

Vers quel métier ?

LES CAHIERS

S.M.T. N° 9

Association SANTE ET MEDECINE DU TRAVAIL

MAI 96 50 F

Les dérives de l'organisation du travail. Quelles pratiques pour les médecins du travail ?

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION SMT

- Témoigner de la souffrance au travail
- Management et santé
- L'injonction paradoxale de l'aptitude
- Langage au travail

DES NOUVELLES DU RÉSEAU « *Paroles de médecins du travail sur la précarisation* »

- Précarité du travail, violences et santé des femmes
- Épidémiologie : objectiver la subjectivité
- La face cachée de l'intérim

SOMMAIRE

Editorial

Cent fois sur le métier, remettez votre ouvrage Jocelyne Machefer 3

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION SMT (9 et 10 décembre 95)

Témoigner de la souffrance au travail

Adresse à la communauté des psychodynamiciens du travail du point de vue d'un médecin du travail Dominique Huez 5

Sur la compréhension Philippe Davezies 7

Compte rendu du débat « Socialiser la souffrance » Denise Parent, Alain Carré 8

Management et santé

Le médecin du travail, le mensonge et le management Alain Carré 10

Le management et la santé Alain Carré 13

L'injonction paradoxale de l'aptitude

Aptitudes et pratiques Marie Pascual, Florence Maesen 19

Aptitude ou sélection, protéger ou exclure, médecine du travail ou médecine d'entreprise Alain Carré 21

Congrès de l'association SMT, les débats Alain Randon 23

Langage au travail

Jocelyne Machefer 25

Pratiques professionnelles Odette Vivier-Tencer 26

DES NOUVELLES DU RÉSEAU

« PAROLES DE MÉDECINS DU TRAVAIL SUR LA PRÉCARISATION »

La fondation du groupe PAROLES Dominique Huez 28

Précarité du travail, violences et santé des femmes

La précarisation du travail, comme source de violence accrue dans les rapports de travail Marie-Hélène Celse, Josiane Crémon, Ghislaine Doniol-Shaw et coll. 30

Différentiel hommes/femmes face à la violence et à la souffrance Nicole Lancien 35

Précarité du travail et santé des femmes Ghislaine Doniol-Shaw, Denise Parent 37

« *S'il vous plaît Docteur, ne dites rien !* »

Épidémiologie : objectiver la subjectivité

Relations entre la précarisation du travail et la santé Francis Derriennic 45

Auto-évaluation des caractéristiques du travail, Francis Derriennic, Fabienne Bardot, Gwenaëlle Bradane et coll. 49

une nécessité

La face cachée de l'intérim

Premier bilan, septembre 95 Jocelyne Machefer, Nicole Lancien 51

La surveillance médicale des travailleurs intérimaires, un texte inapplicable, une situation inacceptable Marie Pascual 53

Analyse critique du décret du 13/7/91 Jean-Marie Eber, Marie Pascual, Michelle Prévost, Nicolas Sandret 55

et propositions sur le suivi des salariés intérimaires - id°- 57

Médecine du travail et travail précaire

Glossaire

58

La précarisation du travail dans le nucléaire : inhumaine pour les travailleurs, dangereuse pour la sûreté

À l'initiative d'ALERT

61

EDITORIAL

.....

CENT FOIS SUR LE METIER, REMETTEZ VOTRE OUVRAGE...

Métier jeune, au cœur des collectivités de travail en entreprise, la médecine du travail est condamnée à l'adaptation, au fil des changements de société. D'abord prévention tertiaire, puis secondaire, son rôle prescriptif, normatif, le plus souvent individuel, parut vite étrié avec l'arrivée de l'ergonomie, puis de la psychodynamique du travail, basées sur le consensus social.

Le colloque singulier, alors revisité, remanié, s'est enrichi, au delà de simples algorithmes médicaux (symptômes, diagnostic, traitement) par l'écoute attentive du sujet et du sens qu'il donne à son métier, prenant en compte les moyens mis à sa disposition pour s'organiser. Depuis les années quatre-vingt dix, avec l'apparition de la précarité sous toutes ses formes et des contraintes organisationnelles liées à une idéologie très structurée dont nous avons sous-estimé la force et l'effet de rouleau compresseur, le cabinet médical devient parfois le seul lieu de parole en entreprise. Nous en sommes à l'écoute compréhensive et à l'éthique de compassion, qui ouvrent la voie à une clinique médicale nouvelle, la psychopathologie du travail. Face à la souffrance individuelle, cette éthique là, si elle permet la déculpabilisation, si elle rassure — « Docteur, dites-moi si je suis folle » — car elle démontre les liens avec des faits objectifs au travail, par contre, ne permet pas de transformer les conditions de travail.

Alors que l'entreprise se réapproprie parfois l'ergonomie comme formidable outil de dépossession des savoir-faire, de rentabilité économique et de rigidification des procédures — norme ISO oblige — sans prendre en compte les liens santé-travail, alors que le management commence déjà à phagocytter le vocabulaire de la psychodynamique du travail et associe ceux des médecins qui voudraient exercer seuls leur rôle de préventeur en entreprise, nous atteignons le point de rupture ! Il nous faut refuser ce rôle de conseiller exclusif, de comanager qui nous conduirait à perdre la confiance des salariés, voire à cautionner des licenciements en les "positivant". La spécificité du métier doit rester la défense du point de vue de la santé au travail, au côté des salariés et de leurs représentants. Tantôt expert aux connaissances scientifiques parcellaires, mais objectives, tantôt acteur, le médecin du travail doit alimenter la dynamique des rapports sociaux d'entreprise, nécessaire à

la transformation des conditions de travail, tout en interpellant les interlocuteurs de l'espace public externe, dont l'inspection du travail, la CRAM, les chambres de métiers, les pouvoirs publics... l'action préventive étant bien entendu précédée d'une compréhension globale des phénomènes, incluant l'analyse de la réalité de l'activité, des stratégies et des marges de manœuvre des sujets acteurs pour faire face, de l'existence ou non de collectifs de défense, de CHSCT, de rapports de force éventuels ou du consensus.

Toutefois l'organisation du travail actuelle, basée sur la flexibilité, précarise les salariés et se trouve alors source de problématiques nouvelles. L'intensification du travail met en lumière le vieillissement et l'usure professionnels — l'augmentation des pathologies ostéoarticulaires en étant l'une des illustrations. Polyvalence rime avec polyexposition et possible interaction des nuisances... Lorsque l'économie ne s'embarrasse plus de morale, que nos propositions au cas par cas (aménagement de poste, mutation) sont bien souvent vouées à l'échec, que nos observations sur une collectivité en entreprise, malgré qu'elles sensibilisent les acteurs sociaux, ne décident pas les directions à investir, que ce soit en prévention primaire, voire même secondaire, il nous paraît urgent de réintroduire la notion de sujet citoyen, d'espace public et de socialiser ces phénomènes et en premier lieu la souffrance psychique liée à l'organisation du travail.

*Il s'agit donc de regrouper nos efforts et de bâtir collectivement cette nouvelle clinique médicale basée sur le psychopathologie du travail, de construire en coopération les règles du métier, et de dénoncer ensemble la pathogénicité de l'organisation du travail actuelle en préservant le rôle de témoins des médecins du travail, car **ce témoignage est prise de position** de ne pas dissimuler le réel, elle-même contre-pouvoir dans l'entreprise. Elle devra se faire aussi par un regroupement des énergies et un travail d'équipe sous forme d'études épidémiologiques, monographies, ou toute autre production issue d'un fonctionnement en réseau basé sur la confiance permettant de donner aux confidences entendues et à ceux qui nous les livrent dans le colloque singulier, un nouvel espace de parole hors entreprise. La visibilité sociale permettra seule de réinterroger la politique de la Santé Publique pour qu'elle prenne en charge ces questions essentielles de **santé au travail**, car là se joue aussi la **santé de notre société**, le socle de notre citoyenneté.*

*Briserons-nous ainsi l'enclavement actuel du métier ? **La profession de médecin du travail a-t-elle un avenir ?***

*La fin historique de l'amélioration de la condition salariale nous projette vers une interrogation qu'il nous faudra bien affronter... **A DEMAIN !***

Jocelyne Machefer
présidente de l'Association Santé et Médecine du Travail

Adresse à la communauté des psychodynamiciens du travail du point de vue d'un médecin du travail

Nous arrivent, me parviennent, des informations disparates concernant des suicides en rapport avec des situations professionnelles. Dans certaines situations on peut, me semble-t-il — c'est ma pratique professionnelle actuelle —, parler de "crises psychopathologiques collectives". En l'état, un pourcentage notable d'une collectivité de travail (20 à 50 %) bascule vers la dépression, on voit se multiplier des états réactionnels, multiformes mais "très visibles", à des situations qui brutalement sont jugées inacceptables alors que des procédures défensives individuelles (donc fragiles) semblaient jusque là en tenir à l'abri les travailleurs concernés. Si ces situations existent réellement, si la fréquence de ces manifestations augmentent, il me semble, et c'est mon premier point, qu'il y a urgence à les investiguer et à mettre cette réalité en débat dans l'espace public externe.

Mon deuxième point concerne la place, dans nos pratiques de médecin du travail, de l'accès au sens de la contribution de l'organisation du travail aux atteintes à la santé psychique. Le constat que je fais à partir du point de vue partiel de ma pratique, c'est que :

*l'approche de la psychopathologie transforme nos pratiques cliniques
qu'elle transforme nos interventions sur le milieu de travail
que la démarche compréhensive ouvre réellement des champs de réflexion et modifie les pratiques individuelles (selon leur marge de manœuvre) aussi bien des syndicalistes que des cadres dirigeants*

Mais que l'accès au sens des situations n'entraîne pas de mobilisation sociale d'un côté, ni ne provoque de changements collectifs des pratiques chez les managers de l'autre.

Au contraire, devant le développement d'un "management" qui "instrumentalise" les hommes, quel que soit le niveau hiérarchique, et qui diffuse le mensonge comme moyen de communication, l'accès au sens des situations fragilise les postures professionnelles et les hommes. Au fur et à mesure que le débat santé/travail se déploie (très pro-

gressivement) dans l'espace public externe, il semble devoir se rétrécir dans l'espace public interne à l'entreprise, pour respecter survie individuelle et procédures défensives. Comment articuler aujourd'hui le sens des situations et la citoyenneté dans l'entreprise ? La mise en évidence de la souffrance en rapport avec l'organisation du travail est nécessaire, mais elle n'est certainement pas suffisante.

D'où mon troisième point, concernant d'une part le développement de la psychodynamique du travail, sous son volet d'accompagnement et de prévention primaire (et non pas secondaire) dans les entreprises, et d'autre part les initiatives de rapprochement d'une pratique nourrie de psychodynamique qui sont susceptibles de s'instituer en direction des ressources humaines. On voudrait y utiliser cette approche pour faire un accompagnement managérial, c'est-à-dire une "voiture balai" qui soulagerait le management d'une part de ses responsabilités, lui évitant "d'en faire trop", sans se prononcer sur le fait que, du même coup, de telles pratiques risquent d'empêcher dans ces entreprises toute socialisation des questions santé/organisation du travail. Il me semble aussi que le langage de la "communication" commence à phagocyter et à transformer le sens des concepts mêmes que nous employons. En clair : peut-on, faute de définir des règles éthiques et déontologiques en interne, laisser se pervertir dans l'entreprise les acquis de la psychodynamique du travail ? L'expérimentation-manipulation managériale est dangereuse. Sans la construction collective de pratiques professionnelles et de règles de métier, grand et grave est le risque d'une perte de sens de l'approche en psychodynamique du travail là où elle est frontalement aux prises avec le risque de telles manipulations.

Dominique Huez

LES CAHIERS S.M.T.

supplément à « Pratiques - la lettre du SMG » n° 43

52 rue Galliéni 92240 MALAKOFF

commission paritaire : 67150

Responsable de rédaction : Jean-Noël Dubois

Responsable de publication : Jean-Pierre Dio

Comité de rédaction : Alain Carré, Dominique Huez, Nicole Lancien, Jocelyne Machefer, Alain Randon

Maquette : Jean-Noël Dubois

Imprimerie Rotographie - 93100 Montreuil

SUR LA COMPRÉHENSION

Nombreux sont aujourd'hui les professionnels de la santé au travail qui remettent en question une pratique totalement orientée par la tradition d'expertise médico-administrative et inscrivent leur action dans une perspective compréhensive. Mais il n'est pas certain que sous la référence commune, nous entendions tous la même chose. Pour essayer de poser le débat, je pointerai deux positions opposées vis-à-vis de démarche compréhensive

Selon une première signification, serait dans une attitude compréhensive celui qui comprend son interlocuteur. Cette compréhension n'est évidemment pas immédiate et implique un travail. Celui-ci passe par la suspension de son propre point de vue, de ses propres normes et valeurs. Cette suspension représente un effort pour entrer dans le point de vue de l'autre. Une telle définition de l'attitude compréhensive comporte à mon sens plusieurs dangers tout à fait sérieux.

Tout d'abord, dans notre position de professionnels de la santé, suspendre son point de vue signifie prendre des distances avec les exigences de santé. Nous sommes donc amenés à faire un effort sur nous mêmes pour tolérer des situations condamnables du point de vue de l'hygiène, de la sécurité et de la santé. Ce renoncement est justifié par l'idée que l'on peut ainsi accéder au sens des conduites. Mais la question qui se pose alors est : « que faire de ce savoir sur le sens des conduites dans une situation où nous avons pris nos distances avec les exigences normatives de notre métier ? ». La réponse s'impose assez vite dans la mesure où la suspension des exigences de santé a, de fait, laissé le champ libre au point de vue dominant dans l'entreprise, au point de vue économique. Une telle situation éveille inévitablement une tentation : celle d'essayer de régler les problèmes d'identité des professionnels de santé au travail en mettant le savoir sur le sens des conduites au service de l'entreprise. Le médecin n'est plus spécialiste des risques professionnels mais du sens. L'horizon est

alors celui de l'ingénierie sociale, du conseil au management.

Une telle idée de l'attitude compréhensive ouvre, me semble-t-il, sur une dé-

vue sur la santé. Il s'agit au contraire de partir de notre propre point de vue et de ce qu'il comporte de potentiellement généralisable. Cette attitude n'a rien à voir avec la tolérance. Au contraire, elle est référée à l'intolérable.

Nous rencontrons quotidiennement des situations qui nous paraîtraient intolérables si elles nous étaient appliquées. C'est de là qu'il faut partir, du point de vue propre.

Comment les gens font-ils pour supporter ce qui me paraît insupportable ? Comment les gens peuvent-ils

Comment les gens font-ils pour supporter ce qui me paraît insupportable ?

Comment les gens peuvent-ils imposer à d'autres des situations qu'ils ne supporteraient pas de se voir imposer ?

Comment se fait-il que nous soyons amenés à tolérer pour d'autres ce que nous ne tolérerions pas pour nous-mêmes ou pour nos enfants ?

rive sans limite. Il est peu probable qu'elle permette de régler les problèmes d'identité des professionnels de la santé. En effet, quelle société souhaiterait avoir des professionnels de la santé qui suspendent leurs points de vue sur la santé ?

Selon une seconde interprétation, se tiendrait dans une attitude compréhensive celui qui accepte de mettre à l'épreuve de la parole et de l'intersubjectivité la compréhension qu'il a de la situation. Dans cette perspective, la compréhension est abordée sur le mode de la quête, de la tension. Ce qui est déterminant, c'est qu'au fond on ne comprend pas. Ce qui est mis en exergue, ce n'est pas le savoir sur les conduites mais l'exigence de travail toujours imposée par ce reliquat qui résiste à la compréhension. Parce que ce reliquat est, dans son opacité même, le foyer à partir duquel peut se tracer un cheminement personnel, non réductible à ce que laisserait prévoir le savoir sur le sens des conduites.

Cette perspective, ne suppose pas pour autant une suspension de nos points de

vue sur la santé. Il s'agit au contraire de partir de notre propre point de vue et de ce qu'il comporte de potentiellement généralisable. Cette attitude n'a rien à voir avec la tolérance. Au contraire, elle est référée à l'intolérable.

imposer à d'autres des situations qu'ils ne supporteraient pas de se voir imposer ? Comment se fait-il que nous soyons amenés à tolérer pour d'autres ce que nous ne tolérerions pas pour nous-mêmes ou pour nos enfants ?

Alors, le travail ne vise plus à proposer des réponses mais à poser des questions, et il n'y a pas de véritable questionnement qui ne suppose la mise à l'épreuve de son propre point de vue. L'idée scandaleuse qui fonde cette position est celle d'une commune humanité. Il s'agit d'une position éthique qui permet de réorganiser les questions de reconnaissance, d'autorité, de responsabilité. A partir de là, s'ouvrent de nombreuses questions techniques qui peu ou prou se ramènent à une question fondamentale : comment tenir ces interrogations dans des formes et à un rythme qui soutiennent non seulement l'élaboration mais l'humanité-même de nos interlocuteurs ?

*Philippe Davezies
mars 1996*

COMPTE RENDU DU DÉBAT

« SOCIALISER LA SOUFFRANCE »

(Congrès de l'Ass. S.M.T. les 9 et 10 décembre 1995)

C'est à partir d'une enquête de psychopathologie du travail qu'un médecin a été amené à provoquer un CHSCT extraordinaire pour parler de la souffrance au travail. Passer par la socialisation de la souffrance apparaît une condition nécessaire mais non suffisante pour transformer l'organisation du travail.

Il faut distinguer ce mode de socialisation d'autres modes qui pourraient ne pas respecter nos principes professionnels. Ainsi, une instance permanente de prévention des troubles du comportement avait été préconisée sur certains sites de la même entreprise. Cette instance, bien que le document de référence admette la validité d'une approche de type psychodynamique du travail, aurait été composée du médecin, du chef d'établissement et du directeur des ressources humaines. Outre le risque de transgression du secret, ce type de groupe éveille la méfiance puisque on peut craindre que sa finalité soit en fait de faire participer le médecin au management. Or si les acquis de la psychodynamique peuvent être véhiculés dans l'entreprise, tout autre chose est que les médecins participent au management : (exemple de la R.A.T.P. avec la mise en place de thérapies comportementales pour la gestion individuelle du stress des ses agents). On peut imaginer qu'on puisse faire assumer des licenciements par ce type de technique pour les "positiver".

Si le médecin du travail doit avoir pour projet la socialisation de la souffrance fondée, en partie, sur une éthique de la compassion, cela ne suffit pas à transformer les conditions de travail, ce qui dans ce cas devrait être le but à atteindre. Nous butons toujours sur cette contradiction : faut-il pour cela prendre le risque de fragiliser sinon de casser les procédures défensives des collectifs de travail malgré les précautions élémentaires prises pour l'éviter ? La position de certains acteurs sociaux a été ainsi transformée par de tels débats auxquels

ils n'avaient jamais été complètement préparés (exemple d'affaiblissement de sections syndicales après mise à jour des procédures défensives).

Mais faut-il réellement attendre un changement de l'attitude de l'encadrement et de l'organisation du travail en socialisant la souffrance ? Deux éléments sont, en effet, à prendre en compte :

1) Nous nous affrontons à une idéologie très structurée (management de type rouleau compresseur dont on a mal mesuré la force)

2) Le système managérial a déjà écrasé les forces sociales auxquelles il manquait un outillage conceptuel (déficit langagier) et le rapport de force est d'emblée défavorable.

Cependant l'avantage de telles enquêtes ou pré-enquêtes est que la perception de la souffrance ne sera plus jamais la même et qu'elle conduit à une déstabilisation "noble" de l'encadrement qui veut ou peut en prendre conscience (référence aux expériences de Millgram) (1).

Encore une fois il faut souligner que la question de la souffrance au travail est un passage obligé pour transformer et redonner un sens au travail ; mais est-ce à nous de porter la responsabilité des propositions des transformations organisationnelles ?

Le médecin du travail est mandaté pour donner acte de cette question de la souffrance au travail et au delà de l'éthique de compassion il est confronté à celle du témoignage ; or si on peut percevoir ce qui déconstruit les collectifs de travail autre chose est de décréter que nous avons les connaissances pour parler de "la bonne organisation du travail". La

difficulté pour le médecin du travail est de se faire accuser de voir partout de la souffrance.

Un autre écueil consiste à ne voir dans la souffrance que des manifestations individuelles d'inadaptation. Acculé alors à produire des connaissances susceptibles d'aider les gens individuellement il devient, en fait, comanager. On se retrouve encore et toujours face à cette contradiction forte : comment ne pas tomber dans le rôle de "conseiller exclusif" après avoir introduit cette question, sauf à dire : « ne confondons pas les rôles, je n'ai que des informations partielles, limitées ».

Le champ de la souffrance au travail répond à un découpage en deux secteurs :

1) celui de la souffrance individuelle du salarié qui impose au médecin de mettre en place une écoute compassionnelle pour en faire l'analyse et donner acte au patient, et une recherche de solutions individuelles, parfois thérapeutiques mais surtout professionnelles, adaptées. Ce secteur relève donc des règles strictes de l'exercice médical en particulier celles du secret.

2) celui de la souffrance comme révélatrice de la pathogénicité de l'organisation de travail qui impose au médecin du travail une démarche de prévention primaire. Celle-ci constitue l'autre face de son exercice. Outre qu'elle retient sur le premier secteur puisqu'elle donne aussi acte, elle repose sur la mise dans l'espace public, sous une forme anonyme, des observations individuelles et des hypothèses sur les liens à l'organisation du travail. Son but est qu'un débat puisse naître sur ces questions. Ce versant de l'exercice est aussi un exercice médical et donc se doit d'être en conformité avec le premier des principes qui est de "ne pas nuire". Cela impose de respecter les défenses individuelles et collectives puisque le méde-

• • • • •

1- S. MILLGRAM : « Soumission à l'autorité » Ed. Calman-Lévy, 1995.

cin du travail n'est pas en capacité de proposer des solutions.

On peut baliser un certain nombre de questions sans pour autant décréter qu'il y ait **une** vérité (sauf à prendre le risque de nier l'histoire de chacun).

Si l'attitude d'écoute intersubjective face à l'énonciation de la souffrance permet d'en comprendre une partie de la genèse cela ne nous autorise pas pour autant de toucher aux procédures défensives. L'écoute permet la déculpabilisation individuelle et la compréhension de la souffrance sur le plan collectif mais elle se nourrit aussi de ce que l'on observe sur le terrain. On se situe plutôt du côté de ce qu'il ne faut pas faire : on nous demande toujours de "prouver", de comptabiliser avant d'analyser.

La transformation de l'organisation du travail ne se fera qu'à partir d'une négociation sur ses finalités et ses modalités. Ce débat doit être aussi alimenté, du point de vue de la santé, par les médecins du travail pour que cette composante soit un élément décisif des choix. Dans l'attente de cette disposition, bien que cela soit insatisfaisant, il ne peut qu'essayer de limiter les dégâts en s'appuyant sur la psychopathologie (et non sur la psychodynamique) du travail en s'en servant comme révélateur des contradictions du système.

Nous sommes là au cœur de la construction de nos règles de métier. Quelle est notre spécificité ? D'où parlons nous ? Quel est notre espace de déploiement professionnel ?

Si l'ergonomie présuppose une demande, en psychodynamique n'est ce pas la psychopathologie observée qui en tient lieu ?

Nous énonçons ce que nous entendons, or le médecin du travail crève de son éthique de compassion s'il n'observe pas aussi une éthique de témoignage. En témoignant il prend un risque acceptable puisque la "mise à plat" est validée par le débat social. Par contre il ne serait pas légitime de participer à la mise en œuvre de groupes de transformation de l'organisation du travail qui évacueraient les salariés ou leurs représentants. Après en avoir énoncé, du point de vue de la santé, les conséquences prévisibles, serait-il même approprié, de nous prononcer sur certaines conditions de travail qui peuvent avoir leur légitimité sociale (exemple : les horaires) ?



Considérant la complexité des questions et le temps encore disponible le débat tourne court. Toutefois, certains d'entre nous soulignent à nouveau la différence de situation selon les structures auxquelles nous sommes rattachés: service autonome, service interentreprise .

En conclusion : la question des modes de socialisation de la souffrance dans nos pratiques quotidiennes reste ouverte et leur invention demeure à l'ordre du jour de la réflexion sur le métier qu'a entreprise notre association.

Denise Parent, Alain Carré

L'ANDEVA

**UNE ASSOCIATION POUR DEFENDRE LES VICTIMES DE L'AMIANTE
OBTENIR L'INTERDICTION DE CE MATERIAU ET AIDER A LA PREVENTION
FACE A L'AMIANTE EN PLACE.**

L'association nationale de défense des victimes de l'amiante a été créée en février 1996, à l'initiative de trois associations engagées dans la bataille contre l'amiante : ALERT (association pour l'étude des risques du travail), CAAJ (comité anti-amiante Jussieu), FNATH (fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés).

Il s'agit de regrouper les victimes, (d'exposition professionnelle ou environnementale), de les aider dans leurs démarches et de proposer les actions judiciaires nécessaires.

Il s'agit aussi d'aider les personnes exposées, c'est-à-dire les personnels de maintenance et les occupants des bâtiments concernés, à obtenir qu'une véritable prévention soit mise en œuvre réellement, au-delà des mesures introduites par les décrets récents, qui, s'ils constituent une avancée considérable, comportent encore de grosses lacunes.

Si vous vous sentez concernés par ces objectifs, n'hésitez pas à prendre contact avec l'Andeva, et même à lui exprimer votre soutien par votre adhésion :

coordonnées et chèque de 150 F à adresser à :

ANDEVA, 3 rue Ste Félicité 75015 PARIS. Tél : (1) 48 28 76 72 — Fax : (1) 48 28 77 75

LE MÉDECIN DU TRAVAIL

LE MENSONGE ET LE MANAGEMENT

Une première contribution (1) avait pour objet d'entamer une réflexion sur le regard professionnel des médecins du travail sur le libéralisme économique. Nous nous proposons de poursuivre cette réflexion sur l'organisation du travail mise en place dans les entreprises devenues libérales. Le but de cette contribution consiste à mettre en lumière, les clivages qu'engendre dans notre corps professionnel, la confrontation de l'exercice en médecine du travail à cette nouvelle organisation.

LE MENSONGE

Nous tenons pour acquis le caractère idéologique du libéralisme économique. Or « dans (son) pouvoir de tout expliquer, la pensée idéologique s'affranchit de toute expérience, dont elle ne peut rien apprendre nouveau, même si il s'agit de quelque chose qui vient de se produire. Dès lors, la pensée idéologique s'émancipe de la réalité que nous percevons au moyen de nos cinq sens, et affirme l'existence d'une réalité "plus vraie" qui se dissimule derrière les choses sensibles... »(2). L'idéologue qui bride la réalité, et la transforme pour la faire entrer dans son cadre étroit, et donc en donne une image fautive commet il un mensonge ?

En effet : « dire mensonge c'est dire chose fautive mais qu'on a prise pour vraie (...) la définition du mot mentir en latin ne touche que ceux qui disent contre ce qu'ils savent. » (3). Il est nécessaire pour mentir d'en avoir conscience, c'est émettre une assertion sciemment contraire à la vérité. Cette définition est

LE MANAGEMENT

A l'idéologie du libéralisme économique qui guide la politique libérale correspond dans l'entreprise le management qui planifie l'organisation du travail. Comme son modèle politique, le management procède des mêmes principes, ou plus exactement, pour emprunter le vocabulaire à la mode, il les "décline" au niveau des rapports de production. Pour le management le noyau humain de l'organisation n'est plus le

reprise dans le neuvième commandement du décalogue. La distinction essentielle entre le mensonge et le mentir a disparu à notre époque ce qui laisse une large place à la subjectivité. Mensonge et vérité sont des antonymes et sont marqués tous deux au coin de la subjectivité. Ainsi peut être considéré comme un mensonge ce qui apparaît à un autre comme tel.

Pour les pratiques idéologiques il faut distinguer ce qui relève de la doctrine et est un mensonge induit par la mécanique impitoyable de la logique du système. Mais il faut également savoir reconnaître les stratégies qui visent à convaincre ou à contraindre qu'on nomme manipulations et qui relèvent du mensonge conscient. Ce dernier type de mensonge est ici au centre de notre propos. Il a des liens étroits avec le langage puisque ce sont des paroles qui le véhiculent.

En idéologie le vocabulaire joue un rôle central. Les mots servent tout d'abord à

définir la doctrine qui est au coeur du système. Pris dans le langage commun ils reçoivent une nouvelle définition et prennent alors un autre sens. Ce dernier sert de signe de reconnaissance pour les initiés seuls à même de le discerner. Les mots servent également à étayer la logique du raisonnement.

La première manipulation consiste à dissimuler sous la polysémie des mots les véritables concepts ce qui permet en jouant sur l'effet de répétition de les introduire dans l'espace social. Ensuite sur la logique des mots se greffe la logique des idées ce qui induit une adhésion progressive et au départ inconsciente à la vulgate idéologique. La duplicité a investi l'espace de la politique, ce qui n'est sans doute pas nouveau, néanmoins ce n'est plus seulement l'écart entre les programmes des candidats et les actions des élus qui relève du mensonge. Celui-ci se glisse dans le vocabulaire qui est employé : « désormais un droit est un privilège, une avancée sociale un archaïsme, le salaire minimum une rigidité et la réforme c'est la contre-réforme. La vérité c'est le mensonge. » (4) Une "novlangue" s'est mise en place.

Pour expliquer que des responsables politiques libéraux, dont certains dans le privé se comportent avec moralité, soient dénués de tout scrupule dans leurs activités publiques, certains font remarquer que l'économie revendiquée, dans le système libéral, son indépendance vis à vis de la morale.(5)

● ● ● ● ● ● ● ●

1- Débat : Interroger le libéralisme économique, un devoir professionnel pour les médecins du travail ? Les Cahiers du SMT, N°8, Mai 1995.

2- ARENDT : Le système totalitaire, les origines du totalitarisme, Le Seuil, 1972.

3- MONTAIGNE, Les Essais, Livre I Chapitre IX, Arlea, 1992.

4- C. DE BRIE : « A bas le contrat social », Le Monde Diplomatique, octobre 1995.

qui la fausse trahit la société publique » (7).

En effet le mensonge annihile la confiance. Or la confiance occupe une place centrale en médecine : « *il n'y a pas de bonne médecine sans confidences, pas de confiance sans confiance, pas de confiance sans secret* ». La confiance du patient est une donnée fondamentale de l'acte médical quelqu'il soit. Elle est plus précaire en médecine du travail. Le libre consentement à un acte, devenu une obligation légale, n'est obtenu qu'à travers l'accord d'une instance représentative. Les moyens dont dispose le médecin, et dont il doit s'assurer qu'ils lui permettent un exercice efficace et indépendant, lui sont consentis par un tiers.

La déontologie réprovoque le mensonge. L'article 35 du nouveau code en traite maintenant directement: « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* », seul l'intérêt du patient excuse une transgression quand le diagnostic ou le pronostic sont graves et c'est *en conscience* que le médecin apprécie la nécessité de cette transgression. Pour préserver la confiance le médecin doit s'abstenir de mentir dans son exercice. Relayer les mensonges de l'idéologie de management expose à ce risque.

L'exercice médical est un exercice avant tout pragmatique. Si il fait aussi appel à notre subjectivité celle ci, et n'est ce pas le but de l'apprentissage de la clinique, doit aussi s'effacer devant les faits. Ce sont eux qui structurent la démarche diagnostique. Or il ne peut y avoir d'idéologie pragmatique puisque toute idéologie tend à déformer les faits pour les rendre conformes aux règles de fer du système, à plier la réalité aux limites étroites du dogme. Pour un médecin du travail faire preuve de complaisance voire de complicité envers l'idéologie managériale serait prendre le risque de compromettre la confiance indispensable à son exercice. Avoir une approche managériale des situations de travail compromettrait techniquement l'acte médical.

Pourtant autour de l'idéologie managériale et de ses manipulations s'est produit un clivage de notre corps

« *Notre devoir est d'argumenter notre position et d'alimenter le débat public afin que les citoyennes et les citoyens puissent exercer leur choix politique en connaissance de cause* »

professionnel. Théoriquement trois attitudes face au mensonge peuvent se concevoir : on peut le refuser et donc le combattre, on peut l'intégrer même en essayant de faire que ses effets soient le moins pernicieux possibles, on peut tenter de l'éviter c'est à dire de quitter le terrain où il sévit. Cette typologie est artificielle et sans doute émergeons nous tous plus ou moins à l'une ou l'autre de ces tendances. Toutefois à chacune d'elles correspond un mode d'exercice de la médecine du travail face au mensonge du management.

Le premier se réfère à la lettre et à l'esprit de la loi de 1946. Les deux piliers fondamentaux en sont l'indépendance professionnelle qui impose une attitude impartiale vis à vis des acteurs sociaux, et le contrôle social équilibré des employeurs et des salariés. Du fait de l'organisation du travail manipulatrice, l'exercice clinique fait maintenant une part importante à la subjectivité et à une approche compréhensive de la santé et des situations de travail. L'activité d'expertise est tournée vers la défense d'une cause, celle de la santé. Cet exercice vise aussi à réintroduire la santé au travail dans le champ de la santé publique.

