

# **SOUFFRANCES ET ALIÉNATIONS, OU RECONNAISSANCE, COOPÉRATION ET CITOYENNETÉ SOCIALE ; TENIR NOTRE ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE**

## **SOLITUDE ET SOUFFRANCES AU TRAVAIL**

Le propre de l'approche « stress », est de ne faire de la question de la souffrance mentale au travail qu'une question individuelle, pour laquelle il n'y a que des réponses en terme de gestion individuelle de type éducation sanitaire excluant tout déterminant collectif. C'est la porte ouverte à la culpabilisation, et à toutes les méthodes de ressourcement pour mieux s'armer à subir, puisque la seule alternative qui s'ouvre alors est de s'y adapter, avant que d'en subir l'exclusion pour cause de vieillissement précoce, résistance au changement, ou inadaptation au travail d'aujourd'hui !

La souffrance au travail, elle, renvoie à la dimension objective des contraintes : contraintes temporelles multiples, contexte d'incertitudes, encadrement prescriptif aliénant ou vide de prescription entraînant un isolement insupportable, injonction d'objectif sans allocation de moyens. Mais la souffrance au travail s'inscrit aussi dans la toile de fond de l'inéluctabilité. Tout le monde en pâtit, mais le vécu individuel en est culpabilisant. Pour cette raison, les questions ne reviennent pas au niveau collectif, la responsabilité de l'organisation du travail n'a pas de visibilité.

Le vocabulaire que nous employons est important : les sujets souffrent de l'organisation du travail, les animaux stressent d'être malmenés. Les premiers peuvent prendre leurs affaires en main, ils se battent pour ne pas être réduits à la condition des seconds !

Aujourd'hui on doit s'investir corps et âme dans son travail, mais en parallèle il y a un déni du travail. Il y a une non prise en compte sociale du fait que le travail s'inscrit dans un processus temporel individuel et collectif. Il y a massivement une non reconnaissance par la hiérarchie du salarié de la contribution individuelle de chacun dans son travail. Cela s'explique en partie par l'injonction de l'urgence productive, par la mise en concurrence des hommes entre eux pour croit-on faciliter leur investissement dans leur travail. En réalité, la conjonction de contraintes, après une phase d'engagement défensif dans le travail par un activisme rapidement intenable du point de vue de la santé, entraîne une démobilitation professionnelle elle-même défensive.

Au travail se joue la construction de la santé du sujet acteur de sa destinée, de l'identité, de la citoyenneté. Dans cette utopie, la question de la reconnaissance est majeure. Aujourd'hui pourtant, c'est de déficit de reconnaissance, d'aliénation sociale, que souffrent de trop nombreux salariés, victimes de managers aliénés culturellement.

La reconnaissance par les pairs participe de la mise en œuvre de collectifs de travail. Pourtant concernant la question fondamentale des coopérations, les salariés se retrouvent devant la position intenable d'un travail qui ne peut être réalisé sans coopération, mais pour lequel ils doivent faire face à une interdiction formelle bien souvent de coopérer. Les exigences de coopération s'opposent ainsi à l'interdit de coopérer ! La coopération entre les hommes ne se prescrit pas. Par contre il est important de savoir la repérer pour la protéger en en identifiant les fragilités. Sans coopération socle des collectifs de travail, il n'y a pas de sécurité, de sûreté, de qualité du travail. Les normes ISO isolent les travailleurs, et entravent en masquant la coopération, le travail réel.

Aujourd'hui, il y a perte des régulations, des médiations sociales et collectives, des tissus sociaux. Le sujet a à faire face seul. Auparavant, les salariés étaient beaucoup plus intégrés à des collectifs, à des structures sociales ; ils pouvaient y construire le sens de leur travail. Aujourd'hui c'est l'intégrité personnelle qui est atteinte du fait de la solitude extrême que provoque la stratégie d'individualisation des parcours.

La question de la perte du sens du travail pour chacun et de l'échec de la reconnaissance de la contribution individuelle est aujourd'hui massive. L'alternative est de donner du sens à ce qui se passe.

