

# **LES CAHIERS**

## **S.M.T. N° 10**

**Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL**

ISSN 1161-3726

**MAI 97 50 F**

### **Pluralité, éthique commune, un métier en quête de sens**

#### **N MÉTIER EN QUÊTE DE SENS**

- Élaborer le sens de notre action
- L'assistance à penser la relation santé/travail

#### **CONGRÈS DE L'ASSOCIATION SMT**

- Santé, médecine du travail et démarches qualités
- Contextes nécessaires pour exercer la médecine du travail
- Médecine du travail ou médecine d'entreprise, une actualité brûlante, l'affaire Imbernon
- Le médecin du travail et l'équipe médicale dans les PME-PMI

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

- Précarisations et violences vécues par les femmes au travail
- Intérim et sous-traitance
- Épidémiologie : relations entre précarisation du travail et santé

# SOMMAIRE

## Editorial

La médecine du travail a cinquante ans, mais nous n'avons pas encore cinquante de métier derrière nous

Jocelyne Machefer, Denise Parent, Nicole Lancien 3

## Un métier en quête de sens

Clinique de la santé au travail, éthique du témoignage, règles de métier en médecine du travail : élaborer le sens de notre action

Dominique Huez 7

Souffrances et aliénations ou reconnaissance, coopération et citoyenneté sociale ; tenir notre éthique professionnelle

Dominique Huez 12

Psychodynamique et évolution des pratiques en santé au travail

Philippe Davezies 16

Problème du cadre d'exercice pour le médecin du travail

Marie-Hélène Celse 18

De l'affaire de l'amiante au carnet de santé : la question du mépris pour la santé au travail, résister et coopérer pour trouver du sens

Odile Chapuis, Yusuf Ghanty 20

## CONGRÈS DE L'ASS. SMT (7 et 8 décembre 96)

### Texte introductif, « un métier pris au piège »

Jocelyne Machefer 22

### Santé, médecine du travail et démarches qualités

La qualité : une illustration de la vraie nature du management

Alain Carré 24

Le mouvement qualité et la santé au travail

Annie Deveaux 26

Cinquième conférence européenne sur les risques professionnels

Francis Derriennic 28

### Contextes nécessaires pour exercer en médecine du travail

Agir en médecine du travail

Alain Carré 30

Question(s) de métier

Odile Riquet 33

Déterminants et règles de métier en médecine du travail

Chantal Bertin, Georgette Delplanque 36

### Médecine du travail ou médecine d'entreprise ?

Alain Carré 38

### une actualité brûlante, l'affaire Imbernon

De l'importance du statut de médecin du travail

Ellen Imbernon 41

spécialisé en épidémiologie

### Le médecin du travail et l'équipe médicale dans les PME-PMI

Le conseil dans l'entreprise : quelle pratique pour les TPE ?

Fabienne Bardot 42

Réflexions du Congrès sur la pratique dans les PME-PMI

Annie Deveaux, Odile Riquet 46

### Le « carnet de santé » : y a-t-il un pilote dans l'avion de la santé publique ?

Ass. SMT 46

### Appel aux médecins du travail pour un projet coopératif

À l'initiative de l'ass. SMT 48

« Contribution au métier de médecin du travail »

## DES NOUVELLES DU RÉSEAU

### « PAROLES DE MÉDECINS DU TRAVAIL SUR LA PRÉCARISATION »

### Précarisations et violences vécues par les femmes au travail

Réunion de Nantes, 26.10.96

Nicole Lancien 51

Intervention au Colloque international de psychodynamique et psychopathologie, 30 et 31.01.97 « De la bibliothèque à l'épicerie »

Denise Parent, Jocelyne Machefer, Ghislaine Doniol-Shaw 54

### Intérim et sous-traitance

Marie Pascual 59

### Épidémiologie

Francis Derriennic 60

La précarisation du travail s'accroît, les données épidémiologiques restent encore rares mais se précisent

### Appel aux médecins du travail pour un projet coopératif

À l'initiative du réseau « Paroles de 62

« Précarisations et Violences vécues par les femmes au travail

*médecins du travail sur la précarisation »*

Construction de la santé au féminin

- Des questions pour le métier de médecin du travail »

# EDITORIAL

.....

## **L**A MÉDECINE DU TRAVAIL A CINQUANTE ANS, ET NOUS EN SOMMES TOUJOURS À L'ÉLABORATION DE NOS RÈGLES DE MÉTIER

*Dans les années 70, nous abordions l'Homme au travail du fond de l'espace confiné et très sombre de nos camions. Espace rapidement élargi et éclairé par la suppression de nos appareils de radioscopie : beaucoup plus qu'un confort, c'était une prise de distance avec le médecin du travail dépisteur de tuberculose. (La nostalgie de la radio en a été parfois le prix à payer...). Si nous faisons de la clinique médicale, les embauches massives ne nous disaient pas grand chose du réel du travail, duquel d'ailleurs nous n'attendions rien pour signer nos avis d'aptitude. (Apte à quoi ? A tout ? Bons pour le service ? plaisaient les aptes...). Nous attestions de la bonne santé pour l'emploi.*

*Très vite, le désir d'aller voir pour comprendre nous est venu. Nous nous sommes aventurés sur le terrain, sans y être toujours invités... pour apprendre encore que l'observation ne suffisait pas et que le bon sens pouvait nous conduire aussi à des contresens. Alors, nous nous sommes accrochés avec enthousiasme au train de l'ergonomie et nous découvrons notre Amérique avec cette fameuse différence et ses grandes conséquences, celle du décalage entre le travail prescrit et le travail réel. Cette découverte augurait déjà de bien d'autres émotions dans le champ de la souffrance et du plaisir au travail.*

*A noter toutefois que certains d'entre nous parlaient déjà du syndrome d'épuisement somatopsychique, que Le Guillan avait décrit la névrose des téléphonistes et que nous avions un doute sur la maladresse systématique des accidentés du travail. « L'Erreur Humaine ! »*

*Nous voici passés du seul souci de protéger l'individu de son travail à grand renfort de casques, bottes, gants, bouchons d'oreilles, à la prise en compte des effets pathogènes des conditions de travail dans leur dimension collective. Nous soupçonnions l'analyse purement objective d'être nécessaire mais non suffisante et il nous fallait revenir du « tout terrain », du « tout ergonomique » vers nos cabinets comme espaces privilégiés de parole.*

*Chemin faisant, nous arrivons au seuil des années 80 : le sujet est encore en confiance avec son droit au travail (celui d'en trouver un, de le garder, ou d'en changer...) et le médecin avec celui de faire prévaloir le point de vue de l'Homme (même si ses marges de manœuvre sont déjà très variables). Mais cette confiance est progressivement malmenée sous la poussée d'une précarisation « annoncée »... (par une sous-traitance de moins en moins larvée et l'éclosion d'entreprises de travail temporaire).*

*Partis de l'adéquation santé/travail, nous voilà confrontés au choix entre santé ou travail. Si nous voulions continuer à tenir ce fil rouge de la santé au travail (qui d'autre ?) comment ne pas nuire ? Quelle garantie offrons-nous à ceux que nous écoutons de ne pas devenir des outils de sélection ? Quand la peur de perdre son emploi recouvre ou sous-tend tout le discours jusqu'à devenir parfois la seule parole audible...*

*Dans ce sauve-qui-peut l'emploi, nos pratiques sont soumises à la « question » et il y a beaucoup à entendre. Nous découvrons l'écoute intersubjective, qui ne saurait être une mise à plat ni expertise dans le respect de l'opacité du sujet si souvent frappé de transparence, d'invisibilité... Mais une écoute compréhensive qui ne peut avaliser toutes les dérives qu'ouvrent les injonctions de l'économique, auxquelles il faut bien « se rendre »...*

*Comprendre ? Combien de fois nous serons nous demandés : comment peut-on tenir face à la dureté, la cruauté de certaines relations de travail, dans le sentiment d'indignité (nous avons tous tellement d'exemples pour illustrer). Nous savons bien qu'il n'y a pas de droit à la santé sans droit à la dignité. L'écoute compassionnelle est-elle une fin en soi ? Si elle donne « acte », il nous faut passer comme le dit si bien H. Arendt « du diseur de paroles au faiseur d'acte » et nous sentons l'urgence de comprendre toutes ces brassées d'informations, ces*

« récits pour advenir », dit Paul Ricœur, et nommer les choses pour qu'elles existent, pour rendre visible (P. Romito).

C'est donc bien de notre pratique que nous est venu ce besoin de nous former pour comprendre et nous avons voulu nous saisir de tout ce qui faisait écho à nos questions et pouvait leur donner forme (ah ! le premier colloque de psychopathologie du travail organisé par l'AOCIP). Nous faisons alors feu de tout bois (formation CNAM à Paris ou à Nantes, publications...). Dans ce même temps, nous avons envie de frotter ces acquisitions toutes neuves, même mal digérées, à l'expérience de nos pairs, médecins du travail mais aussi psychiatres qui se disaient aussi demandeurs de partager toutes ces paroles engrangées dans le désordre à longueur de consultation, mais dans le respect du sujet, car c'est lui qui produit du sens et de la connaissance, nous dit M.C. Carpentier-Roy.

Quels outils pouvions-nous nous donner pour comprendre, montrer et dire ?

### **POUR COMPRENDRE, DES GROUPES DE PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL**

Confrontés à la souffrance psychique, des psychiatres nous disent avoir été interpellés à l'envers, mais comme nous, à partir de leur pratique, sur l'importance de la question du travail quant aux problèmes de la santé mentale... Ils ont voulu croiser leur questionnement sur l'articulation santé psychique et travail : il s'agit donc bien d'un groupe de pairs dans le sens où ils ne veulent pas être les spécialistes qui enseignent mais ceux qui partagent leurs questions sans présumé de savoir, à la frontière de nos deux disciplines (aucune ne pouvant imaginer à elle seule répondre aux questions santé mentale par rapport au travail).

Dans leur désir de « savoir », dans l'impatience de « cerner l'homme au travail », disent-ils, dans la tentation encore d'une approche scientifique « objectivante », ce n'est pas ce portrait robot sur écran de l'homme au travail qu'ils ont vu se dessiner (encore moins la boîte noire qui s'est ouverte), mais plutôt pas à pas, association d'idées par association d'idées, ils ont fait l'expérience du dedans d'un collectif de travail qui se construit en mettant en discussion les réponses que chacun a tenté d'apporter aux questions qui ont trait à la santé mentale/travail, qu'ils se sont posées dans leur pratique au quotidien (avec ses tâtonnements et ses erreurs).

De la psychodynamique, en réalité !

Dans l'écoute intersubjective ils découvrent toutefois leur vécu subjectif et celui des hommes et des femmes qu'ils rencontrent dans leur travail. Ecoute risquée de leurs règles de métier de celles qui les agissent parfois et qu'ils veulent mettre à l'épreuve de la parole. Ils découvrent aussi, qu'au travers de chaque histoire singulière, si le sujet échappe à l'expertise gardant seul l'autorité de ce qu'il dit de son travail, il leur renvoie de façon diffractée l'importance de la symbolique des lieux, du passé, de l'histoire collective de l'entreprise. Et au-delà des questions ainsi posées, croisées, s'ouvrent des pistes de recherche vers de possibles écritures.

Sur un plan plus général, d'autres groupes de psychodynamique et psychopathologie du travail ont vu le jour. Dans leurs échanges, l'intersubjectivité ouvre la voie à l'exploration d'un réel douloureux et impossible à transformer. La mise en mots permet alors le langage commun et l'élaboration progressive de règles de métier qui permettent de trouver une issue à la souffrance. Mais les rencontres sont autant de questions et non des réponses sur l'universalité des connaissances de l'homme au travail. Ce sont alors d'autres mises à l'épreuve des points de vue, retournement de perspective, mise à mal d'idées reçues ; « Ce qui résiste à la compréhension, ce reliquat » nous dit Ph. Davezies 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 ».

Ce texte a bénéficié de la large contribution d'un psychiatre qui tenait à apporter son témoignage sur l'intérêt de ce langage pluridisciplinaire.

### **DES PRATIQUES COOPÉRATIVES ET DES TÉMOIGNAGES POUR DIRE ET MONTRER**

Le livre « Souffrances et Précarités au travail, Paroles de médecins du travail » est lui aussi le fruit de pratiques coopératives de médecins du travail. Dans le secret des cabinets médicaux, sur les lieux de travail nous entendions parfois l'intolérable, l'indicible, nous partagions la souffrance des salariés. Sans vouloir parler à leur place, se substituer à eux, les 60 médecins du travail qui ont pris part à la rédaction de ce livre ont voulu mettre en mot et en débat dans l'espace public externe ce que les hommes et les femmes ne pouvaient dire tout haut dans les entreprises. Le travail d'écriture ne fut pas facile mais il y avait le désir impérieux d'authenticité, désir tellement fort d'ailleurs qu'il a dû l'emporter sur la crainte : celle de ne pas trouver les mots, de ne

*pas être à la hauteur du projet, de ne pas cerner avec suffisamment de justesse l'histoire singulière des salariés dans toutes leurs dimensions.*

*Ces textes rassemblés permettent de comprendre ce qu'est l'éthique du témoignage et en quoi une pratique coopérative entre médecins du travail peut, comme le dit Ph. Davezies « transformer en questions pour la collectivité les difficultés exprimées au cabinet médical ».*

*De nombreux médecins ont exprimé le désir de poursuivre ce travail collectif et coopératif sous forme du réseau « Paroles de médecins du travail sur la précarisation » réseau qui a constitué en son sein trois groupes de réflexion :*

- *épidémiologie*
- *intérim*
- *précarité du travail et santé des femmes*

*Ces groupes ont la particularité d'un fonctionnement en réseau basé sur la confiance, en dehors de toute autorité hiérarchique, de façon volontaire.*

*Sous un autre angle, mais toujours dans l'approche de la santé mentale au travail, l'épidémiologie, à travers les données ESTEV, s'est intéressée au poids des conditions de travail sur la souffrance psychique. C'était après la formation CNAM à la psychopathologie du travail et pendant le travail d'écriture pour l'ouvrage « Souffrances et Précarités,... », un outil supplémentaire pour rechercher les liens entre certaines formes d'expression de la souffrance psychique et l'auto-évaluation des contraintes du travail. Nous ne sommes plus dans la psychopathologie du travail ! Mais nous montrons le lien entre le vécu subjectif de l'organisation du travail et l'expression de la souffrance en lien avec :*

- *l'absence de travail varié*
- *le travail ne permettant pas d'apprendre*
- *le manque de moyen pour faire un travail de bonne qualité*
- *ne pas pouvoir s'organiser dans le travail.*

