972.*

rience ne peut enseigner quoique ce soit parce que tout est compris dans une progression cohérente de la déduction logique.

Hannah ARENDT estime que les idéologies prédisposent à l'oppression et à la dictature. Elle les implique spécifiquement dans la survenue du totalitarisme qu'elle définit comme la greffe de la terreur sur une idéologie. Elle explique ces dérives par les trois caractéristiques cardinales d'une idéologie: sa prétention à tout expliquer, son affranchissement de la réalité, sa méthode inductive à partir d'une seule prémisse.

Ceci explique qu'une fois la prémisse énoncée, le point de départ défini, les expériences ne peuvent plus venir contrarier la pensée idéologique unique⁵, pas plus que celle-ci ne peut tirer d'enseignement de la réalité.

IDEOLOGIE DEFENSIVE

Il s'agit d'un système de valeurs conduisant à promouvoir la défense* comme but en soi et comme expression du désir. L'impact sur les rapports sociaux de ces idéologies est hautement problématique et peut induire des comportements de groupes pathologiques.

INDIGENCE

⁵J. RAMONET: "La Pensée Unique", *Le Monde Diplomatique*, janvier 1995.

Etat de misère, de dénuement matériel et moral responsable parfois d'une régression intellectuelle. Il est caractérisé sur le plan de l'emploi par sa relative irréversibilité. Peut être l'étape ultime de l'exclusion.

INTERIORISER

Ramener à l'intérieur, au moi. Traduire en activité psychologique. Rendre plus intérieur, (intérieuriser le jeu de l'acteur).

INTERSUBJECTIVITE

Modèle mis en œuvre par la psychodynamique et qui diffère de celui de la communication. D'une part c'est à travers la subjectivité des opérateurs que sont repérés les éléments pathogènes de la situation; d'autre part c'est à partir des effets du discours des salariés sur sa propre subjectivité - à partir d'une écoute de sa propre écoute - que le praticien propose ses interprétations et soutient le travail de recherche engagé par le collectif de travail.⁶

ÉTIER

1) Genre d'occupation manuelle ou mécanique qui exige un apprentis-

⁶P. DAVEZIES: "Point de vue épistémologique", *interv. introductive 21^{èmes} jou. de Méd du Tra.*, Rouen, 1990.

sage et qui soit utile à la société économique.

2) Genre de travail déterminé, reconnu ou toléré par la société et dont on peut tirer ses moyens d'existence.

3) Occupation permanente qui possède certains caractères du métier.

4) Habileté technique (manuelle ou intellectuelle) que confère l'expérience du métier.

MORALE

Science du bien et du mal; théorie de l'action humaine en tant qu'elle est soumise au devoir et a pour but le bien.

Ensemble des règles de conduite considérées comme valables, de façon absolue.⁷

PINION

1) Manière de penser de juger ; attitude de l'esprit qui tient pour vraie une assertion ; assertion que l'esprit accepte ou rejette (généralement en admettant une possibilité d'erreur.)

2) Point de vue, position intellectuelle, idée ou ensemble des idées que l'on a dans un domaine déterminé

3) Jugement collectif

RÉCAIRE

⁷ Dictionnaire "Petit Robert".

Obtenu par prière (etym.).

1) Qui ne s'exerce que grâce à une autorisation révocable.

2) Dont l'avenir, la durée ne sont pas assurés ; ex. : travail, emploi précaire = sans garantie de durée.

PRÉCARISER

Rendre peu durable, peu stable.

PRECARITÉ

Etat qui n'offre aucune garantie de durée, de stabilité et qui peut toujours être remis en cause. Source d'insécurité, elle peut conduire à l'indigence★.

PROFESSION

Occupation déterminée dont on peut tirer ses moyens d'existence.

O Métier qui a un certain prestige social et intellectuel.

R ATIONALISER LES PRATIQUES

Consiste à réfléchir aux modifications des pratiques professionnelles rendues nécessaires par l'évolution actuelle des rapports entre la santé et le travail. Cela permettrait de profiter de l'expérience et des savoir-faire

P accumulés et d'élaborer des règles de métier★.

RECONNAISSANCE

Constat qui prend acte de la réalité que constitue la contribution du sujet dans l'activité de travail. La reconnaissance se concrétise par l'intermédiaire de jugements portés par les pairs et/ou l'encadrement et/ou les usagers. Elle porte sur les résultats du travail et non sur la personne. C'est donc un jugement sur le savoir-faire et non sur l'être.⁸

⁸C. JAYET et col.: "Psychodynamique au quotidien", Alexitère, 1994.