## **LA HIÉRARCHIE INTERMÉDIAIRE ENTRE INJONCTIONS CONTRADICTOIRES**

L'exclusion de la hiérarchie intermédiaire actuel dans de nombreuses entreprises à travers la multiplicité de licenciements la concernant, favorise aujourd'hui un début de prise de conscience sociale de cette question. En effet la hiérarchie intermédiaire bénéficiait d'un minimum de reconnaissance sociale de son engagement dans le travail au contraire des catégories ouvrières pour qui cet engagement est dénié. Aujourd'hui la hiérarchie intermédiaire, faute souvent de collectif de travail, se trouve psychologiquement particulièrement exposée. En effet, d'un côté, les agents de terrain ont pu plus fréquemment conserver des collectifs de travail, qui sont aussi des collectifs de résistance et de solidarité. C'est pour cette raison que le patronat, particulièrement dans la sous-traitance, organise délibérément un turn-over important sur les chantiers, l'embauche de travailleurs précaires ou intérimaires, voire le développement du travail isolé pour justement casser ces possibilités de mise en œuvre de collectif de résistance et de protection. La hiérarchie supérieure quant à elle protège sa

santé psychique de la peur qu'entraîne sa méconnaissance de la réalité du travail et de ces conséquences négatives, par un éloignement volontaire du terrain, et le refuge dans une pratique prescriptive exacerbée ou le recours au seul terrain de la gestion financière. Les managers se rassurent ainsi entre eux en prescrivant de plus en plus des règles de travail pour croient-ils mobiliser les hommes ; ils sont ainsi victimes d'aliénation culturelle.

La hiérarchie intermédiaire est bien souvent contrainte objectivement de garder le contact d'une part avec les managers et leur travail irréel, et d'autre part avec les agents de terrain qui leur rappellent de façon douloureuse le monde contradictoire du réel du travail. Aujourd'hui peuvent se trouver aussi dans la même situation que la hiérarchie intermédiaire les agents situés à l'interface du travail avec les entreprises sous-traitantes, et chargés de les contrôler. Comme la hiérarchie intermédiaire, ils sont pris dans l'injonction paradoxale de la négation du travail, mais aussi de sa nécessaire prise en considération. Les agents de la hiérarchie intermédiaire s'ils ne disposent pas de collectif où ils peuvent débattre de leurs difficultés professionnelles en pâtissent, ou s'en défendent individuellement en rompant progressivement avec la prise en considération du travail réel des hommes. Ceci entraîne des conflits individuels ou collectifs qui les fragilisent à nouveau sans que cette fois-ci ils soient en mesure d'en comprendre la genèse. Celle-ci se trouve non pas du côté de causes psychologiques interindividuelles, mais du côté de l'organisation du travail qui les utilise, les isole et en fin de compte les broie ou les condamne pour survivre à se cliver d'une perception douloureuse de la réalité.

Le poids des injonctions prescriptives contradictoires sur la hiérarchie intermédiaire entraîne ainsi son éloignement défensif de la réalité concrète du travail pour se polariser sur la gestion des hommes et des budgets, l'empêchant de repérer et reconnaître la réalité de la contribution de chacun, polarisant son regard seulement sur les écarts par rapport aux indicateurs de gestion. Cette gestion individuelle des parcours et des contraintes, du fait de ses conséquences négatives sur les processus de coopération, fait obstacle à son tour à la reconnaissance des agents de terrain par leurs pairs du fait de leur mise en concurrence. Cet éloignement obligé du réel ampute la hiérarchie intermédiaire d'un regard essentiel sur le monde des hommes, ce qui n'est pas sans répercussion sur l'ensemble de leur vie au travail, et hors travail.

## **TRAVAIL ET SANTÉ NE SONT PAS SOCIALISÉS AVEC LA MÊME FACILITÉ PAR LE GENRE MASCULIN ET FÉMININ**

La posture de genre masculin ou féminin à laquelle chaque homme ou femme émerge, principalement avec le genre correspondant à son sexe semble apporter des pistes pour comprendre les différences dans l'appréhension des questions santé/travail par les hommes et les femmes. Du point de vue du genre masculin, les questions en rapport avec le travail sont fréquemment au cœur des échanges et discussions sur

les lieux de travail et structurent les coopérations et les collectifs de travail. A contrario la santé, la santé au travail et les questions concernant la famille sont difficilement socialisées. En ce qui concerne le genre féminin, les questions concernant le travail sont difficilement socialisées, mais les questions concernant la santé, la santé au travail et la famille sont au cœur des échanges, discussions, solidarités, complicités et collectifs de travail. Il est probable qu'une des explications de cela, soit la division sociale sexuelle de l'économie familiale qui laisse principalement aux femmes la préoccupation permanente et ultime de la question des enfants.