*Or d'autres études ESTEV montrent le lien entre ces contraintes et plus précisément leur degré de tolérance ou non, avec des pathologies comme les troubles musculo-squelettiques, les troubles du sommeil, l'H.T.A. Enfin, une étude suédoise montre que l'organisation du travail, le vécu des salariés par rapport à cette organisation peuvent constituer des facteurs de risque pour la santé. Dans cette étude, un lien statistiquement significatif existe entre la mortalité générale et plusieurs indicateurs portant sur le support social (relations entre les collègues et les supérieurs), et sur le degré de latitude dans le travail (ce qui concoure aux marges de manœuvre).*

*C'est dire l'intérêt d'études épidémiologiques mettant en évidence les liens entre vécu subjectif des contraintes et souffrance, dans un but préventif en santé publique.*

*« Bien sûr » nous dit F. Derriennic « il faut faire aussi l'hypothèse que les études sur les rapports entre le travail et la santé, tout particulièrement s'il s'agit de la souffrance psychique, resteront incomplètes si elles ne s'interrogent pas sur le sens du travail et sur la place de l'investissement de la personnalité toute entière dans le travail, personnalité qui peut se détruire ou se reconstruire dans le travail. [...] Ces travaux par les ponts lancés entre des disciplines à priori éloignées comme l'épidémiologie et la psychopathologie du travail, permettent de discuter aujourd'hui, sans vouloir chercher une synthèse à tout prix, d'une certaine congruence de résultats. »*

*Vous avez reconnu dans ce récit marathon l'évolution du métier à laquelle vous avez été vous même confrontés. Parties de la clinique médicale et de la prévention individuelle, nos observations tant au cabinet médical qu'à l'atelier nous auront prouvé la nécessité d'un regard global sur les collectivités au travail. L'ergonomie elle-même, au-delà de la différence travail réel/travail prescrit, n'aurait pas résisté à l'absence de prise en compte d'une nécessaire coopération des acteurs. Les conditions de travail, dont l'organisation, le bien-être ou le mal être, la construction la déconstruction de la santé qui en découlent, concernent bien la collectivité.*

*Avec la montée de la précarisation et sous la pression du « tout économique » et parfois en l'absence de consensus social, nous avons dû réinventer le métier. Les monographies, l'épidémiologie, sont autant de prises de position de ne pas dissimuler le réel. Et puisque « dire, c'est déjà agir », ces pratiques coopératives en réseau basées sur la confiance auront permis de redonner du sens au métier en disant nos difficultés à mener à bien les missions et atteindre les buts règlementairement fixés.*

*Mais l'éthique du témoignage, si elle permet d'alerter la société et les pouvoirs publics, ne peut et ne doit nous faire oublier la source même de nos témoignages, c'est-à-dire l'écoute intersubjective, car aujourd'hui encore se déverse en confiance le cortège des souffrances exprimées.*

*Mais alors, se pose la question de l'utilité de notre écoute en entreprise. Que construisent donc ces salariés qui nous parlent ? Dans le colloque singulier, nous cherchons d'abord à partager puis à rassurer et à redonner sa dignité au sujet. Mais quel « après » ? Il a certes dépassé le non-dit. Il a pris la responsabilité d'exprimer 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 acteur. 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 ? Ne serait-ce pas une légitimité du métier ?*

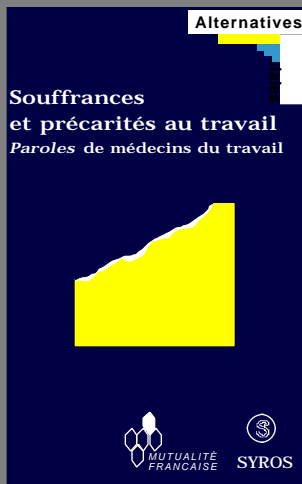
*Nous abordons là l'éthique de discussion au cœur même de l'entreprise. Car la souffrance, qui diffère d'un sujet à l'autre dans son expression, a bien souvent une origine commune. C'est pourquoi nous ne porterons pas seuls ces confidences. Les motifs de la souffrance, que chacun porte dans sa sphère privée mais qui trouvent leur origine dans l'organisation du travail pathogène, doivent être transformés en questions, pour les partenaires sociaux dans l'entreprise. Il nous semble en effet que nous devons soutenir ce débat légitime auquel les directions ne peuvent se dérober pour la simple raison qu'elles sont composées d'hommes et de femmes qui se reconnaissent dans une commune humanité.*

*Nos pratiques nouvelles, orientées vers une visibilité sociale d'une part et l'éthique de discussion en entreprise d'autre part, devraient permettre l'espoir d'une meilleure prise en compte du point de vue de la santé au travail. Car, là aussi se joue la santé de notre société.*

**Jocelyne Machefer, Denise Parent, Nicole Lancien  
association Santé et Médecine du Travail**

### 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 F -

À noter que cet ouvrage a reçu le Prix du 50<sup>ème</sup> anniversaire de la Médecine du Travail, à l'initiative du Ministère du Travail et des Affaires Sociales :

- pour la région Centre
- et un des deux prix de la région Ile-de-France

# CLINIQUE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL, ÉTHIQUE DU TÉMOIGNAGE, RÈGLES DE MÉTIER EN MÉDECINE DU TRAVAIL : ÉLABORER LE SENS DE NOTRE ACTION

## NORMES REPÈRES OU NORMALISATION DES PRATIQUES

Malgré les dérives de l'encadrement prescriptif du travail, la question des repères ou balises dans le travail aujourd'hui ne saurait être éludée d'autant plus que trop souvent seuls les objectifs sont prescrits, ignorant la boîte noire englobant moyens, contraintes externes, connaissances et savoir-faire, et marges de manœuvre. Compte tenu du fait que tout travail humain s'inscrit aujourd'hui dans un processus collectif complexe dont la finalité, mais aussi les articulations échappent aux salariés, il est certainement nécessaire d'avoir ce type de repère, même parfois sous forme de normes. Ainsi l'illustre la question des effets des risques non perceptibles comme les risques microbiologiques, électriques ou nucléaires. De telles normes repères se rencontrent plus du côté du processus technique et des moyens de travail ; la profession de médecin du travail a été au début fortement influencée par l'approche normative issue des ingénieurs transformant en règles de prévention primaire des connaissances issues de la physiologie. Les apports de l'ergonomie, puis de la psychodynamique ont depuis montré les limites d'une telle approche. Aussi la démarche de normalisation ne saurait passer pour ce qu'elle ne peut pas être, la possibilité de mise en norme de l'entièreté de l'activité de travail des salariés. L'activité de travail se déploie dans les interstices de la prescription, fut-elle normalisée ; c'est elle qui entraîne et demande l'engagement du sujet, permettant la construction de son identité en échange de la reconnaissance symbolique de sa contribution originale, dépassant donc la norme prescrite. Aussi les normes qui prétendraient encadrer de façon prescriptive l'entièreté de l'activité professionnelle sont-elles entraves, déni du travail réel, et donc préjudiciable à la santé des sujets.

Les normes, qu'on finit par confondre avec la réalité du travail lui-même, entraînent la possibilité de confusion entre celui-ci et les traces qu'il engendre. On est sur ce terrain dans l'espace de l'aveuglement défensif du management qui ne prend plus en compte que l'organisation formelle au dépens du travail réel. Cette démarche procède d'une aliénation culturelle coupée du travail réel, génératrice de l'aliénation sociale d'une part grandissante de salariés privés de la reconnaissance de leur contribution.

L'exercice de la médecine du travail s'appuie sur trois champs de repères :

- le socle des connaissances scientifiques en évolution ; il ne saurait être question de les normaliser, ce qui n'est pas contradictoire avec la nécessité sociale que les profession-

nels élaborent des consensus et repères sur les connaissances scientifiquement acquises, par définition provisoires. Cette problématique mettrait partiellement à l'abri les professionnels des opérations de désinformation menées par les différents lobbies industriels. L'exemple de l'amiante est à ce sujet significatif. Une réflexion épistémologique sur l'histoire des connaissances paraîtrait un salutaire rempart contre l'embrigadement de supposées « règles » scientifiques.

- les règles de métier en médecine du travail. Il n'est nul besoin de démonstration ici pour faire comprendre qu'elles échappent par nature à toute normalisation, procède de la reconnaissance des pairs, de l'intercompréhension du sens du métier, s'alimentent de l'évolution des relations santé-travail, sont labiles et évolutives, et sont à la base de nos coopérations professionnelles et de nos collectifs de travail.

- le droit du travail et de la santé : issu du débat social et capitalisant les avancées voire les reculs de l'histoire sociale et politique, il permet et délimite notre champ d'exercice professionnel.

La mise en œuvre de ces trois champs de repères permet la construction d'une professionnalité au quotidien qui devra inventer les règles de son action dans sa confrontation au réel du travail.

Alors dans quel domaine de repères prétend se construire un processus de normalisation en médecine du travail ?

- ou il prétend figer les connaissances scientifiques et il est invalide pour des raisons épistémologiques. Peut-être le fait pour ses initiateurs de confondre la médecine du travail et la médecine d'expertise, particulièrement d'une évaluation normalisée du déficit médico-social, permet-il de comprendre cette démarche psycho-socialement rigide.

- ou il prétend prescrire l'activité professionnelle des médecins du travail, leur domaine d'exercice et les règles qu'ils se donnent, et cette simple énonciation invalide son objet.

- ou il prétend sortir l'exercice professionnel de ses repères juridiques actuels. C'est effectivement le projet de la médecine d'entreprise de fonder un nouvel assujettissement à l'économie de l'exercice en médecine du travail. Et justement en contournant la question de la règle juridique située dans l'espace public social par une règle privée échappant à tout débat et contrôle social, on transforme l'exercice professionnel de la médecine du travail en médecine d'entreprise tout en lui laissant son habillage juridique actuel, alors alibi social exclusif, seul intérêt que lui reconnaisse justement ses détracteurs.

Que représente alors l'intérêt d'accompagner pour contrôler cette politique du pire en matière de normalisation, inap-

plicable en médecine du travail, sinon de lui donner acte d'une parcelle de légitimation. C'est frontalement qu'elle doit être dénoncée, ici comme négation et embrigadement de notre pratique professionnelle comme ailleurs celle d'autres salariés. La normalisation avancera cachée sous les discours mensongers de la définition des bonnes pratiques, du développement de la qualité, de la rationalité et de l'inéluctable raison économique. Reconnaissons la pour ce qu'elle est : une nouvelle tentative de mise au pas de la médecine du travail promue par les turiféraires de la médecine d'entreprise.

### **ACCOMPAGNER LES TRANSFORMATIONS DU TRAVAIL, OU AIDER A PENSER LE SENS DE CELLES-CI ET EN TÉMOIGNER**

L'évolution généralement négative de l'organisation du travail du point de vue de la santé des salariés ne permet généralement plus au médecin du travail de participer comme un autre acteur à sa transformation. Étant le seul dans l'entreprise à pouvoir et devoir tenir le point de vue exclusif de la santé, il doit donc privilégier d'en témoigner des effets et de permettre au sujet d'en construire le sens.

C'était un héritage de l'apport de l'ergonomie pour la médecine du travail de considérer que l'aboutissement du métier de médecin du travail était de participer comme acteur « en responsabilité » à la conception des postes et des situations de travail. Aujourd'hui, si on ne saurait nier l'apport essentiel de « l'analyse de l'activité de travail » pour transformer le regard du médecin du travail sur le travail justement, pour transformer son « interrogatoire » clinique en une approche compréhensive d'assistance à penser la relation santé-travail, il en est tout autrement de l'intérêt de développer pour celui-ci une approche ergonomique de conception. En effet aujourd'hui encore plus qu'hier, toucher à la conception des postes et surtout des situations de travail, c'est intervenir sur l'organisation du travail. Or rien ne garantit qu'une intervention ergonomique, fut-elle celle d'un médecin du travail, va améliorer du point de vue de la santé les situations de travail. On doit de plus constater que les interventions ergonomiques se doivent de découper pour des raisons méthodologiques les situations de travail. Elles sont ainsi de plus en plus cantonnées à faire l'impasse sur les situations de travail qui ne rencontreraient pas le consensus social nécessaire à la dynamique de transformation ergonomique qui présuppose l'accord préalable des décideurs. Or c'est justement dans les situations de travail les plus contraintes, objets d'impasse pour les ergonomes faute de demande sociale consensuelle et solvable que l'intervention du point de vue exclusif de la santé du médecin du travail est la plus importante aujourd'hui. Pour les médecins du travail, la mise en place d'une « clinique de l'activité de travail », et la mise en œuvre de l'éclairage de celle-ci par des études de terrain de l'activité, vise à la compréhension des mécanismes objectifs de contrainte, même si aucune dynamique de transformation n'est immédiatement possible.

L'intervention du clinicien de la santé au travail qu'est le médecin du travail est plus de déplacer les questions, d'intervenir là où on ne l'attend pas, de surprendre par les terrains qu'il choisit et où il construit une professionnalité. L'intervention du médecin du travail est riche quand il sort des « rôles convenus ». Le premier pas sur un terrain à défricher est le plus difficile, car il s'agit de « s'autoriser professionnellement à ». Et comment s'autoriser, s'il n'y a pas de réflexion sur le sens du métier de médecin du travail, s'il n'y a pas de construction de règles de métier, où se conjuguent savoir-faire de prudence par rapport aux personnes qui nous ont confié ou permis de comprendre leurs difficultés, et inventivité validée par nos pairs et construite dans nos collectifs de travail. Les règles de métier se construisent et font écho à cette « clinique de la santé au travail », tournée vers la prévention primaire, qui nourrit principalement nos consultations, à côté de la clinique médicale traditionnelle, tournée vers la prévention secondaire. De nouveaux espaces d'exercice de notre professionnalité sont à conquérir à partir des questions en attente d'élucidation et de mise en débat repérées dans nos consultations. Le médecin du travail, parce qu'il est clinicien de la santé au travail doit refuser de « déréaliser » le travail comme le développe l'approche managériale aujourd'hui sous les approches réductrices de ratios chiffrés et indicateurs en tout genre qui flattent la culture mathématique des cadres dirigeants, et renforce leurs procédures défensives. L'intervention du médecin du travail est du côté de la légitimation des questions de santé au travail, de l'accompagnement de la recherche du sens du travail pour les personnes qui s'y construisent et en pâtissent. L'inéluctabilité des événements à venir dans les entreprises au regard de l'impuissance de nombre de cadres intermédiaires est la base de la perte de confiance qu'on rencontre de plus en plus souvent dans les entreprises à leur égard. Malheureusement, la perception comme inéluctables de transformations organisationnelles à venir vécues comme néfastes est directement à l'origine de possibles décompensations psychopathologiques collectives aiguës, aux formes individuellement différenciées, dont la plus visible est le suicide quand un sujet a le sentiment de devoir « jouer sa vie » face au déni du « réel de son travail ». Mais se saisir professionnellement « en situation » de la question d'un suicide, c'est instrumentaliser une situation qui appartient irrémédiablement à son auteur, et les « règles de métier » peinent à se construire pour socialiser la question de la souffrance. Nous ne pourrions longtemps comme professionnel faire l'économie de cette question.