REGLES DE METIER

Concept introduit par D. CRU⁹. Cet auteur a pu mettre en évidence que toute activité de travail est articulée autour de règles formelles ou informelles, construites et partagées par les membres d'une équipe ou d'un collectif. Ces règles non écrites, plus ou moins explicites dans leur formulation, orchestrent les différentes façons de travailler à partir de débats permanents sur le *comment faire* et le *comment faire ensemble*. Elles prennent en compte les différences entre les individus, aussi bien du point de vue de la personnalité que de l'expérience professionnelle, pour les orienter vers un but commun : le travail selon des modalités définies et acceptées par tous. Elles cimentent ainsi une équipe de travail dans des relations de confiance et d'efficacité.

S ANTE

La santé pour chaque homme, femme ou enfant, c'est d'avoir les moyens de tracer un cheminement personnel et original vers le bien-être physique, psychi-

⁹D. CRU: "Les règles de métier", *Plaisir et Souffrance dans le Travail*, CNRS, 1987.

que et social.¹⁰ Il s'agit d'une notion essentiellement dynamique. Le bien être physique passe par la liberté de régler les variations qui surviennent dans l'état de l'organisme. Par bien-être psychique il faut entendre la liberté qui est laissée au désir de chacun dans l'organisation de sa vie. On nomme bien-être social la liberté d'agir individuellement et collectivement sur l'organisation de la société et pour ce qui nous concerne sur l'organisation du travail et donc à travers elle et au delà d'elle sur l'évolution des relations que les hommes et les femmes organisent entre eux, dans la cité.

SECRET

Ensemble de connaissances, d'informations qui doivent être réservés à quelques-uns et que le détenteur ne doit pas révéler.

Secret professionnel : obligation de ne pas divulguer des faits confidentiels appris dans l'exercice de la profession hors cas prévus par la loi.

SOUFFRANCE

Le concept de souffrance est avant tout lié aux conflits de l'histoire infantile de chaque sujet. La psychanalyse pose ces conflits comme étant constitutifs de l'être

¹⁰C. DEJOURS: "Construire sa santé", *Les risques du travail, La Découverte*, 1985.

humain et leur fait jouer un rôle fondamental dans la structuration de la personnalité. L'énergie liée à cette souffrance première pousse le sujet à la transformer, dans le champ social, en expériences constitutives et structurantes. Elles le nourrissent en retour dans la construction de son identité et dans sa quête d'accomplissement. La psychodynamique s'intéresse au destin de la souffrance dans l'activité de travail. Si cette souffrance n'y trouve pas une issue socialement valorisée, le sujet est déstabilisé dans son identité et dans son organisation psychique et psychosomatique. Cette souffrance, cette fois inhérente à l'activité de travail, va faire écho à la souffrance première. Elle s'y ajoute et dans le pire des cas la redouble. Toute l'énergie du sujet est de ce fait mobilisée dans une économie de lutte contre la souffrance.

STRATEGIES DEFENSIVES

Encore appelées stratégies collectives de défense★, il s'agit de mécanismes inconscients dans leurs mobiles, destinés à lutter contre la souffrance★ et qui en nient l'origine par un système d'interdit. Elles exigent la participation sous peine d'exclusion de tous les travailleurs du groupe concerné. Dans un premier temps destinées à contrôler

la souffrance, elles peuvent ensuite jouer un rôle de blocage des rapports de travail et de résistance au changement. Ces stratégies ne sont pas réservées aux seuls collectifs techniques, il existe des stratégies défensives de l'encadrement. Une stratégie défensive peut déboucher sur une idéologie défensive★. Il existe également des stratégies défensives individuelles.

T TEMOIGNAGE

Déclaration par laquelle on assure qu'une chose est certaine, vraie, du moment qu'on l'a vue, entendue, perçue ou sentie.

Du fait de sa position professionnelle et de son éthique, le médecin du travail a

le devoir de témoigner, de rendre visible, de donner sens à ce qu'il a constaté dans le domaine des atteintes à la santé au travail.

TRAVAIL

Le travail réel implique la mobilisation d'hommes et de femmes dont la fonction essentielle est l'ajustement. Le travail, c'est l'activité coordonnée des hommes et des femmes pour faire face à ce qui, dans la production, ne peut être obtenu par la stricte exécution de l'organisation prescrite du travail. C'est à dire l'activité déployée par les femmes et les hommes pour faire face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail¹¹. Le travail est

¹¹P. DAVEZIES: "Eléments de psychodynamique du travail", Edu-

donc toujours humain par essence ou par définition: le travail c'est ce que dans la production, les automates ne peuvent pas faire¹². Il est le centre même du processus de socialisation qui révèle à l'humanité son unité et sa solidarité.

