
CONGRÈS ass.S.M.T. DU 07 - 08 DÉCEMBRE 1996

Texte introductif

LE MÉTIER PRIS AU PIÈGE

➔ Constat : nous voici face à la fin de l'amélioration de la condition salariale, la peur de perte d'emploi et le désir de travail à tout prix, et avec un revenu pour d'abord survivre, avant toute autre prétention d'acquisition utile, en dehors de toute velléité de (plaisir du) superflu... Les causes de cette diminution du besoin social collectif sont la précarisation et la peur engendrées par la sous-traitance en cascade, le flux tendu et toutes formes de flexibilité comme la location de main d'œuvre, les contrats courts et ultracourts.

Face à cette réalité là, les textes fondateurs de la médecine du travail se révèlent inapplicables. Les buts, les missions restent pourtant inchangés. Mais l'intérim, les contrats ultracourts empêchent la connaissance des risques et nous hésitons entre :

- un suivi clinique longitudinal au risque d'oublier la spécificité du métier (nous serions simples cliniciens face à une santé qui se dégrade sans connaissance des conditions de travail)

- et une connaissance précise des risques à chaque attribution de poste mais sans suivi clinique, les salariés changeant à la fois d'entreprise, donc de risques, voire de lieu géographique et donc de médecin du travail.

➔ exemples : Paroles d'intérimaires en visite médicale :

- « *L'amiante, je connais. J'étais à bosser l'an dernier dans un immeuble. A l'étage au-dessus, il y avait des gars qui faisaient du déflocage. Ils avaient humidifié partout pour faire tomber la poussière. Ils étaient habillés comme des cosmonautes. Mais, parfois je devais traverser la pièce ou passer dans les couloirs, comme ça, en jeans, sans précaution particulière !* »

- Un autre encore : « *J'étais dans le nucléaire. J'intervenais avec des cagoules, trois couches de vêtements, de gants, de bottes. Il faisait si chaud qu'on travaillait 15 minutes matin et soir. J'étais très fatigué et je dormais beaucoup. J'avais juste le temps de me lever pour repartir le lendemain. On prenait parfois des rayonnements. Les outils étaient fortement contaminés. Il fallait les détruire.* »

Ces deux salariés sont nouveaux sur le département. Pas de dossier antérieur. Je note ces phrases sur leur nouveau dossier. Mais je sais qu'il vont repartir à travers la France... voire l'Europe. Un chantier du Bâtiment en août 1996 : l'entreprise sous-traite le déflocage. Le sous-traitant travaille avec un chef d'équipe allemand et des salariés portugais. Le médecin du travail, l'inspection du travail, sont impuissants. Les portugais ne bénéficient pas de la législation sur la médecine du travail ! On ne doit pas exposer les intérimaires aux fibres d'amiante. Mais les portugais ne sont pas intérimaires... alors, quelles pratiques initier ?

QUELLE POLITIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE DANS LE DOMAINE SANTÉ / TRAVAIL ?

QUELS MOYENS LES POUVOIRS PUBLICS SE DONNENT-ILS ?

QUELS RÉSULTATS ATTENDENT-ILS ?

Puisque les contrats courts, ultracourts peuvent correspondre soit à des risques professionnels élevés, ou, côté salariés, à des espoirs de socialisation, ne laissons pas tomber ces suivis. « *C'est, au delà du risque professionnel, le sens de la trajectoire, dans le champ social, qui est important* », en marche d'escalier, rarement vers le haut... Parfois, vers les associations de chômeurs, travaillant à mi-temps au nettoyage des rives, au débroussaillage de forêts. Aux fortes conduites addictives (tabac, alcool) surtout nocturnes se conjuguent les difficultés du lever et l'absentéisme. Certains sont jeunes. C'est parfois un premier emploi. Leur rire collectif est dérision - perte de sens... d'autres s'accrochent : « *J'ai 21 ans. Ma compagne et ma fille sont chez mes beaux-parents. Je les vois le week-end. On attend que je trouve un vrai boulot pour vivre ensemble.* »

Il s'entrecroise dans ces récits des caractéristiques à prendre en compte :

- âge, sexe, formation initiale, état matrimonial
- trajectoire individuelle en terme d'activité, de métier et de type de contrat

- type de contrat actuel
- métier ou « emploi » actuel, choisi ou pas
- type de risques professionnels actuels (sous réserve de notre libre accès aux lieux de travail)
- contraintes organisationnelles (possibilité de collectifs ? espaces de parole ?)
- autonomie ? marge de manœuvre ?
- souffrance exprimée, etc.

Il me semble aussi que l'on devrait développer les monographies, mais avec le relevé systématique d'éléments comme ceux ci-dessus, ou des études épidémiologiques... Il serait intéressant de cibler le regard sur des branches professionnelles, par exemple :

- le bâtiment (et plus précisément l'amiante)
- le nucléaire
- l'aéronautique
- l'automobile

et de faire l'hypothèse par branche, d'une dégradation systématique des conditions de travail dans la sous-traitance et/ou l'intérim, et/ou les contrats courts, par rapport à la santé des CDI du donneur d'ordres.

QUI DOIT MANAGER DE TELLES ÉTUDES ?