### **UNE CLINIQUE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL MOTRICE POUR L'ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL**

Un rapport des forces sociales favorable à une amélioration de la santé au travail est-il le seul déterminant pour valoriser l'action du médecin du travail ? Est-il le déterminant essentiel, voire peut-on s'en passer ? En effet, c'est bien souvent un élément essentiel de l'espace de liberté professionnelle dans l'entreprise de l'intervention du médecin du travail, l'espace où il engage sa responsabilité de spécialiste du point de vue



de la santé, disposant d'une éthique et d'une déontologie professionnelle qu'il se doit de respecter. La question n'est pas incongrue aujourd'hui du fait que plus les conditions de travail sont dégradées, plus généralement le syndicalisme, élément fondamental même s'il n'est pas suffisant d'une dynamique de transformation des conditions de travail, y est moribond.

En effet, un contexte social favorable et une capacité à prendre en compte « la demande sociale » dont « l'analyse de la demande » doit beaucoup aux ergonomes, sont souvent considérés comme les deux déterminants de l'action du médecin du travail.

Dans bien des cas, particulièrement dans les PME-PMI, il n'y a pas de dynamique sociale favorable à l'amélioration des conditions de travail et de son organisation, et la demande sociale subit tellement le poids de la répression de son expression et de l'autocensure que le médecin du travail reste un observateur essentiel, mais de plus en plus solitaire. L'origine de ses observations naît particulièrement de la mise en œuvre dans ses consultations d'une « clinique de la santé au travail » à la construction de laquelle chaque médecin du travail se doit de participer. Il faut donc souligner la nécessité de mettre en œuvre dans le quotidien « une clinique de la santé au travail » prenant en compte la normalité et la souffrance, pierre angulaire d'un exercice professionnel pour être en prise, au delà de la compassion, sur l'action, clinique en construction radicalement différente de la clinique médicale ou de la clinique de l'activité de travail qui sont les deux autres cliniques habituellement déployées par les médecins du travail. C. Dejours a bien montré en effet, concernant les rapports santé-maladie, que la description de la santé est différente de la description de la maladie, santé et maladie ne constituant pas un seul et même processus, et comment la description des processus salutaires et morbides suggèrent l'une et l'autre des mesures pratiques bien différentes.

Il semble alors intéressant de repérer quels sont les obstacles, et qu'est ce qui favorise de ce point de vue l'action du médecin du travail. L'écoute compréhensive et la mise en œuvre d'une clinique de la santé au travail sont de nature à lui permettre de construire et renforcer une professionnalité appuyée sur des règles de métier sur le continent d'une clinique qu'il rencontrait sans pouvoir l'identifier ni en faire un objet professionnel. Il peut ainsi accéder au sens des conduites élaboré par les sujets qu'il accompagne pour en faire un élément de transformation de l'organisation du travail.

La clinique de la santé au travail en devenir prend son point d'ancrage dans l'approche compassionnelle des médecins, mais elle se propose de la tirer vers des règles professionnelles. La construction d'une éthique du témoignage dans l'espace public externe au-delà de nos entreprises, nécessaire aussi pour se dégager d'une compassion « subie » et douloureuse, permet rapidement de retrouver « sens » à notre métier, de nous reconnaître, et d'écarter ainsi les portes de l'entreprise qui enclavent la souffrance qu'elle génère trop souvent. Cette démarche de reconnaissance professionnelle, de communauté d'appartenance, nourrit des collaborations pour élaborer des règles de métier utilisables dans la quotidienneté de chacun,

une fois subverti le sentiment de honte que nous pouvons avoir de l'écart entre les ambitions de notre métier, et la réalité de notre exercice. Appuyée sur une clinique de la santé au travail en construction, rien ne s'oppose alors à la mise en œuvre d'une éthique du témoignage dans la multiplicité des espaces publics internes, formels ou informels, des entreprises où nous « agissons ».

La clinique de la santé au travail prend en compte tous les aspects de l'action, action pour et par les autres. S'ouvrent ainsi des horizons d'intervention ou d'écoute, où le médecin du travail peut donner acte, permettre aux sujets d'accéder au sens en essayant de ne pas entraver les solutions qu'ils construisent, et peut-être ainsi s'armer un peu plus comme « citoyen social ».

### **ASSUMER LES OBLIGATIONS ET CONSÉQUENCES DE NOTRE STATUT MEDICAL**

Clinicien de la santé au travail, le médecin du travail bénéficie par rapport à la situation de l'ensemble des salariés, du statut dérogatoire de l'ensemble des médecins assis formellement sur le code de déontologie médicale, et professionnellement sur l'éthique médicale. L'indépendance morale et de fait que lui confère son statut n'est pas toujours comprise d'éventuels professionnels exerçant en entreprise et ayant professionnellement l'occasion de s'intéresser aux questions de santé au travail ; elle peut l'être d'autant moins que la pratique professionnelle du médecin du travail n'est pas toujours à la hauteur des obligations entraînées par son statut. C'est ce statut dérogatoire, seulement pour l'instant et probablement pour longtemps conféré aux médecins, qui nous fait rejeter les services multidisciplinaires de santé au travail, où l'indépendance du médecin du travail ne pourra que se diluer dans la subordination « obligée » des autres professionnels. L'intérêt d'une approche pluridisciplinaire en médecine du travail ne pourra donc être mise en œuvre au quotidien que par la pluralité des compétences acquises par le collectif des médecins du travail. En cas de besoin plus consistant elle passera par la mise en œuvre de « l'article 13 » du décret de 1988 concernant la médecine du travail permettant de faire bénéficier les spécialistes de la santé au travail non médecins de la couverture du statut d'indépendance du médecin du travail, ou enfin par le travail avec des chercheurs professionnels dont l'appartenance à un organisme de recherche leur confère une telle indépendance, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui de l'INRS. L'affaire « Ellen Imbernon » met aujourd'hui au grand jour l'importance du statut médical renforcé par les règles de contrôle social de la médecine du travail, et les risques de développement d'une médecine d'entreprise. Si des professionnels de la santé au travail ne bénéficient pas des deux statuts (code de déontologie et code médical du travail), ou ne sont pas couverts par le statut du médecin du travail à travers une intervention protocolée, alors les conditions sont remplies pour que la direction des entreprises « raptent » les données individuelles rassemblées en confiance par les médecins du travail, ou subordonnent leur « traitement » aux intérêts de la politique de l'entreprise.

On se trouve aujourd'hui ainsi dans une situation paradoxale : notre société exige que les médecins bénéficient d'un statut dérogatoire quand il s'agit de s'occuper de la santé individuelle – ce statut est à la base de la relation de confiance dans la clinique médicale. C'est ce même statut qui permet dans le monde du travail la relation de confiance avec le médecin du travail dans nos consultations. Mais les employeurs et cadres dirigeants n'admettent pas que le médecin du travail bénéficie du statut médical quand il s'appuie sur la clinique de la santé au travail dans l'espace de l'entreprise pour interroger l'organisation du travail, lui refusant par là même la possibilité d'intervenir en prévention primaire. Ils œuvrent ainsi de telles façons que l'intervention médicale soit cantonnée du côté de la réparation et de la compassion, voiture-balai des dégâts d'une société, et embrigadement des médecins du travail dans une conception étriquée de leur métier, subordonnant par là même éthique et déontologie.

### **SOCIALISER LA SOUFFRANCE PAR L'ÉTHIQUE DU TÉMOIGNAGE (1)**

La prise en compte par de plus en plus de médecins du travail des problèmes psychopathologiques en rapport avec celui-ci transforme leur démarche clinique, mais aussi... leur façon d'intervenir en prévention collective, en substituant à une approche normative, une approche compréhensive. L'écoute intersubjective peut permettre la déculpabilisation de la souffrance, car elle donne acte et esquisse le début d'une démarche de socialisation de celle-ci. Bien évidemment il s'agit de respecter dans le cadre de la clinique individuelle les procédures défensives. Il faut savoir alerter sans compromettre les salariés qui se sont confiés. Permettre la construction du sens de la souffrance au travail, individuelle et dans un deuxième temps collective, c'est donner la possibilité de faire émerger les problèmes liés à l'organisation du travail. La démarche compréhensive ouvre des champs de réflexion et permet l'évolution des pratiques individuelles selon leurs marges de manœuvre. Les cadres comme les syndicalistes sont aussi concernés par ce qui peut être vécu dans un premier temps comme déstabilisant. Mais il est des déstabilisations nobles car elles permettent de reconstruire avec un point de vue enrichi. C'est un passage obligé pour redonner sens au travail.

Mais l'accès au sens des situations de travail n'entraîne pas automatiquement de mobilisation sociale à visée transformatrice d'un côté, ni ne provoque de changements collectifs de pratiques chez les managers de l'autre. En effet l'accès au sens des situations présente un important risque de fragilisation des postures professionnelles pour lesquelles les salariés ont justement de moins en moins de marges de manœuvre. La socialisation de la souffrance entraîne souvent en parallèle un effondrement des modes traditionnels de résolution des contradictions, de rapports de force. Au fur et à mesure que le débat santé-travail se déploie dans l'espace public ex-

•••••

1 - Ces deux paragraphes ont été publiés in D Huez, "La fondation du groupe "Paroles", et les nouveaux problèmes psychopathologiques rencontrés dans la pratique de la médecine du travail", Revue internationale de psychosociologie, volume III, n°5, automne 1996, pp 63-76.

terne aux entreprises, il semble donc devoir se rétrécir dans celles-ci pour respecter survie individuelle et procédures défensives ! Ceci témoigne de l'importance de l'emprise psychique qui s'y développe aujourd'hui. Comment ne pas nuire et respecter les éventuelles stratégies du silence, sans naturaliser des situations insupportables ? La mise en évidence, la socialisation de la souffrance en rapport avec l'organisation du travail est pourtant nécessaire dans l'entreprise, avec des stratégies appropriées et différenciées qui réfèrent aux savoir-faire de prudence, et qui font partie des règles de métier à construire par les médecins du travail pour rendre visible les effets pour la santé des contraintes organisationnelles. Mais cette socialisation de la souffrance n'est pas suffisante en elle-même pour espérer transformer les situations de travail.

Le médecin du travail qui se transformerait en ingénieur du social au nom du bien commun et de ses compétences et en l'absence de tout débat dans l'espace public de l'entreprise, n'aurait pourtant aucune légitimité à participer à des groupes de transformation de l'organisation du travail qui évacueraient les salariés et leurs représentants de tout ce qui les concerne au premier chef. Le nœud du métier de médecin du travail repose sur la confiance que lui donnent les salariés. La transformation de l'organisation du travail ne peut résulter que d'un travail incluant tous les acteurs.

La démarche compréhensive du médecin du travail se fait en effet à partir du point de vue exclusif du côté de la santé qui est le sien. Dans cette démarche il ne suspend donc pas son point de vue qui est loin d'être neutre face au fonctionnement de l'entreprise, mais il s'y confronte au réel et s'accroche à la part d'incompréhension des situations qui guidera son action, riche justement, non pas d'un prétendu savoir sur le sens de celles-ci qui lui donnerait légitimité pour prescrire « un meilleur travail », mais du fait que c'est dans cette zone de résistance que chacun peut construire son cheminement. L'activité du médecin du travail ne vise donc pas à apporter des réponses, mais à poser des questions encore et toujours sur l'énigme de nombre de situations de travail, sur l'inhumanité grandissante de trop d'entre-elles.

### **PRÉCARISATION, VISIBILITÉ SOCIALE, ET ESPACE PUBLIC**

Il y a des personnes aujourd'hui tellement désinsérées ou exclues justement de tout travail, que parfois certains emplois précarisés, mais emplois tout de même, sont le passage obligé d'une réinsertion professionnelle. Mais les travailleurs y sont objectivement confinés dans l'isolement et à des visions parcellaires des processus qui les agissent. Cela ne saurait donc être un mode d'organisation du travail banalisé. Y sont déjà cantonnées aujourd'hui de plus en plus de personnes qui n'ont qu'une hâte, c'est d'en sortir par le haut pour accéder à la citoyenneté sociale. L'absence de droit au travail, de droits sur les lieux de travail, de reconnaissance, est souffrance pour de trop nombreux travailleurs.

La précarité, ce n'est pas l'exclusion qui est du côté de l'indigence, pour ceux qui sont dans l'impossibilité de travailler. La précarité concerne des personnes qui voudraient pouvoir

travailler et qui pâtissent ou de l'absence de travail, ou d'un travail qui les use corps et âme. La précarité est du côté du travail, elle est politique. Les modifications entraînées par la précarisation du travail et de la santé ont donc des effets majeurs sur la dynamique sociale. Il y a perte de citoyenneté et soumission de plus en plus importante à l'arbitraire au nom d'un inéluctable économique jamais discuté qui devient la pierre angulaire de notre système de valeurs, l'homme n'étant plus qu'un moyen. Aujourd'hui pourtant les questions essentielles ne rejoignent pas l'espace public. Cette situation interroge la démocratie à travers l'absence de visibilité sociale, d'espace public de discussion, de contre pouvoir digne de ce nom.

*« Si les médecins du travail ne veulent pas crever d'écouter, ils doivent mettre en débat dans l'espace public ce qu'ils entendent dans le secret de leur cabinet médical ».* Ceci passe par la réhabilitation de la parole des sujets qui ont de moins en moins de lieux pour qu'elle soit écoutée. Cette parole qui se donne à entendre aux médecins du travail qui en sont des témoins exceptionnels est souvent accompagnée de la demande de n'en rien faire par rapport au sujet qui parle. Mais elle est aussi un appel, pour qu'au-delà d'une situation particulière elle puisse être entendue. Le sujet souffrant la confie à un professionnel « pour qu'il la mette en travail » dans l'espace public. Pour les médecins du travail, il ne s'agit donc pas de dénonciation, mais de témoignage, d'en permettre la visibilité sociale. Les témoignages qu'ils recueillent ne s'inscrivent pas dans une démarche de preuve mais de sensibilisation. Il s'agit de contribuer à la construction du sens de ce mouvement de précarisation du travail. Il nous faut réinterroger la politique de santé publique pour qu'elle prenne en charge ces questions essentielles de santé au travail où se jouent la santé de notre société, le socle de notre citoyenneté. Aujourd'hui on parle d'emploi et non plus de travail.

C'est bien la centralité du travail qui est en question, d'un travail conçu comme facteur d'identité, d'insertion sociale, de construction de la citoyenneté.