Un deuxième exercice s'éloigne des bases de 1946, et fait référence à une médecine d'entreprise. Le postulat de base est que ce qui est bon pour l'entreprise est bon pour les salariés. Dans le meilleur des cas, il s'agit pour le médecin de sauvegarder l'intérêt des patients en tentant d'infléchir les tendances destructrices de l'organisation du travail considérée comme perfectible. Il s'agit de ruser avec elle d'en singer les aspects extérieurs au profit de la santé. Cela est souvent vain face à une machine idéologique de cette ampleur. La tendance est de s'investir dans le domaine des relations publiques, d'utiliser son pouvoir de conviction pour porter aux salariés la part du discours managérial qui paraît aller dans le sens de la santé. Dans le pire des cas le postulat est pris au pied de la lettre et le médecin subordonne son exercice aux intérêts de l'entreprise, avec parfois le zèle prosélyte d'un nouvel initié (8). Dans ce cas la

pratique médicale est finalisée par les objectifs managériaux d'une démarche qualité, elle s'organise sur le mode client-fournisseur formalisé par un encadrement contractualisé des pratiques, elle est contrôlée par l'évaluation sur des critères managériaux d'une obligation de résultat.

Une troisième attitude consiste à quitter le champ trop brûlant de la santé au travail pour se réfugier dans le cadre plus calme de la santé publique. Il ne s'agit pas comme dans la première tendance de réinvestir le champ de la santé publique à partir de la vision spécifique de préventeur en santé au travail mais bien plutôt de diluer la santé au travail dans un océan de santé publique. Toxicomanie, alcoolisme, tabagisme, troubles nutritionnels, sont tour à tour l'objet des interventions de ces praticiens (9). Une telle démarche relève d'une prévention au travail de la santé et non de la prévention de la santé au travail.

Notre propos n'est pas de jeter l'anathème sur tel ou tel exercice mais de faire prendre conscience à chacun d'entre nous des incohérences qui perturbent nos exercices respectifs. Notre responsabilité de praticien nous impose de peser les conséquences qui découlent des choix entre ces différentes tendances.

Or nous venons de montrer que l'appartenance à chacun de ces trois courants suppose une prise de position professionnelle sur les rapports de la santé avec l'organisation du travail managériale. Il n'existe donc pas d'attitude médiane qui permette de concilier ces courants.

Trois métiers distincts se confrontent :

- Celui de **médecin du travail**, métier s'exerçant dans le cadre réglementaire actuel, organisé autour de la notion d'aptitude, reposant sur un exercice clinique compréhensif, faisant une large part à un abord subjectif des pro-

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

7- MONTAIGNE : Les Essais, Livre I Chapitre IX, Arlea, 1992.

8- Pr. LORIOT : « La médecine du travail française face à l'Europe », Le Concours Médical, 21/05/88

9- ALCOUFFE et Al. : « Le médecin du travail, conseiller de santé », Le Concours Médical, 20/05/95

blèmes de santé, et sur une expertise engagée du point de vue de la santé.

- Celui de **médecin d'entreprise**, sous sujétion des employeurs, organisé autour de la notion de sélection, l'exercice clinique et l'expertise ayant pour fonction d'aider à la décision des responsables, l'intérêt des salariés étant subordonné à celui de l'entreprise.

- Celui de **médecin de prévention**, dont le domaine concerne l'ensemble de la santé, en dehors de tout contrôle hormis celui du bailleur de fond.

Le métier de médecin du travail est le seul qui ait actuellement une cohérence déontologique, technique et réglementaire. Il nous appartient donc de le défendre en traçant les limites qui le sépare d'autres métiers, dont l'un met en péril la déontologie et dont l'autre est hors du champ de la santé au travail. Ce n'est pas entre spécialistes que le débat sera tranché. Médecine du travail et santé au travail sont, dans notre pays étroitement liées. Faire un choix entre ces différentes médecines *au travail* aurait des conséquences immédiates et primordiales sur la santé au travail. Il s'agit d'un choix de société. Il appartient donc à la société toute entière de se prononcer. Notre devoir est d'argumenter notre position et d'alimenter le débat public afin que les citoyennes et les citoyens puissent exercer leur choix politique en connaissance de cause.

*Alain Carré
novembre 1995*

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 pré-occupant de la Médecine du Travail

LE MANAGEMENT ET LA SANTÉ

Les éventuelles répercussions des types de management, du fait de l'organisation du travail qu'il induit préoccupent un nombre de plus en plus important de médecins du travail. Dans le cadre du réseau "Paroles de médecins du travail", nous avons tenté de faire une première thématique des rapports management-santé à partir de nos échanges d'expériences récentes, et à partir de l'analyse des monographies rassemblées dans l'ouvrage "Souffrances et précarités au travail, Paroles de médecins du travail", dont nous sommes auteurs. Nous tentons ici, après avoir défini le concept de management et ses principes, de mieux cerner les mécanismes de l'organisation du travail éventuellement susceptibles de nuire à la santé. Toutefois nous n'envisagerons pas ici le versant social de ces atteintes, telles que perte ou privation d'emploi, atteintes à la citoyenneté par exemple. En guise de conclusion nous tenterons d'émettre des hypothèses sur le potentiel évolutif de ces phénomènes.

LE MANAGEMENT

LA NOTION DE MARCHÉ

Le mot management désigne souvent un système de conduite d'entreprise. Le management induit une organisation du travail particulière. Celle-ci peut elle être pathogène pour la santé des salariés ? C'est aux rapports entre management et atteintes à la santé au travail que nous nous intéressons ici.

Les doctrines managériales postulent que c'est en faisant appel aux intérêts individuels que se constituerait le meilleur agencement social possible et le dispositif le plus apte à prendre en charge l'organisation et l'évolution de la société. Les meilleurs rapports de production seraient donc obtenus par un engagement individuel de chaque salarié dans une perspective concurrentielle.

LA MISE EN CONCURRENCE

La nature du management semble donc conditionnée par la nécessité d'organiser la concurrence entre les salariés. Répondre à la concurrence avec les autres entreprises implique aussi:

- d'augmenter la productivité par salarié ce qui permet de réduire l'investissement en personnel

- de sous-traiter les activités les moins rentables

Dans cette hypothèse la sous-traitance ne serait plus un apport de compétences spéciales pour une durée limitée mais un instrument de réduction des coûts. L'organisation de la concurrence entre les salariés passe par une individualisation qui repose sur une subordination nouvelle entre le salarié et son employeur. Cette mise en concurrence, on le remarquera, n'aurait pas pour seul mobile la diminution des coûts de production. Elle répondrait aussi à une exigence d'optimisation dans le cadre d'une *éthique* d'entreprise sous-tendue par la notion d'excellence que permettrait d'atteindre le marché.

Dans cette hypothèse le management devrait obtenir l'adhésion active des salariés au système de concurrence interne. Cela explique en partie son désir de convaincre et son adoption de méthodes visant à conditionner les salariés. D'où l'importance que le management attache à la *communication*. Ces méthodes pourraient avoir un retentissement sur l'équilibre mental et pourraient renforcer l'impact psychique négatif du

management. Des liens réciproques complexes qui se renforcent mutuellement paraissent exister entre les nécessités d'une productivité accrue et la mise en concurrence des salariés.

LE FONCTIONNEMENT DU MANAGEMENT

Les maîtres mots du fonctionnement managérial qui sont employés dans des documents tels que les plans stratégiques d'entreprise sont : animer, finaliser, organiser, contrôler. Pour le management le noyau humain de l'organisation n'est plus le groupe mais l'individu. C'est la compétition entre chaque salarié régulée par la loi spontanée du marché du travail qui assure le dynamisme de l'entreprise.

ANIMER C'EST COMMUNIQUER

Au centre du dispositif du management, la "communication" d'entreprise étaye l'édifice. La communication a un fort contenu sémantique. Certains mots constituent l'ancrage de cette communication, tels *éthique, équité, qualité, besoins, implicite, zéro défaut...* (cf. art. précédent « *Le médecin du travail, le mensonge et le management* »)

Le système de valeur managérial accorde une place centrale à la compétition et fait référence à l'ambition, au défi, à l'enjeu. Le concept de qualité est intégré dans des *démarches qualité* qui finalisent le principal rapport entre les membres de l'entreprise, celui de *client à fournisseur*. La mission d'un salarié (fournisseur) est sa raison d'être auprès de son employeur (client interne) ou des usagers (clients externes). Le client est celui qui consomme les produits ou services fournis par le salarié. Le travail fait partie de ceux-ci.

FINALISER C'EST DÉFINIR LES CLIENTS, LES MISSIONS, LES OBJECTIFS

La mission est définie par la ligne managériale, qui oriente vers des finalités et fédère les agents qui en sont chargés. La responsabilisation de chacun est obtenue à travers l'individualisation des objectifs et de leur contractualisation. Le *contrat* qui est un document précisant les tâches, les missions et les responsabilités de chacun est aussi appelé *lettre de mission* ou peut prendre la forme d'un cahier des charges.

ORGANISER C'EST FAIRE AGIR EN SYNERGIE

L'individualisation a comme inconvénient l'éclatement des structures collectives souvent informelles. Pour compenser cette disposition, le manager doit s'efforcer d'obtenir la synergie en l'organisant formellement pour assurer l'efficacité.

CONTRÔLER C'EST VÉRIFIER LA CONFORMITÉ AUX BUTS ET AUX PRINCIPES DU MANAGEMENT

Ce contrôle implique une évaluation de la qualité qui repose sur des indicateurs. Elle permet de vérifier le résultat attendu dans le cadre de l'obligation de résultat fixée au préalable. Car en contrepartie d'une plus grande décentralisation, le groupe s'engage sur des résultats à at-

LES CONSÉQUENCES DU MANAGEMENT POUR LA SANTÉ

LES CONSÉQUENCES POUR LES SALARIÉS DE L'ACCROISSEMENT DE PRODUCTIVITÉ

LA FLEXIBILITÉ (1)

La flexibilisation du temps de travail a introduit la généralisation du temps partiel et des horaires atypiques. Cela permet de répondre aux nécessités d'adaptabilité, aux exigences de la production. Or la vie sociale, la vie familiale imposent un besoin de prévision à court et à moyen terme que vient entraver la flexibilité. La régularité du rythme d'alternance entre la vie au travail et hors travail est rompue.

La flexibilité interne aux entreprises, c'est à dire la menace omniprésente du licenciement individuel et collectif, empêche les possibilités d'anticipation à long terme des salariés en matière d'itinéraire professionnel et de projet d'avenir personnel ou familial. Ce phénomène sape également les stratégies de résistance individuelles et collectives.

L'INTENSIFICATION DU TRAVAIL (2)

Quel que soit le travail, elle est induite par la volonté d'élimination de tout temps mort, illustrée par les méthodes de gestion à *flux tendu*. La nécessité de rentabiliser expliquerait en partie l'instrumentalisation des ressources humaines et souvent une surestimation des

teindre, passant ainsi d'une logique de moyens à une logique de résultats. Or les résultats d'un niveau de management de l'entreprise sont définis par le niveau de management supérieur à celui-ci. Mais contrôler, c'est autant maîtriser que vérifier. On distingue deux types de contrôles :

- le contrôle de gestion qui porte sur l'atteinte d'objectifs et les moyens mis en oeuvre c'est à dire les buts,

- le contrôle interne qui porte sur le respect du cadre de cohérence, c'est à dire des principes.

En résumé, la *démarche qualité*, et les rapports *client-fournisseur* sont formalisés par un encadrement *contractualisé*, contrôlé par l'atteinte d'objectifs fixés au préalable dans le cadre d'une *obligation de résultats*.

limites humaines et de la stabilité intra et inter individuelle. Seuls ceux qui résistent à la pression sont *employables*, d'où un effet de sélection par l'âge, la maladie ou le handicap (3).

Souvent les nouvelles technologies ne semblent pas destinées à aménager, améliorer le travail ou à diminuer sa pénibilité. Ne seraient-elles pas plutôt destinées à remplacer le travail humain dans le but d'accroître la productivité ? Dans ce contexte l'augmentation du temps de travail n'est parfois plus repérable, les travaux extra-horaires pouvant n'être plus rémunérés.

L'ÉCLATEMENT DES DISPOSITIFS

COLLECTIFS FORMELS ET INFORMELS (4)

Travailler ce n'est pas seulement accomplir des actes techniques, c'est aussi faire fonctionner le tissu social et les dynamiques intersubjectives indispensables à la constitution d'une professionnalité. Or cette construction des *règles de métier* entre professionnels est compromise par la flexibilité et l'intensification du

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

1- « Souffrances et Précarité au travail (S&P), Paroles de médecins du travail », Editions SYROS, 1994, p58,73,224,225.

2- « Conditions, organisation du travail et nouvelles technologies en 1991 », Dossier statistiques du travail et de l'emploi, juin 1993, N° 90-91-92. Diffusion Masson.

3- « S&P », p265-282 ; p337.

4- « S&P », p126-128.

L'INDIVIDUALISATION

DES RAPPORTS DE TRAVAIL

La coupure que crée entre les salariés la mise en concurrence, compromet le débat collectif informel qui préside à la constitution des règles de métier. La confiance indispensable à ce type de lien s'inscrit en effet dans une dynamique de suspension des rapports de force. « *Il n'y a pas de collectif qui ne soit fondé sur la dynamique de la confiance entre les membres du collectif* » (8).

Si cette confiance venait à manquer, il risquerait de ne plus y avoir d'accessibilité au déroulement de l'action, de clarté sur les démarches et les résultats. Cela entraverait la constitution des compétences et placerait chacun dans un isolement à la fois défensif et culpabilisé. Cela ne permettrait plus la gestion des conflits intra et interindividuels qui se résolvait souvent à l'occasion de débats collectifs. Dans cette perspective d'individualisme et de méfiance l'action syndicale s'étiole.

LA RESPONSABILISATION INDIVIDUELLE

Potentiellement bénéfique puisque génératrice d'autonomie cette responsabilisation est souvent négociée dans le rapport de force défavorable au salarié. Celui-ci n'a plus qu'à accepter les moyens qui lui sont alloués et à tenter d'atteindre les objectifs qui lui ont été fixés. Pour y parvenir il emploie parfois des moyens détournés où tricherie et tromperie peuvent être présentes. D'où une fréquente culpabilisation vécue dans l'isolement et qui le renforce. Tout cela génère un climat de tension extrême.

LA GESTION PAR LE SALARIÉ

DES DYSFONCTIONNEMENTS DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Même lorsque le contrat est équitable, les moyens et les objectifs sont définis à l'avance. La réalité qu'ils impliquent

● ● ● ● ● ● ● ●

5- « Dossier sous-traitances », Revue Travail, N° 28, printemps 93.

6- « S&P », p117-156.

7- 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°28, printemps 1993.

8- C. DEJOURS: « Le Facteur Humain », QSJ, PUF, 1995.

travail. Il n'y a plus de lieu ni de temps pour échanger et se (re)connaître.

Les syndicats sont victimes de cette absence de lieu et de temps pour débattre. Mais d'autres mécanismes les affaiblissent aussi. Ainsi l'individualisme, devenu valeur managériale, induirait une image négative de l'action syndicale. Le syndicalisme souffre également de la fracture sociale et culturelle entre salariés permanents du noyau stable de l'entreprise et salariés temporaires des entreprises sous-traitantes.

L'UTILISATION DE LA SOUS-TRAITANCE(5)

Pour être moins coûteuse, la sous-traitance doit effectuer la même activité avec la même qualité et une meilleure productivité. Une économie consiste à employer du personnel moins qualifié. Le sous-traitant lui même peut aussi requérir l'aide d'une sous-traitance encore moins coûteuse ce qui aboutit à une sous-traitance en cascade. Dans ce cas, comme en témoignent les statistiques d'accident du travail, la sous-traitance du travail devient une sous-traitance des risques. Sous cet aspect, la sous-traitance renforce la pression sur les salariés de l'entreprise utilisatrice et les persuade aussi qu'il est des sorts moins enviables que celui qui leur est fait.

Mais outre cela, l'utilisation de la sous-traitance ne permet plus aux salariés de l'entreprise utilisatrice de conserver une vision de la totalité du processus de travail. Cela induit des pertes de compétence sur les parties du travail qui sont sous-traitées. Ces salariés deviennent des contrôleurs du travail des sous-traitants, et sont de moins en moins au fait de la réalité du travail. Confrontés aux tricheries des salariés d'entreprises sous-traitantes, ils peuvent alors alourdir pour eux la tendance prescriptive ce qui engendre encore plus de dissimulation des salariés extérieurs et par conséquent plus de méfiance de leur part et ainsi de suite.

Chaque souffrance renforce et amplifie celle de l'autre et réciproquement (6).

LES CONSÉQUENCES DE L'INDIVIDUALISATION DES SALARIÉS

UNE NOUVELLE SUBORDINATION

La subordination du salarié à l'employeur a profondément changé. L'an-

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* (7).

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.

Le droit ne suit-il pas cette transformation ? Une nouvelle réglementation plus adaptée tend, en effet, à se substituer à des textes qui ne sont plus que peu appliqués. 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*). La pression du contexte économique pèse sur les rapports sociaux par l'intermédiaire de la concurrence pour les entreprises et pour les salariés. La négociation du contrat entre employeur et salarié est inéquitable du fait de ce contexte très défavorable à ce dernier. Certains juristes pour cette raison lui dénie la qualité contractuelle qui suppose un certain équilibre entre contractants.

n'est-elle pas une projection dans le futur marquée de subjectivité et non forcément cohérente avec la réalité du moment de l'évaluation des objectifs ? Cette distance inéluctable entre l'appréciation et la réalité n'est pas souvent prise en compte et tout se passe comme si c'était au salarié de gérer ces variations. Parfois même, il peut exister des contradictions entre plusieurs principes d'organisation qui se révèlent au salarié par des injonctions paradoxales.

Le salarié n'est-il pas alors en permanence écartelé entre plusieurs réalités et ne peut-il être amené à gérer sur son capital émotionnel et affectif les contradictions du management ?

L'EMPIÈTEMENT SUR LA VIE INTÉRIEURE

Le conditionnement à la compétition à l'intérieur et à l'extérieur de l'entreprise exalte la culture d'entreprise. Certains salariés qui ne sont pas en conformité avec cette culture peuvent encourir des mises à l'écart. Pour les éviter il leur faut paraître y adhérer. Cela impose parfois une répression, au sens psychique, de la vie intérieure ce qui entraîne un sentiment de dépersonnalisation. C'est dans ce cadre qu'il faut replacer certaines réticences de salariés à participer à des formations dont le contenu porte sur les valeurs de l'entreprise.

LA SITUATION SPÉCIFIQUE DE L'ENCADREMENT (10)

Plus son niveau est élevé, plus l'encadrement semble avoir d'autonomie. En fait chaque niveau se trouve être l'objet d'un contrat avec le niveau qui lui est supérieur et ceci jusqu'en haut de l'échelle. Chacun subit donc des pressions.

L'institution de lettre de missions est parfois ressentie comme un piège. Dans un certain nombre de cas, il faut accepter des missions au préalable sans connaître les réalités auxquelles on va s'affronter. Il faut parfois accepter les missions sans être assuré des moyens qui y correspondent. Le cadre doit parfois choisir entre accepter cela, mettre ses convictions sous le boisseau ou se démettre. Censé être autonome, l'encadrement a-t-il toujours les moyens de son autonomie ?

De plus n'est-il pas souvent l'objet privilégié d'un empiètement de l'entreprise sur sa vie privée ? Tout d'abord par le biais d'horaires de travail en constante inflation mais aussi par l'exigence fréquente d'une disponibilité importante. Il faut aussi évoquer à ce sujet la présence obligatoire à des séminaires dont certains ont pu récemment être qualifiés de lavage de cerveau par la presse. Parfois même les loisirs sont en partie pris en commun avec la présence recommandée des familles.

Tout cela ne doit-il pas inciter à éviter d'emblée toute appréciation péjorative sur l'encadrement dont il faudrait peser à chaque fois les contraintes spécifiques ? Néanmoins, vu au niveau de l'exécutant, l'encadrement ne paraît-il pas être à l'origine de ses difficultés ? Cela constituerait la première des coupures entre encadrement et exécution.

Il ne faut pas considérer la catégorie encadrement comme homogène. En fait, les différents niveaux hiérarchiques n'ont ni le même pouvoir, ni les mêmes stratégies. Ces différences sont encore plus nettes si on s'intéresse aux deux extrémités de la chaîne : la maîtrise de proximité et le manager de première ligne. Outre l'origine sociale différente, la formation l'est aussi. La maîtrise est issue en général de l'exécution après promotion interne, l'encadrement de première ligne est issu d'écoles supérieures, à sa carrière à poursuivre et peut être constitué de diplômés de fraîche date sans expérience du terrain. Les premiers sont au contact des réalités du terrain, les autres sont plus tournés vers les objectifs à atteindre. Les premiers sont soucieux que le travail se fasse, les autres qu'il produise. L'encadrement de proximité est tenu par fonction et du fait de la conjoncture, à une certaine pérennité et donc à des stratégies à plus long terme que celle de cadres de direction qui du fait d'une rotation parfois rapide développent des stratégies à court terme dont les effets négatifs, quand ils existent, se produisent parfois après leur départ.

Réduire les coûts de gestion, cela veut dire disposer de moins de moyens. Le management de deuxième ligne ne doit-il pas faire plus avec ce moins, se débrouiller avec ce qu'on lui octroie. Il est

à la frontière entre agir et subir. Si il le désire il lui serait impossible de résister.

Coincé entre des objectifs qui peuvent s'avérer contradictoires, le cadre a du mal à se faire comprendre : ses supérieurs autrefois plutôt du côté de la technique, souvent cadre maison, ont été remplacés par des gestionnaires sans véritable pérennité. En cas de désaccord le recours est plus difficile. Afin d'échapper à la souffrance que génère ce fonctionnement, les cadres se réfugieront parfois dans l'inconditionnalité de défenses collectives de nature le plus souvent inconsciente. Elles comporteraient entre autres un déni de la réalité, une vision péjorative des subordonnés qu'ils infantilisent. Cela peut aller jusqu'à éviter de parler du travail avec les exécutants, et à ne pas donner des réponses trop directes, les problèmes sont dans ce cas éludés.

Le cadre ne pourrait alors que répercuter la pression sur ses subordonnés et bloquer la remontée de leurs doléances. Ce mécanisme quand il surviendrait serait la deuxième raison de la coupure entre encadrement et exécution.

LA SITUATION SPÉCIFIQUE DES FEMMES(10)

Les femmes traditionnellement occupent plutôt les postes les moins qualifiés. Leur emploi est donc souvent le premier menacé. A cette cause structurelle il faut ajouter l'idée malheureusement répandue que leur revenu constituerait un simple appoint aux ressources d'un ménage. Cela fait peser sur elles le risque du licenciement. La maternité peut apparaître à certains employeurs comme une charge insupportable. Cette fragilité rend les femmes particulièrement vulnérables aux pressions sur le rendement et les horaires. Outrepassant leurs capacités elles sont ainsi plus souvent victimes de troubles musculosquelettiques en forte augmentation.

La pression sur les horaires du fait du rôle traditionnel dévolu dans la tenue du ménage et l'éducation des enfants est particulièrement pénalisant pour leur

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

9- « S&P », p59, 129.

11- « S&P », p211-231.

santé, car il leur faut parfois faire une double journée. Lorsqu'elles doivent paraître en public, dans le secteur des services, par exemple, leur aspect physique peut prendre de l'importance dans l'appréciation qui sera faite de leur travail. Beaucoup moins rarement qu'autrefois, le harcèlement sexuel peut être une conséquence de leur précarité.

Les femmes membres de l'encadrement, outre les difficultés communes à cette catégorie, sont parfois placées devant le choix de la vie familiale et leur carrière. Il arrive qu'elles soient l'objet de préjugés quand à leur manque de disponibilité. Le choix d'une maternité peut ainsi être conditionné par des impératifs professionnels.

LES ATTEINTES A LA SANTÉ

Il serait vain de vouloir décrire toutes les formes cliniques des atteintes à la santé qui pourraient résulter du management. Nous avons passé en revue les différents liens hypothétiques qui relierait l'organisation du travail managériale à la santé. Selon les spécificités de chaque entreprise, de chaque groupe professionnel, et presque de chaque salarié, la forme que peut prendre l'atteinte à la santé peut varier. Mais une typologie peut aider à la compréhension. Ainsi on peut estimer que l'accroissement de la productivité pourrait plus facilement entraîner des atteintes physiques. Les salariés quels qu'ils soient acceptent des charges de travail élevées ; les conditions de travail sont moins bonnes. D'autre part, la sécurité pourrait devenir pénalisante quand le temps manque. D'où l'augmentation des accidents du travail. Leur nombre est un indicateur imparfait pour certains secteurs où déclarer un accident pourrait être une source de tracas.

Il en est de même pour les maladies professionnelles, toutefois leur nature peut être une indication. Ainsi les troubles musculosquelettiques en forte augmentation sont souvent attribués à des ren-

dements trop élevés dans des situations comportant des gestes répétitifs. De même les accidents de trajets pourraient également être le signe d'une surcharge.

La précarité du salarié jouerait également un rôle. Ainsi les salariés d'entreprises sous-traitantes ont des indicateurs de santé moins bons que ceux des salariés de l'entreprise pour laquelle ils travaillent en sous-traitance. Dans les postes à risque, les intérimaires ont plus d'accidents du travail que les salariés stables du même secteur.

Toutefois l'accroissement de la productivité induirait également, parallèlement à l'individualisation des salariés, des atteintes à la santé psychique. En effet, l'imprévisibilité dont elle est responsable entretiendrait l'anxiété ; l'obsession du rendement pourrait perturber la vie intérieure ; la sous-traitance des activités désorienterait les salariés dont la constitution des compétences serait entravée ; l'impossibilité de références collectives provoquerait isolement et repli sur soi-même, l'absence de gestion syndicale des conflits risquerait d'entraîner rancœur et violence. L'individualisation des rapports de travail isole. La subor-

dination nouvelle pourrait provoquer culpabilité, dépersonnalisation.

Comme nous l'apprennent les spécialistes en psychodynamique du travail les moyens de défense inconscients que mettent en place les salariés pour réagir contre la souffrance engendrée par l'organisation du travail ont, en eux mêmes, parfois, un effet pathogène. Ils n'ont tout d'abord qu'un effet passager et leur efficacité est limitée. Certains ont pour effet d'isoler plus encore, voire même de dresser les salariés les uns contre les autres. Par exemple les mécanismes défensifs de l'encadrement engendreraient la méfiance des subordonnés qui elle même validerait à rebours et amplifierait ces mécanismes défensifs. Dans un climat de tension parfois extrême on peut comprendre qu'il puisse y avoir un retentissement sur l'équilibre psychique et psychosomatique des salariés. Les atteintes à la santé psychique auraient un tel impact dans les entreprises, aujourd'hui, du fait de la convergence sur la sphère psychique des mécanismes inducteurs qui se renforceraient mutuellement et trouveraient leur source dans le management.

EN GUISE DE CONCLUSION HYPOTHESE SUR L'EVOLUTION PROBABLE

Après avoir passé en revue les rapports entre le management et les atteintes à la santé qu'il générerait il nous semble nécessaire d'en examiner les possibles évolutions. En effet des tendances inquiétantes sont à relever.

On remarquera tout d'abord que le retentissement sur la santé dépasse le ca-

dre de l'entreprise et que nombre des conséquences seront qualifiées comme des maladies dont le caractère professionnel sera ignoré. Un exemple illustrant cette remarque est la consommation en psychotropes en augmentation rapide dont probablement une part serait justifiée par le climat qui règne parfois dans les entreprises.

Une autre caractéristique de ce retentissement est aussi qu'il toucherait au versant social de la santé hors de l'entreprise. La violence des jeunes ne serait-elle pas en partie induite par l'angoisse née du sort de leur parents et par leur moindre disponibilité pour les tâches d'éducation ? Une part de l'exclusion par le biais de l'emploi ne proviendrait

elle pas de la sélection des compétences effectuée par l'entreprise ?

Le terme *précarisation* ne s'appliquerait-il pas aussi à ce domaine : la santé au travail est elle en voie de précarisation ? Cette évolution négative pourrait être possible du fait de facteurs en rapport avec la nature des atteintes et celle des facteurs pathogènes.

On notera tout d'abord que certaines atteintes seraient susceptibles de se renforcer voire de se générer mutuellement en boucle. Il en est ainsi par exemple de l'isolement que provoquerait l'individualisation, lequel compromettrait la constitution de collectifs ce qui ne permettrait plus la constitution de compétences ce qui engendrerait la dissimulation ou la tricherie et inciterait à s'isoler. D'autres exemples existent au niveau des relations entre salariés de l'entreprise utilisatrice et sous-traitants par exemple.

Des phénomènes assez semblables peuvent être repérés en ce qui concerne les défenses contre la souffrance. Outre une relative inefficacité, les défenses individuelles peuvent être par elles mêmes

responsables d'un retentissement pathologique ; la tricherie, la tromperie, par exemple, culpabiliseraient et isoleraient. Les défenses collectives peuvent en miroir en provoquer d'autres qui les renforcent et réciproquement.

Déjà cité plus haut, le jugement péjoratif a priori des cadres sur leurs subordonnés entraînerait méfiance, tricherie, dissimulation, silence ce qui entretiendrait leur vision péjorative. Ainsi qu'il s'agisse de souffrance ou de défense se constitueraient des cercles vicieux ou des boucles de renforcement.

Une seconde série qui n'incite pas à l'optimisme en matière d'évolution tient à la nature des facteurs pathogènes du management. Tout d'abord on remarquera que différents facteurs convergent sur les mêmes atteintes à la santé. Ainsi augmentation de la productivité et individualisation des salariés, selon la forme qu'ils prendraient pourraient avoir une répercussion semblable sur la sphère psychique. Par exemple l'impossibilité d'approfondir ses compétences par manque de temps et impossibilité d'atteindre les objectifs du contrat individuel vont pouvoir engendrer : doute sur soi

même, culpabilité puis dépression.

Plus inquiétant encore, nous avons montré en nous attardant sur les principes du management et son fonctionnement que c'est au plus intime du système que naîtraient les facteurs pathogènes. Une amélioration ne pourrait donc naître que d'une critique constructive du coeur même du système. Cela ne peut être éventuellement réalisable sans l'implication de l'encadrement et surtout sans la participation de tous les membres de l'entreprise à l'intérieur du débat social. Or, la situation spécifique des cadres que nous avons examinée ne permettrait pas actuellement cette implication et l'éclatement des collectifs en particulier syndicaux entraverait le débat social.

Pour améliorer la santé au travail et en diminuer les atteintes par le management, il paraît donc urgent de favoriser la naissance d'une déontologie de l'encadrement et le renouveau des forces syndicales afin de revivifier un débat social, préalable indispensable à la résolution des problèmes de santé.

Alain Carré
février 1996

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) - (photocopie) -
- N°4 Ethique en Médecine du Travail (mars 91) - (photocopie) -
- N°5 Précarité et Sous-traitance en Médecine du Travail (mai 92)
- N°6 Médecine du Travail et Santé Publique (mai 93)
- 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)
- N°9 Les dérives de l'organisation du travail. Quelles pratiques pour les médecins du travail ? (mai 96) - 50 Frs

Ce cahier m'a intéressé :

Je ne suis pas membre de l'Ass. SMT, je verse 100 Frs à titre de soutien

Je demande des exemplaires gratuits (port 30 Frs)

des numéros :

nombre :

Règlement à l'ordre de Ass. Santé et Médecine du Travail
25 rue Edmond Nocard 94410 SAINT MAURICE

APTITUDE ET PRATIQUES

La notion d'aptitude "à la française" est largement remise en cause par l'évolution européenne : elle s'oppose à la conception de la liberté individuelle par les pays anglo-saxons.

Le problème de la discrimination à l'embauche pour un motif de santé a pris une ampleur particulière à travers quelques retentissantes affaires autour de la séropositivité VIH... D'où la loi de 1990, en France, qui interdit toute discrimination à l'embauche, du fait de la santé, mais ajoute aussitôt « sauf avis du médecin du travail ». C'est réaffirmer le caractère discriminant de la décision d'aptitude à l'embauche, confiée au médecin du travail. Les conflits mettant en cause des décisions d'(in)aptitude ne se comptent pas. Et cette question est au centre de nombreux débats dans la profession.

Or, si l'on revient aux textes, qui depuis 1946, définissent très clairement la mission du médecin du travail (« éviter toute altération de la santé... »), la visite médicale avec son avis d'aptitude, y apparaît comme un outil et le décret de 88 la fait passer après l'action en milieu de travail, le tiers-temps.

Qu'en est-il en pratique ? En fait le médecin du travail est quotidiennement enfermé dans l'aptitude, qu'il s'agisse de la routine des visites systématiques, ou des "problèmes" à des degrés divers, souvent complexes, parfois insolubles.

La fiche d'aptitude est l'élément qui régule l'activité des médecins du travail ; c'est ce dont les employeurs ont besoin (« document à conserver pour présentation sur demande à l'inspecteur du travail ») ; c'est le moteur de la "visite", la visite étant le compteur de productivité des services, et la base des sacrosaints chiffres du rapport annuel.

L'aptitude est la "trace" principale du médecin. En pratique elle est incontournable (contrairement à la fiche d'entreprise qui est loin de l'être). Elle centre son activité, elle la capte, l'absorbe, la résume...

Du point de vue du médecin : la consultation s'arrête, "se fige", avec la fiche d'aptitude, c'est essentiellement avec elle qu'il gère le facteur santé, dans une situation de travail donnée. Or dans bien des cas cela suppose qu'il s'auto-censure dans son rôle de médecin, et qu'il

s'arrête au jugement, au rôle de l'expert.