Face à cette injonction sociale, il n'est pas possible généralement aux femmes de précariser leur disponibilité familiale par les contraintes de travail, et particulièrement de son organisation. Les femmes se doivent donc de ruser avec les contraintes au travail, de développer des savoir-faire de prudence à visée protectrice de leur disponibilité familiale. Elles ne peuvent donc pas développer des modes de résistance ou de lutte sur le modèle de l'affrontement masculin. Sur l'envers, les hommes s'ils sont plus en capacité de socialiser les questions référant directement au contenu du travail et donc de construire à leur sujet des collectifs de résistance et de lutte, sont rapidement fragilisés quand le travail devient pénalisant pour leur santé. En effet, les répercussions de leur stratégie défensive qui est plus du côté de la virilité qui euphémise les éventuels effets délétères du travail pour la santé, les fragilisent quand la protection de la virilité s'effondre devant le réel de leur propre atteinte à leur intégrité personnelle, à leur image d'eux-mêmes.

Dans le débat sur la question de la nécessité de socialiser la question de la souffrance au travail se joue la question d'un terrain de rencontre des questions santé/travail pour le genre masculin et féminin. Cette question est déterminante pour l'évolution du travail aujourd'hui ; elle est aussi déterminante concernant la capacité du syndicalisme à être en prise avec la réalité du travail.

## **TENIR SUR NOTRE ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE**

En France, la médecine du travail bénéficie encore d'une définition réglementaire de son objet de ses modalités d'exercice (contrôle social par les partenaires sociaux : syndicats et patronat ; contrôle par l'état : inspection du travail et inspection médicale du travail). Du fait de la position du médecin du travail de « veilleur de la santé au travail », une partie du patronat est tentée de transformer la médecine du travail en « médecine d'entreprise », c'est-à-dire d'en subordonner les objectifs, les priorités, et l'accès aux informations qu'elle produit exclusivement aux intérêts économiques de l'entreprise qui la finance directement ou indirectement. Pour ce faire, il n'est pas toujours besoin de faire transgresser par les médecins du travail le secret médical auquel le respect du code de déontologie les contraint, mais seulement « d'encadrer » leur exercice progressivement et insidieusement de telle façon qu'il soit de plus en plus subordonné aux décideurs économiques. Alors devant cette stratégie, il est important de témoigner de ces multiples entraves.

Ainsi dans le secteur nucléaire, en jouant sur l'opacité d'une réglementation, les médecins du travail du donneur d'ordre se voient contraints par leur employeur, au nom de la protection de la santé des travailleurs sous-traitants prestataires qui reçoivent en moyenne trois à cinq fois plus de doses d'irradiation que les salariés du noyau stable de l'entreprise, de limiter de façon prescriptive les doses mensuelles maximales que les salariés trop exposés pourraient recevoir. En la matière, il ne s'agit pas ici de respecter les seuils réglementaires, pour lesquels l'attitude à suivre est pour le médecin du travail normalisée et offre des garanties partielles pour l'emploi des salariés, mais de mettre en œuvre des seuils dosimétriques arbitrairement définis par le donneur d'ordre, sans offrir aucune garantie pour l'emploi des travailleurs concernés. Conclusion, le contrat de travail de salariés précaires (intérimaires et CDD) proches de ces limites arbitraires pourra ne pas être renouvelé par leur employeur, gêné par ces nouvelles contraintes dosimétriques. Les salariés pénalisés dans leur emploi ne disposeront d'aucun recours, ne disposant d'aucune preuve du rapport entre non renouvellement de leur contrat et surexposition professionnelle. Il s'agit pourtant de gestion de l'emploi en fonction de la dose d'irradiation. Pour justifier de telles pratiques, la préservation de la santé des salariés prestataires est mise en avant par l'exploitant nucléaire, qui génère pourtant lui-même les contraintes dosimétriques, entraîne la prolifération des emplois précaires du fait des appels d'offre au moins disant, et s'oppose aujourd'hui à la réglementation de l'exposition dans de tels emplois. En fait, les médecins du travail qui s'y prêtent participent à des pratiques discriminatoires du fait de leur santé, envers ces salariés.