## **NOS TÉMOIGNAGES NOUS CONDUISENT A RÉCLAMER LA DISPARITION DU STATUT D'INTÉRIMAIRE**

Les différents travaux de nombreux médecins du travail et l'expérience clinique de la majorité de la profession des médecins du travail l'ont maintenant bien montré, le statut de travailleur intérimaire ne lui donne pas accès à la citoyenneté sociale. Ayant un autre employeur que les autres salariés de l'entreprise, il est exclu de la collectivité de travail au sens juridique, et en position des plus difficile pour s'inscrire dans un collectif de travail. Il est par statut marginalisé, dans une position subordonnée professionnellement, de seconde zone, sans accès autre qu'alibi à la dynamique de prévention d'une entreprise, travailleur de passage généralement présent pour effectuer des tâches sans visibilité par rapport à la direction et aux collègues de travail, trop souvent exposé à subir contraintes et nuisances auxquelles tentent d'échapper les autres salariés de l'entreprise

Il faut en tirer les conclusions, ce statut très généralement subi, a pour fonction sociale d'instituer une couche de travailleurs de seconde zone, corvéable à merci, échappant à la possibilité de voir son statut s'améliorer par l'action collective, nouveaux esclaves modernes puisque privés de toute citoyenneté dans l'entreprise. Le devenir de la condition salariée dépend des luttes et rapport de force que ceux-ci sauront construire, les médecins du travail apportant leur contribution à la possibilité de construction de leur santé au travail par leur « témoignage professionnel ». Pour les intérimaires, les médecins du travail, utilisés socialement comme alibi d'un système de prévention de la santé au travail sont les premiers témoins de la condition que notre société leur fait. Alors, la logique de notre éthique du témoignage doit nous conduire à réclamer l'abolition du statut d'intérimaire, bien sûr parce qu'une démarche de prévention à leur rencontre s'arrête à l'accompagnement individuel de type compassionnel ou charitable, mais surtout parce qu'ils sont objectivement exclus des possibilités de voir leur sort s'améliorer dans un cadre citoyen.

*Dominique Huez  
février 1997*

**LES CAHIERS S.M.T.**

supplément à « Pratiques - la lettre du SMG » n° 47

52 rue Galliéni 92240 MALAKOFF

commission paritaire : 67150 AS

ISSN 1161-3726

**Responsable de rédaction : Jean-Noël Dubois**

**Responsable de publication : Jean-Pierre Dio**

**Comité de rédaction : Alain Carré, Marie-Hélène Celse, Nicole Lancien, Denise Parent, Jocelyne Machefer, Alain Randon, Odile Riquet**

**Maquette : Jean-Noël Dubois**

**Imprimerie Rotographie - 93100 Montreuil**

# **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**

# PSYCHODYNAMIQUE ET ÉVOLUTION DES PRATIQUES EN SANTÉ AU TRAVAIL (EXTRAITS)

*Lors du Colloque International de Psychodynamique du Travail qui s'est tenu à Paris, le 31 janvier 1997, j'ai présenté un rapport sur la psychodynamique et l'évolution des pratiques en santé au travail. Le thème débordait le cadre de la médecine du travail mais plusieurs passages de ce rapport ont été consacrés aux points de vue développés par l'association SMT. Ils sont repris ici, sous forme d'extraits, à titre d'invitation au débat. Le rapport sera publié dans son intégralité dans la future revue de psychopathologie et psychodynamique du travail.*

[...] Les apports théoriques de la psychodynamique ont [...] suscité un fort intérêt chez les praticiens de la santé au travail. [...] Au moment où chacun s'accordait pour déplorer le recul du politique, la question de la santé au travail retravaillée par la psychodynamique du travail, apparaît comme éminemment politique. Elle a donc contribué à redonner du sens à l'activité des praticiens de la santé au travail.

Le deuxième effet de la psychodynamique s'est manifesté sous la forme de la mise en place dans plusieurs professions (médecins, consultants, travailleurs sociaux...) de groupes de réflexion sur les pratiques professionnelles. La psychodynamique a permis à un certain nombre de professionnels d'exprimer leur propre souffrance, de rompre avec le déni qui entoure l'écart entre les objectifs théoriques de prévention et le sort réellement fait aux questions de santé dans l'entreprise, et de mettre en discussion leurs règles de métier.

[...] Enfin ce travail de réflexion s'est traduit, chez les médecins du travail, par la recherche d'issues dans le témoignage individuel et collectif à l'extérieur de l'entreprise. La manifestation la plus connue a été la publication du livre « Souffrances et précarité au travail, Paroles de médecins du travail ».

Toutes ces avancées et bien d'autres dont je n'ai pas connaissance témoignent de la vitalité persistante d'un frange de professionnels de la santé au travail et de l'apport qu'a représenté pour eux la psychodynamique. Elle ne doit cependant pas masquer le caractère limité de la reprise des acquis de la psychodynamique. Le plus souvent, les praticiens ont utilisé la psychodynamique pour renforcer leur propre action. En revanche, le message central de la psychodynamique - la psychodynamique comme discipline clinique, la psychodynamique comme exigence de soutien à l'élaboration de leur histoire par les salariés eux mêmes - n'a été que très peu repris.

[...] Sur cette question du positionnement clinique, Christophe Dejours s'est très clairement exprimé dans son intervention aux États généraux de la Santé au Travail (1996) : « La personne joue ici un rôle essentiel dans la lutte pour la santé. Non pas en s'organisant contre la maladie mais en orientant ses efforts en vue de conquérir, de conserver et de défendre

sa normalité. [...] La normalité se conquiert et ne peut l'être que par le sujet lui-même. La seule possibilité d'intervention rationnelle pour le praticien consiste à apporter une contribution en vue d'aider le sujet à trouver son propre chemin vers la normalité. Cela suppose fondamentalement deux conditions :

a - comprendre les dynamiques intersubjectives, psychologiques et sociales, dans lesquelles le sujet s'embourbe ;

b - ne jamais se substituer au sujet et s'en tenir à l'accompagner, à l'assister ou à l'aider. L'aider à quoi ? A penser, à analyser, à élaborer, à délibérer, à faire des choix, enfin à prendre ses décisions »

De ce point de vue, presque tout reste à faire.

[...] Du côté des médecins du travail, les positions de l'association Santé et Médecine du Travail (S.M.T.) témoignent bien de l'appropriation de la psychodynamique par les médecins du travail mais aussi des obstacles. On peut résumer l'analyse de l'ass. SMT à quelques propositions. L'état des relations sociales dans les entreprises serait tel qu'il ne laisserait pas aux professionnels d'autre possibilité que le repli sur une écoute compassionnelle des salariés. La fermeture progressive des espaces publics internes rendrait nécessaire l'orientation des professionnels vers le témoignage au niveau de l'espace public externe, donc en dehors de l'entreprise. Elle justifierait le projet de réinscrire la santé au travail dans la santé publique (Huez, 1996).

De belles choses ont été accomplies dans cette direction et j'ai moi-même encouragé et soutenu les démarches des professionnels en direction du témoignage public. Mais ce témoignage est d'autant plus légitime et pertinent qu'il est articulé sur la volonté de mener à terme tout ce qui peut être fait au sein de l'entreprise. Or de ce côté, il faut bien comprendre qu'attitude compassionnelle et témoignage dans l'espace public ne constituent pas une aide à la pensée des salariés. Du point de vue de la psychodynamique, l'abandon de la perspective d'un espace public interne à l'entreprise pose problème. Si tout espace de coopération constitue un espace de confrontation de valeurs et de construction de règles alors il constitue un espace public potentiel. Et l'émergence de cet espace public dépend au premier chef de la capacité des agents



à mettre en mots les valeurs qui sous-tendent leur engagement dans le travail. Il y a là une question qui concerne au premier chef la construction de la clinique en médecine du travail. En effet, les salariés expriment leur souffrance au cabinet médical, mais la plainte est en même temps affirmation de valeurs, affirmation d'un projet sur le monde même si celui-ci se heurte aux évolutions de l'organisation du travail. Compassion et témoignage saisissent les salariés sous l'angle de la souffrance. L'assistance à la pensée est plus exigeante ; elle est attentive à la souffrance de l'agent mais aussi à sa capacité de pensée et d'action. Dans cette direction, se posent une quantité de questions cliniques qui sont au cœur de l'activité quotidienne des médecins du travail et qui ne sont que peu ou pas discutées. Elles sont pourtant décisives car à défaut d'un tel travail, la compassion ne peut que s'épuiser et le témoignage est voué à la répétition stérile.

[...] Aborder les questions de santé au travail à la hauteur où elles se posent aujourd'hui dans la société demande d'intégrer les ruptures opérées par l'ergonomie puis par la psychodynamique : du jugement de conformité à l'attention portée par l'ergonomie à la variabilité, à la diversité et à l'activité ; de la prise en charge experte, à l'accent mis par la psychodynamique sur l'action des agents eux-mêmes et donc sur la citoyenneté.

Un tel déplacement pose de très difficiles problèmes en termes de pratiques. La position d'assistance non substitutive à la pensée doit en effet à chaque fois être intégrée et articulée dans le contexte des responsabilités propres à chaque catégorie de praticiens. Et ce travail est encore à faire. Nous ne pouvons donc que donner quelques indications sur la façon dont nous abordons ce problème à partir de l'expérience des médecins du travail.

Les praticiens de la santé au travail ont tendance à aborder les salariés sur le mode de l'interrogatoire. Il s'agit de recueillir un certain nombre d'informations qui prennent leur sens en référence aux préoccupations du praticien. Dans ce type de relation, particulièrement formalisé dans le cadre de l'interrogatoire médical, le praticien observe et interroge ; le salarié fournit ou non les informations qui lui sont demandées. La communication entre les deux personnes vise à donner au praticien les moyens de penser la situation.

Aider le ou les salariés à penser suppose un changement de régime. Il faut passer de l'interrogatoire à l'écoute du récit. L'interrogatoire assujettit l'autre. Le récit lui permet de se manifester comme humain - comme mortel dirait H. Arendt.

Le récit nous intéresse dans la mesure où il est une occasion de travail pour celui qui raconte. En effet, le récit se développe à partir du vécu singulier du sujet. La fonction du récit,

c'est l'élaboration d'un traumatisme, le travail de liaison qui permet de passer de la répétition du vécu douloureux à la construction du souvenir, à l'intégration de l'événement vécu dans une histoire personnelle.

Le récit remplit cette fonction dans la mesure où la médiation du langage, construit un lien entre le vécu singulier et la culture, les traditions accumulées. En effet, le récit n'a de sens qu'en référence aux récits déjà construits. Il est - nous dit P. Ricœur - « un pont jeté entre la mémoire individuelle et la mémoire collective ».

Le récit touche ainsi doublement au cœur de la question de l'identité. Il n'est ni un simple enchaînement d'événements ni la simple reprise d'histoires déjà racontées. Il réaffirme l'unité et la continuité biographique de la vie spécifiquement humaine. Et il réalise en même temps l'inscription du sujet dans la collectivité.

Par là, le récit est lié à l'action. A travers lui, l'humain se manifeste comme souffrant mais aussi comme porteur de projets.

Aider à penser, c'est donc aider à raconter. La différence par rapport à un interrogatoire médical est nette. L'objectif c'est l'appropriation par le sujet de sa propre histoire, la construction de liens, travail à l'issue duquel la personne ne pense plus sa vie tout à fait de la même façon.

Un tel travail dépend de la qualité d'écoute du praticien. Et cette qualité n'est pas réductible à la compassion. Elle relève de la compétence professionnelle. Elle demande paradoxalement un bagage théorique important. Un bagage suffisant pour ne plus considérer la théorie comme répondant de la réalité mais comme permettant d'interroger cette réalité. Là où le sens commun ne voit qu'évidence, la théorie pointe les zones énigmatiques de l'engagement dans le travail : caractère énigmatique du travail, caractère énigmatique de la coopération, caractère énigmatique de l'articulation des différents systèmes de vie. Il est nécessaire d'avoir perçu les dimensions dramatiques de ces différentes énigmes pour pouvoir questionner les salariés sur la façon dont ils y font face. Alors, entre le salarié qui explique et le professionnel qui apprend, s'établit un véritable espace de travail. Et ce n'est pas une formule de style. Il faut avoir vécu cela, avoir senti comment chacun des deux partenaires sort de cet espace avec un point de vue différent. Comme le dit très clairement P. Ricœur, « le procès d'interlocution, le jeu de la question et de la réponse introduit l'échange des récits dans un espace public concret » (Ricœur, 1996).

[...]

*Philippe Davezies*

# PROBLÈME DU CADRE D'EXERCICE POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

## De la compassion

## De son action dans l'espace public interne

Le médecin du travail est un sujet bien seul.

A son chevet, beaucoup se manifestent pour lui administrer potions et remèdes divers, pour dénoncer sa tendance à la compassion trop prononcée, (spécificité de genre féminin ?), sans capacité d'action visant au changement. Sommes-nous sommés de prendre en charge « le changement » et lequel ? et au nom de quoi ?

On salue notre capacité de témoignage, mais on regrette notre « silence radio » dans l'espace public interne à l'entreprise.

Dans le but d'apporter une modeste contribution au débat, je voudrais aborder deux aspects de notre métier qui mériteraient une réflexion plus approfondie dans un deuxième temps. Il s'agit de l'attitude compassionnelle et du ou des « cadres » dans lesquels nous sommes investis.

Le « cadre » peut être entendu comme ce qui va nous permettre d'exercer notre métier, dans un espace et un temps établi, avec des limites, et aussi ce qui nous fera connaître cette réalité que l'on ignore et qui est explicitée par le salarié qui vient nous voir. Nos règles et principes qui nous animent peuvent ici être dits. Le problème est que le cadre dans lequel nous travaillons au sein des entreprises est en général très flou, en dehors de l'aspect règlementaire du code du travail. Sommes-nous, comme une première enquête de l'ARAPDT (Relations avec les directions 1995) l'avait montré, des inspecteurs du travail déguisés ? des ergonomes ? des médecins « d'entreprise », des médecins « du travail », des assistants sociaux, des syndicalistes... ?

Voici à nouveau posé le problème, dans un contexte très particulier, qui est celui d'une grave crise sociale, de situations fréquentes de conflits et de situations de violence dans l'entreprise.

Dans la relation individuelle lors des visites médicales, la parole se noue bien souvent autour de ces conflits en relation directe avec l'organisation du travail. Et s'exprime alors la souffrance qui, lorsque les défenses psychiques sont débordées est souvent dramatique.

L'écoute « compréhensive » est une première attitude dont la proposition revient à C. Dejours. L'écoute « compassionnelle » dont on parle beaucoup est-elle une autre attitude ? L'écoute « active » de Ph. Davezies paraît être une troisième voie.

La mise en travail et en mots de ces notions est encore à faire me semble-t-il en médecine du travail.