Du point de vue du salarié : « Est-ce que je suis apte ? ». « Est-ce que je suis bon ? » s'interroge un travailleur du bâtiment qui passe sa visite (Lettre fédérale des Travailleurs de la Construction-Oct 1994). Il nous faudrait réfléchir sur le poids du jugement, sur le sens du regard qu'on porte à travers la visite et la fiche... Bon à quoi ?

Au total, en pratique, l'aptitude est devenue une fin en soi de la visite médicale, et donc de la médecine du travail. Or cette activité est en décalage permanent avec les questions de conditions de travail. En effet peut-on être juge et partie, repérer les atteintes à la santé et contre-indiquer des postes, améliorer les conditions de travail et entériner des expositions aux risques ? Ce sont des logiques différentes. Or l'aptitude domine l'intervention du médecin qu'elle conduit, in fine, à cautionner les conditions de travail difficiles, à accepter qu'elles ne soient pas améliorées.

APTITUDE-SÉLECTION MÉDICALE

C'est une réalité qui paraît légitime à certains médecins ; on a lu des textes ou assisté à des prises de position revendiquant l'idée d'une médecine de triage, dont la finalité est le dépistage d'une anomalie rarissime (car « tout dépend si l'on est pilote ou passager »). On parle maintenant de sélection biologique, qui

elle aussi met en lumière l'opposition sélection /amélioration des conditions de travail...

Ouvrons les yeux : c'est l'évolution actuelle de l'institution. Pour preuve :

- Le projet patronal récent réduisant le tiers-temps : davantage de visites, davantage d'aptitude.

- Le texte de 1991 concernant les intérimaires : aptitude à trois emplois, fichier des aptitudes, surveillance du risque inaplicable.

APTITUDE-REMPART CONTRE L'EXCLUSION

La précarisation du travail donne aux questions d'aptitude une acuité très forte ; les médecins du travail, qui sont enchaînés à cette fonction, sont amenés à l'utiliser comme l'outil de protection d'un emploi, un garde-fou, un élément de pression dans tel conflit, un rempart contre l'exclusion. Dans la même foulée le médecin du travail devient le recours, via l'inaptitude, dans les situations de tension ingérable, parce qu'il n'y a aucune marge de manœuvre ni pour quitter, ni pour négocier, (ni pour fuir, ni pour lutter). C'est l'inaptitude-sauvetage de celui qui n'en peut plus, qui n'est pas encore malade mais en danger.

Certes, avec l'aptitude le médecin introduit dans le rapport de force travail/emploi/exclusion/santé quelque chose de l'ordre de l'humanisme, peut-être de l'éthique... (En tout cas, sur le terrain c'est ce qui lui semble justifier son action).

Mais attention :

D'abord cela suppose de la part du médecin une action incisive, engagée qui ne s'acquiert que par l'expérience et s'appuie sur des convictions. Cela suppose la confiance établie. Cela suppose donc des conditions de travail particulières pour ce médecin, c'est-à-dire une marge de manœuvre et d'indépendance qu'il a su conquérir, et qui est loin d'être la règle dans le service inter lambda.

Ensuite de telles situations sont un constat d'échec quant à l'action sur les

conditions de travail, et le fait qu'elles représentent de plus en plus l'intervention médicale en milieu de travail n'est sans doute pas satisfaisant.

Enfin il faut s'interroger sérieusement sur ce qui fonde ces décisions, hautement subjectives. Comment gère-t-on la difficulté de ce jugement ? Quelle rigueur professionnelle encadre nos décisions ? Sont-elles reproductibles et pourquoi ? Comment peut-on savoir que la décision est juste, quand on n'en a pas le retour, ou qu'on n'en fait pas le suivi ?

Toutes les questions soulevées par la pratique de l'aptitude sont très difficiles parce qu'elles touchent à des domaines complexes et contradictoires et aussi parce qu'il s'agit de l'axe de notre métier (« *Si on supprime l'aptitude, il n'y a plus de médecine du travail* »). Tout ceci mérite donc réflexion et développements.

Néanmoins quelques idées nous paraissent centrales pour lancer le débat :

1] Le pouvoir exorbitant du médecin face à la liberté individuelle du salarié : le jugement du médecin s'impose au salarié, jugement fondé sur des critères mal définis, largement influencé par des caractéristiques socio-culturelles. (On est en effet tous au service de nos propres valeurs).

2] Occultation majeure des autres tâches, de la vraie mission, voire contradiction aptitude/amélioration des conditions de travail, aptitude/dépistage de pathologie professionnelle.

3] Enfermement du médecin dans un exercice très solitaire, dépourvu de sens quand il s'agit de visites routinières, inutiles ; en tout cas non pertinent pour exercer sa mission avec efficacité, en milieu de travail ; incompatible avec la complexité des situations où il y a réellement un problème d'aptitude, dont la solution ne peut être mise en oeuvre qu'au travers de pratiques coopératives (aménagement de poste, modification des conditions de travail, reclassement, etc.)

*Marie Pascual
Florence Maesen*

POSER LA QUESTION DE L'APTITUDE C'EST EN EFFET POSER CELLE DU MÉTIER :

- A quoi devons-nous dépenser notre énergie ?
- Que mettre en place pour réellement prendre en charge les aptitudes difficiles ?
- Comment font donc les autres pays, de la CEE en particulier ?
- Comment rendre compte des atteintes à la santé ?
- Comment contribuer à changer les conditions de travail ?

En médecine du travail le mot aptitude va avec obligation, interdiction, exclusion...

Comment évoluer vers confiance, conseil, protection ...?

APTITUDE OU SELECTION PROTEGER OU EXCLURE MEDECINE DU TRAVAIL OU MEDECINE D'ENTREPRISE

La décision médicale d'aptitude est un lien juridique entre la Santé et le Travail. C'est l'affirmation d'un consensus social sur la coexistence entre deux droits fondamentaux le droit à la santé et le droit au travail.

Théoriquement, il ne s'agit donc pas d'une discrimination mais bien d'une garantie, réaffirmée par la Loi N° 90-602 du 12 juillet 1990 et l'article L 122-24-4 du code du travail, reposant sur la qualité de médecin de celui qui assume la décision et sur sa compétence, son indépendance réglementairement définie, le contrôle social auquel il est astreint.

Cette décision n'est pas arbitraire puisqu'elle est susceptible d'appel de la part du salarié dans les mêmes conditions que pour l'employeur, la jurisprudence du Conseil d'Etat et de la Cour de Cassation établissant la possibilité d'appliquer l'article L-241-10-1 permettant le recours au médecin inspecteur du travail.

*Art. L-241-10-1 du Code du Travail (extraits):
Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes (...)
En cas de difficulté ou de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur du travail.*

La réalité est malheureusement toute autre. Les déterminants de l'exercice des médecins du travail sont en dégradation constante. Leur indépendance est battue en brèche sous la pression des employeurs et le contrôle social est moribond. Dans ces conditions la légitimité de la décision d'aptitude devient problématique.

Il n'y a plus actuellement de correspondance entre ce qui est prescrit réglementairement en matière d'aptitude au médecin du travail et ce que la réalité le contraint à faire.

En effet l'organisation des entreprises et du travail est régie par le critère unique de la rentabilité économique. Elle

n'est guidée par aucune valeur morale, ni tempérée par le débat social celui-ci étant rendu impossible par l'affaiblissement délibéré de la représentation des salariés. Tout ceci retentit non seulement sur la décision d'aptitude mais également sur la visite clinique et son contenu, l'action sur le milieu de travail, la constitution de règles de métier, la construction des pratiques. Cette dégradation est en partie induite par une pression temporelle si systématique qu'elle ne peut être qu'organisée, si intégrée dans l'exercice que certains médecins en viennent à la considérer comme normale. Cette pression est plus nette dans les services interentreprises et se matérialise par des effectifs scandaleusement élevés que les employeurs affectent d'imputer au déficit numérique de médecins du travail qui a été par ailleurs savamment entretenu.

Si la question de l'aptitude revêt toutefois, pour notre profession, une telle acuité c'est que la décision d'aptitude est maintenant dans un nombre non négligeable de cas, une décision qui **repose sur un choix impossible à exercer rationnellement d'un point de vue professionnel**. Comment choisir en effet, entre déclarer un salarié apte à un poste néfaste pour sa santé ou deman-

der qu'on l'en retire, en sachant que cela se traduira à terme par un licenciement ? C'est en fonction de ses convictions c'est-à-dire d'un domaine intime de sa personnalité et non sur sa professionnalité que le médecin va prendre sa décision. Cela est déstabilisateur et entraîne un désarroi profond de nombre d'entre nous. La tentation est alors grande de céder aux pressions des employeurs qui suggère que la solution résiderait dans la **transformation de l'aptitude en sélection**. La pseudo rationalité de cette solution repose sur le principe qu'optimiser les ressources humaines permet de préserver les capacités productives de l'entreprise, ce qui à terme est porteur de progrès pour la santé des salariés.

D'où les incitations plus ou moins appuyées de transformer l'exercice médical des médecins du travail vers celui d'une **médecine d'entreprise qu'il ne faut pas confondre avec une médecine du travail en entreprise**. Dans un service de santé au travail une médecine d'entreprise serait une organisation dans laquelle le médecin deviendrait un expert "scientifique" exclusif du chef d'entreprise.

Elle a déjà été définie par ses promoteurs :

Or réglementairement, déontologiquement et techniquement cette transformation est impossible et il s'agirait là d'un autre métier. En effet :

réglementairement, cela contreviendrait au principe d'indépendance et au rôle de conseiller de toutes les composantes de l'entreprise et reviendrait à ignorer la plupart des dispositions réglementaires qui régissent le fonctionnement de la médecine du travail.

déontologiquement, outre l'indépendance, cette forme de médecine relèverait plutôt de la médecine d'expertise (chapitre 5 du titre IV du nouveau code de déontologie) et poserait la question de la légitimité de l'exercice sous cette forme (question du libre choix du praticien par exemple, principe du *primo non nocere*, respect du secret médical).

techniquement, l'exercice clinique directif et la pseudo expertise scientifique qu'induirait la médecine d'entreprise ne serait plus en prise ni avec la réalité des atteintes à la santé ni avec celle des conditions de travail ; un médecin qui prétendrait exercer dans ce cadre la médecine du travail nierait sa propre existence professionnelle et perdrait irrémédiablement la confiance de ses patients, préalable indispensable à toute relation clinique.

Faut il de plus encore rappeler que les variabilités inter et intraindividuelles et la complexité de toutes les caractéristiques humaines intervenant dans les mécanismes de santé rendent hautement aléatoire la pertinence et la pérennité de toute sélection et son efficacité sur la quantité ou la qualité du travail fourni. La sélection en entreprise sur des critères prévisionnels de "bonne santé" relève soit d'une utopie sur la perfection des êtres humains, soit des caractéristiques d'un système concentrationnaire.

Et pourtant, nous constatons, avec tristesse que certains médecins du travail ainsi que des universitaires, cèdent au chant des sirènes et entonnent des hymnes à la médecine d'entreprise. S'agit-il d'un manque de réflexion ? S'agit il de l'expression d'un profond désarroi ? Il serait bon d'en débattre. La solution au dilemme de l'aptitude ne réside donc pas dans son remplacement par une sélection.

« (Le médecin) est un partenaire essentiel du management et de la productivité de l'entreprise (...) Un médecin qui opte pour un exercice dans l'entreprise, choisit par là même, le monde de la rentabilité et du profit. (C'est) le conseiller de l'entreprise au sein d'une équipe pluridisciplinaire (...) 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 (...) 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 (...) Le médecin du travail verrait sans inconvénient s'alléger le carcan réglementaire qui fait de lui un décideur trop exclusif en matière d'aptitude. Il lui appartient essentiellement de rechercher l'adéquation entre l'homme et le poste de travail. Cela n'implique pas nécessairement que l'on associe au caractère consultatif de son appréciation la redoutable responsabilité, sans appel, du licenciement. Il faut laisser aux médecins leur pouvoir d'appréciation et rendre aux dirigeants d'entreprise dans le domaine de l'emploi l'intégrale responsabilité de leur décision. »

Pr. J. LOROT, «La médecine du travail française face à l'Europe», Le Concours Médical, 21/05/1988, 110-20

L'injonction paradoxale de l'aptitude

Mais, au fait, le médecin est-il le seul à qui devrait se poser ce dilemme ? Nous vous invitons en effet à pratiquer un renversement de perspective. Car l'article R-241-48 du Code du Travail comporte une troisième alternative au choix binaire : aptitude ou inaptitude, celle d'aménager le poste de travail pour qu'il corresponde aux capacités du salarié.

Aujourd'hui, demander un aménagement de poste dans une entreprise régie par la religion du moindre coût, ou dans une entreprise qui bat de l'aile, c'est marquer le front du salarié du sceau qui le désigne pour la prochaine "charrette". Les médecins du travail s'autocensurent ou n'acceptent d'agir qu'à la demande expresse de leur patient ou à la toute dernière extrémité : qui leur jetterait la première pierre ?

Pourtant nous savons qu'il existe des postes qui ne peuvent être que néfastes pour la santé. N'y a-t-il pas lieu d'introduire de nouvelles catégories d'aptitude :

- aptitude du poste de travail à accueillir un salarié,
- aptitude de l'employeur à transformer un poste de travail inadapté.

Ces propositions n'ont rien d'utopique, puisqu'il existe dans un cas comme dans l'autre une sanction réglementaire possible à chacune de ces inaptitudes. En effet les services de l'inspection du tra-

vail et des caisses régionales d'assurance maladie peuvent **en théorie** être saisis soit par le médecin du travail, le salarié, les représentants du personnel. Ils peuvent même assurer éventuellement aide

*Article R-241-48 du Code du Travail (extrait):
(...) L'examen médical a pour but:
1° De rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs
2° De s'assurer qu'il est médicalement apte au poste de travail auquel le chef d'établissement envisage de l'affecter
3° De proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes*

à la décision et participation aux frais (par le biais de l'ANACT par exemple).
En pratique, il faut bien reconnaître que le climat général de crainte qui règne dans les entreprises dissuade de saisir les services concernés. Il est également navrant de constater que souvent l'action de l'inspection du travail et des services de prévention des CRAM dans ce domaine demeure discrète quand elle n'est pas dissuasive.

En théorie également, en ce qui concerne les licenciements en cas d'inaptitude, c'est maintenant à l'employeur de faire la preuve qu'il ne peut donner suite à la demande d'aménagement de poste.

En pratique, même si dans les faits la mauvaise foi de l'employeur est reconnue, il est fort rare qu'une mise en demeure de réintégration lui soit signifiée.

Comme pour bien d'autres domaines de la santé au travail, **les moyens réglementaires existent**, et il devrait donc être possible d'obtenir gain de cause en

matière d'aménagement de poste de travail et de faire respecter les décisions d'aptitude des médecins du travail. On peut imaginer qu'il soit nécessaire d'élaborer des dispositions différentes de la décision médicale d'aptitude pour garantir la santé. S'agissant de toute façon, en dernière analyse, d'une décision qui touche la santé individuelle peut-elle engager, in fine, un autre professionnel qu'un médecin ? Est-il nécessaire d'éclairer cette décision par un apport de compétence d'autres spécialistes du domaine de la santé au travail ? D'autres questions de tous ordres devraient précéder une proposition dans ce domaine. Toutefois une question demeure posée qui préexiste à toutes les autres :

Comment une autre organisation pourra-t-elle garantir la décision d'aptitude alors que les moyens existants sont inefficaces car inemployés ?

C'est avant tout la volonté politique qui est défaillante. Le but ne peut donc être de découvrir la pierre philosophale qui rendrait praticable, efficace et impartiale la décision d'aptitude mais bien de porter cette question devant nos pairs pour en cerner tous les aspects et enfin dans l'espace public externe pour en faire un débat de société.

*Alain Carré
décembre 1995*

BULLETIN D'ADHÉSION à l'Ass. SMT

Coupons à renvoyer à :

Alain RANDON  25, rue Edmond Nocard 94410 St MAURICE

 16 (1) 48 93 45 45

☛ Je suis intéressé(e) par les réflexions de l'Ass. SMT et j'adhère pour l'année 1996.

Ci-joint un chèque bancaire ou postal de 450,00 Frs, à l'ordre de Association Santé et Médecine du Travail

Nom : Adresse :

.....

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION S.M.T.

CHATENAY-MALABRY, LES 9 ET 10 DÉCEMBRE 1995

COMPTE RENDU DES DÉBATS

Le débat très vif, fut facilité par les textes préparatoires. Il a mis en évidence l'inanité de positions stéréotypées, tant les mises en situations sont variées. Le constat se fit d'abord sous la forme d'un questionnement.

La décision d'aptitude est-elle un acte incontournable du métier ?

Cet acte est inscrit dans la réglementation, même s'il ne résume pas l'activité du médecin. Donner un avis d'aptitude est un acte juridique, il est nécessaire de s'en donner les moyens et de développer l'argumentaire. Toute déréglementation ne pourrait qu'entraîner une fragilisation du contenu de notre exercice, il n'y a pas d'alternative crédible actuellement.

Un acte abusif ?

Cet acte relève-t-il du pouvoir régalien, "exhorbitant", du médecin du travail, coupable ainsi d'une "atteinte aux libertés individuelles" ? Il est surprenant d'entendre des employeurs reprendre ces arguments, alors que les mêmes refusent l'exercice de la citoyenneté dans leurs

entreprises. Nous savons que cet avis est relatif, non reproductible d'un médecin à l'autre, d'un jour à l'autre, selon notre éthique, notre "humeur", mais surtout notre analyse de la situation. Les dérives existent et les pratiques d'aptitude sélection triage se développent, transformant le médecin du travail en médecin d'entreprise.

La parodie d'avis est institutionnalisée dans le décret de surveillance des travailleurs intérimaires. Et malgré la pratique et l'accompagnement de son application dans le service de médecine du travail de Strasbourg, le rejet de son application est manifeste chez les participants à la réunion. Ce n'est plus de la médecine du travail.

Mais surtout l'obligation de décision d'aptitude n'entraîne-t-elle pas une véritable perversion de la médecine du travail ?

La mobilisation d'énergie qu'elle nécessite au quotidien, en particulier dans les services interentreprises fait qu'"elle nous bouffe". Elle est quantifiée alors en nombre d'actes, source du financement du service, "il faut faire son chiffre", "faire son effectif". Serait-ce la seule trace évaluable de notre activité ?... Ainsi peu de recul est possible. Les autres missions sont occultées. Nous restons polarisés sur les facteurs de risques individuels.

Paradoxalement, si ce constat n'est pas nouveau en interentreprises, c'est dans les services autonomes qu'on assiste à une dégradation de la situation. Celle-ci est favorisée par l'affaiblissement du mouvement social et des contre pouvoirs syndicaux.

Et pourtant le terme *protection* est souvent revenu dans le débat. Le médecin du travail est porteur de la loi. Son utilisation en tant que protection n'est alors que le dernier recours, quand il y a échec dans la transformation des conditions de travail. La loi (L241.10.1) est "forte" car elle requiert l'avis du médecin du travail quand il existe un problème de santé, l'employeur n'a pas le champ libre. Expert engagé du point de vue de la santé, le médecin se doit d'articuler protection de la santé et maintien au travail, ce qui est parfois contradictoire.

L'avis est alors ce qui *permet de ne pas exclure*, de lutter contre le "rouleau compresseur de la rentabilité économique". Cette réalité ne nous empêche pas de nous interroger sur notre comportement.

Et si notre attachement à la délivrance de l'avis d'aptitude n'était pas non plus "une procédure défensive des médecins" ?

Procédure développée pour lutter contre une souffrance provoquée par une demande sociale auquel nous ne pouvons pas répondre.

Alors comment sortir de ces pseudo contradictions ? En posant la question centrale qui est celle des règles de métier. Donner du sens au métier permet de donner du sens à l'avis d'aptitude qui n'en est qu'un aspect secondaire. Il faut sans cesse revenir à la genèse, se rappeler quelle est la finalité de notre métier. La construction du sens est progressive. Plus on avance dans cette construction plus les pratiques diffèrent. Il faut savoir rester "au service de ses propres valeurs".

Alain Randon

L'association SANTE ET MEDICINE 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 pré-occupant de la Médecine du travail.

LANGAGE AU TRAVAIL

DRAMATURGIE DU SILENCE OU LE SILENCE DANS TOUS SES ECLATS

Si les yeux cherchent à voir, le regard cherche à rencontrer l'autre et partager, ou dire, voire à imposer.

"LES CRIS DU REGARD"

Jusqu'où peut-on théâtraliser pour dire... du bout du regard ? Que peut laisser "entendre" la théâtralisation muette ? Si les yeux noirs et malicieux laissent supposer un esprit vif, si les yeux bleus et limpides, implorants, ne peuvent s'imaginer sans un soupir d'accompagnement, le regard de l'autre ouvre la porte à moult interprétations, chargées d'émotion.

Si nombre de SDF regardent "à leurs pieds", si les désespérés du chômage ont souvent le regard vague, perdu, éperdu, l'œil éteint, le regard ne laisse pas l'autre indifférent. Parfois attendri, ému, bienveillant, le regard peut être au contraire conquérant, de marbre, autoritaire, dominateur. Le regard de l'autre peut devenir fuyant, à moins qu'il ne passe à l'affrontement et en réponse, il ne lance des flèches ou des lames de rasoir.

Que voilà un regard vindicatif !

Croiser le regard de l'autre c'est déjà croiser l'autre et lui parler un peu. Comme il est difficile, finalement, dans le silence, de ne rien laisser "paraître".

PAROLES

Que vaut l'interprétation des regards, des mimiques, des silences, sans la validation de ceux qui « expriment ». Et comment valider, sinon par le langage ?

LA PROSODIE AU SERVICE DE LA DRAMATURGIE

La prosodie peut être parole hésitante, balbutiante, émouvante, apaisante, afin d'ajouter au discours un peu d'humanisme.

- *La parole claire* et l'énoncé limpide sont nécessaires à l'exposé scientifique, débarrassé de notes subjectives,

MIMIQUE ET ATTITUDE, EST-IL "UTILE" DE PARAÎTRE OU D'(EN) AVOIR L'AIR

La mimique est-elle sincère expression du vécu, ou aussi mise en scène, comédie, dans le but de "jouer un rôle" ? L'expression s'adresse à l'autre ; soit à l'autre fantasmé dans un dialogue intérieur, soit à l'autre, réel, en face, invité à saisir le message (d'amitié, d'appel (SOS), d'exigence, d'autorité...). La mimique habite le corps, elle l'humanise, permet de le classer parmi les vivants. Elle parle à l'autre et l'invite à répondre en retour. Ce dialogue est espoir en suspend.

Sans appui du langage, nous en sommes à l'intuition, à l'interprétation. Alors, faut-il avoir l'air ? Avoir l'air attendri, ému, ou simplement trouble, perturbé, hésitant, indécis, parce qu'ayant l'air aussi tellement fatigué, épuisé ? Faut-il avoir l'air étonné, subjugué, interloqué, médusé ? Et puis tour à tour coquin, espiègle, puis coléreux, courroucé, abrupt, maussade, agressif ? Ou encore intéressé, attentif, à l'écoute, bienveillant, humain, ou plus modestement aimable, poli, courtois ? Et pourquoi pas intelligent, appliqué, consciencieux, réfléchi, méditatif, ou au contraire, vif, agité, impatient ?

allant droit aux faits objectifs, utiles à la connaissance.

- *La parole carrée*, abrupte, hachée, oriente sans "défaillance" vers la rationalité chiffrée du responsable qui attend des résultats, chiffrés eux aussi ! La dureté de l'intonation fait partie de la stratégie. Aucune réponse n'est attendue en retour.

- *La parole murmurée* indique que l'échange doit passer inaperçu. Echange sur l'activité, au vestiaire, parce qu'il est interdit de changer les modes opératoires, en principe. Mais cette ancienne

Quelle panoplie ! Mais s'agit-il d'expression du vécu pour partager, ou de l'usage de masques dans un but manipulateur ? Avoir l'air engendre autant d'interprétations que de ressentis, en face.

DE LA SUBJECTIVITE DU SILENCE

« *Ecoutez* » ce silence ! Oui ! Je sais ! Il est pesant, oppressant, étouffant, lourd de menace, annonçant l'orage ! Mais ne vous plaignez pas ! Il pourrait être froid et glacé, de marbre, de mort ! Finalement, il n'est peut être que calculé, attentiste... et finalement impertinent ! Allons ! Partageons un silence étouffé et rageur, et puis recueillons nous en un silence respectueux, méditatif, quasi religieux.

Le silence n'est pas rien ! Il n'est pas vide ! Il a du sens. Il est source de ressentis. Ponctué ou non de soupirs, de bruitages (hum ! hum !), de toux sèche, de regards, de gestes impatientes, de démarche nerveuse ou de bonhomie, d'emphase... Le silence est propice à la subjectivité, aux hypothèses interprétatives... aux questions... donc au langage parlé !

opératrice ne veut laisser sa nouvelle collègue "tâtonner" indéfiniment.

PROSODIE ET SOUMISSION A L'AUTORITE

Sans en faire le catalogue, disons que l'intonation donne à entendre bien plus que le contenu du discours. La vie en entreprise est ponctuée de cette rationalité dramaturgique, dès le premier jour. Chacun a besoin d'apprendre, souvent à ses dépens, qui se cache derrière le regard, la mimique, l'intonation. Il ou elle devine intuitivement. Il lui faut ap-

STRATÉGIE DE L'AFFRONTEMENT

Il était cadre et parlait bien. Il savait "où il allait". Ses discours étaient autant de manipulations bien construites et la force de l'articulé, l'impression de rouleau compresseur qui émanait de ses propos, l'envahissement du temps et de l'espace par sa volubilité calculée, tout ça paralysait l'auditoire féminin et non cadre pour la plupart. Nous étions, hélas, dans la rationalité cognitivo-instrumentale et il me fallait redoubler d'attention. En tant que femme, le "prendre de front" serait vain. Je ne tiendrais pas longtemps. Alors, attendre...

Attendre qu'il ait bien maîtrisé l'auditoire et qu'alors il se détende, "rentre les griffes", "baisse la garde". Repérer les failles du discours sans rien laisser paraître, c'est-à-dire sans croiser son regard à ce moment là, et en évitant tout mouvement, toute mimique révélatrice. Laisser "passer un tour". Attendre encore ! Et quand il croit en avoir terminé, prendre la parole, argumenter fermement, avec la même froideur, et ne pas reculer d'un pouce ni céder d'un détail !

Pas facile de résister à la rationalité objective et stratégique, manipulatrice, même pour défendre une idée basée sur le bien vivre collectif, au détriment d'une autre, vécue comme menace pour l'avenir. Pas facile quand on est femme, de faire abstraction du subjectif, d'expurger le discours. Quelle perte de repères, quelle déstabilisation interne, que d'insomnies et d'interrogations à venir !

Combien de fois aura-t-il fallu ainsi parler pour un auditoire silencieux, pour défendre une éthique, et se sentir ensuite seule et menacée ? Mais c'était le prix à payer pour freiner l'effraction venue d'en face.

prendre, malgré tous les non dits, les limites autorisées de circulation, d'intervention au poste, de participation aux échanges verbaux. Il me semble que les silences, regards, expressions, de par la subjectivité qu'ils portent en eux, "conditionnent", dès les premiers échanges, la place de chacun et ses "droits" sur l'échiquier professionnel.

Tout cela s'apprend, corporellement, est "incorporé", et la soumission à l'autorité sera, ainsi, base implicite et réitérée du contrat.

STRATEGIES
DANS LA DIALECTIQUE

STRATÉGIE DU SILENCE

« Il fallait tenir, résister à la tentation de lui dire » que nous les femmes, sur les machines, on n'y arrivait pas, qu'on en avait marre, que c'était trop dur ! On allait le payer cher en insomnies, anxio-lytiques. Mais toute confrontation avec les régleurs, techniciens de l'atelier était vaine. Ils n'écoutaient pas les paroles des femmes sensées ne rien savoir sur la technique, sur les machines. L'ingénieur responsable d'atelier lui-même était insensible à leurs larmes : « *les femmes ? elles se croient toujours persécutées* ».

Confusément, elles sentaient qu'elles se mettraient en danger face aux hommes si elles parlaient. Ils pouvaient tellement se venger après, leur donner le boulot le plus dur. On peut se demander si l'expression du reste limitée, parcellaire, fragmentée des femmes sur leur travail n'était pas perçue par les régleurs et techniciens comme une remise en cause de la technologie, menace au fantasme de toute puissance par la technologie, menace à la virilité réitérée par la tech-

nique. Toute idée émise par les femmes était gommée de la mémoire, ou prise à la légère, repoussée, niée, même émise en droit d'expression, même à plusieurs, et surtout à cause de la présence d'une opératrice membre du CE et du CHSCT.

Dans cet atelier, « *le silence est dors* », mais il faut travailler. Paradoxe ?

FAUT-IL AVOIR PEUR D'AVOIR PEUR

La relation hommes femmes est souvent faite de domination. Cette relation de pouvoir inégal, basée sur la crainte, est violence insidieuse. Le dialogue hommes femmes est-il simple échange d'idées ? La confrontation représente-t-elle le même coût, psychique notamment ? Il semble difficile à la femme d'avoir raison et de le dire... Parce que c'est déjà résister. On est déjà dans le rapport de force. Résister représente une lutte intérieure contre soi-même, contre un désir de paix, de non violence, désir de se taire pour en finir. Argumenter, c'est monter au créneau, se battre... Ce qui est "contre nature", n'appartient pas au genre féminin. On est dans le rapport de force "physiologique" Hommes/Femmes, et aussi hiérarchique, le plus souvent, en entreprise.

Dans ce contexte, il faut être "bien armée" pour entrer dans le débat. Avoir raison ne suffit pas. Dire les choses naturellement non plus. C'est à coup sûr donner à l'homme l'occasion de s'emparer de l'espace, de prendre la place. C'est sans doute pourquoi les interventions du médecin du travail, que je suis, sont souvent très préparées, le dossier minutieusement construit et incontournable. On ne peut pas se permettre, en tant que femme, l'approximation. Il faut "mettre les bouchées doubles" pour "taquer un grand coup".

LANGAGES ET METIERS

INGENIEURS - MEDECINS DU
TRAVAIL : VERS UN LANGAGE
COMMUN

Apporter de la connaissance nouvelle.

- Les ingénieurs en automatisme, robotique des BM, BE, ne lisent pas les fiches sécurité. A nous de les leur résumer en incluant composition, risques toxiques, incendie, explosion et prévention proposée par le fabricant.

- Ils ne connaissent pas non plus la pathologie professionnelle signalée dans la fiche sécurité : à nous de leur donner copie des tableaux correspondants.

- Ils ignorent tout des algorithmes médicaux en médecine du travail. A nous de leur en proposer de façon schématisée.

Les ingénieurs sont souvent peu perméables à la prose, à la littérature. Offrons leur le choix d'un texte et sa tra-

duction en tableaux. Un texte de une ou deux pages sera compris dans la fulgurance s'il est "résumé" en trois pages d'histogrammes, tableaux en lignes et colonnes.

Osciller entre les préoccupations de l'ingénieur et les algorithmes médicaux, c'est-à-dire parler de l'objet à fabriquer, des outils, des produits chimiques (colles, solvants), leur rôle et leur mode d'utilisation (gouttelettes, appliquées à

l'aiguille, au pinceau, à la burette ; ou trempage en bac ; ou pulvérisation en aérosol) et faire le lien avec le risque de toxicité, avec la pathologie avérée, avec la prévention.

Faire une synthèse des postes, des risques, des pathologies avérées, c'est alors donner des cibles, précises, comprises et acceptées en matière de prévention. C'est un travail d'équipe envers une collectivité.

CONSENSUS ET RAPPORTS SOCIAUX D'ENTREPRISE

Le langage commun médecin du travail/ingénieurs est **outil** nécessaire à la prévention. Mais l'échange ne se résume pas à une rationalité "épurée", isolée du contexte. Il faut y adjoindre les "regards, silences, dramaturgie, stratégie dans la dialectique"... En effet, par ses connaissances scientifiques partielles, le médecin du travail défend le point de vue de la santé au travail, dans un contexte économique mondialisé où le consensus se joue sur la corde raide.

Dans ce débat scientifique, la position des représentants des salariés (CHSCT par ex.) est souvent l'**expectative silencieuse** — Et oui ! visage impassible, regard vague... "laisser passer un tour... attendre..." , les résultats **concrets** ! Si besoin sortir les griffes, marquer des signes d'impatience ! Garder le cap et le rôle revendicatif, choisir l'affrontement... en temps utile ! A ce stade, le médecin du travail, parce qu'il s'engage à leur côté, participe par la dramaturgie, et en tant qu'acteur, à la difficile transformation des conditions de travail qu'ils revendiquent.

PARLER DU TRAVAIL DU MEDECIN DU TRAVAIL

On parle plus facilement du résultat, voire de la méthode pour y arriver. Parce que tout cela sera utile. Prenons l'exemple de l'exposé scientifique. Si ce qui a été trouvé est nouveau, quel plaisir de faire partager la découverte. Et de dire comment on a trouvé tout ça. Mais finalement, on ne parle pas des hypothèses et des tâtonnements, des essais erreurs de départ. On ne va pas raconter

comment le rapprochement des idées, leur juxtaposition, ont fini par déclencher l'éclair de lumière pour nous rapprocher un peu plus de la réponse, des réponses.