Ne faut-il pas éviter l'autorité hiérarchique ? Transformer l'inspection médicale en un animateur d'équipes de services de médecine du travail ? (exemple d'ESTEV en Pays de Loire). Faut-il animer de l'intérieur les services de médecine du travail interentreprises et fonctionner avec des médecins volontaires, voire bâtir des études interservices.

Le fonctionnement en réseau basé sur la confiance doit associer les compétences spécifiques : l'épidémiologie sur le terrain et les cliniciens spécialistes des questions posées seront interdépendants des médecins du travail témoins et acteurs du sens qu'ils donnent à leur métier (c'est-à-dire la mise en évidence des facteurs nuisant au maintien et à la construction de la santé). Ce travail multidisciplinaire doit se faire dans la réciprocité des échanges et des partages du savoir-faire. Dans cette perspective, les contrats ultracourts sont-ils un outil pour maintenir sa santé ? Quel moyen avons-nous de le vérifier ? Par quelles approches longitudinales ? Peut-on « mesurer » leurs projets, « quantifier » leurs (des)espoirs ?... Voyeurisme ! Leurs dénis pour tenir, leurs non-dits pour être efficaces à tous prix...

DU TÉMOIGNAGE À L'ACTION

➔ Epidémiologie, monographies

Autant de témoignages qui nous éloignent de l'entreprise. Mais qui nous font passer à l'action, puisque « *dire, c'est déjà agir* » (P. Romito). Ce qui donne aussi son sens au métier.

Toutefois, ne désresponsabilisons pas l'entreprise par des prises de paroles à l'extérieur sans rendre compte à l'intérieur. Car il ne s'agit pas seulement de phénomènes de société. Car il y a des conditions de travail intolérables. Car il y a dans l'entreprise, des problèmes de santé liés aux contraintes organisationnelles elles-mêmes et les procédures rigides qu'elles imposent, empêchant toute forme de reconnaissance, toute marge de manœuvre, toute autonomie. Il faut

réhabiliter la légitimité d'écouter ce que les gens disent sur les contraintes.

➔ Dans l'écoute intersubjective et par la souffrance exprimée, que construisent donc les salariés ? Les groupes de psychodynamique ne sont pas monnaie courante et ne sont pas toujours suffisants face à la force de l'organisation du travail. Dans le colloque singulier, nous cherchons d'abord à partager puis à rassurer et à redonner sa dignité au salarié. Mais que peut-on espérer au-delà de cette prise de parole du salarié ? Quel « après » ? Il a dépassé le non-dit. Il a pris la responsabilité de dire sa souffrance mentalisée ; la mise en mots a pu, dans et par nos échanges, permettre au sujet de comprendre le sens à donner à son travail. Nous l'aurons accompagné, il sera resté maître du jeu. Peut-on dire pour autant qu'il se sera réapproprié du pouvoir sur sa vie ? Peut-on affirmer que la consultation transforme les gens du côté de l'action ? Ce serait une légitimité du métier.

N'oublions pas la pâleur des collectifs laminés par l'organisation du travail. Reconnaissons que les intérimaires n'appartiennent à aucune famille, aucun groupe dans l'entreprise où ils transitent. N'oublions pas la peur des salariés, y compris des syndicalistes, et le ralentissement de certaines dynamiques en CHSCT : ce salarié membre CHSCT est en pleine dérive : « *J'ai mon carnet. Je note tout ce qui ne va pas. Là où l'entreprise n'est pas en règle. Des machines pas protégées... s'ils veulent me sanctionner, je pourrai leur ressortir tout ça et dire... je pourrais vous dénoncer !* ». J'aurais tellement préféré qu'il signale tout ça pour protéger la santé de ses collègues. Mais la peur de la perte d'emploi est plus forte. Faut-il créer des CHSCT transentreprises, et sous quelle forme ?

➔ Du PAQT au « PACTE du FAUX SEMBLANT »

Le plan action qualité totale (PAQT) passe par l'affichage de procédures rigides incontournables. Certains halls d'usine se découvrent sous-traitant des halls voisins (sous le même toit !). Tel salarié se voit étiqueté fournisseur de son collègue désigné comme client (et situé à un mètre de lui !). Chacun sait pourtant dans l'entreprise, qu'il faut se soumettre sans discussion à une « rationalité » ancrée dans les pratiques. Celle de la variabilité de la qualité totale !! En effet, pour un même produit, la qualité diffère selon le donneur d'ordre. Elle varie pour un même donneur d'ordre, selon que le produit sera utilisé en France, ou dans le sud de l'Europe. Ou encore, selon que l'usine cliente est en grève, en phase de lancement progressif d'une nouvelle fabrication, ou en 3 x 8 avec fonctionnement de week-end pour suppléer à une demande intensive (autant de critères qui font chuter la qualité par paliers sans représailles).

Les procédures, si rigides soient-elles sont là pour être appliquées. Des contrôles rassureront sur cette application stricte et sanctionneront les « dérives ». Toutefois, l'affichage du prescrit doit avant tout rassurer le donneur d'ordre... et « prouver » qu'on respecte le prescrit... le temps d'un AUDIT. Ensuite on avisera !

Les tricheries « nobles » du fournisseur :

Quand le fournisseur a compris l'avantage des marges de manœuvre, il se crée des espaces de liberté : ébauche de polyvalence, empilement « stock tampon » entre les opératrices