La question du cadre en rapport avec notre intervention dans l'entreprise lors de conflits violents entre salariés, collectifs ou collectifs-direction devient alors essentielle.

L'image que l'on pourrait avoir de nous et qui nous est souvent renvoyée est celle du « Chevalier Lancelot » qui va sauver l'homme ou la femme en péril, contre les méchants, armé de sa seule « puissance » de paroles.

Tous les partenaires nous tirent de leur côté : salariés, délégués syndicaux, responsables (j'insisterai ici sur la difficulté inhérente aux milieux de soins somatiques ou psychiatriques dans lesquels le « diagnostic » posé sur le salarié en cause ne supporte aucune contradiction et où tous sont persuadés d'agir « pour le bien » de ce dernier). Tout est ainsi mélangé, l'affectif, la situation, et le réel du travail. Or, bien sûr, notre analyse, n'est en général pas la même, parce qu'elle incorpore les données fondamentales du travail, et de son organisation, ainsi que la psychodynamique.

Le médecin est ainsi écartelé entre les actions de luttes syndicales, de défenses du bon droit et notre objectif principal, qui est entendons-nous bien, l'aide à penser et la recherche du sens des conduites dans lesquelles se trouve emprisonné notre salarié en difficulté qui vient dans notre cabinet.

Car, il s'agit bien pour lui, d'éviter de basculer dans la décompensation psychique ou somatique. Il s'agit bien, dans la démarche préventive qui nous anime de lui permettre de demeurer dans le monde de la « normalité » et de la société. Sans parole libératrice, donneuse de sens, pris parfois dans des logiques de luttes de ceux qui pensent à sa place et pour son bien, l'homme ou la femme qui est en face de nous, s'expose à la maladie et l'exclusion. Il me semble que nous touchons là notre **responsabilité première**, de médecin et d'humain.

L'écoute du « récit » et l'élaboration qui peut en découler ne peut se faire que dans la « compassion » c'est-à-dire la confiance, le respect, le souffrir « avec », non-inutile, et qui n'est pas souffrance « pour rien ». La compassion n'est pas la pitié, elle n'est pas passive, mais active. Elle n'est pas non plus vouée à la répétition, parce qu'elle nous ouvre (dans l'intersubjectivité) à l'Autre, Autre qui nous arrache à la tentation de l'enfermement, de la totalité, de la finitude, et qui par là a un devenir.

Or, comme nous l'avons signalé, tout est souvent mélangé et doit être clarifié. Il faudrait peut être mettre en place un cadre

qui permettrait de repérer, pour le médecin, comme pour les salariés de l'entreprise, **en quelles places et lieux, les choses peuvent être dites, à qui, et dans quel but, ou pour quel usage.** La parole du médecin, dans l'espace public serait alors entendue dans un autre cadre défini et compris par tous, cadre du respect de la déontologie médicale et sorti de celui de la parole confidentielle du patient.

Le médecin, alors « médecin-citoyen », pourrait maintenant être un révélateur des distorsions de l'organisation du travail entraînant des atteintes à la santé. Sa parole, qui serait sienne, pourrait s'ajouter à celles des autres partenaires de l'entreprise, sans être prise dans une fusion ou une opposition, et dans le respect des fonctions de chacun.

Une clarification et une mise en réflexion des apports théoriques et des modalités requises, ainsi que de nos points de vues nous permettraient d'apporter par notre place originale dans l'entreprise, notre contribution au changement.

La position de Témoin ne nous épargne pas la Violence des situations, même si nous ne les avons pas vécues. Elle peut apporter une contribution active à condition qu'elle entre dans un cadre défini et reconnu, qui permette une élaboration de la pensée, condition à l'initiative de l'action.

*Marie-Hélène Celse  
mars 1997*

### **LES CAHIERS S.M.T.**

- N°1 Spécificité et Médecine du Travail (89) - (épuisé) -
- N°2 Éthique et Pratique en Médecine du Travail ; introduction aux débats (90) - (épuisé) -
- N°3 Évaluation en Médecine du Travail (nov. 90) - (photocopie) -
- N°4 Éthique 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 F 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)

#### **Ce Cahier n°10 m'a intéressé(e) :**

✓ **Je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je verse 100 F à titre de soutien et de réservation du Cahier n°11 (à paraître courant 98)**

✓ **Je demande des exemplaires gratuits (port 30 F)**

numéro(s) : .....

nombre : .....

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



Chère lectrice, cher lecteur,



Vous avez reçu gracieusement ce cahier, par cooptation, connaissant votre intérêt pour ce qui touche la santé au travail. Tiré à 3 000 exemplaires, ce numéro revient à environ 35 000 F (impression et routage), ceci à la charge exclusive de l'association SMT. L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste ce coût de revient, ce qui risque de remettre en cause l'existence d'un Cahier n°11...



Nous vous invitons donc vivement à nous soutenir financièrement, par adhésion (voir p. 37) ou par abonnement (cf plus haut).



En vous remerciant à l'avance.

*Le bureau de l'ass. SMT*

# DE L'AFFAIRE DE L'AMIANTE AU CARNET DE SANTÉ

## La question du mépris pour la santé au travail Résister et coopérer pour trouver du SENS

Ces cinq dernières années ont vu le monde du travail se durcir de manière insensée au nom de la sacrosainte productivité. Elles laissent bien des salariés démotivés, désabusés, épuisés physiquement et moralement. Paradoxalement, cet environnement extrêmement négatif a, par sa violence, déclenché quelques électrochocs positifs dans notre profession entraînant l'éveil, la prise de parole. Face à un tel danger pour la santé au travail, un certain nombre de médecins se sont sentis le devoir de dire, d'écrire leurs constats, leurs réflexions. La langue de bois n'est plus de rigueur ! Enfin, on dit, on se dit la vérité, la réalité. Alors, que le monde du travail se désagrège, la médecine du travail semble vouloir accoucher d'elle-même. Certains l'y ont aidé : Philippe DAVEZIES et son écrit de psychodynamique a donné la Parole aux médecins et a analysé avec eux souffrances accumulées et mécanismes de défense. Des médecins se sont regroupés pour témoigner dans *Paroles*. Le SMT analyse avec une acuité extrêmement pertinente l'idéologie dominante et ses ravages.

L'affaire de l'amiante, puissant révélateur de tous les dysfonctionnements du système de santé au travail est l'occasion que des représentants syndicaux comme Jean-Paul DULÉRY s'exprime sans détours sur les pressions incroyables qui s'exercent sur les médecins mais aussi sur l'attitude de trop de médecins eux-même qui devançant les détournements et perversions du jeu social en intégrant d'emblée, des comportements non déontologiques. Marie PASCUAL montre aussi que l'affaire de l'amiante, loin d'être unique n'est qu'un élément parmi tant d'autres des anomalies de notre fonctionnement d'ensemble.

S'il n'est pas nécessaire de développer plus ces points de vue, réflexions, prises de position des personnalités marquantes de notre profession, nous les rappelons pour mémoire, car ce sont des temps forts de notre historique mais nous souhaitons en tant qu'acteurs de terrain apporter un petit supplément du côté de l'action, en vue de laquelle il nous paraît nécessaire d'exercer un lien catalytique entre toutes énergies. En effet, la machine infernale continue de détruire la santé des gens et du côté des médecins du travail (et des acteurs de santé en général) les potentialités d'action sont encore bien loin du compte !

Pour que ces avancées ne restent pas vœux pieux ou lettres mortes, il paraît important d'insister sur les points forts incontournables pour rendre l'action possible :

### ASSAINIR LA SITUATION DRAMATIQUEMENT INCOHÉRENTE DE NOS SERVICES INTER

Comme le dit, Dominique HUEZ, il faut désenclaver la médecine du travail. Pourquoi commencer dans les inter ? Parce qu'ils représentent le vivier essentiel de la médecine du travail, parce qu'il paraît plus réalisable d'y faire naître un mouvement de libération des médecins du travail. Dans les autonomes, il faut bien reconnaître que la marge de manœuvre est encore plus infime et que les exemples foisonnent pour y prouver que la simple position déontologique y est incroyablement ardue à tenir, le médecin y est trop seul face à la pensée unique du tout économique. Dans les services inter, les médecins sont nombreux : oui, mais pourtant que s'y fait-il en matière d'avancée de la santé au travail ? Ici, comme ailleurs l'affaire de l'amiante prouve leur inacceptable carence. Pourquoi ? parce que l'objectif de ces services n'est nullement la santé des salariés mais un fonctionnement en circuit fermé pour lui-même : il faut faire des visites encore des visites et toujours des visites pour faire entrer les cotisations, pour faire travailler des médecins du travail dont l'action est gérée par des conseils d'administration qui voient d'un très bon œil notre inefficacité.

Caricature du mépris de la profession et de son sens réel, ainsi voit-on l'embauche de médecins non diplômés ou n'ayant pas exercé pendant vingt ans alors que l'on connaît les exigences de formations complémentaires qu'il a fallu à bon nombre pour acquérir une compétence réelle permettant l'intelligibilité d'une si complexe situation. Conscients ou non, les médecins n'arrivent pas à échapper à cet axiome de leur préétendue « rentabilité ». Trop peu affirment leur indépendance professionnelle, la nécessité éthique de répondre à la loi, à la déontologie. Et quand bien même, ils l'affirment ils se retrouvent pour reprendre l'expression de D. HUEZ totalement « enclavés » ; ainsi fonctionne depuis des années le cercle

vicieux de la non confiance en soi, du déni du réel et des mécanismes de défense si bien décrits par Ph. DAVEZIES. Ainsi ne fonctionne pas le système de santé au travail.

## **POINT ESSENTIEL LA CONFIANCE : POINT NODAL DU CERCLE VICIEUX ET DE SON SYSTÈME D'AUTO-ENTRETIEN**

L'autosatisfaction qui se dégage des sondages optimistes du cinquantenaire où l'on nous annonce 70 % de salariés satisfaits de leur médecin du travail laissent les médecins de 15 à 20 ans d'expérience que nous sommes dans la perplexité !! Certes, la confiance se construit au fil des années au prix d'une rigueur sans faille du comportement dans le dialogue toujours ouvert pour les décisions d'aptitude, dans les positions toujours déontologiques qu'il faut prendre malgré les pressions de toutes sortes au sein des services et des entreprises, mais même dans ces conditions où l'attitude du médecin renvoie jour après jour une éthique irréprochable, il ne faut pas faire table rase du turn-over des médecins dans les entreprises d'inter et du trop peu de temps dont trop souvent ils disposent pour construire cette confiance : beaucoup de salariés ne verront qu'une fois leur médecin dans l'année au cours d'une visite bien brève et jamais sur les lieux du travail dans les PME et TPE que nous suivons. Si nous refusons le déni du réel, nous ne pouvons occulter le malaise bilatéral et interactif (chez le médecin comme chez le salarié) ressenti au cours de cette visite à laquelle nous sommes attachés mais malheureusement souvent vidée de son sens. Les sous-items des statistiques en parlent aussi indirectement : 20 % des salariés pensent que le médecin est du côté de l'employeur, 40 % qu'il rapporte à l'employeur le contenu de la visite !! Cela laisse à penser et nous conforte dans notre impression de la difficulté de la construction de la confiance. Pour ne pas perdre totalement confiance en eux, bien des médecins fuient dans une position au mieux de santé publique, au pire de médecine d'entreprise. Dans cet état d'opacité et de confusion, l'affaire du carnet de santé, en déniait à priori et officiellement toute possibilité de confiance entre le salarié et le médecin du travail vient nous porter un préjudice gravissime. L'avenir n'a pas fini de nous en montrer les retombées néfastes. C'est dans ce contexte et à cause de ce problème vital pour notre profession que nous récusons les prises de position comme la lettre de l'ARAPT, qui viennent encore renforcer le trouble. Même si les arguments ne sont pas faux, ils nous semblent plus du côté d'une construction incomplète, point par point vraie, mais dans sa globalité déconnectée de notre réel, la pensée qui agit en nous se nourrit d'un vécu qui a une toute autre résonance sans oublier jamais l'objectif final unique de la santé au travail. Imprégné des mêmes données du terrain, l'article de Fabienne BARDOT dans la revue du SNPMT n° 170 en est tout à fait démonstratif et percutant.

Le problème pour le médecin du travail de rester au niveau déontologique n'est pas nouveau : toute transmission d'information se fait toujours avec l'assentiment du salarié. Si celui-ci n'est pas libre dans le contexte actuel, il faut lutter pour qu'il le soit, ce n'est pas la référence déontologique qu'il faut changer c'est le réel ! Si l'axiome de base reste la non

liberté, l'unique valeur étant la productivité, le médecin du travail ne peut pas travailler, la santé du salarié ne fera que se dégrader. Même le cas des postes de sécurité est dans la réalité soluble, si le médecin du travail a une approche strictement déontologique et éthique. Il est bien exceptionnel qu'un salarié soit dangereux pour les autres sans l'être pour lui-même : nous en revenons à la nécessité du dialogue et de trouver ensemble, médecin et salarié, dans la confiance, la solution la meilleure. Ici notre expérience parle. Quant au cas le plus problématique où les médecins adoptent des positions éthiquement floues ou même de sélection : nous en revenons à notre question de départ : il faut s'attaquer à la racine du mal, à sa cause profonde.

Les médecins ne sont pas libres, n'ont pas le minimum de confiance en soi, de dignité pour construire une vraie professionnalité, une identité professionnelle affirmée. Une vraie démocratie doit donner aux professionnels qu'elle mandate les moyens de réaliser leurs missions : de l'amiante au carnet de santé en passant par notre vécu quotidien, l'Etat prouve malheureusement, au contraire, son désintérêt, son désinvestissement. Nous reprendrons ici la phrase de notre confrère HITIER à propos de l'affaire de l'amiante, qui nous paraît à combien forte « *elle révèle pour le moins que, dans notre pays où l'on dit si souvent qu'il y a trop d'Etat, cet Etat est curieusement anémique là où il faudrait des services disposant de moyens infiniment plus sérieux* ».