Le travail est l'élément fondamental de construction de la santé de chacun, facteur d'insertion sociale, de construction identitaire, socle de la citoyenneté.¹³

cation Permanente n° 116, "Comprendre le Travail", 1994.

¹²C. DEJOURS: Exposé présenté au Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, Genève, septembre 1993.

¹³D. HUEZ: "Actualité et dossier en santé publique", Revue du Haut Comité en Santé Publique, novembre 1994.

SANTE ET TRAVAIL

Une revue destinée aux membres de CHSCT, aux médecins et infirmier(es) du travail.

Abonnement 250 francs (pour quatre numéros) : Santé et travail - FNMF - 255, rue de Vaugirard 75719 Paris cedex 15
Michèle Daniel-Maréchal au (16.1) 40 43 33 88

Pour toute information, contacter François Desriaux (16.1) 40 43 34 24

CHARTRE DE L'Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

L' Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (S.M.T.)

a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la Médecine du Travail. Elle est ouverte aux Médecins du Travail et aux Spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la Médecine du Travail.

Dans le système français, la Médecine du Travail est la seule forme de **Médecine Préventive** qui a pour vocation de s'adresser à l'ensemble des salariés de façon systématique. Les employeurs, responsables juridiques des conditions de travail, prennent en charge financièrement ce système de prévention et les usagers sont en droit d'exercer un **contrôle social** sur ce système.

Cet exercice est caractérisé par une prise en compte de **la santé individuelle de chaque salarié** dans l'entreprise et de **la santé de la collectivité au travail**. Il permet une approche individuelle-plurielle, basée sur une visite systématique annuelle de tous les salariés, source d'informations, à partir desquelles le médecin du travail observe pertinemment les situations de travail au cours de son tiers-temps. Avec complémentarité la richesse des informations recueillies sur les lieux de travail oriente l'examen clinique.

Cet aller-retour entre activité clinique et action sur le milieu de travail est le fondement de la spécificité de la Médecine du Travail, mode d'exercice médical original axé sur une **prévention primaire**.

La Médecine du Travail à la "française" est donc une **Médecine de première ligne**, et souvent le seul mode de prévention médicale pour l'ensemble des salariés.

Les décisions de l'Entreprise, lieu fermé et espace clos, sont la résultante d'interactions économiques, politiques et sociales où trop souvent prime la seule logique de rentabilité. Sur les lieux de travail, le Médecin du Travail privilégie un point de vue particulier, celui de la **SANTÉ**. Il ne se situe donc pas dans une logique de compromis "réaliste avec les nécessités économiques". Il ne se confond pas avec une "médecine d'entreprise" participant à un projet économique.

L'objectif du Médecin du Travail est la **PROMOTION DE LA SANTÉ**. Santé qui, pour l'ass. S.M.T., se conçoit dans une conception dynamique évolutive (ne se réduisant pas à l'absence de maladies) où le sujet acteur-citoyen a la possibilité de construire sa santé et en l'occurrence sa santé au travail. Les risques professionnels, les effets du travail sur la Santé sont aujourd'hui gravement sous-estimés :

- que ce soit les risques à moyen et à long terme : cancers professionnels, troubles de la reproduction, vieillissement accéléré, usure professionnelle, etc...
- que ce soit les effets de contraintes organisationnelles sur le fonctionnement psychique.

De plus, on assiste actuellement à un développement du travail précaire pour des raisons contractuelles (contrat à durée déterminée, intérim, apprentis, faux artisans) ou économiques (sous-traitance de site et hors-site).

Ces formes de travail engendrent une aggravation des conditions de

travail, et par conséquent ont un effet négatif sur la santé de ces salariés. On assiste donc à un **déstructuration du travail** qui rend difficile et inefficace le système de prévention collective mis en place.

Face à cette situation, la Médecine du Travail et les Médecins du Travail ont **des devoirs** :

- ⇒ Celui d'assurer le suivi médical préventif de l'ensemble des salariés quelque soit les différences de statut socio-professionnel.
- ⇒ Celui d'informer les salariés et de leur **rendre des comptes** par le biais des instances légales responsables dans l'entreprise des conditions de travail.
- ⇒ Celui de favoriser une **dynamique de prévention** en proposant des objectifs particuliers de santé dans l'entreprise.
- ⇒ Celui de prendre **en compte la demande sociale**.
- ⇒ Celui de développer des **pratiques coopératives** afin d'augmenter la visibilité des risques professionnels.
- ⇒ Celui de développer une **approche de Santé Publique** en Médecine du Travail dans le champ SANTÉ-TRAVAIL.