On n'aura parlé ni du plaisir des découvertes, ni du besoin de clarté qui propulse en avant, oblige à chercher, à solutionner. Mais au delà de cette activité subjectivante, qui saura, aussi, les chausse-trappes, le jeu des alliances, les rapports de force en entreprise pour y arriver ? Qui saura les insomnies, la rage, les arguments qu'on prépare et qu'on avance comme des cartes qu'on "abat" ?

Restera un compte-rendu objectif. Pour un médecin du travail du terrain, c'est se dire qu'aucun médecin hospitalier ne peut mesurer les dimensions de la rationalité de l'action du médecin en entreprise.

Jocelyne Machefer
novembre 1995

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

"L'espace public de l'entreprise posé comme pierre angulaire de l'évolution des pratiques en Médecine du Travail" (Cahier du SMT n°8).

Il me paraît intéressant de "repenser" les pratiques du médecin du travail dans l'espace public de l'entreprise. Les avis exprimés dans cet espace sont établis essentiellement à partir du dialogue singulier, indispensable, mais qui pourtant ne semble pas suffisant.

La connaissance du terrain, via le vécu collectif, paraît tout autant important dans un souci "d'efficacité", de pertinence. L'idée est que nous devons avoir accès aux groupes. L'objectif étant de connaître le "réel du travail", qui va nous aider à définir nos propositions, nos conclusions, voire à les valider. Confère le nombre de CHSCT où nos avis, remarques, tombent à plat dans des silences peut-être lourds de sens.

L'idée n'est pas nouvelle, puisqu'il nous arrive de nous interroger les uns les autres pour savoir comment on rentre dans l'entreprise, comment on peut rencontrer le groupe. Pour ma part, le stage de Sauveteur Secourisme du Travail a longtemps été une porte intéressante (particulièrement pour les petites entreprises). Mais dans ce type d'entreprise, le rôle du médecin du travail est trop écrit, trop figé, il est encore perçu comme celui qui sait et qui sanctionne !

Plus intéressant, me semble-t-il, sont les groupes construits autour du travail, qu'il s'agisse d'un problème posé, d'un aménagement prévu, d'une évaluation souhaitée, etc., initiés ou non par le médecin du travail, mais avec sa participation. Le rôle du médecin du travail se modifie dans ce contexte, il est acteur certes, mais il laisse le premier rôle, le sien n'est plus vraiment écrit sans que l'on puisse parler d'improvisation. L'histoire n'est jamais la même. Cette pratique, basée sur des règles de confiance,

d'éthique, permet un échange de points de vue, une circulation de l'information. L'expression est publique, les conclusions formulées, entérinées par le groupe, seront plus difficilement démenties après les discussions, elles seront même soutenues ; La parole publique ne peut plus être reprise à la différence du dialogue singulier au cabinet médical « *Surtout Docteur, ne dites rien !* ».

Le médecin du travail par ses questions aux groupes peut retranscrire un problème, en aucun cas il ne sait. Il s'agit du travail des autres, de leur vécu. En pratique, nous fonctionnons systématiquement avec un "observateur muet", selon les cas issu du groupe, ou secrétaire médicale, chargé de tout noter, tout sans aucune interprétation. Chaque participant a un compte-rendu de chaque réunion.

Odette Vivier-Tencer
novembre 1995

SOLIDARITÉ CONFRATERNELLE AVEC LES MÉDECINS DU TRAVAIL ALGÉRIENS

L'Association Franco-Algérienne d'Amitié et de Solidarité pour la Promotion de la Médecine du Travail en Algérie (SAMTA, association loi de 1901) a pour objet de développer entre praticiens du champ «santé-travail», français et algériens, et plus spécifiquement, entre médecins du travail, des liens d'amitié et de solidarité ainsi que des échanges culturels multiformes, et la connaissance mutuelle dans un esprit de libre pensée, de pluralisme et de démocratie. Elle cherche à favoriser la communication et l'information scientifique, médicale et la circulation des travaux des spécialistes du champ «santé-travail». Elle se propose d'être à l'initiative de travaux communs portant sur la santé de l'Homme et sur son environnement professionnel. Ouverte à tout spécialiste du champ «santé-travail», elle apporte tous ses soins à la promotion de l'enseignement et de la recherche dans ces domaines.

Les médecins du travail de ce pays sont, comme les autres algériens confrontés à la violence civile. Ils sont de plus, par définition à l'interface de la santé et du social. Cela les place en première ligne du fait de la visibilité sociale de leur activité et du champ clos que les entreprises constituent pour les protagonistes. Or leur exercice comme tout exercice médical se réfère à des valeurs humanistes.

L'humanisme médical considère l'être humain comme un sujet libre et acteur de son destin.

Pour l'intégrisme cette conception apparaît blasphématoire.

Nous avons décidé d'agir dans deux directions :

soutenir les médecins du travail restés en Algérie / aider les médecins du travail obligés de la quitter.

Soutenir les médecins du travail restés en Algérie

Nous nous proposons d'aider à la documentation de nos confrères sous forme d'abonnements à des revues ou d'envoi d'ouvrages, de constituer des dossiers techniques à la demande des médecins du travail algériens par des membres de l'association, d'aider à la publication extérieure de leurs travaux. Nous demandons aux responsables des chaires de médecine du travail, des sociétés et associations professionnelles et syndicales de médecins du travail et des spécialistes du champ «santé-travail», de faire connaître notre association et ses buts à leurs adhérents. Pour les associations, instituts et sociétés nous souhaitons, quand elles éditent ou participent à des revues, qu'un certain nombre d'exemplaires nous soient régulièrement adressés pour envoi aux confrères algériens. Pour les services autonomes ou interentreprises, nous suggérons des jumelages avec les services du même secteur d'activité avec échange d'articles et de travaux. Au niveau des coordonnateurs d'enseignement et des organismes de formation, nous désirerions que soient organisés des stages spécifiques de courte durée, des attestations de formation spécialisée et des attestations de formation spécialisée approfondie.

Aider les médecins du travail obligés de quitter l'Algérie

Nous tenons en préambule à préciser que cette aide ne saurait être que provisoire tant nous sommes persuadés que la raison finira par mettre fin à la violence et à l'insécurité qui ravagent l'Algérie. Elle s'adresse donc, pour l'instant, surtout à des médecins du travail qui ont été l'objet, avec leur famille, de menaces de mort. Actuellement, l'aide la plus efficace serait de les autoriser, très provisoirement, à exercer la médecine du travail en France. Plaident en faveur de cette solution:

- leur niveau professionnel, assimilable, au minimum, à celui d'un «certificat d'études spéciales» en nombre d'années d'études et en qualité (les programmes d'enseignement sont identiques, les réglementations en matière de médecine du travail sont proches et la plupart d'entre eux ont fait des stages en France);

- l'indéniable pénurie de médecins du travail en France qui ne pourra pas être résorbée avant plusieurs années et que la suppléance de praticiens aguerris viendrait atténuer à point nommé.

Nous nous proposons donc d'intervenir auprès des Ministères de l'Education Nationale et de la Santé, du Conseil National de l'Ordre des Médecins pour permettre d'accorder, après certification provisoire sur dossier, une autorisation provisoire et exclusive d'exercice de la Médecine du Travail en France pour les médecins du travail algériens.

BULLETIN-REPONSE A ADRESSER A :

SAMTA c/o Docteur A. CARRE, 80 bd de Reuilly 75012 Paris.

Nom:

Prénom:

Adresse personnelle:



Fonction:

Adresse professionnelle:



Désire adhérer à la SAMTA (cotisation annuelle 200F) Souhaite un contact pour envisager une aide concrète

J'aide un service de médecine du travail en Algérie : - en abonnant ce service à une revue scientifique

- en proposant un jumelage entre mon service et un service en Algérie

- en accueillant un médecin du travail algérien pour un stage court

- comme enseignant, en participant à la préparation d'une thèse

La fondation du groupe Paroles

Longtemps, les médecins du travail ont pensé que ce qu'ils entendaient de l'ordre de la souffrance en rapport avec le travail dans leurs consultations ordinaires relevait de l'extraprofessionnel ; en tout cas, ils n'en avaient pas constitué un objet. Une génération de médecins du travail, sensible à l'ébranlement des certitudes en ce qui concerne la santé au travail dans l'après 1968, héritière des avancées de la réflexion de l'école d'ergonomie de langue française et des apports considérables de l'école française de psychopathologie du travail, puis des avancées de la psychodynamique du travail, a collectivement évolué dans sa réflexion et dans sa pratique professionnelle. Elle a pu ainsi commencer à saisir les premiers effets sur la santé physique et psychique des bouleversements considérables de l'organisation du travail massivement à l'oeuvre depuis 1985, mais qui ont débuté avec le début de la crise économique actuelle vers 1975.

Sur cette toile de fond de la genèse du projet "Paroles de médecins du travail sur la précarisation", on trouve aussi les acquis d'embryons de pratiques coopératives nées dans le réseau de l'association Santé et Médecine du Travail (SMT), qui, sous diverses appellations, existe depuis 1978. L'histoire de l'association SMT pourrait être considérée comme un échec partiel, car, comme de nombreuses structures professionnelles nées après 1968, elle n'a pas réussi à faire coexister dans un même lieu une démarche syndicale, et une démarche de réflexion sur le sens du métier de médecin du travail, sur ses conséquences éthiques, sociales, et scientifiques. C'est en définitive ce dernier projet essentiel qui a prévalu. Mais cette situation a aussi été son acquis, car elle a fait rechercher des coopérations avec nombre de confrères qui avaient d'autres histoires, se déployaient professionnellement en d'autres lieux, syndicats ou sociétés savantes, mais que la réalité de leurs pratiques professionnelles et de leurs réflexions faisaient reconnaître comme pairs. En juin 1991, au sein de cette association avait déjà eu lieu une journée de réflexion sur le thème "*précarité et sous-traitance en médecine du travail*". Les conséquences de la précarisation du travail pour la santé, la nécessité de pratiques coopératives entre médecins du travail et de rendre compte de l'écoute clinique de la souffrance dans l'espace public externe aux entreprises y étaient déjà abordées. Ainsi, l'appel

au projet "Paroles de médecins du travail sur la précarisation", à l'initiative de l'association SMT, lancé en juin 1992 dans le n° 5 des cahiers SMT consacré à "précarité et sous-traitance en médecine du travail", a-t-il englobé d'emblée parmi les signataires de l'appel à la rédaction de monographies, à côté de médecins du travail membres de l'association SMT, des médecins du travail et des chercheurs, 11 sur 28, qui avaient leur propre cheminement en dehors de cette association.

Le projet Paroles s'inscrit alors résolument dans le cadre de l'éthique du témoignage, en pendant à l'éthique de compassion qui est à la base de l'approche médicale individuelle et humaniste à laquelle la plupart des médecins du travail émargent s'ils ont réussi à échapper à une éthique gestionnaire des ressources humaines. En effet l'approche compassionnelle de la souffrance au travail, particulièrement de la souffrance en rapport avec les modifications considérables de l'organisation du travail qui résulte du fait qu'on ne peut plus en affronter les contraintes, devenait de plus en plus insupportable pour de nombreux médecins du travail à force de l'absorber quotidiennement comme des éponges, sans effet préventif réel au niveau de leur entreprise. C'est que la nouvelle période, au contraire de la précédente des trente glorieuses qui avait permis parfois la mise en place d'une démarche de prévention et de transformation des conditions de travail en s'appuyant sur la dynamique sociale, voyait se refermer de plus en plus l'espace public interne à chaque entreprise, quand on ne constatait pas sa quasi disparition avec le développement, parallèlement aux regroupements industriels, de l'éclatement et l'atomisation des entreprises elles-mêmes. Se trouvait ainsi posé la nécessité de construire professionnellement la visibilité sociale des effets sur la santé de la précarisation du travail au niveau de l'espace public externe, donc en dehors de l'enclavement de l'entreprise ou la période précédente l'avait laissée. Cette démarche s'inscrivait ainsi dans le projet de réinscrire la santé au travail dans la santé publique, mais en y introduisant le sujet citoyen, car c'était bien l'absence de citoyenneté sociale qui était en question dans les entreprises, ce dont les médecins du travail mesuraient toute l'ampleur à partir d'une démarche professionnelle. L'introduction du sujet acteur de sa destinée dans

la clinique médicale du travail ordinaire, ouverte par les apports de la psychodynamique du travail, a permis aux médecins du travail d'avoir les prémisses pour commencer à construire une clinique médicale en rapport avec les modifications considérables du travail à l'oeuvre.

L'appel au projet Paroles, mis au point collectivement pendant plusieurs mois était explicite sur le champ de la précarisation qu'on se proposait de décrire : précarisation de l'emploi, sous-traitance et ses effets sur le noyau stable des entreprises, effets sur la santé psychique, mais aussi impuissance des médecins du travail face à cette situation, et appel à réfléchir sur la précarisation des pratiques professionnelles des médecins du travail eux-mêmes. La réflexion pour le lancement de cet appel avait été nourrie d'un travail antérieur dans l'association SMT, et par la suite avec plusieurs associations intervenant dans le champ santé/travail. Le début de l'écriture collective n'a pas été spontané, et nombreux parmi les initiateurs du projet étaient sceptiques quant à l'extension de la dynamique lancée, à l'occasion du congrès de médecine du travail de Nantes en juin 1992, par l'appel à témoignages concernant les effets des processus de précarisation pour la santé. L'aboutissement de cet appel a été la rédaction de nombreuses monographies (107 textes), concernant la multiplicité des processus de précarisation. Cette démarche a

concerné une soixantaine de médecins du travail, les textes qui en sont issus ayant été rédigés entre septembre 1992 et septembre 1993. Le processus d'écriture collective s'est mis en place après la diffusion auprès des médecins initiateurs du projet d'une dizaine de petites monographies pour moitié préexistant au projet, ou bien qui venaient de nous parvenir. Dans le même temps, le petit groupe de coordination de Paroles repérait les contours des zones de la précarisation du travail que nous nous proposons d'explorer.

Ces informations ont été diffusées par contiguïté dans un réseau de médecins du travail progressivement extensif. C'est ainsi en définitive que 37 médecins du travail sur 60, rédacteurs de la moitié des textes, n'étaient pas membres de l'association initiatrice du projet.

Le projet Paroles s'il avait envisagé une forme éditoriale éventuelle dès le début, l'avait imaginé comme matériau devant accompagner un travail d'analyse scientifique parallèle. Ce n'est que vers la fin du recueil des monographies qui étaient systématiquement diffusées au sein du groupe de coordi-

nation du projet, qu'il apparut que l'ensemble des textes formaient bien un ensemble cohérent appuyé par quelques textes plus analytiques nés du réseau initial ou composés par le groupe de coordination. Les textes reçus avaient un grand pouvoir d'émotion et se répondaient mutuellement. L'écriture faisait référence à une psychopathologie du travail de terrain. Les récits n'avaient généralement pas une facture médicale classique. Humour et colère étaient convoqués. Ils permettaient une mise en visibilité de la souffrance, tout en témoignant d'une impossibilité de décrire l'indicible. L'ensemble des textes ont été diffusés, après une première mise en page cohérente, à l'ensemble des participants auteurs du projet Paroles et discutés collectivement en décembre 1993 par une quarantaine d'auteurs à l'occasion d'un colloque qui avait été annoncé au début du projet. Le statut de la parole en médecine du travail a alors été mis en débat. Il ne s'agit pas de textes de dénonciation car ils n'usurpent pas la parole et la pensée des autres. Ces textes rassemblés prennent tout d'un coup une forte cohérence, permettent de comprendre ce qu'est l'éthique du témoignage et illustrent remarquablement en quoi les médecins du travail peuvent être des témoins exceptionnels, pris à partie, en otage, en porte à faux, à témoin. Le projet d'ouvrage a été alors entériné avec ajout de quelques textes plus réflexifs, comme acte professionnel qui a une légitimité intrinsèque.

Le Réseau "Paroles de médecins du travail sur la précarisation" regroupe 176 personnes et a constitué en son sein trois groupes de réflexion :

précarité du travail et santé des femmes, épidémiologie, intérim.

L'association a désigné un conseil d'administration provisoire :

Président : Dominique Huez **Secrétaire :** Michelle Prévost **Trésorière :** Catherine Spitzer **Coordination :** Denise Parent **Autres membres :** Nicolas Sandret / Fabienne Bardot / Alain Carré / Serge Opatowski
Nicole Lancien - coord. sous-groupe précarité du travail et santé des femmes -

Francis Derriennic - coord. sous-groupe épidémiologie
Marie Pascual - coord. sous-groupe éthique professionnelle face aux textes sur les intérimaires.

Parallèlement à ce processus, un groupe de médecins du travail et de chercheurs, majoritairement issu de la dynamique Paroles constituait le comité scientifique qui préparait le thème "précarisation du travail et santé" du congrès de médecine du travail de Besançon pour juin 1994. Ceci explique que lors de la diffusion de l'ouvrage "Souffrances et précarités au travail, Paroles de médecins du travail" lors de ce congrès, celui-ci reçut un écho très important. De nombreux médecins du travail après ce congrès

et la rencontre de la dynamique "Paroles", dont ils auraient pu être même s'ils ne l'avaient pas alors croisé, ont exprimé le désir de continuer ce travail collectif et coopératif, qui permettrait de construire les règles de métier de médecin du travail prenant en compte les conséquences de la précarisation du travail. C'est ainsi qu'après deux réunions collectives réunissant une cinquantaine de personnes est né le réseau "Paroles de médecins du travail sur la précarisation" qui rassemble près de deux cent médecins du travail et quelques chercheurs.

Dominique Huez

LA PRÉCARISATION DU TRAVAIL COMME SOURCE DE VIOLENCE ACCRUE DANS LES RAPPORTS DE TRAVAIL

Synthèse partielle de trois réunions de juin, septembre et octobre 1995, du groupe de réflexion "Précarité du travail et santé des femmes".

VIOLENCES SILENCIEUSES ET RÈGLES DE MÉTIER

Les situations de travail contiennent de plus en plus de 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 devient 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'inquiétude "parade calculée" expliquent les salariés 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 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'engueules" parce qu'au moins ça veut dire que j'existe* ».

VIOLENCES

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 « *tous les sales boulots, c'était pour nous, et le samedi et la nuit...* », alors même si ce jour là, quelques uns d'entre eux sont venus chercher une heure de repos et un cachet (« *ça tournait un peu* »), la violence n'a pas fait grand bruit.

Violence des courriers de licenciements chargés de félicitations pour ceux et celles qui en "acceptant" cette re-

grettable mesure ont contribué au redressement de l'entreprise

Violence aussi, qui "fait mouche", dans cette culture de l'excellence, chez le cadre moyen de plus de cinquante ans lorsqu'il découvre qu'il ne bénéficie plus des mêmes gratifications que ses collègues plus jeunes, après un entretien où 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 cicatrisation « *je ne peux plus passer dans la localité de l'entreprise où j'ai tenu deux ans avant d'être démissionnée* » disait une secrétaire cinq ans plus tard.

Face à ces violences, quelle que soit leur force d'impact, et elle est très souvent, trop souvent, explosive, les médecins du travail ont dû apprendre à maîtriser leurs élans "d'artagnanesques" d'en découdre avec le premier responsable venu et s'accrochent (violemment) à cette consigne du parfait sauveteur-secouriste du travail "d'abord ne pas nuire".

Comment faire ? Quelles règles utiliser pour "alerter" sans compromettre ?

- 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)

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 mais enferme le médecin du travail : sauf à lui aménager des issues en portant ces constats hors d'atteintes individuelles...

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

VIOLENCES DANS LE TRAVAIL ET RAPPORTS SOCIAUX DE SEXE

LES MÉDECINS DU TRAVAIL FACE À LA VIOLENCE VÉCUE PAR LES FEMMES DANS LES SITUATIONS DE TRAVAIL

Les médecins du travail constatent :

- une violence intériorisée par les femmes, violence souvent liée à l'humiliation
- une peur de faire émerger la violence dans l'espace public expliquant peut-être ainsi le caractère rentré et insidieux des choses qui se disent dans le secret : « *Surtout, Docteur, ne dites rien !* »
- ces problématiques ne s'expriment pas ou peu dans l'entreprise ; cela n'entre pas dans le champ social interne

LA VIOLENCE REÇUE PAR LES FEMMES DANS LE TRAVAIL EST FRAPPÉE D'INVISIBILITE.

1. Y a-t-il une différence dans le processus de précarisation Homme/Femme ?

2. La souffrance est-elle et comment : REPEREE, ECHANGE, SOCIALISEE chez les femmes. Pour cela, il faut rentrer du côté du REEL du TRAVAIL (différence avec le travail réel), essayer de repérer comment se posent les questions dans le discours habituel. Comment aussi, les médecins du travail, comme professionnels, posent-ils les questions ?

L'éthique de compassion devrait permettre de socialiser la souffrance dans l'entreprise. Mais ceci n'a pas entraîné jusqu'à présent de mise à plat d'une problématique de l'organisation et de transformation du travail.

- SOIT on laisse la souffrance dans le privé
- SOIT la souffrance est nécessaire mais non suffisante pour expliquer les phénomènes de précarisation (il y a alors d'autres facteurs)

La socialisation de la souffrance entraîne un effondrement des modes traditionnels de rapport de force. Il n'y a pas de politique qui intègre cette question. Rien n'est construit. La compréhension de la souffrance peut aider à déculpabiliser les gens, ce qui leur arrive, mais cela n'empêche pas la décompensation parfois et, pour les médecins du travail, c'est très difficile à gérer. Quel collectif les médecins du travail peuvent-ils construire à partir de cela ?

LES TÉMOIGNAGES APPORTÉS PAR LES MÉDECINS DU TRAVAIL

Au-delà des "contrats précaires" (CDD, stagiaire, intérimaires, contrats de qualification), il y a de plus en plus des "états précaires" : jeunes (les femmes surtout), sujets âgés (les femmes encore), immigrés (toujours des femmes en priorité), handicapés... Les CDI eux-mêmes sont de moins en moins protégés, doucement poussés vers la sortie... précarisés. La précarisation n'épargne pas le "noyau stable".

Les données générales sur le chômage et la précarité de l'emploi en France, montrent par ailleurs que les femmes sont concernées dans des proportions bien supérieures à celles de hommes. En 1995, 14 % des femmes sont au chô-

mage contre 10 % des hommes et elles sont plus touchées par le chômage de longue durée. Par ailleurs, 10 % des femmes sont sur des emplois précaires (CDD, intérim, stages,...) contre 7 % des hommes. Ces pourcentages n'intègrent pas les emplois à temps partiel à durée indéterminée, qui concernent les femmes à plus de 85 % et dont une part de plus en plus grande correspond à du temps partiel "imposé" et non "choisi", avec le plus souvent des horaires variables selon les jours de la semaine, comme c'est le cas dans la plupart des emplois de commerce.

Cette dégradation de leurs conditions d'emploi, s'accompagne d'une dégradation massive des conditions de travail. Les conséquences de cette double dégradation sur la santé sont multiples comme le montrent les témoignages rassemblés par les médecins du travail.

C'est d'abord la violence des rapports dans le travail auxquels les salariées précaires doivent faire face qui ressort de ces témoignages. Les femmes âgées (plus de 50 ans) et les plus jeunes (moins de 25 ans) sont les plus fragilisées, de même que les femmes dans des situations conjugales et/ou familiales difficiles. Les emplois concernés sont le plus souvent dans le commerce, la restauration et le "ménage-nettoyage" ou encore à l'usine, pour les plus âgées. La "violence" qui s'exerce, c'est pour toutes la dévalorisation de leurs compétences : « *Vu mon ancienneté, je coûte cher. Je gêne, on me pousse dehors...* ». Pour les plus jeunes, c'est aussi très souvent le chantage sexuel. Et, pour toutes encore, c'est le silence imposé car « *Il faut que je tiens le coup* » et « *s'il vous plaît docteur, n'en parlez pas, je viendrai vous voir si cela s'aggrave* ».

La précarité du travail augmente les risques qui pèsent sur la santé physique et surtout mentale des femmes. Rendre visibles la souffrance et l'humiliation des femmes dans le travail et leurs conséquences sur la santé est bien un impératif pour agir et transformer le futur.

DE L'EMPLOI DE ... SERVICE À L'EMPLOI SERVILE...

La division sexuelle du travail, dans le contexte actuel de précarisation du travail conduit les femmes de l'emploi de service à l'emploi servile.

Le métier de vendeuse devient travail à la chaîne. Le ménage en Entreprise de Nettoyage est devenu corvéabilité. Pour les femmes, même si les hommes occupent de plus en plus des fonctions dans le nettoyage, on s'aperçoit que c'est le plus souvent à temps complet, en contrat à durée indéterminée, et qu'ils ont un "métier" : "carreaux" pour le nettoyage de carreaux, décontamination des surfaces dans le nucléaire... Les femmes quant à elles travaillent le plus souvent tard le soir, tôt le matin, à temps partiel et leurs heures de travail diminuent... si nécessaire pour l'employeur. Quand les hommes prennent les emplois des femmes, celles-ci sont renvoyées dans leurs foyers. Par exemple, à EDF - GDF, à l'interface téléphonique, (plateau clientèle), le travail relationnel, c'est-à-dire en contact avec la clientèle, était

traditionnellement confié aux femmes. Depuis quelques années, les travaux techniques sont de plus en plus sous-traités et la plupart des hommes vont massivement vers le plateau clientèle, bien que la rémunération soit inférieure à celle des emplois techniques, où ils remplacent les femmes qui partent à la retraite.

• L'exemple de la situation d'un "homme sage-femme" en obstétrique éclaire ce rapport de domination qui pèse sur un nombre grandissant de femmes et certains modes de résistance ou de subversion face à ce lien de subordination. Cet homme n'a pas supporté la violence exercée sur les sages-femmes par le médecin obstétricien. Il a verbalisé ce que les femmes subissaient. La violence des femmes est intériorisée, jamais dite, le conflit s'est ouvert et fixé sur lui. Les femmes disaient simplement: « *Je ne veux pas créer de conflits au travail. Il faut que je tienne aussi à la maison, sinon ce n'est pas tenable* » ou encore, « *Monter au créneau, ça va me manger la tête* »

En fait, par rapport aux consignes contradictoires, les femmes choisissent plus souvent de tricher. Les hommes, quant à eux, choisissent plus facilement le rapport de force. Les femmes sont plus dans la dialectique prudente et, ainsi qu'elles l'expriment, protègent indirectement leur vie personnelle, qu'elles savent pouvoir être facilement influencées par la façon dont elles vont vivre leurs rapports de travail.

Un jour, ce même **médecin obstétricien**, de garde, payé pour ça, est appelé pour une césarienne en urgence. Il arrive, il hurle et balance les instruments. « *Il lui faut ça pour qu'il se sente un homme parmi nous* » disaient les sages-femmes. Elles en riaient, tournaient sa colère en dérision... étaient dans la connivence et n'avaient aucune estime pour lui. Parfois la sage-femme chef lui disait carrément : « *Vous allez arrêter de faire le coq !* ». L'homme sage-femme n'a pas supporté ce rapport de domination et ne pouvait user des moyens mis en œuvre, largement collectivement, par les femmes, pour "se rire" du comportement violent et sexiste du médecin.

• Mais, le plus souvent cependant, les femmes ne parviennent pas à subvertir les rapports de subordination. Ainsi, dans un cabinet d'**avocats** (hommes et femmes), les secrétaires disent des avocats : « *Ils sont immatures. Ils nous traitent comme des chiennes. On s'occupe de tout, y compris de prendre les rendez-vous de leurs enfants chez le dentiste.* »

Nous ne sommes plus dans la compétence, la capacité, mais dans un rapport d'**autorité** avec **collaboration** **perverse**.

DE LA SOUFFRANCE ENTENDUE AU DÉBAT DANS L'ESPACE PUBLIC

« *Si l'on ne veut pas crever d'écouter, il faut mettre ce que nous entendons en débat dans l'espace public* ». La précarisation engendre l'émergence de la souffrance. Faut-il en faire une question essentielle, pour espérer l'ébauche d'une problématique de transformation des conditions de travail ? Il importe d'avoir une attitude de prudence car, quand on socialise la souffrance, on fait s'effondrer des modes traditionnels de construction des rapports de force sur lesquels on s'appuie souvent. Les acteurs, dans leurs certitudes habituelles, sont fragilisés. Chez les femmes, la violence est censurée, non valorisée. Elle est contenue, retenue, intériorisée. Il n'est pas évident qu'il faille socialiser la souffrance au féminin.

« *Si l'on ne veut pas crever d'écouter, il faut mettre ce que nous entendons en débat dans l'espace public* »

LA STRATÉGIE DU SILENCE

• « *Il fallait tenir, résister à la tentation de lui dire* » que nous les femmes,

sur les machines, on n'y arrivait pas, qu'on en avait marre, que c'était trop dur ! On allait le payer cher en insomnies, anxiolytiques. L'ingénieur responsable d'atelier lui-même était insensible à leurs larmes : « *les femmes ? elles se croient toujours persécutées* »

Dans cet atelier, « *le silence est dors* », mais il faut travailler. Paradoxe ?

Toujours cette inquiétude de faire prendre des risques aux salariés même si on reste neutre, "sur la pointe des pieds".

LE SILENCE ET LA PEUR FACE À LA VIOLENCE

Pour les femmes, la violence doit être évitée. Elles semblent avoir peur d'avoir peur et anticiper.

* Les médecins du travail perçoivent un terrible isolement des femmes, par la honte également.

* Ils perçoivent aussi l'humiliation liée à la violence, au sein du couple également, et sa non représentation possible. La violence est censurée chez les femmes.

* Le social est surdéterminant dans les comportements. Travailler, pour une femme, c'est encore très souvent aujourd'hui transgresser par rapport aux normes culturelles.

• « *Mme X m'avait tout raconté et demandé de ne rien répéter ; quand je suis allée prendre un café, j'ai rencontré Mme X ; son chef est passé par là ; Mme X me regardait avec un regard de noyée, "n'en parlez pas au chef" semblait-elle demander. J'ai expliqué : je cherchais le distributeur, et le regard de Mme X devint reconnaissant d'avoir gardé le silence. Après les consultations, j'avais visité l'atelier. Une visite globale, longue, "pour donner le change". J'avais fini par le poste le plus inquiétant, comme pour banaliser, et fini par proposer de façon insidieuse aussi, de mettre en place la hotte. Ce minimum d'offensive avait déclenché la mutation de l'opératrice* ».

* Dans le monde du travail, le vocabulaire change. La violence devient agressivité mais il y a encore déni de la violence. La violence reçue par les femmes est frappée d'invisibilité.

La peur, un sentiment très... masculin

Les conduites de violence verbale ou physique sont sous-tendues par la peur :

- chez l'homme, c'est la violence,
- chez la femme, c'est le silence violent.

Est-ce la société qui met "les choses en place" ?

Le petit garçon a un rapport de puissance, démarche active de possession phallique, mais aussi confortée par le social :

- c'est un rapport de violence
- ce n'est donc pas passif
- c'est difficile à tenir

Deux niveaux de peur sont à considérer :

- de castration
- de confrontation au réel.

La peur est **humaine**, elle aboutit à sa **maîtrise** chez la femme et au **déni** chez l'homme.

De la peur au silence... Est-ce aliénation ?

Si, face à la peur, les hommes combattent, par contre les femmes préfèrent souvent la fuite, le contournement. Entre ces extrêmes, on encaisse silencieusement. Mais, face à la peur, « si tu ne combats pas en tant qu'homme, tu es une femme »

Au-delà de la dignité dans le silence, de la stratégie d'évitement de la confrontation (par peur... d'avoir peur de l'affrontement !), les femmes cherchent **l'utilité, l'efficacité**. Tout cela a un **coût** : anxiolytiques, somnifères, insomnies... mais elles tiennent : « Si vous saviez ce que l'on est obligé d'endurer, pour tenir à l'atelier ce qu'on est obligé de faire... Je ne peux vous dire... » ; « Surtout **NE RIEN DIRE**, ça nous retomberait dessus »

HUMILIATION, HONTE

La honte vient d'une absence de protection de l'intimité, déchirée par l'autre. Que met-on sous le mot **intimité** qui n'appartient qu'à soi seul : intrusion, empiètement, non respect de l'existence, du désir de l'autre ?

SOCIALISER POUR TRANSFORMER

La violence n'est pas réservée aux femmes mais n'est-ce pas parce qu'elle atteint désormais les hommes que l'on parle aussi des femmes ? De même la corvéabilité, la non reconnaissance, l'humiliation. Mais la petite humiliation au quotidien est plus décrite du côté des femmes. Humiliation, mépris insidieux, insulte et violence sont autant de facteurs de souffrance (intériorisée chez la femme), individuelle. Elle est rarement mise en mots. Ce silence fait que le rapport à la citoyenneté ordinaire en entreprise se délite. Si l'opres-

« j'écoute de la musique pour faire sortir le bruit du travail », « j'ai tellement la haine que je voudrais être un homme pour lui casser la gueule ». L'intensification du travail, la corvéabilité, la dénégation sur le travail (on ne croit pas aux connaissances techniques des femmes « on peut leur faire avaler n'importe quoi ») la non reconnaissance sont **HUMILIATION**, violence perçue, venant d'en face, et subie. Chez la femme, la violence comme l'alcoolisme sont considérés comme des comportements "contre nature" (c'est "passer de l'autre côté"). On boit en cachette... La violence, répétons-le, est elle-même contenue, retenue, intériorisée.

La violence refoulée est due à la violence externe. Les femmes intériorisent la violence **NON**

SOCIALISEE sur le **MODE DÉFENSIF INDIVIDUEL** ce qui se retourne contre elle, au risque d'autodestruction.