Les suites de « l'affaire-amiante » entraînent des conséquences du même type : par exemple des entreprises du secteur de la chimie enjoignent à leur médecins du travail de refuser à l'embauche des salariés porteurs de « plaques pleurales », qui en la matière sont plus des stigmates d'exposition passée à l'amiante que les signes d'une maladie invalidante pour leur travail. Même dans cette dernière hypothèse qui est erronée, la prise en compte de cette pathologie par le médecin du travail ne serait être licite que si elle interférait avec l'aptitude à un poste de travail, ce qui ne saurait se poser ici. En réalité, il s'agit pour l'employeur de se prémunir d'un surrisque de cancer chez un nouvel embauché, mécanisme du même ordre que serait le refus d'embaucher un ancien fumeur. Il est d'ailleurs à craindre que le désir d'un certain nombre de syndicats de salariés de voir se développer des carnets d'exposition professionnelle, souci légitime pour préserver les droits de ces derniers devant des pathologies de survenue à moyen terme, ne soit détourné d'une façon ou d'une autre comme système de sélection à l'embauche de travailleurs non exposés à des risques cancérigènes auparavant. Aujourd'hui le certificat délivré par l'employeur et le médecin du travail aux salariés quittant leur entreprise, indiquant la réalité d'une exposition à l'amiante, ce qui est compréhensible pour en assurer le suivi médical ultérieur, mais aussi le niveau d'exposition à l'amiante, qui médicalement n'est d'aucun intérêt, risque, si cette information est connue d'un nouvel employeur, d'entraîner un refus d'embauche. Or, rien ne protège aujourd'hui le salarié d'un tel risque (comme l'interdiction pour un employeur de consulter un tel document). Ajoutons,

mais cela ne vaut pas argument pour le justifier dans le cas contraire, que la preuve médico-légale de l'existence de plaques pleurales préexistant à l'entrée dans une entreprise, garantit la nouvelle entreprise au contraire contre le risque d'avoir à assurer la prise en charge en maladie professionnelle d'un hypothétique cancer bronchopulmonaire, qui sera justement dans ce cas mutualisé au niveau de l'ensemble des employeurs. Ici l'employeur ne se prévient même plus ici d'un risque pour la santé dont il aurait à assumer la charge, mais il rentre dans une pratique de pure sélection au regard de pathologies en écart à la norme sociale du moment, c'est-à-dire de pathologies bouc-émissaire comme le sont aujourd'hui le cancer, le SIDA, les dépendances aux drogues illégales et à l'alcool. Remarquons au passage que l'Etat organise une sélection de type assurantiel pour la titularisation dans la fonction publique au travers d'une liste limitative de pathologies, sélection du ressort non pas des médecins de prévention, mais des médecins assermentés et embauchés pour ce faire. Il n'est pas certain que le fait que les personnes (sans marges de manœuvre) soient volontaires pour s'y soumettre, rende ces pratiques de même que celles des médecins des compagnies d'assurance compatibles avec la déontologie médicale.

L'instrumentalisation des pratiques des médecins du travail peut se rencontrer aussi à l'occasion de la question du dépistage systématique des prises de drogues illicites chez des personnes exposées à des postes de « sécurité ». En France, le législateur s'est refusé à définir juridiquement les postes de sécurité, définition qui seule pourrait autoriser de tels dépistages par les médecins du travail, dépistages assortis alors de contraintes réglementaires. Seuls à notre connaissance, des accords d'entreprise ont organisé de tels dépistages réguliers par des centres de médecine d'expertise pour certaines catégories de personnels aériens. De tels dépistages ici, ne sont donc officiellement pas effectués par leur médecine du travail. Pourtant dans le secteur nucléaire, on voit des tentatives de généralisation de tels dépistages. Cette approche s'inscrit dans la généralisation de la sous-traitance de la maintenance nucléaire. De plus en plus, les travailleurs qui effectuent la maintenance de terrain sont étrangers à l'entreprise qui exploite les centrales nucléaires. Ils peuvent même être intérimaire pour une entreprise intervenant au 3<sup>e</sup> ou au 4<sup>e</sup> niveau de sous-traitance en cascade. L'éloignement des donneurs d'ordre que sont les exploitants des centrales du travail réel, comme la précarisation multiforme des conditions de l'emploi et de travail des salariés sous-traitants, amène le développement de politiques de défiance envers les hommes. Considérés non plus comme l'ultime recours face à une éventuelle défaillance technique imprévue, les hommes sont dans un tel système maintenant le maillon faible de la sécurité et de la sûreté. C'est dans un tel contexte que récemment l'exploitant nucléaire français a décidé en dehors de tout débat social dans son entreprise, que tout agent travaillant dans le secteur nucléaire de l'installation relevait d'un poste à risque pour la sécurité-sûreté. Les médecins du travail se devraient donc de procéder à des dépistages systématiques des drogues chez ces agents, le médecin n'ayant le loisir que du choix de la technique employée et de sa fréquence. Concernant les agents sous-traitants, il sera indiqué dans les documents contractuels que leurs entreprises devront pouvoir justifier de

la réalité de tels dépistages, sinon leurs agents pourront perdre leurs habilitations à travailler dans le secteur nucléaire. Nul besoin ici de transgresser le secret médical. Il suffit de mettre en œuvre un système qui instrumentalise les médecins du travail des entreprises sous-traitantes, en les rendant responsables de l'éventuelle perte de l'emploi ou de marchés, s'ils ne veulent pas certifier qu'ils procèdent à de tels dépistages systématiques.