## **QUE FAUT-IL FAIRE POUR SORTIR DE CETTE REDOUTABLE INERTIE, DE CE DÉTOURNEMENT DE NOS OBJECTIFS ?**

Bien sûr notre expérience d'un travail collectif sur le terrain, nous a redonné un peu de cette confiance en soi et nous aide quotidiennement à tenir les règles du métier. Mais malheureusement, la majorité de la profession baigne encore dans la dispersion, l'isolement d'où une formidable incohérence d'action. Pour pouvoir faire un travail sérieux, il faut créer les conditions propices dans nos services. Nous devons solliciter sans relâche l'Etat et ses instances pour qu'il ne se désintéresse pas d'une de ses missions fondamentale qu'est la Santé Publique. Les professionnels que nous sommes doivent déclencher ce retour d'intérêt. Cette interactivité est indispensable. Tout affranchissement étant extrêmement dur, nous devons unir et potentialiser toutes les énergies qui ont émergé jusqu'à présent. Il faut continuer le travail sur le terrain, continuer de renvoyer le constat dans l'espace public interne. La méthodologie de la psychodynamique et de l'ARAPT peuvent être une aide précieuse. Il faut continuer, sous l'impulsion du SMT, à décrire et analyser sans complaisance nos constats dans l'espace public externe. Il faut, nous semble-t-il mettre l'accent sur la nécessité de « désenclaver » la médecine du travail. Les problèmes d'indépendance professionnelle doivent être renvoyés au débat public par chaque médecin individuellement, par les collectifs, par les délégués syndicaux ; le SNPMT a commencé et doit poursuivre dans cette voie, en obligeant les interlocuteurs au niveau de l'Etat à prendre des positions claires. L'enjeu est trop grave, nous som-

mes trop peu nombreux, nous avons trop peu de moyens pour nous disperser sur des problèmes périphériques ou de détail. Pour reprendre les propos de D. HUEZ, dans cette période de guerre économique où aucune lueur de paix ne semble poindre, il paraît malgré tout indispensable que ceux qui croient à l'urgence du rappel des valeurs de l'Homme continuent à résister à la pensée dominante et s'unissent pour se faire entendre. Coopérons pour une action efficace.

A quand une rencontre ARAPT, SMT, SNPMT, collectifs de terrain sur le thème de cette coopération ? En ce qui nous concerne, nous la souhaitons vivement.

*Odile CHAPUIS, Yusuf GHANTY*  
8 janvier 1997

---

---

# 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

permettant de mieux réguler la production, autorisation de parler, de quitter son poste pour partager les savoir-faire ou aider une opératrice qui prend du retard, alternance d'une ancienne avec une intérimaire pour l'apprentissage (le plus souvent par le geste, sans langage technique), possibilité de se faire remplacer à la demande par une opératrice polyvalente, pause systématique toutes les deux heures, groupes de travail...

Mais ailleurs, les chefs de groupe frileux freineront l'échange, les cadences seront telles que les pauses ne pourront être prises, et les cycles machines si brefs que l'échange verbal sera

impossible. C'est aux vestiaires qu'on tentera un début d'échange de savoir-faire. Il n'y a donc pas de vérité toute faite en la matière. Il s'y greffe des problèmes de langage, la difficulté de mise en mots des savoir-faire au féminin. En l'absence de vocabulaire technique, les chefs de groupe, des hommes pour la plupart, auront tendance à ne pas écouter, à penser qu'elles n'y connaissent rien.

Le triomphe du prescrit... sera-t-il subverti ? et par qui ?

Jocelyne Machefer

---

---

# LA QUALITÉ : UNE ILLUSTRATION DE LA VRAIE NATURE DU MANAGEMENT

« Le management peut être défini, en se référant à Michel Foucault, comme " une technologie politique " : il s'agit d'un dispositif organisateur de discours qui guident des actes, d'un savoir inscrit dans des techniques verbales et mentales qui produit du pouvoir »(1).

Instrument opératoire d'une idéologie, l'idéologie libérale, chacune de ses initiatives doit être analysée avec beaucoup de soin par les spécialistes du champ de la santé au travail, comme pouvant être porteuses de risque pour la santé au travail.

Nous avons montré dans une contribution précédente que le management, par définition manipulateur, utilise le mensonge comme technique. C'est dans ce contexte qu'il faut analyser la stratégie de la qualité.

Le management joue sur les mots, ceux-ci se voit attribuer par le management un sens différent du sens trivial qui permet leur utilisation dans une manipulation idéologique et politique. Dans la définition classique du terme qualité, rien ne préjuge de sa nature bonne ou mauvaise. Un glissement de sens, vers celui d'excellence, de supériorité, sensées conférer la noblesse à « l'homme de qualité » le transforme en concept très positif.

Comment pourrait-on être « contre » la qualité ? Sous la poussée des Etats-Unis, une série de normes internationales, les normes Iso de la série 9000, appliquent ce concept aux différents secteurs de l'économie, tentant de lui conférer une valeur universelle. Mais on ignore souvent qu'une autre norme, la norme Iso 8402, traite du « vocabulaire » des normes de la série 9000. Incontournable, elle définit, un à un, chaque concept du « management de la qualité ». Ainsi la qualité c'est : « l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ». Une « entité » est : « ce qui peut être décrit et considéré individuellement. une entité peut être par exemple : une activité ou un processus, un produit, un organisme, un système ou une personne ou une combinaison de l'ensemble ci-dessus ».

Trois caractéristiques découlent de cette définition managériale de la qualité : son universalité, la personne n'étant qu'un objet parmi d'autres, son individualité, sa variabilité en fonction de valeurs implicites. Elles sont en rapports avec les objectifs poursuivis par le management : instrumentaliser, individualiser, manipuler les salariés.

Comme l'écrit un spécialiste de la qualité(2) celle-ci est ainsi investie à la fois d'un rôle idéologique et politique « qui concerne l'encadrement, les techniciens et les opérateurs, idéologique car il s'agit d'assujettir l'ensemble du personnel à de nouvelles figures symboliques, faisant des uns des animateurs voire des militants, des autres des petits entrepreneurs. Politique car ce qui est en jeu, c'est le pouvoir dans l'entreprise, c'est la capacité de la direction à mener l'entreprise là où elle veut qu'elle aille (...) Sans forcément penser que cela soit l'un des buts poursuivis, on peut tout de même constater que ces démarches qualité provoquent des effets qui obéissent à la devise, diviser pour régner. »

Or cette instrumentalisation et cette individualisation s'opposent en tout à ce qui fait la valeur du travail à la fois techniquement et pour la santé. Le travail est en effet la coopération entre les femmes et les hommes pour obtenir la mobilisation coordonnée qui permette de faire ce qui n'a pas été prévu par l'organisation du travail.

Il y a là une contradiction paradoxale mais indépassable, un défaut de cohérence, comme ils disent, qui n'a pas pu échapper aux organisateurs du travail. Mais dans un système idéologique l'idéologie prend le pas sur la réalité. Les stratégies managériales, quelles qu'elles soient, ont donc pour finalité de transférer la gestion des conséquences de cette contradiction sur le salarié. Dans un contexte de concurrence entre les entreprises les coûts de productivité doivent être revus à la baisse. pour rendre le travail plus rentable celui ci doit s'intensifier. Ce contexte impose de pousser les hommes et les femmes à dépasser les limites extrêmes de leurs capacités.

---

• • • • •

1- Frederik MISPELBOM : « Au delà de la qualité, démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur », Syros, 1995.  
2- Frederik MISPELBOM : opus cité.



Un déficit de qualité pourrait en résulter.

En effet, les savoir-faire peuvent être figés par la disparition de leur élaboration collective ou encore les contraintes temporelles contraignent les salariés à choisir entre production et qualité. Taylor(3) en 1927 avait déjà signalé cet écueil : « un des dangers contre lesquels il faut mettre en garde, lorsque les salaires d'un homme ou d'une femme ne dépendent que de la quantité d'ouvrage fait, est que cet effort pour augmenter la quantité ne nuise à la qualité (...) La première chose est donc de rendre impossible tout relâchement sur la qualité sans qu'on s'en aperçoive immédiatement. »

En secteur productif l'utilisation du concept de qualité à plusieurs finalités. Il est une tentative pour recréer de l'extérieur des collectifs de travailleurs pour les contrôler et identifier leur savoir-faire pour les rationaliser au profit de la production. Les « cercles de qualité » ont été créés dans ce but. Le temps n'est plus où le salarié était prié de laisser son cerveau au vestiaire avec son chapeau, le salarié est obligé de s'investir corps et âme dans le travail. Comparé aux autres travailleurs sur la qualité de son travail en fonction de normes régaliennes par l'employeur, le salarié est en concurrence avec eux pour conserver son employabilité. Isolement par la crainte, isolement culpabilisateur parce qu'il a pour moteur l'égoïsme de la survie et parce qu'il pose à chacun la question de ses propres limites. Plus que d'un néo-taylorisme c'est de taylorisme aggravé voire ultime qu'il faudrait parler.

Les troubles musculosquelettiques des travaux répétitifs sous contrainte de temps rendent non seulement compte de la torture des corps mais aussi de la géhenne des esprits qu'on force le salarié à réprimer ou à stimuler au-delà des résistances physiques.

Parler de qualité, c'est-à-dire du résultat à obtenir, dispense en général de se poser la question des moyens. Ce concept se substitue en les euphémisant à des critères devenus péjoratifs et synonymes de contrainte : productivité, rendement, rentabilité et permet de les rendre implicites en les dissimulant derrière un rideau de fumée. Il permet aussi de rationaliser et d'imposer des normes productives aux entreprises sous-traitantes. Celles-ci, îlots détachés du continent ancien de l'entreprise et ayant ainsi échappé à la prescription interne, peuvent être, par le biais de la qualité, à nouveau contrôlées de l'extérieur en faisant l'économie des moyens et des méthodes. On peut ainsi exploiter à distance en laissant les petits patrons se salir les mains. En effet, la transmission à chaque échelon de l'astreinte qualité, à chaque fois renforcée par un nouveau contrat, transfère sur le salarié en bout de chaîne le cumul des contraintes.

Un autre « avantage » des démarches qualité concerne le secteur des services. Dans les pays développés l'affaiblissement du secteur industriel productif par le biais des délocalisations et le renforcement du secteur des services rend nécessaire la mise au point de normes de productivité pour ce dernier secteur. En effet les critères quantitatifs ne sont pas parfaitement adaptés. Dans ce secteur la mise en concurrence des salariés se fait par l'évaluation du respect du contrat de service dont le but est la satisfaction du client, seule manière de justifier le coût élevé de la prestation.

Toute plainte du client qui aurait autrefois été anodine est redoutée du salarié car elle peut déboucher sur une procédure disciplinaire et une perte de l'emploi. L'amalgame entre qualité du service et satisfaction du client introduit dans l'entreprise la notion de contrat individuel entre chaque salarié et son employeur. La relation employeur salarié devient une relation client-fournisseur. L'entreprise n'est plus constituée de salariés mais d'une multitude de petits artisans devant fournir individuellement des services à leur client patronal qui est seul juge de leur qualité.

Le projet des démarches qualité est donc d'intensifier le travail sans compromettre son résultat grâce à l'implication psychique du salarié dans la gestion des contradictions de l'organisation du travail. A terme il introduit un contrôle quasi obsessionnel qui rigidifie les postures professionnelles, individualise les salariés et réduit dramatiquement les marges de manœuvre. Or précisément c'est dans ces espaces de liberté que se préserve ou se construit la santé au travail si bien que prévenir c'est préserver des marges de manœuvre individuelles et collectives qui permettent à chacun un véritable choix de santé. Pour le médecin du travail, c'est aussi s'opposer, du point de vue de la santé aux obstacles qui diminueraient ces marges (a).

La rationalisation des moyens de contrôle des salariés par les démarches qualité mais aussi par d'autres mécanismes du management, leur instrumentalisation, l'intégration de leur fonctionnement psychique dans le processus économique, le dévouement, « *perinde ad cadaver* », demandé à l'encadrement, nous incitent à nous poser la question de l'évolution de la nature du système libéral dont les fondements sont idéologiques. En effet la plus grande prudence est de mise devant tout système reposant sur ces bases.

Une nette distinction doit être faite entre une évolution autoritaire et une évolution totalitaire. Une évolution autoritaire vise en effet à isoler les hommes les uns des autres pour éviter qu'ils ne se regroupent pour agir. Une évolution totalitaire ne vise pas à isoler mais à désoler. La philosophe Hannah ARENDT 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

•••••  
3-F.W. TAYLOR, « Principes d'organisation du travail », Dunod, 1927.

•••••  
**a-** C'est pourquoi le médecin du travail ne peut cautionner de telles méthodes et a fortiori qu'elles s'appliquent au fonctionnement du service où il travaille et à lui même.  
En effet la démarche qualité introduit une obligation de résultat, elle constitue un contrat et à ce titre doit être soumis par le médecin aux instances ordinales, il peut inciter le médecin à subordonner son indépendance à des objectifs de management. Elle risque également d'entraver les démarches coopératives des nouvelles pratiques en individualisant le contrat d'objectif et en mettant les médecins en concurrence.  
Par le biais de la qualité appliquée à la médecine du travail une telle démarche peut constituer un risque de passage à une médecine d'entreprise.

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 autocontraignante 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* ». Alors l'isolement devient de la désolation. Un pouvoir de cet ordre sur des travailleurs, serait dès lors automatiquement un pouvoir sur des hommes désolés et non simplement isolés et tendrait à devenir totalitaire. Cette volonté de réduire les marges de manœuvre, en recourant par exemple aux démarches qualité, vise avant tout à isoler. Mais le système confronté aux inconvénients de cette stratégie cherche à les compenser en exigeant une implication psychique exclusive des salariés dans l'entreprise.

L'espace de liberté ayant disparu entre les salariés ceux-ci sont à la merci des sirènes de l'idéologie d'entreprise. N'y a-t-il pas un risque de voir se produire, ici ou là, des dérives totalitaires ?

Si l'on considère que l'économie prime partout sur la politique, n'y a-t-il pas de risque de contagion à l'ensemble de la société ?

*Alain Carré  
octobre 1996*

---

---

# LE MOUVEMENT QUALITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL

Derrière un mot banal, « qualité », car il s'agit forcément de produire un objet, de rendre un service, « de bonne qualité » se cache une démarche et une tentative de normalisation des rapports sociaux de travail.

Aucun individu, qu'il soit salarié, artisan, ou qu'il exerce une activité libérale ne travaille en faisant sciemment de la mauvaise qualité. Surtout si on admet que dans le travail s'exprime une image de soi. De la même façon, le même individu devenu consommateur souhaitera acquérir un objet ou un service de qualité. La qualité est le « Souverain Bien ». Dans ces conditions et dans l'esprit d'une direction, l'adhésion de tous les salariés à la démarche qualité ne peut qu'aller de soi.

Les premières démarches qualité sont nées à la demande d'un client particulier, l'armée, qui avait besoin, sur un champ de bataille par exemple, de pouvoir remplacer une pièce par une autre. L'interchangeabilité des pièces était alors une garantie d'efficacité et de non risque pour l'utilisateur. Pour produire des pièces de qualité, il a donc fallu mettre au point des machines-outils suffisamment précises pour éviter que l'appréciation de la conformité et les ultimes rectifications (qui devaient alors toucher toutes les pièces) dépendent d'ajusteurs. L'expérience acquise dans l'armée s'est ensuite éten-

due à la production industrielle de masse. Cette production de masse d'objets interchangeables s'imposera ensuite au client, via la publicité.