Ce souci éthique d'intervention, cette volonté novatrice doivent s'appuyer sur un développement des moyens mis à la disposition des médecins du travail, sur une amélioration de leurs conditions de travail (diminution des effectifs surveillés en particulier) ainsi que par un renforcement de leur indépendance professionnelle.

Novembre 1991

LES CAHIERS S.M.T.

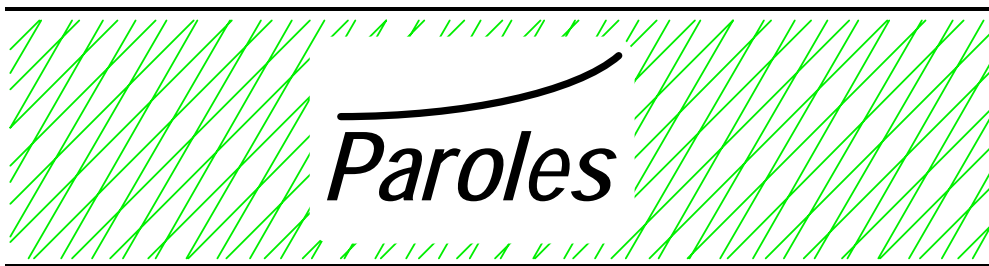
- N°1 Spécificité et Médecine du Travail (89) - (épuisé)
- N°2 Ethique et Pratique en Médecine du Travail ; introduction aux débats (90) - (épuisé)
- N°3 Evaluation en Médecine du Travail (nov. 90) - 50 Frs (photocopie)
- N°4 Ethique en Médecine du Travail (mars 91) - 50 Frs (photocopie)
- N°5 Précarité et Sous-traitance en Médecine du Travail (mai 92) - 50 Frs
- N°6 Médecine du Travail et Santé Publique (mai 93) - 50 Frs
- N°7 Souffrances et précarités au travail. *Paroles* de médecins du travail (mai 94)
Editions Syros, 160 Frs en librairie
- N°8 Parler des règles de métier : nos pratiques en médecine du travail (mai 95) - 50 Frs

Ce cahier m'a intéressé :

- Je ne suis pas membre de l'Ass. S.M.T.,
je verse 100 Frs à titre de soutien
- Je demande des exemplaires des numéros :
nombre
- J'adhère à l'Ass. S.M.T., je verse 450 Frs

Règlement à l'ordre de Santé et Médecine du
Travail, 52 rue Galliéni 92240 MALAKOFF

L'association SANTE ET MEDECINE DU TRAVAIL (S.M.T.) a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la Médecine du Travail. Elle est ouverte aux Médecins du Travail et aux Spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la Médecine du Travail.



Suite à la publication du livre "Souffrances et précarités au travail, *Paroles* de médecins du travail", un réseau s'est constitué afin de poursuivre le travail de réflexion sur la précarité. Au cours de sa dernière réunion qui s'est tenue à PARIS le 21 janvier 1995, l'association « *Paroles* » s'est créée, l'adresse provisoire a été fixée chez **Dominique Huez, 14, rue de la Haute Chevalerie 37170 Chambray-les-Tours** Tél.: 47 27 51 99 Fax : 47 48 01 96 (laisser sonner 6 fois)

Les thèmes suivants ont été retenus :

I. Ethique professionnelle face aux textes sur les intérimaires et la sous-traitance

II. Epidémiologie de la précarité et précarisation

III. Place des femmes dans la précarisation et relecture du livre

Chaque thème est pris en charge par un sous-groupe de travail spécifique auquel chacun et chacune peut participer.

**Réunion de l'ensemble du réseau : samedi 23 septembre 1995
de 9h30 à 17h00 à l'hôtel Scipion, 13 rue Scipion
Paris 15° (M° Gobelins ou Censier Daubenton)**

Ce réseau est ouvert à tout médecin du travail ou chercheur intéressé, le critère est de se sentir concerné professionnellement par la problématique esquissée dans *Paroles*

L'association a désigné un conseil d'administration provisoire

Président : Dominique Huez Secrétaire : Michelle Prévost Trésorière : Catherine Spitzer

Coordination : Denise Parent -coordination des publications-

Autres membres :

Nicolas Sandret / Fabienne Bardot / Alain Carré / Serge Opatowski

Nicole Lancien -coordination sous-groupe relecture-

Francis Derriennic -coordination sous-groupe épidémiologie-

Marie Pascual -coordination sous-groupe éthique professionnelle face aux
textes sur les intérimaires et la sous-traitance -

Pour toute information complémentaire, s'adresser à D. HUEZ, adresse citée plus haut.

La cotisation est fixée à 100,00F, à régler à l'ordre de Santé et Médecine du Travail

(n.b. : cette association est différente de l'association S.M.T.)