Faut-il rappeler que l'exercice de la médecine du travail repose sur la confiance qui se construit progressivement avec les salariés. Même en matière de prise de drogues, c'est à partir de la relation clinique confiante d'un sujet inséré dans un collectif de travail que le médecin connaît d'ailleurs aussi, que des questions aussi difficiles pourront être prises en charge. Même dans l'industrie nucléaire aujourd'hui, les médecins ne procèdent pas autrement pour prendre en charge la question de l'alcoolisme ou des maladies mentales. Pourtant, sur ce dernier point on a vu se développer dans l'industrie nucléaire une tentative de prise en charge managériale des troubles du comportement (définis comme écart à la norme sociale), qui visait à gérer les parcours individuels de tels agents par un trio regroupant employeur, responsable des ressources humaines et médecin du travail. Pour l'instant, les médecins du travail ont su résister à une telle dérive.

On peut pourtant être inquiet du développement de ces multiples tentatives de prescription du social, de la santé ou des comportements. On voit mal comment les professionnels placés en entreprise pour prendre en compte le seul point de vue de la santé pourront résister aux pressions phénoménales que représente en ces lieux la seule légitimité économique. Sont-ils destinés à ne pouvoir qu'accompagner du côté du moindre mal un tel processus, ou à n'être qu'alibi social impuissant d'une dérive totalitaire interne aux entreprises dont on connaît les risques de contagion pour la société.

Pour contribuer à l'accompagnement de la construction de la santé des sujets individuellement et collectivement, du point de vue de la rationalité professionnelle des médecins du travail, je vois au moins deux éléments fondamentaux à développer. D'une part la capacité des professionnels « en situation » à développer des « règles de métier entre pairs » prenant en compte la réalité de l'organisation du travail d'aujourd'hui ; d'autre part, dans le même temps, à apprendre à rendre visible et à mettre en débat ces questions dans les espaces publics internes de leur entreprise, et externes au niveau de la société, l'un nourrissant l'autre et réciproquement. C'est à ce prix que les professionnels de la santé au travail pourront contribuer à une nouvelle conception de la santé publique dont l'objet n'est pas de gérer au moins disant des individus, mais d'accompagner la construction de la santé de sujets-citoyens.

*Dominique Huez*

### **L'ANDEVA : Adhérez et faites adhérer**

*L'Association Nationale de Défense des Victimes de l'Amiante, créée en février 96, regroupe aujourd'hui plus de 700 adhérents, dont de très nombreuses victimes professionnelles, dont les dossiers sont suivis conjointement avec les groupements départementaux FNATH.*

*Des associations régionales ou locales se sont constituées autour des sites particulièrement concernés par l'utilisation et la transformation de l'amiante (chantiers navals, usines d'amiante-ciment, de fabrication de produits à base d'amiante, etc.) et travaillent en relais avec l'association nationale (regroupement des victimes et information de la population, organisation du suivi post-professionnel, actions en justice, défense des victimes...).*

*Beaucoup de chemin a été parcouru au cours de l'année 96, d'abord avec l'obtention de l'interdiction de l'amiante effective au 1-1-97, puis avec de nombreux textes organisant la prévention par rapport à l'amiante en place.*

*Reste à veiller à l'application de ces mesures : expertise des bâtiments, information et protection des travailleurs exposés, surveillance des chantiers... L'Andeva est largement sollicitée sur toutes ces questions.*

*Reste également à faire avancer la réparation des maladies : la reconnaissance des maladies professionnelles (84 mésothéliomes et 33 cancers bronchopulmonaires reconnus en 1994 au régime général...), représente un vrai parcours d'obstacles dans un maquis de textes réglementaires parfois contradictoires, et dont l'application est dominée par des pratiques très restrictives, qu'il s'agisse des autorités médicales ou administratives... Déclarer et faire reconnaître, contester les décisions des caisses, obtenir des indemnités moins indigentes... les dossiers individuels sont étudiés, argumentés puis soutenus devant les juridictions compétentes. L'objectif de l'Andeva est dans ce domaine de faire évoluer significativement la réglementation et son application.*

*De nombreuses procédures sont et seront engagées (responsabilité civile pour les victimes paraprofessionnelles et environnementales, faute inexcusable pour les maladies professionnelles).*

**Association Nationale de Défense des Victimes de l'Amiante**

**3, rue Ste Félicité 75015 PARIS Tél 01 48 28 76 72 Fax 01 48 28 77 75**

**Adhésion : 150 F**