L'humiliation, c'est la fierté de la responsable de travaux d'avoir formé si bien les opératrices pour oser se permettre de les appeler avec tendresse « mes bébés » dans un lien affectif imposé qu'elle n'imaginerait pas de subordination.

L'humiliation, c'est aussi écouter le chef de service qui fait son scénario pour expliquer ce que tout le monde sait déjà ; on est dans l'insidieux, on subit "le coq dans le poulailler".

HUMILIATION

L'humiliation, c'est encore cette responsable des ressources humaines, appelant son personnel féminin sur chaîne « mes filles ». Mais il y avait les rebelles, qui ne faisaient jamais de confidences sur elles-mêmes, leurs souffrances, leurs fragilités... Ces ingrates étaient D.P., déléguées syndicales. « Je ne supporte pas qu'on ne m'aime pas » Elle savait devenir méchante à l'occasion : relation de chantage affectif imposé.

L'humiliation, c'est aussi la souffrance de voir l'autre humiliée, d'en être témoin, tout en restant silencieuse, à distance, pour se protéger ; c'est l'humiliation liée au renoncement à agir en conformité avec soi.

Pourtant, face à l'humiliation, certaines femmes vivent la honte et d'autres pas. Cela est-il en relation avec l'estime de soi préservée ou reconstruite ?

sion laisse des marges de manoeuvre, on en est bien souvent aujourd'hui à l'implosion. Les individus comme atomisés ne communiquent plus. Le terme de totalitarisme émerge(1). Vu de la société civile externe, on rend les gens responsables. Ils ne peuvent en réalité réagir, mais sont rendus coupables.

●●●●●●●●●●

1- Hanna ARENDT, Le système totalitaire, les origines du totalitarisme, Ed. Le Seuil, Paris, 1972.

Socialiser (faire connaître dans le champ social) peut-il aider à la transformation des conditions de travail ?

SOUFFRANCE AU TRAVAIL

La souffrance, née des problèmes d'organisation du travail est singulière, car liée à l'histoire individuelle. Donner du sens à la souffrance au travail, c'est faire émerger les problèmes collectifs liés à l'organisation du travail, responsables de cette souffrance. L'approche psychodynamique a permis aux gens de comprendre le travail qui perd du sens et ses conséquences. Mais cette compréhension partagée NE MOBILISE PAS. Si tout le monde comprend, néanmoins, les procédures défensives sont là. Car on est dans l'urgence productive, et la contrainte de travail s'impose, conduisant à l'impasse en raison des défenses.

PSYCHODYNAMIQUE L'HEURE EST À LA PRUDENCE

Ne refusons pas la compassion. Écoutons la souffrance. Mais le sens de cette souffrance, ce sens collectif, doit il être partagé par les individus de l'entreprise ? Faut-il basculer du côté de la psychodynamique du travail et faire émerger en entreprise l'aspect psychopatho en lien avec les contraintes d'organisations ? Actuellement, la conséquence peut en être perverse. Elles risquent de fragiliser médecins et salariés (collectifs ou non). La prudence conseillerait donc, en entreprise, de rester du côté du travail. Au delà, au dehors, il nous reste la capacité à dire ce qui se passe dedans, c'est-à-dire la souffrance que nous dévoilons.

PRUDENCE dedans.

DEHORS, socialisation du sens de la souffrance (pour

aider à la transformation de l'organisation dedans).

Les femmes vont vers les procédures défensives individuelles. Leur difficulté à créer des collectifs y est-elle pour quelque-chose ?

. Le collectif est-il positif ?

. Il est contraignant par ses règles communes

. Il gomme les différenciations individuelles

. Il semble être valeur masculine

. La solidarité est valeur féminine, de même que la connivence ou la complicité (dont seraient exclues souvent les célibataires...)

Y a t-il une différence liée au sexe face à la précarité ?
Face à la souffrance au travail ?

Y a t-il une spécificité de la précarisation par rapport à l'interférence : vie au travail, vie de famille, maternité et déni de cette dernière au profit du travail ? Les femmes émargent aux règles du métier, mais aussi aux autres valeurs, et il existe souvent, une connivence entre femmes autour du thème "Famille".

Y a t-il un regard particulier des femmes sur leur métier ?
Entre l'histoire individuelle et le travail, la part des choses est difficile à faire. L'augmentation des mécanismes de précarité pèse sur l'impossibilité de parler, dans l'espace public de ces deux thèmes privés et publics.

Autant de questions qu'il importe d'investiguer plus avant en continuant l'écoute et le recueil de témoignages.

Marie-Hélène Celse, Josiane Crémon, Ghislaine Doniol-Shaw, Nicole Lancien, Jocelyne Machefer, Florence Maesen, Denise Parent, Marie Pascual, Annie Robert, Odette Vivier-Tencer

Le Réseau "*Paroles de médecins du travail sur la précarisation*" s'est créé, suite à la publication du livre « Souffrances et précarités au travail, *Paroles de médecins du travail* ».

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*

.....

Le réseau *Paroles* n'existe que grâce aux adhérents, nous vous invitons à renouveler votre participation ou à venir nous rejoindre, en joignant un chèque bancaire de 100,00 F à l'ordre de "*Association Santé et Médecine du Travail*"

Coordonnées à adresser à D. HUEZ 14 rue de la Haute Chevalerie 37170 Chambray-les-Tours

Nom : _____ Adresse : _____

DIFFÉRENTIEL HOMMES / FEMMES FACE À LA VIOLENCE ET À LA SOUFFRANCE

Synthèse de la réunion du groupe "Précarité du travail et santé des femmes" de janvier 1996

DU MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL CONJUGUÉ AU MASCULIN OU AU FÉMININ

Le débat s'ouvre sur une question : écoute-t-on différemment quand on est médecin du travail homme ou femme, y a-t-il des postures de genre dans la façon dont nous travaillons ?

Quelle est notre capacité différentielle à écouter ? Est-ce un type de témoignage que les hommes entendent ? La complicité dans l'intersubjectivité entre femmes aide à l'expression de leur souffrance. Est-ce difficile à dire pour une femme quand l'interlocuteur est un homme ? Il y a aussi différence d'écoute entre femmes et entre hommes. Les médecins hommes accèdent peut-être plus difficilement à l'écoute à cause des procédures défensives médicales basées sur la "technique", la métrologie, la nécessité de DEMONSTRER.

Les groupes de psychopathologie de médecins du travail sont en majorité composés par des femmes. « Dans notre milieu, ça agresse beaucoup une majorité de médecins du travail hommes de poser la question de la souffrance ». « Il y a peut-être aussi des médecins hommes qui ont peut-être entendu et changé. Car ça pose des questions dans le travail de groupe et sort finalement l'homme de ses attitudes défensives ».

LES RELATIONS DUALISTES : INJUSTICE ET MANQUE DE SOLIDARITÉ

On assiste parfois à des attitudes contradictoires. Telle une secrétaire de direction qui assume une grande partie de l'organisation d'une entreprise dépendant du siège social parisien. Elle gère les achats, les commandes, les stocks, l'administration. Le patron, qui dirige l'entreprise provinciale donne à son siège parisien l'image d'être indispensable à l'entreprise, touche des primes, terrorise l'atelier ; blessé par un salarié licencié trois ans auparavant, il a été absent pendant trois mois. Pendant ce temps, la secrétaire a tout assumé sans congé, sans récompense financière et ressent un sentiment d'injustice. Elle le vit douloureusement. Mais quand on interroge les salariés ils disent « méfiez-vous de la secrétaire, elle est complètement du côté du patron ». Quand on demande aux salariés comment ils ont vécu l'agression physique faite au patron, c'est l'indifférence générale. Ils n'en ont rien à faire : « ça devait lui arriver ».

Une comptable, victime elle-même de la mauvaise ambiance de travail, partageant le même sentiment d'injustice que ses collègues, n'a pas pris, devant le médecin du travail et l'inspectrice du travail, la défense d'une salariée "mise au placard" mais a donné raison à la patronne.

On rencontre aussi dans le cadre de trajectoire individuelle d'intérêt privé, des femmes souffrant d'injustice mais participant en tant que cadre au rapport de domination en manquant singulièrement de solidarité. De même, les cadres hommes vivant l'injustice maintiennent un rapport de domination (patriarcat par exemple).

SOUFFRANCE - SOUMISSION

Sous l'emprise managériale, les gens "battent pavillon" pour avoir la paix mais dans les périodes de conflits collectifs, on s'aperçoit qu'ils n'ont jamais accepté. Que construit-on derrière la souffrance ? On essaie d'être utile et efficace et on supporte sur le plan collectif car il y a un sens, un intérêt supérieur. Ça s'effondre quand la violence rend impossible, empêche l'utilité, la reconnaissance.

Exemple : au niveau du bloc opératoire, les femmes supportent car il y a spécificité de métier, des enjeux : la vie ; il faut que l'intervention chirurgicale se passe bien, ce qui fait qu'elles acceptent et tiennent.

Exemple : des hommes s'occupant d'entretien font le "sale boulot", travaillent dans l'invisible, on les appelle les "fées du logis". Ils sont bien payés, jeunes ils ressentent l'humiliation au quotidien, la non reconnaissance mais arrivent à se défendre contre la souffrance en construisant une problématique de métier, des collectifs.

La violence faite aux hommes est plus visible que celle faite aux femmes. Il y a une position spécifique des femmes dans le travail, dans son organisation, c'est la SUBORDINATION. Chez la femme cadre, lors d'une "mise au placard", il y a absence de théorisation politique. S'intégrer, c'est adhérer à l'idéologie et en rajouter.

POURQUOI À UN MOMENT DONNÉ LA SOUFFRANCE PRÉVAUT-ELLE ?

Qu'est-ce qui s'est passé chez les gens qui ont craqué ? le vieillissement / le rapport à la famille et l'investissement extra-professionnel / l'attente qui n'aboutit qu'à la non reconnaissance

Les femmes gardent le secret de la violence ; ce n'est plus tenable si c'est connu des autres. Quand la situation d'injustice est mise en visibilité par rapport aux autres, les femmes ne peuvent plus la supporter ; elles parlent parce qu'il y a rupture ou parce qu'elles n'ont plus rien à perdre. *« je quitte mon travail, donc je peux parler ».*

Le seul rapport à la souffrance peut-il être constitutif de collectifs ? Il est conséquence de contradiction dans l'entreprise. Le médecin s'intéresse à décompter les sujets souffrants. Mais il y a accompagnement, non changement social.

LE SILENCE



La question du silence reste à explorer. Que construisent les femmes dans le silence ? Pourquoi, tout à coup, se mettent-elles à parler, à réagir ? Se taisent-elles par peur ? Par dignité ? Le cabinet médical sert de lieu d'expression mais ce qui s'y dit ne doit pas être répété *« s'il vous plaît, docteur, ne dites rien »*. Cet élément mesure la violence, la menace.

Parfois les femmes choisissent leurs interlocuteurs dans une intention stratégique, se confient aux secrétaires médicales, aux infirmières élues comme transferts pour que le médecin le sache. C'est un indice de notre identité que d'être touchés par des histoires affectives. Nous sommes dans le spontané, la compassion. Avons-nous la professionnalité pour faire quelque chose à un moment donné, pour nourrir une dynamique d'intervention. Il nous faut construire collectivement des règles de métier.

L'INÉLUCTABILITÉ " C'EST COMME ÇA "



C'est une procédure défensive, une espèce de fatalisme qui permet de tenir. Attitude défensive des femmes face à leur situation, des cadres par rapport à la situation économique. Le discours est chargé de violence... et ça retombe, *« c'est comme ça »*. On a la capacité de décrire l'oppression et aussitôt de refermer, voire de refermer sur soi-même, *« c'est de ma faute »*.

Les gens sont lucides par rapport à l'inéluctable et par rapport à l'impuissance du médecin : *« de toute façon, vous ne pouvez rien faire »*. Si on soulève ce processus défensif, en laissant émerger tout cela, on peut faire naître la souffrance. Faut-il craindre la décompensation ?

Le désengagement professionnel est courant actuellement, *« on ferme l'espoir de ce côté là »*. Les gens qualifiés choisissent un emploi, et non un métier, pour la sécurité (notion de rapport à l'espoir, atteinte à l'identité). Les stages de management utilisent cette technique, *« je m'intéresse à autre chose et ça m'a remotivé pour redémarrer »*, on change le rapport avec l'évolutivité des choses. Ça relativise des contraintes organisationnelles bien réelles (FORMATAGE).

Le *« c'est comme ça »* apparaît beaucoup plus vite chez les femmes. Mais quels sont les risques du désengagement professionnel. Ne risque-t-il pas de faire aussi blocage à l'extérieur ? Quel retentissement peut-il avoir sur l'extra-professionnel. Le désengagement est-il "vase communicant".

Au fil des paroles on s'aperçoit que des histoires d'hommes apparaissent pour ce qui concerne la violence, la colère, l'humiliation. Il faudra ultérieurement mettre en parallèle, après Barcelone, des histoires d'hommes et de femmes pour affiner la réflexion.

DANS LE DIFFÉRENTIEL HOMMES-FEMMES

QUELQUES PISTES :



- Il y a des postures de genre féminin et masculin dans le vécu de travail : même si les tâches sont partagées, les femmes ne vont pas au travail de la même façon, *« est-ce que je viens dans l'entreprise en clivant ou en "transportant" ma famille avec moi ? »*.
- Le rapport à la vie familiale : les femmes sont toujours pressées car malgré leur responsabilité dans le travail, elles doivent penser à leur famille, récupérer les enfants (cf. la course après les fins de réunions tardives).
- La culpabilité : telle une femme cadre qui a craqué : après une longue journée de travail, elle était souvent dérangée la nuit par sa fille qui la réclamait sans arrêt. Elle n'osait pas refuser de se lever car elle culpabilisait de s'en occuper si peu.
- Le rapport au conflit semble différent
- La visibilité de la violence faite aux femmes dans l'entreprise est moins visible que celle faite aux hommes.
- Le décalage poste/diplômes paraît plus grand chez la femme. Les hommes tendent aussi à être déqualifiés, mais pas autant.
- La position spécifique des femmes dans l'organisation de travail

rapport de subordination
harcèlement plus fréquent

Nicole Lancien

PRÉCARITÉ DU TRAVAIL ET SANTÉ DES FEMMES

«S'IL VOUS PLAÎT DOCTEUR, NE DITES RIEN !»

Ce texte a été écrit en vue de préparer une communication au Congrès International «Femmes, Travail, Santé», tenu à Barcelone du 18 au 20 Avril 1996, sur la base des témoignages écrits rapportés par les médecins du travail du réseau Paroles.

INTRODUCTION

Les données sur le chômage et la précarité de l'emploi en France montrent que les femmes sont concernées dans des proportions bien supérieures à celles des hommes (1). En 1995, 14 % des femmes sont au chômage contre 10 % des hommes et elles sont plus touchées par le chômage de longue durée. Par ailleurs, 9 % des femmes sont sur des emplois précaires (Contrats à durée déterminée (CDD), intérim, stages...) contre 7 % des hommes. Ces pourcentages n'intègrent pas les emplois à temps partiel à durée indéterminée qui touchent une femme sur quatre en 1994, et plus d'une sur deux dans les emplois les moins qualifiés. De plus, une part de plus en plus grande correspond à du temps partiel "imposé" et non du temps "choisi", avec le plus souvent des horaires variables selon les jours de la semaine, comme c'est le cas dans la plupart des emplois de commerce.

Cette dégradation des conditions d'emploi des femmes, s'accompagne d'une dégradation massive des conditions de travail. Les conséquences de cette double aggravation sur la santé sont multiples. La soixantaine de témoignages recueillis, entre novembre 1995 et février 1996, lors des consultations médicales, par un groupe de 14 médecins du travail, sur des situations de travail dans lesquelles les femmes sont confrontées à la précarisation du travail et de l'emploi permet d'illustrer la souffrance vécue par les salariées placées dans ces conditions.

La souffrance exprimée par les salariées, ou perçue par les médecins du travail, est d'abord en lien avec les formes de violence qui apparaissent dans les rapports de travail. Face à cette violence c'est souvent la "stratégie du silence" que choisissent les femmes ou qui leur est imposée.

Nous avons analysé, à partir des témoignages rapportés, les formes de cette "violence" et ses conséquences les plus aiguës sur la santé des femmes et nous avons par ailleurs interrogé la question du "silence".

PAS D'ÂGE "PRIVILÉGIÉ" POUR SUBIR LA VIOLENCE

Toutes les femmes, quel que soit leur âge, sont confrontées à la "violence". Les témoignages rassemblés montrent en effet une répartition équivalente sur les trois tranches d'âge : 30 ans et moins, de 31 à 45 ans et plus de 45 ans. Néanmoins, si la violence touche toutes les femmes, indépendamment de leur âge, on observe que, dans chacune de ces tranches d'âge, les formes de cette violence ne sont pas totalement identiques, en lien notamment avec le fait que les situations professionnelles concernées diffèrent assez nettement. Parmi les plus jeunes, on trouve une majorité de femmes exerçant des métiers d'employées, dans le commerce, l'hôtellerie ou le nettoyage et, parmi les plus âgées, on rencontre une majorité d'ouvrières. Dans la tranche d'âge médiane, on trouve des femmes exerçant en moyenne des métiers plus qualifiés et plus administratifs. Ces situations reflètent assez bien les transformations du marché du travail dans les trente dernières années et illustrent aussi la remontée de la déqualification de l'emploi féminin depuis cinq à dix ans.

LES SALARIÉES LES PLUS JEUNES : DÉQUALIFICATION ET SUREXPLOITATION

Dans la tranche d'âge de 30 ans et moins, qui réunit 18 salariées, les situations de travail des femmes sont marquées par trois tendances majeures : la déqualification, la surexploitation et l'agression verbale, qui sont toutes des formes d'humiliation et d'atteinte à la dignité des femmes. La déqualification et la surexploitation apparaissent comme des caractéristiques plus spécifiques aux salariées les plus jeunes, c'est-à-dire qu'on ne les retrouve pas, du moins aussi massivement, dans les autres tranches d'âge.

Parmi les témoignages recueillis, 40 % des salariées de 30 ans et moins sont ainsi dans des situations déqualifiées par rapport à leur formation et leur diplôme. Cette proportion est très importante d'autant plus que l'on sait que les femmes ont deux fois moins de chances d'échapper à

•••••

1- Danièle GUILLEMOT et Pierre MARIONI, « La population active : facteurs d'évolution et perspectives », *Données Sociales*, 1995, INSEE.

enfant pour rester disponible pour l'entreprise, cette réponse a été vécue comme une trahison et a suscité un profond désarroi : « *Si on pouvait retourner en arrière, je ne referais pas la même erreur. De toute façon, c'est trop tard.* »

LES SALARIÉES DE PLUS DE 45 ANS : MÉPRIS DE L'EXPÉRIENCE ET USURE PHYSIQUE ET MENTALE

19 témoignages ont été recueillis dans cette tranche d'âge. Outre une proportion importante de femmes qui témoignent de l'usure physique et mentale liée au travail et qui aspirent à la retraite, les données recueillies montrent surtout l'oppression et la domination subies par ces femmes dont l'expérience et la vie professionnelle peuvent être réduites à néant par une hiérarchie qui s'arroge un pouvoir exorbitant. Ces situations sont celles dans lesquelles la détresse des femmes est la plus flagrante, en raison notamment du fait que les récits rassemblés montrent presque tous le caractère soudain, inattendu, de la situation, c'est à dire aussi la brutalité de l'événement à l'origine du "drame", car c'est bien ainsi qu'il faut lire les situations dans lesquelles se retrouvent ces femmes. « *Le directeur m'a dit au début de l'année : "Vous serez licenciée à la fin de l'année scolaire. commencez à chercher du travail ailleurs. Vous coûtez trop cher. Même en étant membre du CE, vous serez licenciée." C'est dur à avaler. Ça fait un choc... Que faire d'autre que ce que je sais faire. Et que vont faire les jeunes maintenant que nos postes d'animateur sont supprimés ? Ils ont besoin de nous on est à pour les écouter.* » : 48 ans, célibataire, animatrice dans un lycée privé.

« *Brutalement, j'ai reçu une lettre avec de nouveaux horaires... Je les ai rencontrés, aucun dialogue possible. Aucun temps n'était réservé aux tâches administratives, la bibliothèque devant toujours être ouverte lorsque j'étais là... Je ne devais plus quitter la bibliothèque pour aller chercher des livres, de la documentation, des conseils près d'un libraire d'une grande ville voisine... J'aimerais que l'on sache que tout s'est décidé sans concertation, sans savoir ce que l'on fait. Jusqu'où vont-elles aller (parlant des adjointes du maire) ? Je ne veux pas donner ma démission, je ne veux pas partir, je n'ai rien fait de mal ! Ils ne m'ont même pas parlé de mon travail. J'ai fait un dossier, ils ne l'ont pas lu. J'aurais voulu parler littérature, c'était la halle aux poissons. Je suis en train de me démolir... J'ai un profond mépris pour tout ce qui se passe. Je ne veux pas qu'on me fiche dans le trou, je suis au bord. Pourquoi ce mépris ? Je suis en danger, on peut dire et faire n'importe quoi contre moi. Ils disent que je ne suis pas aimable avec les lecteurs, que je ne réponds pas au téléphone, ... comment puis-je me défendre ? Ce qui me mine depuis le début, c'est que je n'ai pas de porte de sortie. C'est cette absence d'espoir ! Le fait que l'on n'ait jamais voulu me parler. Je ne veux pas travailler comme une épicière.* » : 53 ans, mariée, un fils, assistante de conservation (bibliothécaire) à la bibliothèque municipale, 10 ans d'ancienneté.

« Le travail ne doit pas souffrir »

Elle a bientôt 60 ans et s'enorgueillit de plus de 40 années de cotisations à la Sécurité Sociale. Marquée par toute une série d' "abandons" elle ne dort plus que deux heures par nuit mais son travail de manutentionnaire de 6 à 14 heures lui permet de se reposer l'après-midi et le patron est plus compréhensif quand elle "s'arrête".

Elle me parle de son dernier coup dur : la mort d'un petit fils de 18 ans, ce qui l'a précipitée dans un nouveau trou noir.

Tandis que je l'examine, elle se met à rire nerveusement et s'en explique : « *Je ne devrais pourtant pas en rire, mais c'est tellement gros !... : à ma reprise l'employeur est d'abord venu me voir très gentiment et moi je pleurais à chaudes larmes... mais il a ajouté en partant : "J'espère que le travail ne va pas en souffrir..."* »

D. P.

« *Ça ne va pas bien Docteur, il faut que je vous dise, je ne peux pas le garder, c'est là (elle montre sa gorge et sa poitrine), je ne dors plus... Monsieur O, le nouveau chef, le jour de ma reprise (après un arrêt de travail de 4 mois pour un accident du travail : doigt écrasé dans une machine), est venu me voir et m'a dit "Madame M, vous avez mauvaise réputation !" Moi, pardon, pourquoi ? "Vous faites de mauvaises pièces !" Mais, je sais que je ne fais pas de mauvaises pièces (chacune signe son produit) et si c'était arrivé, on me l'aurait dit ! Et le chef a ajouté : "De toutes façons, on remet les pendules à zéro, à partir d'aujourd'hui, c'est moi qui juge."* » : 55 ans, mariée, 2 enfants, ouvrière, 23 ans d'ancienneté.

Après un changement de poste suite à un changement d'équipement : « *J'ai toujours eu envie de travailler, maintenant, je ne peux plus, c'est la douleur. Je faisais mon boulot les yeux fermés, je n'avais aucune inquiétude, maintenant, j'ai peur tout le temps : de me tromper, de me faire engueuler par les chefs... Je n'ai plus de force, je suis fatiguée.* » : 51 ans, mariée, 3 enfants, ouvrière dans le textile, 20 ans d'ancienneté.

L'AGRESSION VERBALE : L'UNE DES FORMES LES PLUS RÉPANDUES DE LA VIOLENCE

Il s'agit ici de la mise en mots violente des rapports d'oppression, de domination et d'humiliation que les patrons et patronnes font subir aux salariées.

« *Selon le patron et son ex-femme, on est NULS, on est de la merde. A leur contact, on finit par devenir vulgaire. Je n'en reviens pas, je ne suis plus la même ! je vous dis tout ça parce que je n'en peux plus...* » : 26 ans, CDD, secrétaire de direction dans une petite entreprise industrielle. « *Rangez-vous, vous voyez bien que vous me gênez !* » et sac lancé à la volée par la patronne de ce magasin de prêt-à-porter, devant les clients : 30 ans, vendeuse. « *Je dois laver les verres (sans eau chaude), mais je n'ai pas de torchon pour les essuyer. Si vous aviez entendu la colère de mon responsable en prenant les verres mal séchés ! Et comme par malheur, il a failli les lâcher, il est devenu fou furieux contre*

Mme Ch. a 51 ans, son mari est maçon, elle a deux filles qui sont nées en 67 et 70. Elle est visiteuse dans une confection depuis 1976. Elle a commencé à travailler à 17 ans comme tisseuse, puis contrôleuse dans une filature jusqu'en 1976.

Son père est décédé à 83 ans d'un cancer digestif, sa mère va bien, elle a 8 frères et sœurs en bonne santé. Dans ses antécédents, on retrouve une fausse couche spontanée en 1972, une HTA traitée depuis 1980, une hystérectomie pour fibrome en 1982, des lombalgies chroniques, un syndrome du canal carpien débutant à droite, une intervention sur le sein gauche en juillet 94 pour microcalcification. Elle est actuellement sous Sectral.

Je la vois en visite médicale annuelle en décembre 1995. Elle raconte : « Au visitage, quand vous arrivez, s'il n'y a pas de travail on vous dit de repartir chez vous, d'autres semaines on fait des heures supplémentaires, 60 pièces à l'heure, 60 pulls à éplucher, boutonner, vérifier ; la 1ère et la 2ème heure ça va, après 2 h sans bouger on n'en peut plus. On n'a pas le droit de parler. Si on parle on est inscrit au tableau, c'est incroyable on nous prend pour des enfants, pire que des enfants. Si on a parlé, si on n'a pas fait son rendement, le patron nous appelle au bureau, on en fait des cauchemars. Il faudrait que vous soyez mouche pour comprendre, pour voir. Le plus dur c'est de ne pas parler, 8h1/2 sans parler, après on ne sait plus parler, on arrive à perdre la mémoire, on s'invente des histoires : comment c'est ailleurs ? Il ne faut pas penser. Moi j'essaie de lire, je fais des mots croisés pour garder ma tête. On serait plus heureuse en prison, on n'a plus envie de parler, moi je suis malheureuse au travail, j'en rêve la nuit, j'en parle tout fort. On tremble, on a peur, la manière dont on nous parle, le patron dit « Vous n'êtes qu'une bande de chèvres ». Ça me paralyse, on n'est pas des robots, on est pire que des esclaves. Le pire ce sont les injustices, on ne supporte pas de voir engueuler les autres, c'est toujours celles qui ne peuvent pas se défendre qu'on attaque. Surtout il ne faut pas répondre, il faut rien dire, le poing serré dans la poche. Quand j'ai de la fièvre ou un rhume, je prends un jour de congé plutôt que de lui demander quelque chose. Un jour dans le bureau, j'ai craqué, je lui ai dit : vous n'avez qu'à me licencier, ça m'a fait du bien. Entre les filles il n'y a pas d'entente. Heureusement il y a la maison, mes enfants me comprennent, j'en parle à ma mère. »

A ma question : le silence c'est la dignité ?, elle répond : « Le silence, c'est l'intelligence ». Le poing serré dans la poche ce n'est pas un mot d'ordre, c'est une attitude reprise par d'autres salariés dans cet atelier mais aussi dans d'autres entreprises, le plus souvent par des femmes, parfois par des hommes sans doute plus douloureusement.

O. R.

moi. Alors, maintenant, après l'avoir réclamé pendant 15 jours, j'apporte un torchon de chez moi. » : 23 ans, titulaire du baccalauréat, femme de ménage dans les bureaux d'un grand magasin.

« Il faut voir la manière dont on nous parle ; le patron dit : "vous n'êtes qu'une bande de chèvres". Ça me paralyse ; on n'est pas des robots, on est pire que des esclaves. Le pire, ce sont les injustices, on ne supporte pas de voir engueuler les autres ; c'est toujours celles qui ne peuvent pas se défendre qu'on attaque. Surtout, il ne faut pas répondre, il ne faut rien dire, le poing serré dans la poche. » : 51 ans, mariée, 2 enfants, ouvrière en confection, 19 ans d'ancienneté.

Question de ce responsable au cours de l'entretien d'embauche « Vous êtes sûre que votre handicap ne va pas s'aggraver ? » : 22 ans, titulaire d'un diplôme de techni-

cienne supérieure en secrétariat bureautique, ayant un handicap visuel, qui ne l'a nullement empêchée de travailler depuis deux ans sur un poste semblable à celui pour lequel elle a cet entretien d'embauche. « C'est la galère... L'autre jour j'ai vu la patron, il m'a dit «vous avez de beaux seins...» ; je le laisse dire, il n'est pas méchant, il ne me touche pas, non, j'espère qu'il va m'embaucher... » : 25 ans, employée en supermarché, depuis 10 ans en CDD.

« J'ai 58 ans en mai, je vais pouvoir partir en préretraite. Je ne demande que cela, partir, mais ils ne veulent pas me licencier, cela leur coûte trop cher. Pourtant, ils savent bien me dire que je suis trop vieille et se moquer de moi. D'ailleurs, le patron il m'appelle «mademoiselle». Devant lui, je suis terrorisée, alors je ne réponds pas et il en profite. Il y en a qui lui répondent, elles ont raison mais, moi, je ne peux pas. Quand je rentre dans son bureau, il me regarde droit dans le yeux et moi je baisse les yeux et je me tais, je ne peux pas faire autrement. » : 58 ans, mariée, préparatrice en pharmacie, 30 ans d'ancienneté. « Je n'ai jamais eu d'ennuis, tout m'est tombé dessus en 95. Ce n'était plus possible, la machine devenait de plus en plus dure, j'avais raison, je n'ai pas voulu céder. Le chef de groupe l'a mal pris. Un collègue en a parlé au délégué syndical qui a amené ça au débat du lendemain... Le chef de groupe s'est vengé plus tard en me faisant des reproches sur l'état du poste, alors qu'il faut courir, courir, j'étais à bout ! Avec le chef d'atelier ensuite : il m'a demandé si j'avais mes années pour partir et l'après-midi "vous allez pouvoir nous quitter, j'ai vu votre dossier au service du personnel" et il a eu le culot d'ajouter "vous étiez belle dans le temps, sur la photo !"... Vous pouvez écrire tout ça (au médecin) : il faut que ça se sache. Il faut le dire ailleurs, on va à la dictature. Les gens changent, ça se dégrade. » : 55 ans, mariée, 2 enfants, ouvrière, 30 ans d'ancienneté.»

SERVITUDE ET OPRESSION

La violence qui s'exerce sur les femmes dans les témoignages rapportés est parfois aussi bien silencieuse mais tout aussi monstrueuse, sinon plus, car alors invisible et inaudible. Elle relève de l'asservissement comme dans les cas d'interdiction de parler, sanction à l'appui en cas de transgression.

« On n'a pas le droit de parler. Si on parle, on est inscrit au tableau. C'est incroyable, on nous prend pour des enfants, pire que des enfants ! Si on a parlé, si on n'a pas fait son rendement, le patron nous appelle au bureau, on en fait des cauchemars... Le plus dur, c'est de ne pas parler. 8h1/2 sans parler : après, on ne sait plus parler, on arrive à perdre la mémoire, on s'invente des histoires : comment c'est ailleurs ? Il ne faut pas penser. Moi, j'essaie de lire, je fais des mots croisés pour garder ma tête. On serait plus heureuse en prison, on n'a plus envie de parler. Moi, je suis malheureuse au travail, j'en rêve la nuit, je parle tout fort. On tremble, on a peur. » : 51 ans, mariée, 2 enfants, ouvrière en confection, 19 ans d'ancienneté.

C'est aussi le cas dans l'interdiction de s'asseoir alors même que, pour respecter la législation du travail, les sièges existent : « *J'ai peur d'avoir mal aux jambes quand il fera chaud, ils nous interdisent de nous asseoir.* » : 26 ans, caissière dans un supermarché, 6 mois d'ancienneté. La violence silencieuse c'est encore ces situations, nombreuses parmi les cas rapportés, de "mise au placard", de retrait de toute tâche intéressante, voire même de tout travail. « *Je dois rester debout tout le temps à ne rien faire, sauf à regarder par la fenêtre. Je me sens observée à mon insu quand j'entends craquer le petit escalier de service pour s'assurer que je ne m'occupe pas autrement* » : 30 ans, vendeuse dans un magasin de prêt-à-porter, reléguée dans la réserve au premier étage. C'est aussi le cas de cette salariée de 52 ans, responsable du Comité central d'action sociale dans une mairie, avec 27 ans d'ancienneté : un nouveau secrétaire général a décidé de tout réorganiser sans aucune concertation et la salariée se sent "dépossédée". Elle écrit au médecin du travail : « *Vous m'avez dit de tenir bon, certains jours j'y parviens, d'autres pas, c'est le cas cet après-midi où je n'ai strictement rien à faire... L'angoisse s'amplifie, les larmes me montent aux yeux. Dès que je franchis la porte de la mairie, mon estomac se noue, je me fais de plus en plus petite dans la mairie. Ces jours là je ferme la porte de mon bureau et j'attends... Je suis obligée d'augmenter les médicaments pour ne pas trop craquer et pour dormir... pendant ce temps, ça passe* ».