C'est donc l'ingénieur qui au travers de procédures et de méthodes va imposer « la façon de produire ». Ce n'est plus l'ajusteur qui détermine la qualité. La production de masse avec des contraintes de rendement en quantité sans exigence particulière sur la qualité, sans droit de regard et d'expression sur la conception, fera la preuve de son efficacité, c'est le taylorisme. Cette forme d'organisation du travail nécessitera, à ses débuts une importante main d'œuvre occupée à la vérification. Pour réduire les coûts de production il devient donc nécessaire, de demander à l'opérateur de produire en qualité et en quantité, c'est-à-dire d'être l'expert à son poste de travail.

Dans une production de masse, qu'elle soit peu ou très automatisée, les individus qui restent aux mêmes postes de travail régulent, anticipent, trichent seuls et/ou collectivement pour faire face à la variabilité. Le travail réel n'est pas mis en visibilité tant il est efficace. De nouvelles formes d'organisation du travail qui font appel à l'interchangeabilité des individus, (la polyvalence – qualification suprême pour l'encadrement

– « bons à tout, bons à rien » pour les autres salariés), à la précarité apparaissent. Ces nouvelles organisations du travail ne peuvent que générer de la non qualité.

Plutôt que reconnaître des compétences et des savoir-faire, les procédures qualité tendent à partir de l'expression des opérateurs à vouloir réécrire les procédures, c'est-à-dire reprendre la main sur un réel et sa variabilité inhérente en voulant ignorer que cette connaissance du travail est liée à l'expérience, que les savoir-faire incorporés se transmettent dans l'expérience partagée, ne peuvent se mettre en mots, car les mots pour dire ces savoir-faire n'existent pas ou n'ont pas le même sens pour des individus qui n'ont pas une histoire professionnelle commune. On reste dans le déni du travail.

Que se passe-t-il sur le terrain et qu'est devenue la notion de qualité ? La qualité est devenue la conformité aux procédures. Les normes Iso se résument à « *Écrivez ce que vous faites et faites ce que vous avez écrit* ». Dans ces conditions, les directions doivent pouvoir organiser elles-mêmes des grèves du zèle !!! La non qualité est le résultat obligatoire de ces nouvelles formes d'organisation du travail.

Nous sommes loin de ces chaînes de production où, en fonction de la référence du produit et de son destinataire, le contrôleur qualité sait s'il peut ou non laisser partir le produit, dont on sait qu'il ne peut être parfait, la perfection n'existant pas. Également loin de ces chaînes où seul le contrôleur qualité sait, à partir de traces qu'il est seul à voir, quels ont été les opérateurs à avoir travaillé à ce produit.

Transformer, au sein de l'entreprise, les relations de coopération entre salariés, par des relations commerciales, au nom de la qualité, signifie que la meilleure vie possible en société est celle qui est régie par des relations commerciales. Le service gratuit, la solidarité n'existent plus. On peut donc dire que le mouvement Qualité est au service d'une politique économique qui est le libéralisme. Le processus de certification (assurance donnée par écrit) signifie également que « la parole donnée » ne suffit plus et que la défiance règne.

Respecter scrupuleusement des procédures, ne plus utiliser son intelligence, la démarche qualité ne peut qu'entraîner une perte d'efficacité individuelle et collective et des problèmes de santé des salariés (une réflexion est à mener sur TMS et démarches qualité) : les tricheries collectives ou individuelles ne sont plus possibles sauf à mentir et à certifier le respect d'une procédure qui n'a pas été suivie. Il ne suffit plus de taire ou de cacher collectivement, il faut mentir seul.

## DÉMARCHE QUALITÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

L'article 19 du Code de Déontologie précise : « *la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce* ». L'usage du mot « client » et de la relation commerciale devraient donc être exclus de nos propos. Il conviendra d'abord de définir à qui le service est rendu et si le « client » (la qualité du service étant en principe définie par le client) est le salarié usager ou l'employeur payeur. Il y a donc là une première difficulté puisque dans une relation de service commercial, l'utilisateur est en général le payeur. Il me paraît légitime de considérer que le « client » est le salarié et de considérer que l'on se situe dans une relation de service public (ce qui permet de ramener la médecine du travail dans le champ de la santé publique).

Les textes fondateurs de la médecine du travail et le Code de Déontologie sont sans ambiguïté : la médecine du travail est au service des salariés et de la préservation de leur santé. Considérer que le client est l'entreprise utilisatrice nous ramènerait au débat « médecin du travail », « médecin d'entreprise ». Un service de médecine du travail de qualité sera donc un service qui mettra tout en œuvre pour que le médecin du travail puisse remplir convenablement l'ensemble de ses missions, telles qu'elles sont définies par la législation (effectif, locaux, formation continue, respect de son indépendance, etc.)

Définir des procédures d'exercice pour le médecin du travail est encore plus difficile :

- les tentatives de mise au point de systèmes expert en médecine, que l'on pourrait assimiler à des démarches qualités ont montré leurs limites et l'on n'en parle plus guère,
- les bilans de santé dits de dépistage se sont avérés coûteux et peu rentables en terme de santé publique (batteries d'exams standardisés sans orientation),
- l'exercice médical ne peut faire l'économie de la relation intersubjective entre le salarié et le médecin. L'écoute et l'interrogation remplaceront l'interrogatoire de nos études médicales.

*Annie Deveaux*



**Bibliographie** : Frederik MISPELBOM : « Au delà de la qualité, démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur », Syros, 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 préoccupant de la Médecine du travail.**

**BUREAU**

Présidente : Jocelyne MACHEFER

Vice-présidents : Alain CARRE -  
Dominique HUEZ - Nicolas SANDRET

Trésorier : Jean-Noël DUBOIS

Secrétaire : Alain RANDON

Secrétaire-Adjoint : Philippe DAVEZIES

# CINQUIÈME CONFÉRENCE EUROPÉENNE SUR LES RISQUES PROFESSIONNELS

Atelier n° 15  
Rimini (Italie) 7- 9 Octobre 1994

## « TWO QUALITIES, BUT NOT THE SAME »

*Les deux qualités dont il sera question dans le contexte du travail sont :*

- *La qualité dans la production, côté employeurs, avec en ligne de mire le concept de qualité totale, que ce soit pour un produit ou un service.*
- *La qualité de la vie au travail, côté employés, avec en ligne de mire le bien-être physique et psychique au travail.*

Ces deux notions sont-elles antagonistes, ou peuvent-elles être simultanément satisfaites dans le sens positif ? Voici l'alternative posée par Lex Wobma, Hans Boot, Jercen Zonneveld, chercheurs et syndicalistes hollandais, animateurs de l'atelier.

Cette alternative ne se présente pas dans l'abstrait, mais dans les conditions historiques dans lesquelles les processus de production sont mis en œuvre, conditions qui, précisément, ont fait émerger cette alternative. Que voit-on ? A l'échelle macro-économique, dans la plupart des branches d'activité économique, tant dans les espaces nationaux qu'internationaux, c'est la sous-traitance, jusqu'à la sous-traitance en cascade, qui a été développée avec un objectif : réduire les coûts, augmenter la productivité et maximiser la flexibilité. Ceci a accentué la division des tâches et a contribué à l'éloignement du sens et de la maîtrise du produit ou du service final.

Les conséquences sur l'emploi, à l'échelle du globe, sont maintenant patentées : montée des emplois temporaires, des emplois à temps partiel, des contrats à durée déterminée. Ce qui était il y a une dizaine d'années qualifié d'emploi atypique, devient de plus en plus emploi typique. Il suffit de se souvenir des glissements de vocabulaire dans notre propre pays : emplois précaires, devenant emplois atypiques se transformant enfin, par magie, en nouvelles formes d'emploi.

C'est dans ce contexte que dans les pays les plus industrialisés, ceux-là même qui constituent les premiers donneurs d'ordre, le concept de qualité totale a émergé comme moyen de contrôle à chaque stade de la production et finalement à chaque poste de travail, non plus des processus de production et des moyens pour parvenir à l'objectif, mais de l'objet ou du service produit en transférant sur « l'opérateur » la responsabilité du produit, d'où le discours sur la participation, l'intégration, le contrat et la gestion des ressources humaines.

En résumé, le concept de la qualité totale dans le cadre de la sous-traitance comme nouveau développement de la division du travail, est venu réguler et contrôler le travail pour parve-

nir à l'objectif recherché, c'est à dire le triple zéro : zéro stock, zéro délai, zéro défaut, c'est-à-dire les conditions pour que la gestion à flux tendu dans une production flexible soit opérationnelle.

Du point de vue du salarié ceci a pris un autre nom : la gestion par le « stress et la peur ». Et tout pourrait se passer d'une façon sournoise. En effet, comment être contre la qualité, d'autant qu'il est fait appel à des valeurs relativement universelles de coopération dans le travail, d'équipe de travail, de partenariat, de responsabilité, etc.

Récemment, le directeur du contrôle de la qualité d'un grand groupe industriel français pouvait déclarer : « *la qualité totale est plus une question de conscience que de science, de comportement que de technologie* ».

En raccourci, car ce serait à développer, ce peut être ni plus ni moins que l'amorce d'un contrôle idéologique, en ce sens que ce qui est demandé c'est l'engagement total. Un tel engagement peut se comprendre quand l'adhésion est libre, voulue et choisie avec une part de maîtrise sur la finalité de la production et sur les retombées financières de cette production ; autrement, on donne corps au contrôle idéologique.

Finalement la qualité totale est étroitement associée aux nouvelles formes d'organisation du travail et c'est peut être par cet intermédiaire qu'on peut comprendre pourquoi apparaissent fortement aujourd'hui les problèmes liés à la surcharge de travail (burn out), aux troubles musculosquelettiques et à la souffrance psychique.

S'il y avait un bon accord entre les participants (Belgique, Angleterre, Pays-Bas et France) sur cette mise en perspective, il n'en était pas tout à fait de même pour décrire la qualité de la vie au travail du point de vue des salariés. D'une part, parce que cela fait appel à des notions de bien-être physique et mental difficiles à préciser et à évaluer. D'autre part, parce que certains font un lien avec les effets des facteurs de stress en pensant qu'il est peut être possible d'évaluer, voire de quantifier les « états de stress » comme indicateur (négatifs) du bien-être physique et mental.

Le point de vue de la délégation française était qu'on ne peut pas faire l'impasse sur une conception théorique de ce que représente l'acte et le fait de travailler pour l'individu. Travailler n'est pas uniquement le temps qu'il faut se résoudre à consacrer à des activités qui permettent un salaire et donc procurent les moyens pour vivre avec en contrepartie des risques pour la santé à subir, mais c'est aussi par et dans le travail que l'individu forge son identité et y trouve une raison d'être tant à ses yeux qu'à ceux des autres. De ce point de vue, la psychodynamique du travail offre un champ d'interprétation mais elle débouche sur une conceptualisation de la souffrance au travail qui n'est de l'ordre ni de la maladie mentale, ni des états de stress mais de l'équilibre entre les désirs et les souffrances.

En simplifiant, la position française à Rimini insistait sur la dynamique des processus travail-santé en portant l'interrogation sur les ruptures (quand l'organisation du travail ne permet plus le libre jeu du fonctionnement mental...) tandis que les autres délégations insistaient sur une vision plus classique de type facteurs de risque des atteintes du bien-être physique et mental en espérant en particulier qu'il serait possible de déboucher sur des recommandations de type « norme », de sorte qu'on puisse proposer vis-à-vis de l'organisation du travail quelque chose comme « des valeurs limites d'exposition ».

Autant dire que les discussions ont été passionnantes et difficiles au moment d'aborder la question classique : que faire ? Faute de temps, il n'était pas possible d'approfondir et de détailler, aussi l'atelier s'est-il entenu sur les points suivants en vue d'esquisser une perspective pour l'action et la réflexion :

considérer la santé au travail, non pas comme un sous-produit de l'organisation du travail, en pensant qu'il y aurait par exemple « un capital santé » initial qu'il conviendrait de ne pas altérer, mais comme un but à atteindre : comment améliorer la santé au travail en s'intéressant tant à ce qui est objectif et subjectif dans la santé.

poursuivre l'identification et la critique du fondement idéologique de la stratégie de la qualité totale.

analyser et montrer comment cette stratégie conduit à la gestion par le stress et la peur.

comprendre ce que signifie le travail, en particulier en terme de reconnaissance, de construction de l'identité, de mise en

valeur de l'expérience irréductible de chaque individu. Ceci débouche notamment sur la différence à faire entre le travail prescrit et le travail réel.

voir comment dépasser le dilemme des deux qualités.

en tout état de cause, du point de vue de la recherche comme de l'action, il conviendrait de mettre l'accent sur l'organisation du travail et tout particulièrement :

- pour stopper la sous-traitance en cascade,
- pour diminuer les rythmes de travail,
- pour élargir les marges de manœuvres sur les postes de travail.

reconnaître qu'il n'y a pas de norme au bien-être physique et mental au travail car la confrontation homme/travail passe par le « subjectif ».

par contre il convient de poursuivre les recherches pour identifier les obstacles à la construction de la santé au travail. Ce qui suppose un développement des enquêtes épidémiologiques en milieu de travail capables de mettre en évidence la souffrance physique et psychique au travail et capables de renseigner sur les évolutions.

face à l'idéologie sur laquelle prend appui la qualité totale, le mouvement syndical aurait tout intérêt à approfondir ses propres idées pour que les discussions employeurs-employés ne partent pas de points de vue unilatéraux. Par exemple le mouvement syndical aurait plutôt intérêt à parler de travail que de management ; de ce qui permet de produire de la qualité : temps et rythmes de travail, moyens, informations, marges de manœuvre au poste de travail plutôt que de contrôle et de gestion des ressources humaines ; de poursuivre l'identification des facteurs de risque professionnels sur la santé au sens classique du terme, mais en y incluant une vision dynamique de construction de la santé.

Comme on peut s'en rendre compte, l'atelier a abordé des thèmes difficiles, surtout dans un débat où il n'est pas évident de faire la traduction des concepts d'une langue à l'autre et où l'impact social de ces problèmes n'est pas vécu exactement de la même façon d'un pays à l'autre. C'est pourquoi le résumé a été volontairement abordé d'une façon assez panoramique en espérant que les prochains congrès permettront d'être plus précis.