LA VIOLENCE « RÉSONNE » DANS LE CORPS DES FEMMES

Les témoignages montrent que c'est tout leur corps qui éprouve la violence de la situation dans laquelle sont mises les femmes. Ces signes que leur donne leur corps d'une situation intolérable sont ressentis et rapportés avec une force remarquable.

« *Parfois, j'ai la vision floue mais je marche car il faut travailler, ne pas s'arrêter.* » 26 ans, CDD, secrétaire de direction dans une petite entreprise industrielle. « *Vous voyez 40 personnes dans la journée, 5 mn qu'on accorde à chacun, je fais de la merde, je me sens seule. Je n'éprouve plus d'émotion dans mon travail maintenant. C'est peut être le traitement (suite à un syndrome dépressif) mais je me sens en recul comme s'il y avait un fossé entre moi et la personne. En 5 mn, j'ai fait le tour du cas des gens. Je ne m'investis plus, je n'ai pas envie de faire du sentiment. Je me protège, je ne veux plus souffrir.* » : 38 ans, conseillère principale à l'ANPE.

« *J'ai tout encaissé pendant des années mais je n'arrivais plus à supporter, j'avais peur tout le temps, je n'avais plus envie de rien, je voulais mourir, je me voyais toujours sous mon arbre, pendue. J'allais voir ma mère au cimetière, je lui disais : "viens me chercher", je faisais des cauchemars. Autrefois, j'étais gaie, vive, aujourd'hui, c'est tout le contraire, il me semble que je ne suis plus moi.* » : 43 ans, mécanicienne en confection, 25 ans d'ancienneté, en reprise de travail après avoir été hospitalisée pour état dépressif,

" Lorsque le nouveau secrétaire général paraît... "

Dans cette ville de 15 000 habitants on aimait bien aller à la mairie. Ses employés étaient détendus, avenants, souriants ; ils étaient appréciés, toujours prêts à rendre service. Et puis soudain, lors de l'arrivée d'un nouveau secrétaire général tout changea : les visages se fermèrent, les éclats de rire se turent, le stress fit son apparition dans les vocabulaires.

... ET SOUDAIN TOUT BASCULE

A ce jour, Madame C est depuis 2 ans en congé longue maladie, pour dépression sévère et son état neuropsychique est encore très fragile. Elle a actuellement 51 ans, est mariée mais on ne peut pas dire qu'elle connaisse une vie conjugale épanouie ; ses trois fils aujourd'hui mariés ont quitté la maison.

Reentrée comme agent de bureau à la mairie en 1969, elle devient rapidement agent principal, puis assure le secrétariat du secrétaire général. Ce dernier particulièrement actif et engagé lui délègue énormément de missions et de responsabilités. Le médecin du travail précédant me décrit Madame C comme quelqu'un de fiable, de disponible et qui connaît toutes les ficelles du métier. Certes comme de nombreux responsables, elle n'a pas que des amis, mais on peut affirmer qu'elle est reconnue et appréciée.

En 1991, tout bascule lors de l'arrivée d'un nouveau secrétaire général (le précédent ayant été promu ailleurs). Celui-ci forcément beaucoup moins impliqué, veut récupérer toutes les prérogatives liées à sa fonction et replacer Madame C dans le rôle qui était, il y a bien longtemps le sien : c'est à dire celui de secrétaire.

Malheureusement, Mme C a perdu de sa technicité et n'a pas "évolué" avec son temps... : *word, excel...* l'informatique lui échappe totalement.

Entre elle et le secrétaire général commence une véritable "partie de bras de fer" basée sur de mauvais systèmes défensifs : l'une fait de la rétention d'information ou de la non information, l'autre au lieu d'essayer de comprendre, de communiquer, de faire preuve d'un tant soit peut de psychologie ... enlève progressivement à Madame C toutes tâches professionnelles.

Lorsque ses collègues m'appellent pour m'alerter, Madame C délire, son regard est vide, ses propos sont incohérents. J'apprends qu'il ne lui reste que 30 minutes de travail sur 480 mn de présence !!! ... 450 mn vides... le néant, mais face aux anciennes collègues, face à leurs regards... Alors c'est la solitude, l'angoisse... "la folie"

On emmène Madame C dans une clinique psychiatrique. Elle a plongé : décompensation psychotique paranoïaque. Décompensation que nous n'arriverons pas son médecin traitant, le psychiatre, et moi-même à maîtriser.

C. R.

suite au départ de sa fille du domicile familial. « *Ça fait un an que j'y suis, je commence à peine à être habituée à la cadence. Quand on change toujours de poste comme ça, ce sont les muscles qui fatiguent. Ils m'y mettent parce que j'y arrive. Il y a un an j'étais dépressive. Ils ne savent pas nous préparer, ils m'ont placée là en me disant de suivre le jeune qui était là depuis longtemps et qui avait acquis un bon rythme. Tout de suite il faut faire la cadence. Je suis très énervée et quand c'est trop, la colère, ça déborde. J'ai failli rentrer dans le lard, c'est la première fois que j'ai une telle réaction.* » : 50 ans, ouvrière mouleuse.

« Alors, je me suis réveillée à l'hôpital avec de drôles de visages autour de moi. On m'a expliqué que j'avais pris trop de médicaments... Je vous jure que je ne voulais pas mourir ; je voulais seulement dormir... Est-ce que vous me croyez ? Dormir ! Ils me disent tous qu'il faut arrêter de travailler, qu'il n'y a pas que l'argent qui compte... Comment ils s'y prendraient pour vivre avec ce que je gagne et ce qu'il me restera si je ne vais pas jusqu'au bout ! » : 60 ans, femme de ménage. « C'était intolérable, tout travaillait, mes mains, mes pieds, plus je m'énervais dessus, plus ça cassait. On n'avait pas le temps de penser. Quand je rentrais à la maison, c'étaient les enfants qui prenaient ou le mari. La nuit, je faisais des cauchemars, je rêvais que je me disputais avec les autres. » : 37 ans, ouvrière en confection pendant 14 ans (métier dont elle parle) puis chômage et aujourd'hui CES à l'hôpital où elle fait fonction d'aide soignante et où : « J'ai enfin la sensation d'être utile. » dit-elle.

“ Mise au placard ou grassement payée à ne rien faire? ”

Elle a trente ans et se sentait bien dans son travail de vendeuse pour une marque originale à défaut d'avoir pu s'exprimer dans le stylisme

Hélas, sa technique de vente n'est pas "conforme" à celle des gérants et c'est très vite l'escalade dans l'agressivité en même temps que sa descente aux enfers : de l'impatience méprisante (« Rangez vous, vous voyez bien que vous me gênez ») devant les clientes, aux insultes hurlées et au sac que la patronne lui lance à la volée jusqu'à ce qu'elle soit mutée dans un autre lieu de vente à "l'étage-placard" avant de déclarer un congé maternité, égayé de quelques courriers l'encourageant à se reposer "pour de bon".

Comme elle insiste pour reprendre son travail on lui propose de "prendre" l'aspirateur et puis de ne plus rien prendre du tout. « Je dois rester debout tout le temps à ne rien faire, sauf à regarder par la fenêtre. Je me sens observée à mon insu quand j'entends craquer le petit escalier de service pour s'assurer que je ne m'occupe pas autrement ».

Sa visite de reprise même décalée me permet de proposer un peu de confort avec un siège à proximité... Le siège disparaît puis revient miraculeusement avant une intervention conjointe* (avec l'inspection du travail) et permet d'espérer une issue qui ne se transforme pas en piège de non retour à un futur emploi de vendeuse.

D. P.

*Bien entendu, avec l'accord de l'intéressée, ce qui reste assez exceptionnel dans un contexte de non-dit

Et encore, ce témoignage, déjà cité : « J'en rêve la nuit, je parle tout fort. On tremble, on a peur. » : 51 ans, mariée, 2 enfants, ouvrière en confection, 19 ans d'ancienneté. Et aussi, la perception de cette employée d'un gros service administratif : « Il n'y a plus que des femmes (dans le service). Il y a bien eu quelques hommes au début mais ils sont partis peu à peu vers d'autres services... Je me demande si ce n'est pas lié à la personnalité de notre chef : c'est un persécuteur, c'est comme s'il voulait nous modeler, nous façonner, un homme n'aurait pas supporté ça... »

DES LIEUX OÙ DIRE DES LIEUX OÙ SE TAIRE

C'est leur souffrance et son caractère intolérable que les femmes expriment dans le secret du cabinet médical :

« Ça ne va pas bien Docteur, il faut que je vous le dise, je ne peux pas le garder ». Les témoignages montrent que très peu de lieux sont ainsi ouverts à l'écoute et à la compréhension de cette souffrance et que le "silence", la souffrance gardée pour soi, constituent en quelque sorte une stratégie de survie. On comprend alors aussi que, dans la majorité des témoignages rassemblés, les femmes ne souhaitent pas voir le silence rompu sur les lieux du travail : « Je vous dis ça, mais cela doit rester entre nous. » ou encore, « Au travail, il vaut mieux ne rien dire de sa vie. »

Cependant, les significations du silence, que les femmes s'imposent sur les lieux du travail et parfois aussi dans la famille, sont multiples et nous avons tenté de comprendre, à travers tous les témoignages, ce que "se taire" veut dire.

DES SILENCES PLEINS DE SENS

. SILENCE STRATÉGIQUE face au poids de l'économique, silence qui protège contre le risque toujours présent de la précarité : « Personne n'ose se plaindre de peur de perdre son emploi » (emploi de proximité qui permet de concilier le travail et la famille) ou encore le cas, déjà cité, de cette jeune femme, agent d'assurance : « Pensez-vous que j'ai le droit de refuser de laver les carreaux et qu'est-ce qui peut m'arriver ? » . C'est aussi s'obliger à supporter les agressions sexistes "ordinaires" du patron ou des clients : « Vous avez de beaux seins... Je le laisse dire (le patron),..., il ne me touche pas, j'espère qu'il va m'embaucher » ; « Et pour le dessert ? « Je prendrais bien la serveuse (réponse fréquente des clients). »

. SILENCE DE SAUVEGARDE, d'économie de soi, pour éviter à tout prix la confrontation, le conflit, trop coûteux ou trop risqué, car ne rien dire c'est aussi ce qui permet de continuer à tenir : « Je me protège, je ne veux plus souffrir. » ; « Surtout, ne pas répondre, ne rien dire, garder le poing serré dans la poche » ; « Pour entrer dans cette entreprise, il ne faut pas avoir de caractère, il faut faire sa journée, c'est tout » ; « Si on se révoltait, elle nous convoquait immédiatement chez le patron ».

. SILENCE-INHIBITION par peur du chef : « Qui voit tout, qui entend tout... Et, j'ai honte de l'avouer, mais quand je suis malade, je demande à mon mari de lui téléphoner pour le prévenir » ; « Devant lui, je suis terrorisée, alors je ne réponds pas et il en profite... Quand j'entre dans son bureau, il me regarde droit dans les yeux et moi, je baisse les yeux, je me tais, je ne peux pas faire autrement. »

. SILENCE TÉTANISÉ PAR LES CRIS, les hurlements : « Si vous aviez entendu la colère de mon chef » ; « Quand la patronne entre, c'est pour faire une colère ; au début je regardais, j'écoutais, au fond de moi, je paniquais » ; « Ils me criaient tous : taisez-vous, taisez-vous, je n'ai rien pu dire, ils criaient sans cesse. Jusqu'où peut-on aller ? »

SILENCE PARFOIS PROLONGÉ JUSQUE DANS L'ESPACE PRIVÉ que l'on veut préserver : « *Je n'en parle pas systématiquement à mon mari, je ne veux pas le perturber avec ça* » ou encore parce que le conjoint lui-même impose un choix : « *il faut choisir entre le travail et la famille, dit-il.* »

DES LIEUX POUR DIRE EN SECRET

Si le cabinet médical apparaît bien comme le lieu privilégié de « déversement » de toutes les paroles ainsi retenues sur les lieux du travail, certains témoignages montrent que d'autres espaces peuvent aussi accueillir et partager le secret de ces violences subies et alléger ainsi la souffrance, par l'indignation partagée, par le rire aussi, qui permettent de garder l'estime de soi et surtout de ne pas retourner la violence contre soi, notamment à travers la maladie et sa forme la plus fréquente qu'est la dépression. Il semble que le « secret » soit plutôt partagé entre femmes de même qu'on peut noter que les témoignages rapportés ont tous été recueillis par des médecins du travail femmes : « *Mes ennuis, j'en parle avec mes amies* » ; « *Qu'est ce qu'on a pu rire avec les collègues, en parlant du patron ! On l'avait appelé Bob, du nom de mon petit chien et on inventait plein d'histoires.* » ; « *Heureusement, il y a la maison, mes enfants me comprennent, j'en parle à ma mère.* »

On devine aussi comment la perte de tels espaces de paroles peut fragiliser les femmes, comme le montre le cas de cette femme de ménage à qui on a imposé un changement de chantier au nom de l'efficacité du travail (par principe l'entreprise fait changer régulièrement les salariés de chantier car elle considère qu'en restant trop longtemps sur un même chantier, on prend ses habitudes et on est moins efficace !) : « *Vous comprenez, là-bas, il y avait plus de collègues, on pouvait se parler un peu, on avait des moments de complicité, et puis, les gens de l'entreprise avaient fini par me connaître. Ils me disaient bonjour, un petit mot en passant. Maintenant nous sommes trois, on ne se voit pas beaucoup et quand on arrive le soir les gens sont déjà partis. On se sent seule.* » Cela explique peut être aussi que tant de paroles soient ainsi reçues dans le huis-clos de la consultation médicale, unique recours face à des situations de travail dans lesquelles les femmes apparaissent de plus en plus isolées, et où les solidarités disparaissent avec l'éclatement des collectifs et la précarité toujours plus grande du travail.

LA RUPTURE DU SILENCE AU TRAVAIL : UNE IRRUPTION VITE CANALISÉE

Il arrive que le silence de rigueur, qui tient parfois de l'exercice de funambule, vienne à se rompre : perdue pour perdue, parce que trop c'est trop, quitte à être bouleversées après coup de leur audace : « *Je parle parce que je m'en vais, parce que ça devient franchement insupportable, je n'ai vraiment plus rien à perdre.* » « *J'étais en furie ! J'ai dit : on est donc bien bêtes pour être surveillées comme*

ça... J'ai failli en tomber malade. », « *Un jour, dans le bureau, j'ai craqué. Je lui ai dit : vous n'avez qu'à me licencier ! Ça m'a fait du bien !* »

Silence rompu aussi parce que l'estime de soi passe par la qualité du travail que l'on fait et que cette exigence est plus forte que la parole que l'on sait pourtant risquée : « *C'est plus fort que moi, je ne peux pas m'empêcher de faire remonter les problèmes de qualité que je rencontre. Mais, quand je rentre dans leur bureau, je vois bien dans leurs regards qu'ils se disent : encore elle ! Qu'est-ce qui ne va pas encore ?* »

Silence rompu encore parce qu'il n'y a pas d'autre issue pour continuer à travailler, parce que, ainsi que le dit une autre, « *Si vous ne supportez pas, il faut s'en aller.* ». Alors, pour rendre la situation supportable : « *Je me suis forgé le caractère, je l'ai durci, maintenant je réponds. La responsable se méfie. Avant, c'était l'humiliation, et toujours devant les clients.* »

Pourtant, ces brèves ruptures n'entament guère le pacte de silence qui règne sur les lieux de travail, parce qu'ainsi que le conclut cette femme de 51 ans, ouvrière en confection : « *le silence, c'est l'intelligence.* ». Mais cette loi du silence dans l'entreprise n'exclut nullement le désir que la violence et l'injustice soient dites et, si les femmes directement concernées ne peuvent prendre ce risque, le témoignage des médecins du travail leur est précieux, comme l'indique l'injonction pressante de cette ouvrière de 55 ans : « *Vous pouvez écrire tout ça. Il faut que ça se sache. Il faut le dire ailleurs.* » Dont acte !

CONCLUSION

La dégradation des conditions de l'emploi, à travers la menace du chômage et la précarisation du travail, qui touchent en forte majorité les femmes, semble favoriser le développement de situations de travail dans lesquelles les rapports de domination et d'oppression subis par les salariées s'expriment avec une violence dont il devient difficile de cerner les limites. Parmi les témoignages recueillis, certaines femmes parviennent à mobiliser les ressources psychiques nécessaires pour faire face à l'humiliation, qui est au coeur de cette violence, et à sauvegarder leur dignité et leur estime de soi. Cependant, pour la plupart, la souffrance qui en résulte est si puissante, parce qu'à l'humiliation s'ajoute la honte, qui rend toute chose indicible, qu'elle épuise rapidement les moyens de défense tant physiques que psychiques, et que nombre des salariées dont les cas ont été rapportés n'ont d'autre issue que la maladie. Si les syndromes dépressifs sont les plus fréquents, les maladies à caractère psychosomatiques font aussi leur irruption et les femmes témoignent largement de la façon dont elles se sentent prises, dans leur être (corps et esprit) par le caractère intolérable des situations vécues.

Si les jeunes femmes se défendent un peu mieux des atteintes à leur santé, on peut cependant s'interroger sur la durabilité de ces résistances lorsque l'on voit les difficultés des femmes dans la tranche d'âge comprise entre 31 et 45 ans. Leur état de santé fait en effet apparaître un processus, bien souvent irréversible, d'exclusion du travail et, lorsque les atteintes psychiques sont élevées, d'exclusion sociale. Les femmes plus âgées semblent dans une situation intermédiaire, notamment parce que, nombre d'entre elles, si elles subissent la violence de plein fouet, la dénoncent en même temps comme une injustice flagrante, indiscutable, et souvent avec la colère qui signe leur refus de se soumettre, en dépit des compromis auxquels elles s'obligent.

L'écoute de la souffrance et la restitution de sa "mise en mots" par les femmes elles-mêmes constituent une source de connaissances irremplaçable pour comprendre les processus à l'oeuvre dans la construction/déconstruction de leur santé au travail. Les données recueillies par les médecins du travail, dans la perspective explicite d'instruire la ques-



3- "Souffrance et précarités au travail. Paroles de Médecins du Travail." Editions Syros, Paris, 1994.

tion des relations entre précarité du travail et santé des femmes, montrent bien ici, en effet, leur valeur scientifique, par leur capacité à permettre la construction d'hypothèses et à esquisser des modèles interprétatifs. On rejoint là les connaissances apportées par les témoignages que les médecins du travail ont rassemblés dans l'ouvrage collectif « Souffrance et précarités au travail »(3), qui ont largement montré leur force explicative de certaines dérives sociales et professionnelles qui se développent aujourd'hui dans notre société.

*Ghislaine Doniol-Shaw**

*Denise Parent***

avec les contributions de : *Bernadette Berneron, Marie-Hélène Celse, Mireille Fargeon, Nicole Lancien, Jocelyne Machefer, Brigitte Perceval, Odile Riquet, Annie Robert, Catherine Roche, Mireille Roux, Ghislaine Souriac, Geneviève Terrier, Odette Vivier-Tencer** et la collaboration de Marie-Pierre Guiho-Bailly****

* CNRS, Laboratoire Techniques, Territoires et Sociétés

** Réseau « Paroles de médecins du travail sur la précarisation »

*** CNAM, Laboratoire de Psychologie du travail



Les histoires relatées dans cet article ont été recueillies auprès de médecins du travail du Réseau « Paroles de médecins du travail sur la précarisation ». Ce recueil continue. N'hésitez pas à adresser vos témoignages.

Pour une meilleure analyse, il faudrait préciser si cela est possible :

l'âge / le statut marital / le nombre d'enfants / la formation antérieure / le métier / l'ancienneté / le type de contrat / les métiers antérieurement exercés.

Mais aussi, au fil des paroles on s'aperçoit que des histoires d'hommes apparaissent pour ce qui concerne la violence, la colère, l'humiliation. Il faudra ultérieurement mettre en parallèle, des histoires d'hommes et de femmes pour affiner la réflexion..

Tous ces témoignages seront regroupés pour un décryptage de situations porteuses de souffrance. Il faut arriver à en collecter suffisamment pour enrichir la réflexion. Alors tous à vos plumes, nous en ferons un document monographique porteur de sens. Peut-être une nouvelle aventure éditoriale...

❶ Textes à envoyer à :

Ghislaine DONIOL-SHAW, 8 bis rue du Buisson Saint Louis 75010 Paris

❷ Disquettes des textes à adresser à :

Dominique HUEZ, 14 rue de la Haute Chevalerie 37170 Chambray les Tours qui regroupera ainsi l'intégralité des témoignages reçus.

RELATIONS ENTRE LA PRÉCARISATION DU TRAVAIL ET LA SANTÉ

UN BILAN PROVISOIRE D'UNE ANNÉE DE TRAVAIL

Le groupe épidémiologie du réseau Paroles a été constitué sur la base d'un triple objectif :

1) faire connaître les travaux épidémiologiques portant sur les relations entre la précarisation du travail et la santé.

2) aider à entreprendre des études en proposant un lieu permettant de présenter et de discuter des hypothèses et/ou des méthodes pour des projets de recherche.

3) élaborer des éléments de réflexion stratégique dans le champ de la recherche épidémiologique sur la santé au travail dans le cadre de la précarisation du travail.

Quatre réunions rassemblant à chaque fois une dizaine de personnes ont déjà eu lieu. Le but de cet article est de proposer une lecture de ce qui a été examiné dans le cadre du premier objectif ci-dessus rappelé.

En préambule il est nécessaire de revenir sur les raisons d'un tel objectif qui a une double racine. D'une part celle des témoignages rassemblés dans le livre Souffrances et précarités au travail (1) : des histoires individuelles, des cas, où plus que l'état du moment par rapport au travail, ce qui est raconté c'est d'un côté le parcours des sujets entrant dans une spirale d'infortunes professionnelles que rien ne semble arrêter, infortunes qui ont des noms : chômage, intérim, humiliation sur les lieux de travail, horaires décalés, charges de travail... de l'autre, une accumulation de problèmes de santé et une importante détresse.

Cette vision du réel, collection de cas, correspond-elle, malgré leur nombre, leur diversité et les liens qui paraissent les parcourir dans le sens d'une étroite association entre la précarisation du travail et la précarisation de la santé, à un corpus bien établi de connaissances, qu'elles soient de nature statistique et descriptive ou mieux encore de nature analytique sur les rapports entre le travail et la santé ? Au fond que sait-on au juste aujourd'hui du rôle de ce qui relève de l'organisation du travail et de ce qui relève de la place du salarié dans le processus de production sur sa santé physique et psychique ?

C'est ce qui avait été exploré lors des 23^{èmes} Journées de la médecine du travail qui s'étaient tenues à Besançon en Juin 1994 et qui constitue aujourd'hui la deuxième racine de ce qui est poursuivi par le groupe épidémiologie (2). Plusieurs sources de précarisation du travail avaient été distinguées :

- avoir ou ne pas avoir un emploi, le chômage
- le statut de l'emploi : contrat à durée déterminé, stages (reconversion, insertion, formation...), saisonnier...
- le statut du salarié sur son lieu de travail : sous-traitance, intérim, prêt de main d'œuvre, extra...
- les conditions de travail : horaires, cadences, contraintes physiques, expositions professionnelles, marges de manœuvre dans la réalisation des tâches...

Quels sont alors les troubles de la santé qui paraissent associés à chacune de ces sources de précarisation du travail ? Quel degré de certitude scientifique dispose-t-on, c'est-à-dire quels sont les facteurs de risque identifiés et de quelle nature ? La littérature scientifique est malheureusement pauvre, souvent incertaine (petits échantillons, biais de mesures), protocoles insuffisants, pour avoir des certitudes. Les descripteurs de la santé, surtout mentale, sont variables d'une étude à l'autre.

Néanmoins trois pôles de résultats paraissent se retrouver : chômage et dégradation de la santé mentale, notamment des états dépressifs, mais aussi mortalité plus élevée ; travail en intérim et accidentabilité accrue, notamment dans les âges jeunes ; enfin, mais c'est un résultat global, la persistance d'une mortalité différentielle en défaveur des manœuvres, des ouvriers par rapport aux cadres et professions libérales. Encore que chacun de ces pôles est questionnable et questionné : quels sont par exemple les facteurs non professionnels associés au chômage et qui pourraient être susceptibles également de déterminer la santé ? On peut même arguer que les études disponibles entraînent encore plus de doute, au point que la légitimité même du questionnement est en cause : n'est-ce pas vouloir faire l'impasse sur les facteurs individuels, sur l'histoire médicale des sujets (antécédents notamment), sur les modes de vie, sur les facteurs environnementaux ?

C'est pourquoi il a semblé urgent et indispensable de plonger dans la bibliographie et d'extraire quelques exemples donnant corps à une réflexion structurée, susceptibles de fournir des points d'appui pour légitimer le questionnement et suffisamment clairs du point de vue méthodologique pour donner un sens au lien entre la précarisation du travail et la santé.

On se propose de présenter maintenant les quatre études que nous avons examinées et qui nous ont semblé pouvoir faire partie de ces points d'appui. Le lecteur est invité à se reporter aux publications originales pour plus de détails puisque nous nous limitons ici à des indications sur la nature des protocoles utilisés et sur la portée des résultats.

1. Article : Loss of employment and mortality. J.K. Morris, D.G. Cook; A.G. Shaper (3).

Le dilemme classique est le suivant. La surmortalité (générale) des sujets au chômage ou ayant perdu leur emploi peut-elle s'expliquer par cet événement apparu dans leur parcours professionnel ou ne s'agit-il que d'un artefact, la surmortalité s'expliquant par une dégradation particulière ou générale de la santé antérieure à la perte d'emploi. En d'autre terme ce serait la santé qui serait susceptible d'expliquer le chômage et par voie de conséquence ultérieurement l'excès de mortalité et non l'inverse : le chômage facteur de risque de la santé et de la mortalité.

Il est clair qu'une mise en correspondance brute entre emploi-non emploi ou perte d'emploi avec la mortalité ultérieure permet de constater une éventuelle liaison statistique sans en induire le sens.

C'est pourquoi une étude prospective de cohorte a été menée en Angleterre au cours d'une période de 10 ans sur un échantillon représentatif de 6 191 hommes âgés de 40 à 59 ans en bonne santé et au travail d'une façon continue depuis au moins cinq ans au moment de la première enquête entre 1978 et 1980. Ensuite il y a eu une période d'attente de cinq ans jusqu'en 1983-1985 à l'issue de laquelle un questionnaire postal a permis de savoir ce qui s'était passé du point de vue de l'emploi depuis la première enquête : travail sans interruption, départ à la retraite, périodes de chô-

mage, perte d'emploi. Enfin on a enregistré la mortalité durant les cinq années suivantes (c'est à dire entre 1988 et 1990 selon la date de la fin de la phase précédente).

En définitive il a été observé un risque de décès deux fois plus élevé dans la période finale parmi ceux qui avaient dû interrompre leur travail avant la fin de la deuxième phase du protocole par rapport à ceux qui avaient continuellement travaillé. Le risque était plus élevé chez ceux qui s'étaient arrêtés de travailler (retraite ou non) pour raison de santé. Mais même chez les autres pour lesquels la cessation d'emploi n'avait pas été motivée par un problème de santé, après ajustement sur l'âge, la catégorie socio-professionnelle, les habitudes tabagiques, la consommation de boissons alcoolisées et la corpulence, il y avait un excès significatif de mortalité par rapport à ceux ayant continuellement travaillé.

En définitive cette étude suggère un effet causal possible de la perte d'emploi sur la mortalité sans spécificité apparente par rapport aux causes de décès (tumeurs, maladies cardio-vasculaires par exemple). En d'autres termes l'apparition d'un état de précarité totale par rapport au travail (période de chômage, perte d'emploi) peut être un facteur de risque de la mortalité indépendamment de la santé des salariés.

2. Article : Unemployment and mental well-being : elaboration of the relationship. (E. Lahelma) (4).

Dans la recherche des arguments susceptibles d'appuyer la causalité, les études d'impact des interventions ont un poids important. L'idée simple est de voir si l'introduction d'une modification sur un facteur donné est associée significativement à une amélioration du critère de santé.

Cette idée a été reprise par E. Lahelma concernant le lien entre le bien être mental et le non emploi (bien que les deux termes de la relation puisse être décrits de façon différente d'une étude à l'autre, dans la plupart d'entre elles cette relation est retrouvée).

E. Lahelma a entrepris l'étude prospective sur un an d'une cohorte de 703 sujets, hommes et femmes représentatifs des inscrits à l'agence pour l'emploi finlandaise au début de l'année 1983. Un premier questionnaire postal à cette date avait permis d'estimer le bien être mental à partir du Général Health Questionnaire à 12 items (GHQ 12).

Au bout d'un an, un deuxième questionnaire postal permettait de savoir si les sujets étaient encore sans emploi, ou s'ils avaient retrouvé un emploi et une deuxième estimation de leur bien être avec le même instrument permettait ensuite d'examiner son évolution en fonction du changement de statut par rapport à l'emploi.

Les résultats obtenus ont montré que le retour à l'emploi était associé significativement à une amélioration du bien être mental. Cette relation, forte, résistait à un ajustement sur l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le niveau des ressources, la santé physique évaluée au début de l'enquête, la classe sociale et la durée de non emploi.

En d'autres termes retrouver un emploi est apparu dans cette étude comme le prédicteur le plus fort de l'amélioration du bien être mental. Ceux continuellement sans emploi conservaient pratiquement le même niveau de bien être mental. Une analyse détaillée montrait une interaction entre "non emploi/emploi" et le sexe en ce sens que le retour à l'emploi présentait un effet encore plus fort sur l'amélioration du bien être mental chez les hommes.

En définitive cette étude montre que le retour à l'emploi (action) peut être une cause de l'amélioration de la santé mentale. Naturellement on peut se poser la question des effets à plus long terme. De même cette étude n'examine pas les cas intermédiaires entre "emploi/non emploi" au travers du type d'emploi retrouvé (CDD, CDI, travail en intérim...).

3. Article : Unemployment and mental well being : a factory closure study in Finland.

(H. Viinamäki et al) (5).

Les discussions portant sur les relations entre le non emploi et le bien être mental au travers des associations statistiques mises en évidence dans les études épidémiologiques se heurtent au même type d'obstacles que ceux dont-il a été question à propos des relations entre le chômage et la mortalité. Quel est le véritable antécédent : le non emploi ou un état mental dégradé préexistant à la période de non emploi, ou toute sorte de caractéristique individuelle, (psychologique, type de personnalité, ...) pouvant jouer un rôle sur le bien être mental ? Dans un schéma explicatif on ne peut évidemment pas exclure à priori ces caractéristiques comme facteurs de risque du chômage. En fait dans ce raisonnement on retient surtout l'idée que les pertes d'emploi ne se répartissent pas au hasard des effectifs salariés. Aussi il est intéressant d'imaginer des situations où, à coup sûr, la perte d'emploi est indépendante totalement des salariés. C'est le cas lorsque survient la fermeture totale d'une usine. L'événement "perte d'emploi" ne peut pas être relié à des caractéristiques individuelles, de sorte qu'une comparaison "avant-après" par rapport à la perte d'emploi s'apparente à l'étude de l'impact d'un événement aléatoire pour les sujets. Mais en général on ne dispose pas d'évaluation "avant" de la santé, surtout mentale.

Les auteurs de cet étude ont entrepris une comparaison entre un groupe de salariés mis au chômage après fermeture d'une usine finlandaise de fabrication d'objets en bois et un groupe de salariés d'une entreprise de même nature qui n'avait pas fermé ses portes. Les deux entreprises avaient des compositions socio-démographiques de leurs salariés comparables.

L'étude a porté sur le bien être mental évalué comme précédemment à partir du GHQ 12 mais aussi sur un indicateur de réactions psychosomatiques et un indicateur de dépression. La première usine avait fermé ses portes en 1991

et employait 211 salariés, la seconde employait 305 salariés. L'étude, par questionnaire postal, a été réalisée un an après la fermeture de la première entreprise pour laisser passer le temps du premier choc et ne portait que sur les sujets toujours hors travail au bout d'un an.

L'étude a montré, chez les hommes uniquement, que les indicateurs de santé mentale étaient davantage dégradés chez les salariés de l'usine ayant fermé que chez les salariés continuellement employés. Ces résultats ne semblaient pas pouvoir être remis en question en tenant compte des ressources financières, du niveau scolaire, du statut matrimonial et du support social. Toutefois, contrairement aux résultats habituels, la santé mentale chez les hommes mariés était apparue plus dégradée chez ceux qui avaient perdu leur travail par rapport à leurs homologues qui avaient conservé leur travail qu'entre les hommes célibataires des deux groupes. Les auteurs ont pensé que des sentiments d'infériorité plus prononcés chez les sujets mariés, qui pourtant étaient susceptibles de bénéficier d'un support social plus élevé, pouvaient expliquer ce résultat.

L'étude aurait beaucoup gagné si elle avait pu être menée sur des données longitudinales en comparant les évolutions sur un an entre les deux entreprises à partir de la date de fermeture de l'une d'elle. Il est difficile de dire si c'est la fermeture de l'usine qui est la "cause" d'un plus mauvais état de bien être mental ou si c'est, au bout d'un an, la persistance du chômage. Mais comme les deux groupes de sujets des deux usines étaient semblables du point de vue socio-démographique et que l'événement "fermeture de l'usine" était indépendant des caractéristiques individuelles, l'état de santé mentale plus altéré chez ceux sans emploi un an après la fermeture de leur usine peut être attribué sinon à la fermeture de l'usine du moins à la perte d'emploi prolongée.

4. Article : Jobs demands, jobs decision latitude, jobs support, and social network factors as predictors of mortality in a Swedish pulp and paper company. (N.E. Astrand, B.H. Hanson, S.O. Isacson) (6).

Les trois études précédentes concernaient la précarisation "extrême" du travail : la perte d'emploi, ce qui ne souffre guère de contestation par rapport au concept de précarisation. Mais nous avons signalé que le champ de la précarisation nous semblait plus vaste et qu'il fallait y inclure les conditions de travail.

De prime abord ceci peut être contesté en disant que les conditions de travail ont bien à voir avec la santé mais dans le seul champ de l'hygiène industrielle, en se référant à des interprétations toxicologiques (expositions à des produits chimiques...), bio-physiques (bruit, audition...), bio-mécaniques et ergonomiques (charges lourdes et pathologie lombaire...).

Mais on peut penser que les conditions de travail ne se résument pas aux descripteurs physiques du poste de travail et aux expositions professionnelles de type environnemental.

L'organisation du travail, le vécu des salariés par rapport à cette organisation peuvent constituer également des facteurs de risque de la santé. C'est ce qui a été examiné dans l'étude indiquée en titre et dont nous faisons l'hypothèse que cela entre en jeu dans des mécanismes de précarisation du travail. Mais est-ce que ces facteurs sont bien reliés à la santé ?

Dans l'étude examinée, les auteurs ont suivi pendant 22 ans un groupe de 391 salariés masculins d'une usine de pâte à papier suédoise. Sur la base des données initiales en 1961, plusieurs indicateurs portant sur le support social (relation avec les collègues et les supérieurs) et sur le degré de latitude dans le travail (ce qui concoure aux marges de manœuvre), il a été mis en évidence des relations statistiquement significatives avec la mortalité générale. Les résultats ont été ajustés par rapport à une série de paramètres comme l'âge, la tension artérielle, les habitudes tabagiques,

le degré de corpulence, le niveau scolaire, la pénibilité physique du travail. Finalement les résultats suggèrent que la perception de faibles marges de manœuvre dans le travail et

Conclusion

Ces quatre études épidémiologiques n'épuisent évidemment pas le questionnement sur les liens entre la précarisation du travail et la santé. Leur mérite est de montrer un certain nombre de protocoles axés sur une hypothèse simple mais construits de sorte qu'une discussion soit possible sur la nature causale des liens statistiques mis en évidence. Or, au stade du développement actuel des recherches, c'est bien l'essentiel pour d'une part légitimer le fait même de poser les hypothèses soulevées et pour d'autre part soutenir dans le champ "travail-santé" l'urgence d'examiner des questions qui concernent un nombre croissant de salariés.

En 1995 il y avait plus de 3 200 000 chômeurs dans notre pays et plus de 2 000 000 personnes concernées par les différentes formules de stages (7).

Les enquêtes sur les conditions de travail démontrent la persistance de conditions de travail dures (pénibilité physique, horaires atypiques). L'enquête ESTEV réalisée sur plus de 20 000 salariés en 1990 en est un exemple qui, de plus, montre clairement l'influence simultanée de ces conditions de travail et des facteurs psychosociaux sur ce qui entre en jeu dans le vieillissement (troubles du sommeil, santé ostéoarticulaire notamment) (8).

L'enquête STED montre l'accroissement de la dépression en fonction des conditions de travail, de la perception de ces conditions de travail et suggère en outre un effet additionnel dû au travail en sous traitance (9).

L'ampleur des questions et le peu de réponses en nom-

d'un support social pauvre peuvent conduire à une survie moindre, c'est-à-dire à des effets à long terme sur la santé.

bre de travaux de recherches épidémiologiques et en nombres d'équipes impliquées posent également un problème. Certes les difficultés à mettre en oeuvre des recherches solides sont considérables puisque bon nombre de protocoles sont à imaginer du côté des cohortes prospectives, mais les exemples examinés ne sont pas systématiquement hors de portée. Il ne s'agit pas de refaire systématiquement des études de même nature pour se convaincre de leurs résultats, mais d'explorer les différents champs de la précarisation du travail qui à l'évidence ne se limitent pas à la perte d'emploi, au travail en intérim et dont les effets ne sont pas seulement de l'ordre de la mortalité, de l'accident et de la dépression.

L'approche épidémiologique ne constitue pas non plus la seule voie d'investigation, mais il faut lui reconnaître le mérite d'apporter des arguments quantitatifs sur les différences entre les fréquences des atteintes de la santé (risques relatifs) au sein des groupes de population, passage incontournable pour dégager à partir d'observations singulières des lignes de force plus générales, susceptibles d'un regard collectif, de type santé publique par exemple.

Les prétentions du groupe épidémiologie dans le réseau Paroles sont évidemment plus modestes. Elles visent avant tout une relecture de la littérature existante, l'émergence de quelques questions clés et le repérage des zones de silence. Elles visent également à mettre en débat des questions épidémiologiques dont la priorité et l'importance paraissent insuffisamment reconnues.

Francis Derriennic (INSERM U170)

Références

1. Souffrances et précarités au travail - Paroles de médecins du travail. Syros, Paris 1994, 357p.
2. F. Derriennic. Précarisation du travail et santé : réponses, remarques et problèmes épidémiologiques. Archives des Maladies Professionnelles 1995, 56 : 183-188.
3. J.K. Morris, D.G. Cook; A.G. Shaper. Loss of employment and mortality. British Medical Journal 1994, 308 : 1135-1139.
4. E. Lahelma. Unemployment and mental well being : elaboration of the relationship. International Journal of Health Services 1992, 22 : 261-274.
5. H. Viinamäki, K. Koskela, L. Niskanen, R. Arnkill, J. Tikkanen. Unemployment and mental well being : a factory closure study in Finland. Acta Psychiatr Scand 1993, 88 : 429-433.
6. N.E. Astrand, B.H. Hanson, S.O. Isacson. Job demands, job decision latitude, job support, and social network factors as predictors of mortality in a Swedish pulp and paper company. British Journal of Industrial Medicine 1989, 46 : 334-340.
7. Les grandes tendances. Actualité et dossier en santé publique. Dossier Santé et précarité 1995, 12 : 4-7.
8. Age-Travail-Santé - Enquête ESTEV 1990. F. Derriennic, A. Touranchet, S. Volkoff (Editeurs). Editions INSERM, Collection question en santé publique Paris, à paraître en juin 1996.
9. G. Doniol-Shaw, D. Huez, N Sandret (Editeurs). Les intermittents du nucléaire. Enquête STED sur le travail en sous traitance dans la maintenance des centrales nucléaires. Octares Toulouse, 1995, 250p.

AUTO-ÉVALUATION DES CARACTÉRISTIQUES DU TRAVAIL UNE NÉCESSITÉ

EXEMPLES DANS LES ENQUÊTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Objet de beaucoup de soins, la partie méthode de toute étude épidémiologique doit s'attarder sur la description des moyens utilisés pour évaluer les caractéristiques du travail questionnées dans l'étude. La précision de cette description s'impose non seulement pour des raisons de comparabilité avec d'autres études, mais surtout, et peut être principalement, pour imaginer et discuter les biais possibles qui découlent de la méthode de mesure. L'auto-évaluation, si on pense aux biais, paraît d'emblée la pire des méthodes : standardisation difficile, influence de la mémoire qui est variable d'un sujet à un autre, influence de facteurs de personnalité, etc.

SITUATION STANDARD RECHERCHÉE : APPUI SUR DES MESURES OBJECTIVES

Il est clair qu'une méthode rigoureusement identique pour tous les sujets enquêtés, neutre (ce qui n'est applicable en fait qu'à des critères quantitatifs) est indispensable dès lors que l'on veut prouver l'existence d'un effet spécifique sur la santé d'une caractéristique très précise dans l'environnement de travail (en général une exposition particulière). Mais en dehors de la difficulté, sinon de l'impossibilité, à mettre en oeuvre concrètement une mesure qui serait dite "objective" du paramètre professionnel (exemple de l'exposition sonore, de l'exposition aux poussières, etc.) c'est bien par l'auto-évaluation qu'il faut passer. De toute façon en pareil cas l'épidémiologie n'est pas démunie de moyens (matrices emplois-expositions, recherche de relations de type dose-effet, protocoles d'enquêtes comparatives).

LE TRAVAIL NE SE RÉDUIT PAS À UNE LISTE DE DESCRIPTEURS OBJECTIFS

Par delà les questions précédentes, plutôt techniques, il faut aussi admettre que l'auto-évaluation des conditions de travail, et plus généralement des facteurs relatifs aux situations de travail, est aussi un passage obligé. Il est indispensable, au moins au moment où s'élabore le protocole, de se poser une question du type : quels sont les facteurs professionnels auto-évalués qu'il est absolument nécessaire de prendre en compte dans l'étude envisagée ?

Pourquoi un tel caractère de généralité ? Pourquoi une telle obligation ? C'est-ce qu'on peut apprécier sur un certain nombre d'exemples comme les affections musculo-squelettiques, les troubles du sommeil, l'hypertension artérielle où interviennent aussi parmi les facteurs de risque ce que la littérature globalise sous le terme de "facteurs psychosociaux" et qui sont constitués par une série d'as-

pects qui portent sur la monotonie du travail, sur le degré de décision autonome dans le travail, sur l'entraide au sein des collectifs de travail, sur l'intérêt des tâches. L'enquête ESTEV fournit dans les trois domaines de santé évoqués des arguments intéressants dans la mesure où ils portent sur un vaste échantillon aléatoire de plus de 20 000 salariés bien contrôlés sur les facteurs âge et sexe. En particulier il apparaît que ce n'est pas tant la contrainte de travail qui présente un risque possible mais son degré de tolérance. On peut rappeler que, depuis plus d'une dizaine d'années, le modèle de Karasek constitue une référence concernant l'interaction entre la charge de travail et le degré d'autonomie dans les tâches vis-à-vis des atteintes de l'appareil circulatoire. Encore s'agit-il jusqu'ici d'une vision relativement "mécaniste", qui complète la liste des expositions ou plus généralement des facteurs susceptibles d'entrer en jeu dans la modification de la fréquence des affections.

TRAVAIL - SANTÉ : UN COUPLE INTERACTIF

On doit aussi s'interroger sur le sens du travail pour l'homme. Ce n'est pas uniquement l'occasion d'un échange d'un labeur contre un salaire, certes nécessaire, mais c'est aussi d'un point de vue psychodynamique, une matrice où l'identité se produit, se conforte ou s'aliène.

Ce qui est en jeu dans le travail ce n'est pas uniquement d'éviter de perdre de la santé (affections, traumatismes, usures...), mais aussi de gagner en reconnaissance, en utilité et en singularité dans la société. Ce qui se joue est de l'ordre de l'équilibre psychique entre des espoirs ou des attentes et ce que l'organisation du travail permet et ne permet pas. Comment comprendre les situations de stress extrême, le burn-out chez les personnels soignants par exemple ; comment comprendre les comportements d'addiction vis-à-vis de l'alcool, du tabac et des médicaments à visée psychoactive sans saisir, et donc sans évaluer, ce que le sujet dit et ressent vis-à-vis de sa situation de travail et des contraintes perçues

(ce qui est gérable, tolérable...). A ce sujet les premiers résultats de l'enquête STED sur le travail en sous-traitance montrent que ce n'est pas tant le statut dans le travail qui importe mais les conditions, au sens usuel, du travail et surtout le vécu de ces conditions de travail.

En définitive, en schématisant l'opposition que l'on peut faire entre l'auto-évaluation et l'évaluation des caractéristiques du travail on doit distinguer deux types de situations. Ou bien l'étude porte sur une question unilatérale dans le sens d'un effet d'une nuisance particulière sur un paramètre biométrique ou une lésion organique spécifique, ce qui implique de discuter l'auto-évaluation des caractéristiques du travail du point de vue classique des biais. Ou bien l'étude

porte sur une question qui concerne plus globalement les effets du travail sur la santé dans ses différentes dimensions physiques et psychiques, auquel cas l'auto-évaluation des caractéristiques du travail est indispensable. Les facteurs professionnels (expositions, contraintes...) ne peuvent pas être imaginés comme indépendants du mode d'organisation du travail et de l'interaction sujet-organisation du travail. De ce fait ces interactions doivent être prises en compte, tout au moins dans l'élaboration du protocole et dans la discussion des résultats.

*F. Derriennic, F. Bardot,
G. Bradane, G. Doniol - Shaw,
D. Huez, G. Lasfargues, N. Sandret*

ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ AU TRAVAIL PARIS, 10 et 11 juin 1996

À l'occasion du lancement de sa nouvelle formule, la revue *Santé et Travail* publiée par la Mutualité française organise les 10 et 11 juin prochains les "États généraux de la santé au travail". Cette manifestation a reçu le parrainage de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail (Dublin), le soutien de l'ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) et celui de la FNATH (Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés).

La Mutualité française, consciente de la dégradation des conditions de travail et des conséquences que cette évolution génère sur la santé publique, souhaite dresser un état des lieux et susciter un temps fort du débat social et scientifique sur ce thème. Pour cela, les États généraux réuniront trois catégories de participants : le monde universitaire (chercheurs, enseignants et étudiants en ergonomie, épidémiologie, toxicologie, sociologie du travail et de la santé...), des professionnels concernés (médecins et infirmières du travail, inspecteurs et contrôleurs du travail, ingénieurs et techniciens de prévention) et des acteurs sociaux (animateurs sécurité, délégués du personnel, membres de CHSCT, formateurs syndicaux...). Cette manifestation se déroulera dans les salons du Tapis rouge, 67 rue du Faubourg Saint-Martin, dans le 10^e arrondissement de Paris.

Renseignements et inscriptions : "États généraux de la santé au travail" Direction de l'information - Mutualité française 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15 Téléphone : 40 43 34 00 (Daniel Desbordes)

SANTÉ 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

L'INTÉRIM

BILAN DU DÉCRET DE JUILLET 1991

PREMIER BILAN, SEPTEMBRE 1995

ECHOS DES REGIONS

La situation, est différente d'une région à l'autre, mais personne n'a résolu les problèmes engendrés par l'intérim et par le décret de 1991.

ILE DE FRANCE « La situation est caricaturale ». Les médecins inspecteurs ont freiné les agréments. Les employeurs se sont surtout mobilisés sur la création des fichiers. L'agrément obtenu, les services ne respectent rien.
 Les intérimaires sont surveillés par les médecins ETT. Les risques ne sont pas connus, la surveillance spéciale n'est pas appliquée. L'action sur les conditions de travail est impossible.
 Les questions d'aptitude sont ingérables.
 Essai de surveillance spéciale :
 « Dans le B.T.P., je reconnais les intérimaires sur le chantier car ils ne me disent pas bonjour ». Certains étaient exposés au plomb. Nous avons tenté la surveillance spéciale. Tout ça à un coût. Depuis, ils ne seraient plus exposés !

STRASBOURG A la demande des inspecteurs du travail, les médecins ont pris le problème en main et ce, bien avant le décret. Il s'agit de médecins motivés, d'où la fracture par rapport aux services interentreprises traditionnels. Ils ont en effet des moyens pour assurer l'accompagnement de la personne, individuellement et d'en assurer le suivi (mis à part les perdus de vue).

FRANCHE-COMTE
 1) Petits services, petites entreprises, la situation n'est pas aussi caricaturale qu'en Ile de France
 2) la situation géographique du service interentreprises fait que le médecin responsable des salariés intérimaires fait un bon suivi de dossiers médicaux et constitue un dossier sur les conditions de travail.
 3) On recrute facilement des médecins qui ne sont pas surchargés en effectifs.

OUEST Les intérimaires sont vus dans le cadre de l'entreprise utilisatrice ETU
 * Notion de livret, carnet et d'information sur les risques professionnels
 * Donc l'entrée se fait plutôt par la notion de surveillance spéciale.

TOULOUSE Evoque le problème de la surveillance partagée entre médecins ETU et ETT. L'aptitude sans connaissance du risque devient sélection médicale.

LYON Les entreprises de travail temporaire (ETT) connaissent mieux le fichier que le décret de Juillet 1991. Le serveur n'est d'aucune aide pour le médecin et sert peu aux ETT, en général. De nombreux intérimaires n'ont pas accès à la médecine du travail et de nombreux médecins du travail ETT n'ont pas accès aux postes de travail.
On se rapproche plus de l'aptitude à l'emploi qu'à l'aptitude au poste. L'aptitude à « 3 postes » n'a rien à voir avec le métier.

INTÉRIM ET SENS DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Est-ce « éviter toute altération de la santé des travailleurs, du fait de leur travail » que de signer une fiche d'aptitude à l'emploi avec comme définition de poste par exemple « hauteur, tunnel, souterrain », « ça, c'est un métier ! » sans connaître les conditions de travail parce qu'on est simplement médecin ETT.

C'est assurément faire de la clinique, comme un généraliste et en assurer le suivi ; c'est faire, très bien, de l'accompagnement social (avec des travailleurs sociaux si né-

cessaire). Mais l'aptitude, dans ce cadre, est inacceptable. Elle ne sert à rien. « En quoi, avec ce décret, contribue-t-on à l'amélioration des conditions de travail ? », « ce texte parle des visites médicales, non de médecine du travail », « il faut faire diminuer le risque dans l'ETU et non chercher à exclure le salarié du risque, car c'est l'exclure du contrat », « ce texte est révélateur de l'ambiguïté du métier de médecin du travail. Quel médecin intérim peut prétendre ne pas faire de sélection ? ».

Il faut pourtant bien savoir qu'en terme de santé publique, l'intérimaire accumule les risques, et il n'est pas pensable de laisser des intérimaires exposés à des risques connus dans les ETU sans rien faire... Mais que faire ?

- * l'intérim existe
- * qui contrôle quoi ?
- * qu'est ce que le médecin du travail peut faire ?

Il est positif que les médecins du travail dénoncent ce fait. Pour cela, ils ont besoin de temps, de tiers temps. Il leur faut aussi fonctionner en réseau. Enfin, n'oublions pas que la centralité du travail pour construire la santé n'a rien à voir avec l'emploi.

LE DÉCRET DE 1991 EST-IL LÉGAL ?

1) Le fichier "liste de corvéables" et d'aptitudes alibi, doit-il être saboté ? Les services interentreprises se poseraient la question actuellement. Mais, explique un médecin inspecteur en sabordant le serveur, ils sabordent le décret et donc s'excluent de la possibilité de surveiller le personnel intérimaire (des ETT).

2) Malgré la CNIL "ce fichier privé" en "santé publique" est inacceptable (analyser la position de J. Fauvet sur ce sujet). Les salariés ne savent pas qu'il sont fichés.

3) L'aptitude à trois "conditions de travail" : il n'y a pas eu d'analyse juridique. Au ministère, les médecins de la commission, étant minoritaires, n'ont obtenu aucune réponse, nous explique-t-on.

4) Transmission des examens complémentaires entre médecins ETU et ETT : l'ordre a donné une réponse discutable, faisant l'amalgame avec la pathologie professionnelle, qui lève le secret médical. Mais on se rassure un peu vite, car on ne transmet pas que du pathologique professionnel.

5) Le carnet de santé des risques de l'intérimaire

- * qui le remplit ?
- * qui notera les expositions ?
 - le médecin ETT ou ETU ?
 - l'employeur ?
- * qui le lira ?

Ce carnet évoque les carnets ou passeports ouvriers du 19^{ème} siècle. Il permet à celui qui le possède d'affirmer : *« regardez, je suis travailleur potentiel, et pas fainéant, et j'accepte le sale boulot ; je ne suis pas encore indigent. Je n'ai pas basculé dans la survie. Mon carnet montre que j'émerge à la frange des gens capables de travailler . »*

Fichier, carnet : autant de documents qui peuvent devenir menaçants pour les droits de la personne. Ces documents, passant du côté de la puissance publique, permettent, à terme, le tri et la sélection.

L'INTÉRIM ET LA SOCIÉTÉ

« quel est votre métier ? » / « je suis intérimaire »

Les intérimaires eux-mêmes, dans la société, se déclarent spontanément, se situent à l'étage social en dessous. Ils participent au nivellement.

Mais que l'on soit dans l'entreprise ou hors entreprise,

qui se pose les questions santé/travail de l'intérimaire avec la même acuité que pour un CDI ? La société est-elle prête à poser la question ? Dans beaucoup d'états, il n'y a pas d'intérim. Il s'agit donc d'un choix, qui a ses "avantages" : on y perd en visibilité et en dynamique sociale.

Or, les travaux interdits concernent une liste très limitée de risques et ne tiennent absolument pas compte des surveillances spéciales.

Dans ces circonstances, si la société veut continuer à exposer les intérimaires à des risques, ce n'est pas au médecin ETT de donner le feu vert ! Ce doit être le rôle du médecin du donneur d'ordre, de l'entreprise utilisatrice car c'est là que se situe la dynamique sociale ou ce qui en reste.

L'INTÉRIM ET LE DONNEUR D'ORDRE

Mais pourquoi faut-il donc un médecin ETT ? N'a-t-on pas voulu éviter, dans l'ETU, le débat sur la santé des intérimaires ? Va-t-on répondre par la fiche d'aptitude alibi à la question de la responsabilité du donneur d'ordre par rapport au risque ? Ou celle de l'entreprise utilisatrice ? Il faut responsabiliser l'entreprise qui génère les risques. La visite médicale du médecin d'ETT pourrait être faite par un généraliste. Il faut sortir du débat de la "visite médicale majeure" et replacer, dans l'ordre, l'étude de poste en premier.

L'employeur "Maître après Dieu dans l'entreprise" ne saurait se décharger de sa responsabilité. La médecine du travail ne doit pas se décharger de tout ça, mais c'est exactement ce qui se passe avec la fiche d'aptitude du médecin d'ETT !

INTÉRIM ET STRATEGIE EN MÉDECINE DU TRAVAIL.

1) Pas de fiche d'aptitude sans définition du risque

2) Pas de définition du risque sans responsabilisation de l'entreprise utilisatrice (DP, CHSCT doivent se mobiliser).

3) Pas de fiche d'aptitude en cas de visite effectuée par le médecin ETT qui n'assure qu'un simple suivi clinique et un accompagnement.

4) Les médecins d'ETU ou de donneurs d'ordre doivent prendre leurs responsabilités et replacer les problèmes de santé/travail sans distinction entre CDI et intérimaire en mission, CDD, sous-traitants sur le site.

5) Il faut à la fois un regard transversal sur le risque immédiat, en ETU et un regard longitudinal sur la précarisation et l'accumulation, la succession des risques. En assurer le suivi clinique.

6) Poser la contradiction de la fiche d'aptitude à un poste que l'on ne connaît pas.

Jocelyne Machefer, Nicole Lancien

LA SURVEILLANCE MÉDICALE DES TRAVAILLEURS INTÉRIMAIRES : UN TEXTE INAPPLICABLE UNE SITUATION INACCEPTABLE

LE DÉCRET DU 23.07.91

La surveillance médicale des travailleurs intérimaires a toujours posé problème, pour la simple raison que le médecin qui voit le salarié de l'entreprise de travail temporaire (ETT) en visite médicale n'est pas, sauf exception, celui qui surveille l'entreprise utilisatrice (EU). Il ne connaît pas le poste de travail et n'a pas la possibilité d'intervenir sur celui-ci. Il y a donc directement clivage entre aptitude à un poste et prévention d'un risque, ce qui paraît entrer d'emblée en contradiction avec la mission du médecin du travail.

Le décret du 23/07/91, applicable depuis février 92, fait partie des mesures prises à la suite du constat d'augmentation des accidents de travail aux dépens des jeunes et des salariés en emploi précaire. Le décret est censé remettre un peu d'ordre dans la surveillance médicale des intérimaires qui, de fait, est très mal observée.

En effet, sur ce problème de fond, du partage de la mission entre deux médecins, se greffe une difficulté très concrète, "insurmontable" : celle de l'application de la visite médicale, en principe obligatoire avant chaque mission. C'est tout à fait irréaliste et dans la pratique, ce n'est effectivement jamais fait. De toutes façons les intérimaires ne sont vus en visite médicale que très irrégulièrement... Tout est presque toujours compliqué : le chantier est loin, la perte de temps est insupportable pour le "client"... Personne n'y voit beaucoup de sens, y compris les médecins du travail. Les ETT sont souvent les parents pauvres des services de médecine du travail interentreprises...

Quoi qu'il en soit l'ETT est souvent en défaut, ce qui prend une particulière acuité quand survient l'accident par exemple.

À l'annonce du futur texte sur la surveillance médicale des travailleurs intérimaires, les médecins du travail se réjouissaient qu'enfin le législateur se préoccupe de cette question, tant il paraissait aberrant que ces salariés soient confiés à un médecin par définition extérieur à leur poste de travail. Une évidence s'impose : le médecin du travail le mieux placé pour intervenir auprès de l'intérimaire est celui de l'EU.

Or, loin de résoudre cette question, le nouveau texte aggrave les choses. En effet **qu'apporte le décret ?** On peut le présenter en deux points essentiels :

1. Une visite annuelle, à la charge de l'ETT, pour une aptitude à trois emplois, aptitude enregistrée sur fichier informatique (art. R 243-11 et 13).

- Une visite par an : pour qu'elle soit observable, il s'agit d'alléger l'obligation des ETT.

- L'ETT reste juridiquement responsable de la surveillance médicale et son médecin de l'aptitude.

- Trois emplois pour couvrir aisément différentes missions mais on passe alors de la notion d'aptitude à un poste à celle d'aptitude à un emploi, voire de "polyaptitude"...

- Un fichier informatique pour assurer, (de façon moderne !), la communication entre les différents services médicaux interentreprises d'une même zone géographique. Mais pourquoi ce fichier doit-il être accessible directement aux ETT, alors que le texte précise, deux articles plus haut, que le médecin du travail « a pris connaissance de la fiche d'aptitude (...), avant chaque nouvelle mission » ?

2. La surveillance médicale particulière (SMP) est à la charge de l'EU, dont le médecin intervient sur la décision d'aptitude, avec partage des informations avec le médecin de l'ETT (art. R 243-12, 14 et 15).

- Seul le médecin de l'EU, en effet, peut prendre en charge la notion de risque. Il est bien précisé qu'il assure l'ensemble de la surveillance médicale particulière, y compris les examens complémentaires préalables à l'affectation au poste.

- Mais le partage d'informations entre deux médecins, par dessus la tête du salarié, n'est pas conforme à la déontologie médicale quant au respect du secret médical.

- Par ailleurs, si cet espace de coopération offert aux médecins peut paraître motivant au premier abord, il n'est malheureusement pas réalisable dans la pratique, pour deux raisons essentielles. D'une part, le respect d'une telle procédure demande du temps, ce qui est incompatible avec la notion de rapidité, voire d'urgence, qui fait partie des motivations du recours au travail intérimaire. D'autre part, le mode de fonctionnement des services interentreprises entrave lourdement ce type de démarche.

La recherche du confrère de l'EU

Selon le texte du décret (R 243-14) les coordonnées des SMT sont systématiquement échangées au moment de la signature du contrat.

En pratique ces renseignements ne sont jamais donnés spontanément et chercher à les obtenir suppose une attitude incisive et représente souvent une course d'obstacles. On inscrit la demande sur la fiche : rien. On appelle la secrétaire de l'ETT : « Ah bon, pourquoi ? Qu'est-ce qui se passe ? C'est pour Mr Untel ? Bon Je vais voir avec le client... ». Le client : « Quoi ? Qu'est-ce qu'il veut ? » On finit par arriver au service de médecine du travail (SMT), mais on n'a pas forcément gagné, comme le montre ces exemples qui ne sont pas de la fiction.

C'est un manoeuvre-manutentionnaire-terrassier, que je vois après sa journée de travail, un vendredi soir. Il est sur un chantier autoroutier depuis quelques semaines. Il est couvert de lésions cutanées très prurigineuses, très pénibles depuis quelques jours. D'ailleurs il n'est pas le seul sur le chantier et il leur semble bien qu'ils ont ramassé des bêtes" sous les arbres... Dans l'immédiat, il a besoin de soins, même s'il ne veut pas s'arrêter. Le dermatologue voisin peut le recevoir et me confirmera le diagnostic d'une réaction probable à des chenilles processionnaires. Je cherche à joindre le médecin de l'EU avec les difficultés déjà décrites et quand j'arrive au SMT, la barrière administrative est sévère : « Vous êtes sûre qu'il s'agit de telle entreprise ?... Un intérimaire ? Et de quelle agence d'intérim ? J'en parlerai au docteur X. Non je ne peux pas vous le passer, il a une consultation très chargée, etc. ». Je rappelle plusieurs fois, en vain... J'écris. Pas de réponse.

UN TEXTE INAPPLICABLE

Cette surveillance partagée, risque/apptitude, est ingérable pour plusieurs raisons. Lors des visites médicales d'intérimaires, il apparaît souvent de façon évidente que ces travailleurs sont soumis à des risques et que la surveillance médicale particulière n'est pas faite. Dans certains cas il paraît inconcevable au médecin de ne pas en tenir compte (bruit, écran, silice...) et de ne pas faire un minimum d'exams (s'il en a le temps...). Mais, surtout il n'est pas simple du tout d'échanger des informations avec le confrère de l'EU :

- matériellement il est difficile de se joindre rapidement : obtenir les coordonnées du service médical, trouver le médecin concerné, l'avoir au bout du fil, tout cela demande plusieurs jours... A quoi sert un échange d'informations de quelques minutes au téléphone, 10 à 15 jours après la visite d'embauche d'un intérimaire qui ignorait si sa mission allait durer une semaine, un mois, six mois ?

- faire une telle démarche suppose qu'il y a un problème à prendre en compte, qu'une situation est préoccupante. Peut-on raisonnablement espérer résoudre un problème d'aptitude, de protection immédiate d'une santé défaillante, d'amélioration de conditions paraissant très difficiles, voire de prévention d'un risque grave, en quelques phrases échangées avec un confrère parfaitement inconnu ? C'est irréaliste car bien au contraire la plupart des situations difficiles entrevues à travers les visites médicales de travailleurs intérimaires mériteraient d'être prises en charge de façon beaucoup plus proche et avec des moyens suffisants. Alors, la surveillance médicale des intérimaires se résume, dans la majorité des cas, à une décision d'aptitude prise "dans le vide"...

UNE SITUATION INACCEPTABLE

La consultation des intérimaires est devenue intolérable. D'évidence **le médecin du travail y est réduit au rôle de "délivreur" d'aptitude**, à l'unique fin que l'ETT soit en règle, qu'elle n'ait pas d'ennui. Le dilemme droit au travail/droit à la santé est poussé à son paroxysme. Et s'il veut se défendre d'un rôle de sélection à l'aveuglette, le médecin ne peut se permettre la moindre restriction d'aptitude et ne peut faire aucun suivi. Il est dans une position intenable sur le plan éthique.

La SMP à la charge de l'EU est un leurre. Même dans les services inter qui se sont donné la peine d'assumer cette situation, la surveillance médicale particulière est faite par le médecin de l'ETT (cf. expérience de Strasbourg).

Mais ce n'est pas tout, il reste **le fichier informatique Minitel** qui rassemble les aptitudes prononcées au cours des douze derniers mois, à la disposition des ETT. On a déjà relevé l'ambiguïté autour du destinataire (ETT ou SMT). On peut s'inquiéter des imperfections techniques : les critères de la CNIL imposent une saisie très stricte qui ne tolère aucune erreur, et le salarié est introuvable dès la moindre faute d'orthographe : Michael ou Mickael ?

Mais, surtout, **on ne doit pas se taire devant le risque inévitable de dérapage vers un redoutable outil de sélection**

Du côté de la surveillance médicale particulière

Que se passe-t-il sur le versant de l'EU ? Très généralement, le médecin du travail n'est pas informé de la présence d'intérimaires dans les entreprises. Quant aux demandes de surveillance médicale particulière, elles sont tout à fait exceptionnelles.

L'exemple suivant est assez significatif : il s'agit d'un atelier de presses avec un niveau de bruit qui nécessite une surveillance audiométrique. Je m'aperçois par hasard – alors que cette entreprise respecte plutôt bien la réglementation, y compris en matière de médecine du travail – qu'il y a plusieurs intérimaires, et dans chaque équipe (ils font les 3/8), depuis plusieurs semaines... Je me mets en devoir de faire les audiométries mais la secrétaire qui s'occupe du personnel, qui a 55 ans et qui connaît bien son travail est très sceptique : « Ah vous croyez ? Non, non, non, on n'a jamais fait ça. Ils ne font pas partie de l'effectif. La médecine du travail, ils la passent dans leur entreprise, docteur, vous n'êtes pas au courant ? » – « Si, si, mais pour la surveillance spéciale c'est différent... etc. ». Après quelques démarches dans l'atelier, je commence à faire quelques audiométries, quand arrive à l'infirmerie le chef de production, assisté du commercial de l'ETT qui justement passait voir son client. « Docteur, on peut vous parler 5 mn ? ». Ils étaient très mécontents : « Vous n'avez pas à voir les intérimaires » et le commercial de l'ETT, qui était plutôt contrarié, parce que bien sûr les salariés n'avaient pas encore passé de visite d'embauche : « Non, non, c'est moi qui suis responsable de la visite médicale et ils passeront sur le camion, c'est prévu ». J'explique à nouveau : les nouvelles mesures, etc. Ils étaient tout à fait incrédules. Alors le responsable de l'ETT reprend : « Je suis très gêné par rapport à mon client parce que, qui est-ce qui paye ? » – « Ah, dis-je, voilà la bonne question : qui va payer ? ».

tion : les aptes, les multiaptés, les inaptés par soustraction. La circulaire du 17.02.92 se défend de cet effet de sélection mais c'est bien mal connaître le fonctionnement de la médecine du travail en service interentreprises. Très généralement, ce sont les employés administratifs des SMT qui saisissent les données transférées au fichier. Quels sont les critères retenus d'après les dossiers médicaux ? Que fait-on des « réserves éventuelles émises par le médecin du travail sur l'aptitude des salariés », selon les termes de cette circulaire ? Pourquoi trouve-t-on dans le fichier des "emplois" libellés « travail en hauteur » ? Le plus souvent les médecins concernés ne savent pas comment fonctionne le fichier.

En fait ce fichier est d'abord inutile. En effet, pourquoi ne pas simplement compter sur la fiche d'aptitude que le salarié — tout intérimaire qu'il soit — est largement capable de garder sur lui, avec ses papiers d'identité. Par ailleurs, il est très généralement sous utilisé par les ETT, ce qui le rend, de fait, à la charge financière quasi exclusive des SMT. Ceci pose clairement la question de la pertinence d'un tel fichier. L'inertie dont font preuve les secrétaires et responsables d'agence pour remplacer "la visite" par la consultation compliquée d'un fichier minitel, qui leur paraît bien aléatoire, ne semble pas dépourvue de sens. Ceci peut signifier, que ce passage obligé par la médecine du travail est

Un autre cas, tout aussi éloquent : c'est un jeune ouvrier pour une visite d'embauche, bien qu'il travaille déjà depuis quelques semaines dans une usine de transformation de matières plastiques. Il est inscrit "manutentionnaire au magasin", en fait il est à la production et "prépare la matière", il manipule des colorants sous forme de poudres, sans gants, sans vêtements de travail, sans masque. «*On est couvert de poussière de la tête aux pieds, hier j'étais tout vert et on n'a pas de douche. On en avale pendant 8 heures !* ». Effectivement je connais un peu ce genre de fabrication et repère un risque évident. Je remonte donc la piste du médecin de l'EU qui me répond qu'il a à peine connu cette entreprise où les conditions de travail étaient en effet assez désastreuses, mais qu'elle a été "radiée pour non paiement des cotisations".

sans doute aussi, sur le terrain, autre chose qu'une formalité administrative et qu'il passe dans cette relation avec un médecin quelque chose qui a une dimension humaine qu'on ne remplace peut-être pas si facilement par un fichier informatique ? Les médecins devraient y réfléchir, pour affirmer l'irréductibilité de cet espace humain ; dont témoigne malgré tout l'intervention médicale en milieu de travail.

En résumé ce texte, qui a été qualifié de novateur, est en complet décalage avec la réalité quotidienne du médecin du travail. Il institue le cadre réglementaire de la visite médicale alibi par excellence. Le fait qu'il ait pu être conçu avec — ou en présence — des partenaires sociaux d'une part et que, d'autre part, les médecins du travail dans leur grande majorité ne disent rien (donc consentent ?) est accablant. De tels textes, qui courent derrière la déréglementation plutôt qu'ils ne l'encadrent, atteignent en réalité des sommets d'hypocrisie. Ils ont la prétention de renforcer le dispositif de prévention alors que, strictement inapplicables, ils le vident de son sens.

Les éléments qui pourraient paraître constructifs supposent une structure préalable dont tout le monde sait qu'elle n'existe pas. Même les (rares) services qui se sont donnés les moyens de travailler correctement considèrent irréalisa-

ble la surveillance partagée et tentent d'assurer eux-mêmes les surveillances spéciales. Dans les autres, la charge de travail du médecin de l'ETT ne lui permet pas d'espérer connaître les postes de travail dont il est question.

Le risque est qu'il ne reste dans la pratique, que le fichier, dangereux pour les salariés, inacceptable sur le plan éthique par les médecins.

L'institution *Médecine du Travail*, mise en place pour protéger les hommes, considérée comme un acquis social, se voit aujourd'hui transformée en alibi. Le texte lui-même est très dangereux car il met en place des éléments qui pervertissent, de façon incontrôlable, l'intervention du médecin dans le monde du travail. En effet, il n'est plus question de prévention des risques, encore moins d'amélioration des conditions de travail, mais simplement de sélection médicale. La médecine du travail "à la française" prétend correspondre aux exigences et à l'esprit des directives européennes, et aux textes de l'OIT. (Elle n'hésite pas, dans certaines occasions, à se présenter comme "un modèle"...). Or, la priorité absolue des textes adoptés par la Conférence internationale du travail sur la santé au travail est la **prévention primaire** (convention 161 de l'OIT). Il est intéressant de noter qu'ils insistent particulièrement sur le **risque de discrimination par le biais de la surveillance médicale** (paragraphe 11 de la recommandation n° 171) : «*Des dispositions devraient être prises pour protéger la vie privée des travailleurs et faire en sorte que la surveillance de leur santé ne soit pas utilisée à des fins discriminatoires ou de toute autre manière préjudiciable à leurs intérêts.* »...

Qu'en est-il pour les salariés intérimaires français ? Le décret de 91 et la situation que connaissent les acteurs de terrain n'indiquent pas que la médecine du travail française s'engage dans la voie recommandée par ces organisations internationales.

Marie Pascual

ANALYSE CRITIQUE DU DECRET DU 13/7/91 ET PROPOSITIONS SUR LE SUIVI DES SALARIÉS INTÉRIMAIRES

Le décret du 13/7/91 concernant la surveillance médicale des travailleurs intérimaires rencontre des difficultés d'application majeures, reconnues par l'ensemble des partenaires.

Ces difficultés sont dues aux éléments suivants :

- la non application du texte du 12/7/90 (art. L 124-2-5) concernant le recours à l'emploi des salariés intérimaires et de ceux à contrat à durée déterminée (utilisation abusive des intérimaires dans les entreprises à des postes fixes).

- le médecin de l'entreprise utilisatrice assure rarement la surveillance médicale spéciale telle que prévue par le décret du 13/7/91. Il n'est pas informé de la présence des salariés intérimaires dans les entreprises dont il a la charge. Le temps médical pour faire cette surveillance n'est pas prévu. Les examens complémentaires représentent un surcoût que

les entreprises ne veulent pas assumer. Le turn-over rapide des salariés temporaires dans l'EU, et la durée des missions très courte (9 jours en moyenne), rend la tâche du médecin EU très difficile.

- le médecin de l'ETT n'a pas les informations prévues par le texte (coordonnées du médecin de l'EU, description du poste). Ces médecins travaillent en services interentreprises. Le temps théorique défini par le texte n'est pas pris en compte. Pire : les sureffectifs permanents et l'éparpillement de la surveillance des intérimaires sur tous les médecins font, que l'effectif de ces salariés n'est même pas pris en compte dans le temps médical.

- la surveillance partagée entre le médecin de l'ETT, responsable de l'aptitude et le médecin de l'EU, responsable de la SMS, est illusoire car inappliquée en pratique. Elle

pose en outre de réels problèmes déontologiques et éthiques (problème de secret médical, y compris entre confrères).

Au total le médecin du travail, médecin de prévention, se retrouve dans le rôle exclusif d'un médecin de dépistage qui n'aurait pas, là non plus, les moyens de réaliser sa mission sans mettre en danger l'emploi du salarié : une demande de radiographie pulmonaire retarde la date de décision et risque donc de léser l'intérimaire en attente de mission, ou qui doit se présenter le jour même avec son certificat d'aptitude au chef de chantier. La moindre restriction d'aptitude peut représenter la même menace.

- le serveur pose plusieurs problèmes :

* celui de la définition des emplois ; de plus en plus la notion de risque se substitue à celle d'emploi... (ex : travail en hauteur).

* celui de la multiplication du nombre d'aptitudes à l'emploi pour certaines régions (3 aptitudes à chaque visite, donc 6 aptitudes pour 2 visites ?).

* celui de la maîtrise du serveur, qui échappe au médecin du travail (dans la plupart des cas il n'en a pas l'accès direct).

* celui de la non-utilisation du serveur par les agences ETT.

La mission du médecin du travail est de préserver la santé des salariés et de contribuer à améliorer les conditions de travail. Pour le médecin de l'ETT le clivage aptitude à un emploi / prévention d'un risque est ingérable, (car la participation du médecin EU n'existe pas en pratique), et son intervention peut facilement basculer vers la sélection... la mise en place du serveur pouvant faciliter cette sélection.

En effet, du fait de la distribution des rôles entre médecin ETT et médecin EU, mais aussi de la pression qui est exercée sur le service inter pour avoir une consultation avec un médecin (n'importe lequel), et de la pression qui s'exerce sur le salarié, la pratique qui découle de ce texte s'arrête à l'aptitude à l'emploi et très généralement la prévention du risque n'est pas prise en compte.

Nous pensons que le décret du 23/7/91 n'a pas résolu les difficultés représentées par la surveillance médicale des intérimaires. Nous proposons quelques pistes de réflexion :

- renforcer les limitations du recours au travail intérimaire (application plus stricte de la loi du 12/7/90, (art. L 124.2.3)

- étendre la liste des travaux interdits aux travailleurs intérimaires (rayonnements ionisants et au minimum l'ensemble des expositions à des agents cancérogènes).

- renforcer l'obligation d'établissement de la liste des postes à risques et à surveillance médicale spéciale (SMS), nécessitant une formation à la sécurité assurée par l'employeur, le CHSCT et le médecin du travail (art L 231.3.1).

- obtenir l'intervention matérialisée du médecin de l'EU lorsqu'un intérimaire est affecté à un poste à risque ou à SMS (comme défini ci-dessus), par exemple par sa cosignature sur la demande d'un travailleur intérimaire à un poste à risque ou SMS, avec par exemple fiche de définition du poste à établir pour le médecin ETT... (ce temps de travail doit être pris en compte dans le calcul de temps médical du médecin de l'EU.)

Pour les risques qui relèvent de décrets spéciaux en particulier, l'aptitude est du ressort du médecin qui suit le salarié, à condition qu'il ait réellement les moyens de prendre en charge médicalement ces risques (accès à l'information, temps...). Sinon c'est le médecin EU qui doit prendre en charge le risque.

On peut souhaiter que ces postes relevant de décrets spéciaux soient interdits au travail en intérim ; mais le problème est le même pour les travailleurs en sous-traitance (c'est la logique adoptée dans le projet de décret relatif à la protection des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants, intervenant dans les INB).

- donner au médecin de l'ETT les moyens d'exercer sa mission. Le médecin de l'ETT doit effectivement obtenir toutes les informations introduites dans le texte du 13/7/91 (connaissance du poste, coordonnées du médecin de l'EU, personnes responsables de l'agence). L'organisation des services interentreprises de médecine du travail doit être modifiée pour ces salariés intérimaires (conditions d'affectation de ces effectifs à certains médecins, (en nombre restreint et motivés), temps médical attribué suffisant (une heure pour 10 salariés, introduction des intérimaires dans l'effectif en début d'année, en se basant sur les chiffres des années précédentes).

- supprimer le serveur : la fiche d'aptitude à un emploi, (ou à des emplois complémentaires : magasinier-cariste ou maçon-coffreur...), donnée par le médecin de l'ETT, est suffisante (art L 241.48).

L'application de ce décret va donner lieu à une évaluation. Il est primordial que les médecins prennent position, professionnellement, dans ce débat.

*Jean-Marie Eber, Marie Pascual,
Michelle Prévost, Nicolas Sandret
février 1996*

LES IDÉES-CLÉS, À NE PAS LÂCHER

la difficulté de la surveillance partagée, son caractère illusoire, les questions éthiques qu'elle soulève.

l'importance de la structure à laquelle est confiée la surveillance des ETT et des moyens mis en œuvre : cohérence de l'organisation, investissement des médecins (cf. l'expérience du service de Strasbourg).

l'intérêt de l'intervention du médecin EU sur l'attribution de certains postes de l'entreprise à des travailleurs intérimaires.

la priorité à l'objectif de prévention primaire au poste de travail.

MÉDECINE DU TRAVAIL ET TRAVAIL PRÉCAIRE

L'analyse que nous pouvons faire des difficultés d'application du décret concernant la surveillance médicale des intérimaires, peut être étendue aux autres formes de travail précaire et aux situations de sous-traitance.

Les nouvelles formes d'organisation du travail ont des répercussions négatives sur la santé des salariés, alors que la médecine du travail, dans les conditions de fonctionnement actuelles, ne peut pas leur apporter de suivi à moyen ou long terme (dispersion des salariés, dispersion des services intervenants...).

Par ailleurs, le médecin qui suit les travailleurs n'est pas celui qui a les moyens (théoriques) d'intervenir sur le poste de travail. Quid de la prévention primaire ?

Dans ces situations d'intérim et de sous-traitance, l'action du médecin est réduite au suivi sporadique des salariés, voire à une visite médicale unique. Il ne s'agit plus de pré-

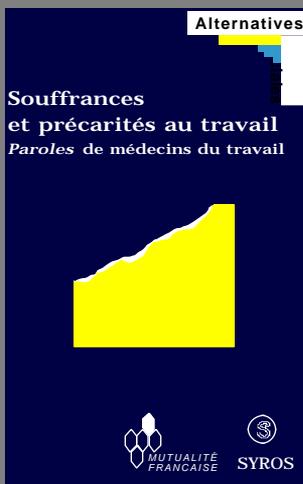
vention du risque. Or lâcher la prévention primaire s'apparente tôt ou tard à faire de la sélection. Accepter d'appliquer ces textes dans les conditions de pratique professionnelles que l'on connaît, c'est abandonner la conception de la médecine du travail définie par la loi de 1946.

Il est donc nécessaire aujourd'hui de proposer des modèles de suivi médical qui permettent une réelle protection de la santé des travailleurs en situation précaire, qu'il s'agisse du suivi longitudinal des salariés, ou de l'action sur le milieu de travail. Ceci passe par une réflexion sur le fonctionnement et l'organisation des services médicaux du travail, sans doute une approche des questions par branche professionnelle et, pour les médecins, l'apprentissage du travail coopératif en matière de prévention.

*Jean-Marie Eber, Marie Pascual,
Michelle Prévost, Nicolas Sandret*

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

GLOSSAIRE

Ce glossaire complète celui des Cahiers SMT n°8 et reprend des mots et expressions utilisés dans le présent numéro. Nous invitons le lecteur à se reporter au numéro précédent pour les mots affectés de la notation ★ et qui ne seraient pas définis ci-dessous.

DEFENSES

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'anxiété. 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★(1).

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★.

INDIGENCE

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.

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.(2)

MÉDECINE D'ENTREPRISE

Organisation dans laquelle le médecin deviendrait un expert "scientifique" exclusif du chef d'entreprise, partenaire essentiel du management et de la productivité de l'entreprise. A ne pas confondre avec une médecine du travail en entreprise.

Trois métiers distincts se confrontent :

- Celui de **médecin du travail**, métier s'exerçant dans le cadre réglementaire actuel, organisé autour de la notion d'aptitude, reposant sur un exercice clinique compréhensif, faisant une large part à un abord subjectif

•••••

1- C. DEJOURS: «Psychopathologie et rapports sociaux au travail», Rev. de Méd. psychosom. 20, 1989.

2- P. DAVEZIES: «Point de vue épistémologique», interv. introductive 21èmes jour. de Méd du Trav., Rouen, 1990.

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.

TOTALITARISME

La philosophe Hannah ARENDT(5) définit le totalitarisme comme la greffe de la terreur sur une idéologie.

La peur est élevée en principe d'action. La terreur totale se substitue aux lois positives du régime légal. Or l'espace entre les hommes tel qu'il est délimité par les lois est l'espace vital de la liberté. La terreur vise à écraser les hommes les uns contre les autres en détruisant la seule condition essentielle à toute liberté : la faculté de se mouvoir qui ne peut exister sans espace.

Le totalitarisme érige la pensée idéologique unique en arme en la prenant « mortellement » au sérieux. A la pensée idéologique se substitue la logique avec laquelle l'idée est mise à exécution.

Selon elle, il y a « *d'un côté la contrainte de la terreur totale qui en son cercle comprime la masse d'hommes isolés et les maintient en vie dans un monde qui est devenu pour eux un désert; de l'autre la force auto con-*

traignante de la déduction logique qui prépare chaque individu dans son isolement désespéré contre tous les autres ».

Le sujet idéal du régime totalitaire est l'homme pour qui la distinction entre fait et fiction et la distinction entre vrai et faux n'existe plus. Le totalitarisme diffère de la tyrannie en cela que l'oppression de la tyrannie qui s'est aussi affranchie des lois se légitime par et contre une opposition: son principe est la crainte qu'elle inspire aux opposants éventuels. Pour régner elle isole les hommes les uns des autres mais toute la sphère de la vie privée avec ses possibilités d'expérience, d'invention et de pensée est laissée intacte.

Le totalitarisme ne peut tolérer cela il lui faut non seulement isoler politiquement les hommes mais aussi les « désoler » dans la sphère des relations humaines. La désolation est l'expérience absolue de non appartenance au monde, c'est l'une des expériences les plus radicales et les plus désespérées de l'homme.

La désolation organisée est bien plus dangereuse que l'impuissance inorganisée de tous ceux qui subissent la volonté tyrannique et arbitraire d'un seul homme.

Au plan du travail, une tyrannie fondée sur l'isolement laisse généralement, en partie, intactes les capacités productives de l'homme car elle respecte l'homme en tant qu'« homo faber ». Si cette qualité ne lui est plus attribuée et si est niée sa qualité de sujet, le travailleur se transforme en « animal laborens ».

VISIBILITÉ SOCIALE

Le concept de visibilité sociale concerne la nécessité de rendre compte des informations concernant la santé au travail dans l'espace public externe c'est-à-dire en dehors de l'entreprise.

En effet, depuis le développement de la précarisation du travail et particulièrement de la sous-traitance qui représente une relation inégale entre donneur d'ordre et prestataire, du côté du donneur d'ordre on perd la visibilité, et du travail réel et des conséquences éventuelles des conditions et de l'organisation du travail pour la santé des prestataires.

On peut penser que les procédures défensives de psychopathologie propres à l'encadrement et spécifiques aussi des fonctions de « contrôleur » sont un élément supplémentaire pour diminuer la visibilité des effets du travail sur la santé des prestataires.

Dans une conception de la santé publique qui prend pour hypothèse que la santé au travail en fait intégralement partie, il est important que la visibilité des effets du travail sur la santé soit accessible, aussi bien des décideurs des entreprises, que des décideurs de la santé publique situés à l'extérieur, ainsi que de toute personne du champ social désireuse d'en être informée.

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

5- H. ARENDT : Le Système Totalitaire, les origines du totalitarisme, Le Seuil, 1972.

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.

Elle organise annuellement une Réunion-Congrès ainsi que des journées de réflexion sur des thèmes d'actualité en médecine du travail. Elle assure une publication annuelle des Cahiers du SMT.

Pour les conditions d'adhésion et d'abonnement, voir pages 18 et 22

A l'initiative de l'Association pour l'Etude des Risques du travail (A.L.E.R.T.)

L'ALERT¹,

Le Syndicat CGT de la Centrale Nucléaire de Chinon²

L'association Santé et Médecine du travail (SMT)³

Le Syndicat National des Médecins EDF-GDF (GNC-CGT)⁴

Le Groupement pour l'Information sur l'Energie Nucléaire (GSIEN)⁵

L'Association pour le contrôle de la radioactivité dans l'Ouest (ACCRO)⁶

(premiers signataires)

lancent un appel en commémoration de Tchernobyl

La précarisation du travail dans le nucléaire : inhumaine pour les travailleurs dangereuse pour la sûreté

Tchernobyl est considéré comme le symbole de ce qui n'arrivera pas en France... Et l'anniversaire de Tchernobyl est marqué par de multiples commentaires autour de l'insécurité des centrales encore en fonctionnement à l'Est, comme si, chez nous, tout problème était désormais résolu. Pourtant, en France aussi, il y a lieu d'être inquiet.

UNE ORGANISATION DU TRAVAIL INHUMAINE...

Tout d'abord, l'inhumanité des conditions de vie, de travail et d'emploi des quelque 25 à 30 000 travailleurs d'entreprises sous-traitantes qui assurent les tâches de maintenance des parties irradiées des centrales nucléaires doit être publiquement dénoncée. La maintenance ne peut se faire sans intervention humaine. Cette intervention est capitale pour le maintien en état des centrales et la prévention des accidents nucléaires. Elle consiste à vérifier régulièrement conduites et robinets, tuyaux, cuves et couvercles.

Or, il s'agit d'interventions au coeur des centrales, là où la radioactivité contamine toutes les structures, et où elle ne cesse d'augmenter avec le vieillissement des installations nucléaires.

Plus de 80 % des travaux de maintenance, soit des millions d'heures de travail, sont sous-traités à plus de 1 200 entreprises différentes, le plus souvent organisées en cascade de sous-traitance. Les travailleurs qui effectuent ces travaux sont dits « travailleurs extérieurs » parce qu'ils ne sont pas salariés EDF et ne sont pas représentés dans les institutions des centrales (sections syndicales, comité d'entreprise, CHSCT). Directement Affectés aux Travaux sous Rayonnements (DATR), ils reçoivent plus de 80 % de la dose collective annuelle d'exposition aux rayonnements ionisants.

Comment en est-on arrivés là?

LA GESTION DE L'EMPLOI PAR LA DOSE

Pour sauvegarder devant l'opinion l'image du nucléaire comme énergie non polluante, EDF a créé un système de gestion de l'emploi par la dose qui exclut les travailleurs extérieurs dès qu'ils ont épuisé ce qui n'est plus une limite d'exposition aux rayonnements ionisants mais un « crédit d'irradiation ». Ces travailleurs risquent alors d'être interdits de centrale, ce qui signifie pour nombre d'entre eux mise au chômage, total ou partiel.

Ce système de gestion de l'emploi par la dose fonctionne par interconnection informatique entre un enregistrement individuel cumulé des doses reçues par les travailleurs « extérieurs » dans les centrales et un fichier nominatif des travailleurs de la maintenance directement affectés aux travaux sous rayonnements. Ce dernier fichier est tenu, en dehors de tout contrôle paritaire, public ou médical, par une filiale commerciale du Groupement Intersyndical des Industries du Nucléaire (GIIN) au statut juridique imprécis. L'accord de la Commission Nationale Informatique et Libertés a été obtenu par EDF d'une part, et par le GIIN d'autre part, en jouant sur l'opacité des questions touchant à la radioprotection. L'objectif affiché - la maîtrise des

1- Annie Thébaud-Mony : 45 21 23 39

2- Michel Lallier : 16 47 98 95

3- Jocelyne Machefer : 16 43 23 22 77

4- Alain Carré : 46 77 98 70

5- Monique Sené : 44 27 15 60 ou 60 10 03 49

6- David Boilley : 16 31 93 06 34

La précarisation du travail dans le nucléaire

expositions individuelles - ne disant évidemment rien sur le moyen d'y parvenir. Or celui-ci ne consiste pas en une maîtrise des expositions aux postes de travail mais dans la sélection des hommes en fonction de la dose.

Ce système assure un fractionnement des expositions entre de très nombreux travailleurs contraints à un travail intermittent, ce qui signifie des revenus très irréguliers pour un nombre croissant d'entre eux. EDF se désintéresse totalement du devenir des salariés en limite de dose. Ni l'inspection du travail ni la médecine du travail n'ont les moyens d'assurer correctement le suivi de ces salariés.

EDF peut ainsi afficher non seulement qu'aucun travailleur ne dépasse les limites en vigueur, mais encore que très peu d'entre eux atteignent la future norme prévue de 20 mSv. Ainsi sous le prétexte apparent de la protection de la santé de ces salariés, on en arrive à la sélection des emplois par la dose, qui exclut ceux ayant dépassé ce niveau de dose. Ils subissent le préjudice d'emploi quand ils ont atteint la limite d'exposition sans bénéficier d'aucune instance de recours contre l'arbitraire de cette gestion des emplois.

AU NOM DE LA PRODUCTIVITÉ DU TRAVAIL

Ces travailleurs sont également soumis à une forte mobilité, à une intense flexibilité du temps de travail, à la pression de délais impossibles à tenir, à une délégation de responsabilité de tout ce qui concerne la sécurité impossible à concilier avec le poids des contraintes de tous ordres qui pèsent sur eux. Au nom de la productivité du travail, l'exploitant EDF a fait de la maintenance une activité saisonnière entre avril et octobre. Dans cette période EDF impose à ses sous-traitants un rythme et des délais de réalisation des opérations de maintenance qui rend impossible le respect de la législation du travail. Quant à la période d'inactivité forcée, elle constitue d'abord un préjudice financier important pour les travailleurs eux-mêmes, mais elle représente aussi une charge pour la collectivité puisque l'indemnisation est partiellement ou totalement supportée par les ASSÉDIC. C'est une manière de reporter les coûts indirects du nucléaire sur la société française dans son ensemble.

Ces travailleurs DATR effectuent les tâches dangereuses nécessaires à la maintenance des centrales, supportent l'exposition aux rayonnements ionisants, dans des conditions particulières (pics d'exposition, expositions combinées aux rayonnements et à d'autres toxiques) dont les effets sur la santé n'ont jamais été étudiés à ces niveaux.

Travailleurs « extérieurs », ils sont exclus du statut de ces autres travailleurs du nucléaire que sont les agents EDF. Ces derniers, en revanche, bénéficient d'un statut qui, outre des garanties sociales et d'emploi, comporte des formes institutionnalisées de contrôle des conditions et de l'organisation du travail prévoyant une réelle intervention des salariés. Non statutaires, les travailleurs « extérieurs » n'y participent pas.

LA SÛRETÉ EN PÉRIL...

Le 26 avril 1988, deux ans, jour pour jour, après la catastrophe de Tchernobyl, survenait le suicide de Valeri Legassov, membre de l'Académie des Sciences de l'ex-URSS. Son testament éclaire les causes de cet accident nucléaire, en particulier le bilan des violations des règles de sécurité au nom de la « productivité du travail » et d'une certaine logique gestionnaire qu'il n'a pu remettre en cause, en dépit de la conscience qu'il avait de la montée des périls.

En France, aujourd'hui, les travailleurs « extérieurs » du nucléaire sont ceux qui connaissent le mieux la réalité concrète de la maintenance des installations. Mais cette connaissance est éclatée entre ces milliers de salariés d'entreprises différentes, ayant des statuts différents, ne travaillant, pour certains, que quelques semaines par an, et dans des centrales différentes.

Sur les sites des centrales, la mémoire concrète des modalités d'usage et de la maintenance du système de production nucléaire tend à disparaître, cette mémoire industrielle construite au fil des années et détenue par les travailleurs des sites. La vision qu'en ont les agents EDF devient essentiellement administrative puisqu'ils sont désormais cantonnés aux tâches de préparation, prescription et contrôle du travail, celui-ci étant effectué par les travailleurs « extérieurs ». Certes, EDF a conçu un système d'identification des équipes chargées de telle ou telle tâche, ce qui lui permet en cas d'incident de désigner « l'erreur humaine » et ceux qui sont « coupables » de cette erreur. Cela lui permettra également de dégager sa propre responsabilité si un accident grave se produit.

Pourtant, comme Valeri Legassov l'avait compris pour Tchernobyl et le nucléaire dans son pays, les « incidents » qui d'ores et déjà se multiplient dans les centrales françaises ne sont pas le fait d'erreurs humaines isolées mais découlent de l'organisation sociale du travail elle-même, régie par une logique gestionnaire dont le leitmotiv est la diminution des coûts de maintenance.

LE SUICIDE COMME ULTIME ACTE DE RÉVOLTE

Depuis le début de 1995, sept salariés de la sous-traitance du nucléaire, intervenants sur le site de Chinon, se sont donnés la mort. On peut se poser la question du rôle de la précarité économique, de l'enfermement dans la solitude professionnelle et des contradictions insurmontables entre les contraintes imposées par EDF et les besoins les plus élémentaires de la vie familiale.

Les associations et syndicats signataires de ce communiqué veulent sensibiliser la presse et l'opinion publique sur cette évolution humainement inacceptable et totalement irresponsable du point de vue de la sûreté nucléaire.

La société française peut-elle admettre que ce « droit à l'énergie » tel que défendu par le lobby nucléaire passe par la mise en place d'une classe de travailleurs exclus du droit du travail et privés de fait de la citoyenneté sociale, travailleurs préposés aux travaux irradiés nécessaires au maintien du parc nucléaire français ?

Faudra-t-il un accident majeur pour que s'arrête cette course en avant collectivement suicidaire que constitue la quête sans fin des gains de productivité ?

Les signataires de cet appel demandent,

- un statut collectif de tous les travailleurs du nucléaire, quelles que soient les entreprises dont ils sont salariés, statut qui garantisse à chacun un emploi et un salaire décent, des conditions de vie et de travail socialement acceptables, statut qui doit être élaboré dans le cadre d'une négociation collective associant des représentants de tous les salariés concernés ;
- la déconnection des fichiers dosimétriques et de gestion des emplois ;
- l'inscription des rayonnements ionisants sur la liste des travaux dangereux pour lesquels il est interdit d'utiliser des travailleurs temporaires ;
- l'interdiction de la sous-traitance en cascade, l'arrêt des marchés au forfait et l'introduction de « clauses sociales » dans la réglementation des marchés de sous-traitance.

Au delà de ces propositions, la société française ne peut faire l'économie d'un débat démocratique sur le nucléaire, débat qui prenne en compte non seulement le coût financier, les dangers et impasses de l'ensemble de la filière nucléaire, mais aussi les coûts humains actuels et potentiels, en donnant pleinement la parole à ces travailleurs du nucléaire qui sont aujourd'hui privés de droit d'expression sur leurs conditions du travail et sur l'organisation sociale de la production nucléaire dont ils sont les acteurs principaux.

Vient de paraître n° 43 « Toxicomanie : substitution »

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), Les réseaux (40), Théâtre et médecine (41), La presse médicale (42), Toxicomanie : substitution (43).

A paraître : « L'accès aux soins : inclure ou exclure » (44), « Anthropologie et médecine » (45).

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

Communiqué de la conférence de presse, qui s'est tenue à Paris le 6 Mai 1996

**La précarisation du travail dans le nucléaire :
inhumaine pour les travailleurs
dangereuse pour la sûreté**

Les travaux de maintenance des centrales nucléaires sont aujourd'hui assurés par 25 à 30 000 travailleurs "extérieurs" de plus de 1 200 entreprises différentes, dans le cadre de marchés passés au forfait et attribués au "moins disant", en dépit du discours affiché d'EDF sur le partenariat. Les salariés doivent jongler avec des horaires totalement anarchiques, des déplacements incessants entre les centrales, des temps d'attente imposés par les exigences administratives EDF, des délais de réalisation au plus juste... et l'exposition aux rayonnements ionisants.

Le travail en zone irradiée est réparti entre ces milliers de travailleurs intermittents, directement affectés aux travaux sous rayonnements (DATR). Un système de gestion de l'emploi par la dose exclut du travail ceux qui ont subi les plus fortes irradiations... Ainsi, sous le prétexte apparent de la protection de la santé de ces salariés, EDF peut ainsi afficher des doses individuelles moyennes en-dessous des normes en vigueur.

Depuis le début de 1995, sept salariés de la sous-traitance du nucléaire sur le site de Chinon, se sont donnés la mort. On peut se poser la question du rôle de la précarité économique, de l'enfermement dans la solitude professionnelle et des contradictions insurmontables entre les contraintes imposées par EDF et les besoins les plus élémentaires de la vie familiale.

En France, aujourd'hui, les travailleurs "extérieurs" du nucléaire sont ceux qui connaissent le mieux la réalité concrète de la maintenance des installations. Mais cette connaissance est éclatée entre ces milliers de salariés d'entreprises différentes, ayant des statuts différents, ne travaillant, pour certains, que quelques semaines par an, et dans des centrales différentes.

Il n'y a plus sur les sites des centrales une mémoire transmissible du savoir-faire concret de la maintenance du nucléaire, construite au fil des années et détenue par les travailleurs des sites. La vision que les agents EDF ont de cette maintenance est de plus en plus administrative. Certes, EDF a conçu un système d'identification des équipes chargées de telle ou telle tâche, ce qui lui permettra, si l'accident se produit, de dégager sa responsabilité en désignant des "coupables" sous prétexte d'erreur humaine.

Les associations et syndicats signataires de ce communiqué veulent sensibiliser la presse et l'opinion publique sur une situation humainement inacceptable et critique pour la sûreté nucléaire. Des mesures d'urgence doivent être prises contre cette évolution.

Voir article p.61

**Réunion de l'Association SMT le 29 juin 96
de 10h à 17h, à l'hôtel Scipion
13 rue Scipion, Paris 5^e (métro Gobelins ou Censier-Daubenton)**

Thèmes :

- Devant la montée de la précarisation, quelles évolutions s'imposent pour le métier de médecin du travail ?
- Quelles sont les perspectives après le Congrès de médecine du travail de Paris ?
- *Les Cahiers SMT n° 9, évaluation, bilan.*

La réunion est ouverte à tous les adhérents SMT et à tous les sympathisants (participation aux frais 100,00 F si non adhérent).

Réponse souhaitée (Ass. SMT, 25 rue Edmond Nocard 94410 Saint Maurice) :

*** Je participerai à la réunion du Samedi 29 juin 96 de 10h à 17h**

OUI

NON

*** Je mangerai sur place**

OUI

NON

Nom : _____ **Adresse :** _____