*Francis Derriennic*

## **SANTE ET TRAVAIL**

*Elus de CHSCT, médecins et infirmier(es) du travail, partenaires sociaux : pour vous, la revue SANTE ET TRAVAIL fait toute la lumière sur les dossiers. Déjà parus : Déclarer tous les accidents du travail (15), Travailler dans*

*l'urgence (16), Spécial Etats généraux de la santé au travail (17), La Médecine du Travail (18).*

**A paraître :** « Souffrance et travail »(19).

**Pour vous abonner, renvoyer ce coupon à MAPAYA-gestion des abonnements Santé et travail - 109 avenue Henri Ginoux 92120 Montrouge (250 F pour quatre numéros), chèque à l'ordre de Mutualité française.**

**Pour toute information, contacter François Desriaux 01 40 43 34 24**

# AGIR EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Esculape, dieu de la médecine, avait deux filles, Panacée déesse de la thérapeutique, Hygiène, déesse de l'hygiène et de la prévention. Deux branches de la médecine naquirent de cette dichotomie : la médecine individuelle de soins ou curative et la médecine de santé publique ou de prévention.

Dans notre pays, le sort de la seconde fut moins bon, au point que certains évoquent la « défaite de la santé publique en France »(1). Le nouveau Code de Déontologie tente, dans ce domaine, de rétablir l'équilibre.

Ces deux branches de la médecine ont des bases communes. La déontologie tout d'abord. Il ne s'agit pas seulement d'un système fondé sur des considérations morales. Il s'agit de permettre l'efficacité technique d'un exercice professionnel en le fondant sur des références éthiques. Il s'agit d'une morale du « faire » ici destinée à obtenir la confiance d'un patient ou de sujets, préalable incontournable à toute activité ayant rapport à la santé. La seconde base qui conditionne la déontologie est l'humanisme, humanisme médical qui considère la primauté de l'être humain comme individu unique sur tout autre considération et lui reconnaît le droit de choisir son destin.

Ce qui fait la spécificité de la médecine du travail, c'est qu'elle relève à la fois de l'un et de l'autre secteur de la médecine. En effet, elle a pour vocation de s'intéresser à l'aspect individuel de la santé et à son aspect collectif.

D'un côté, elle se rapproche donc des méthodes de la médecine curative, de l'autre elle émerge à celles de la santé publique. Son exercice implique d'utiliser ces références à la fois successivement mais aussi simultanément. Les aspects individuels et collectifs, nous les verrons, sont étroitement impliqués en milieu de travail. Dire que la médecine du travail relève des deux secteurs, cela implique donc, qu'elle ne puisse-t-être totalement réduite à l'un ou à l'autre.

La santé peut elle se définir comme absence de maladie ? Une telle définition peut paraître opératoire pour la médecine curative : « Un homme bien portant est un malade qui s'ignore » prophétisait ironiquement le Docteur KNOCK. Elle l'est beaucoup moins pour la santé publique qui ne s'intéresse pas seulement à des questions touchant à la morbidité. Elle ne l'est plus du tout pour la médecine du travail. Tout salarié est considéré comme un bien portant. La mission du médecin du travail est de « préserver sa santé ».

L'examen clinique en médecine curative vise à détecter les signes de la maladie. L'examen clinique en médecine du travail a pour but principal de s'assurer que ces signes n'existent pas. Le médecin du travail peut donc légitimement ressentir le besoin d'une autre définition de la santé qui lui permette de fonder sa pratique. Conserver la santé de ses patients pose la question de la prévention. La prévention, c'est-à-dire « ce qui vient avant », inscrit la pratique du médecin du travail dans le temps.

Comme la destinée humaine, la santé n'est pas donnée une fois pour toutes, elle se joue à chaque instant. Cet état idéal de bien-être que nous propose l'O.M.S. n'existe pas, vouloir y atteindre ne peut être qu'un exercice d'espérance puisque le résultat final est inéluctable. Pris dans le courant du temps, chaque être humain espère contre toute attente, et tente de faire, avec ses moyens, ce qu'il pense être le plus propice pour lui permettre d'atteindre le bien-être.

*« Laissez à elles-mêmes, les affaires humaines ne peuvent qu'obéir à la loi de la mortalité, la loi la plus sûre, la seule loi certaine d'une vie passée entre naissance et mort. C'est la faculté d'agir qu'interfère avec cette loi parce qu'elle interromp l'automatisme inexorable de la vie quotidienne (...) La vie de l'homme se précipitant vers la mort entraînerait inévitablement à sa ruine, à sa destruction, n'était la faculté d'interrompre ce cours et de commencer du neuf, faculté qui est inhérente à l'action comme pour rappeler constamment que les hommes bien qu'ils doivent mourir, ne sont pas nés pour mourir mais pour innover »(2).*

Une définition de la santé prend en compte ces remarques, celle de C. DEJOURS :

**« La santé, pour chaque homme, femme et enfant, c'est d'avoir les moyens d'un cheminement personnel et original vers un état de bien être physique, psychique et social ».** Elle dépasse en introduisant dynamisme et libre arbitre la définition de l'O.M.S.. Elle répond ainsi aux exigences de prévention de la médecine du travail. Cette définition est opératoire non seulement parce qu'elle est conforme à l'humanisme et à la déontologie médicale mais aussi parce qu'elle fonde les pratiques préventives.

En effet, la santé devient pour chaque être humain un exercice de liberté individuelle. En fonction de sa personnalité, de ses connaissances et de son expérience, chacun d'entre nous intervient à chaque instant sur son propre état de santé. Le terme « cheminement » donne acte de la difficulté de la marche et de la dureté du chemin avec ses hauts et ses bas, ses succès et ses échecs. Mais la partie réellement opératoire pour la pratique médicale préventive, ce n'est point tant la nature du cheminement qui prend de l'importance dans cette perspective que les moyens qui président au choix de ce cheminement. Il s'agit de guider le cheminement, d'éclairer les obstacles, de donner les moyens de la libre décision. C'est ce qu'accomplit le médecin du travail lorsqu'il précise les conditions du poste de travail en fonction de l'état de santé du salarié. C'est ce qu'il fait lorsqu'il met en évidence des risques individuels ou collectifs pour la santé.

•••••

1- Dr. Aquilino MORELLE, « La défaite de la santé publique », Editions Flammarion, Paris, 1996.

2- Hannah ARENDT, « Condition de l'homme moderne », Pocket Agora, Paris 1994.

C'est aussi dans ce sens que transmettre, dans ce domaine, des connaissances à une communauté, mettre en évidence certaines conditions susceptibles de retentir sur la santé, c'est exercer la médecine.

Selon cette définition, **prévenir, c'est préserver des marges de manœuvres, individuelles et collectives qui permettent à chacun un véritable choix de santé.** Pour atteindre cet objectif, le médecin du travail doit procurer à ses patients les connaissances indispensables, sous la forme appropriée pour permettre la compréhension et l'appréciation des risques. C'est aussi s'opposer, d'un point de vue professionnel aux obstacles qui diminueraient ces marges de manœuvres.

**La prévention individuelle en médecine du travail c'est, dans le milieu de travail, de conserver, d'obtenir ou de fournir les moyens du choix individuel pour chaque salarié d'un cheminement personnel et original vers un état de bien-être physique, psychique et social.**

Tenter aujourd'hui de donner une définition du travail est devenue une gageure. Plus douloureux qu'exaltant, pour beaucoup de salariés, confondu allègrement avec l'emploi, le travail demeure ce « tripallium » supplice à trois pals. Il est assimilé à cette fameuse « sueur du front » qui seule permet de gagner sa vie, un gagne-pain dont il faudrait se débarrasser au plus vite afin de se consacrer à des activités plus nobles. Rejeter le travail dans ce recoin obscur des utilités désagréables permet de faire l'économie de son analyse. Ce luxe, les médecins du travail ne peuvent se le permettre puisque, nous le montrerons, travail et santé sont liés.

Selon une partie des « spécialistes » du travail, il faudrait réduire la place qu'il occupe dans la société. Les partisans de cette solution estime qu'on peut construire une démocratie en s'isolant du lien économique. C'est ainsi que D. MEDA, sans nier la part du lien économique dans le lien social considère que : « *l'homme est d'abord un citoyen avant d'être un producteur* ». Elle considère que : « *le développement fantasmagorique de la production est allé de pair avec une dépolitisation de masse* ». Elle doute de la : « *possibilité pour les salariés de maîtriser les procédures de travail* ». Son argumentaire est que l'activité humaine ne se réduit pas au seul travail, que le travail n'est pas le seul moyen de créer un lien social. Comme l'entreprise ne peut à elle seule assumer l'ensemble du lien social, il faut reconstruire le social sur d'autre base que le travail.

Elle fonde son analyse sur un abord historique de la notion de travail. Le travail moderne serait né au 18<sup>ème</sup> siècle en lien avec la naissance de l'individualité et de l'économie. Elle estime que individualité, travail et économie sont consubstantiels et sont des obstacles à la constitution du lien social comme le montre l'échec de l'état de providence.

Il nous semble y avoir dans cette position, des confusions sémantiques. Individualisme n'est pas individualité, activité de travail n'est pas travail salarié, économie n'est pas libéralisme. Ce qui est né au 18<sup>ème</sup> siècle, c'est le libéralisme économique qui, fondé sur l'individualisme (et non sur l'individualité) institue l'exploitation du travail salarié, c'est-à-dire de la rétribution (et non de l'activité professionnelle) comme source de profit.

Ce n'est pas l'économie qui empêche que le travail soit créateur de lien social. C'est cette économie-là qui ne permet pas que ce travail-là soit créateur de lien social. On ne peut tirer d'enseignement général d'un exemple particulier que si l'on démontre son caractère universel. Ce que D. MEDA nomme « l'accident de l'état providence » ne fut-il pas plutôt caractérisé par l'influence politique du lien social créé par le travail à la faveur de la théorie économique de KEYNES ? N'est-ce pas le fait que le producteur commence à construire une part importante de sa citoyenneté dans l'entreprise qui constitue la raison même de la réaction libérale actuelle ? L'émergence du producteur sur la scène politique ne vient-elle pas entraver l'économie libérale ?

D. MEDA utilise à l'appui de sa thèse la description de la vie active telle que la définit H. ARENDT. Ainsi, elle découpe celle-ci entre différents types d'activités : les activités productives, politiques, culturelles, familiales, amicales, amoureuses. Il semble qu'elle commette un contresens. En effet, H. ARENDT montre que chacune de ces activités participe non pas diachroniquement mais synchroniquement à la vie active (*vita activa*) de chaque être humain. Si sa description de la vie active en trois composantes « le travail », « l'œuvre » et « l'action » est diachronique c'est dans un but de démonstration. Elle balaye ainsi le cours de l'Histoire pour signaler à chaque étape le caractère réducteur de ce qu'elle appelle le « travail » et de l'« œuvre ». Par « travail » H. ARENDT désigne la partie de l'activité humaine, celle de l'« *animal laborens* », qui vise à perpétuer la vie biologique, à répondre aux nécessités de la vie, aux besoins du corps. Que le travail soit un « gagne pain » cela n'a pas à être démontré. « *Il faut travailler pour manger et manger pour travailler* ». Aussi animale que soit cette activité, elle participe toutefois de la liberté de l'être humain « *puisque'il ne peut être libre si il ne sait pas qu'il est soumis à la nécessité car il gagne toujours sa liberté en essayant, sans jamais y réussir parfaitement, de se délivrer de cette nécessité* ».

« L'œuvre » est la part d'activité professionnelle qui a pour résultat la transformation du monde matériel. Alors que le « gagne-pain » est pris dans le mouvement cyclique du processus vital corporel (et) n'a ni commencement, ni fin, « l'œuvre » à un commencement précis, une fin précise et prévisible.

L'utilitarisme cohérent qui préside à cette activité tend à évacuer la notion du sens par la question de l'utilité et peut déboucher sur une instrumentalisation des êtres humains. C'est là que peuvent naître les atteintes à la santé, l'exclusion. L'instrumentalisation de la nature peut produire des désastres écologiques.

Si l'on arrêta à ces deux aspects la description de la vie professionnelle, du travail, comment ne pas être tenté de fuir cette géhenne et rejoindre les partisans de sa mise à l'index. Nous, médecins du travail, pouvons confirmer que le travail lorsqu'il n'est plus qu'alimentaire ou lorsque l'homme n'y est plus que l'instrument de la volonté d'autres hommes compromet la santé. Mais ce que nous apprend aussi notre métier, c'est que la santé peut se construire au travail si celui-ci préserve les conditions de la construction de la personnalité du sujet et l'approfondissement du lien social. Chercher à défi-

nir le travail comme concept n'a d'intérêt que si on s'intéresse à ce qui précisément en fait la valeur.

La santé, nous venons de le montrer est aussi un cheminement psychique et social. Comme nous l'apprend P. DAVEZIES(3), en rappelant la dualité entre travail réel et travail théorique (celui de l'application des consignes), le travail est avant tout « affrontement à la résistance du monde ». Du fait de la variabilité des situations, que sous estime la « prescription », du fait de l'imprévisibilité que ne peuvent maîtriser les machines, « l'intelligence du travail, c'est l'intelligence de ce qui n'est pas maîtrisé ». Il faut au travail ruser avec les conditions de travail afin de préserver les impératifs biologiques et psychiques d'êtres humains.

*« C'est en ce sens : qu'il n'y a de travail qu'humain (...), il n'y a pas de travail d'exécution (...), il faut interpréter, improviser, ruser, tricher (...), il faut faire appel à l'intelligence pratique, à l'intelligence de l'action (...), intelligence rusée qui constitue le noyau central du métier (...), cette intelligence dont les grecs ont fait une divinité : Métis (...). Le travail c'est la mobilisation des hommes et des femmes, face à ce qui n'est pas prévu par la prescription, face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail. En ce sens, il n'y a pas de travail qui ne trouve son origine dans un mouvement initial de déception. Le manque, la souffrance sont inscrits au cœur de l'expérience du travail (...). Pour faire face à l'inattendu, à ce qui échappe à la prescription, le sujet doit faire appel à ses ressources propres, à des ressources qui s'enracinent dans la singularité de son engagement, de son histoire, de sa personnalité. L'exploration, l'invention mobilisent l'énergie pulsionnelle. »*

Ainsi, le travail pose-t-il naturellement, dans le champ social à l'être humain la question de son identité. Or le champ social avec le théâtre des relations amoureuses constitue l'autre scène de la quête de l'accomplissement de soi. C'est pourquoi les obstacles à l'investissement de la personnalité dans le travail sont susceptibles de retentir sur la santé, de désorganiser les relations sociales et familiales ainsi que l'équilibre psychique et psychosomatique.

*« C'est à travers le lien social que se joue cet investissement de la personnalité. Le travail est toujours une expérience sociale (...), c'est la mobilisation coordonnée des hommes et des femmes face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail » .*

Il n'est pas de réelle coordination sans coopération. Celle-ci repose sur des règles partagées « les règles de métiers » dont la construction suppose l'existence d'espaces de débat, de confrontation des opinions, de convivialité. C'est là que se travaillent les questions déontologiques, éthiques, qui vont fournir la base de la confiance et donc de la coopération, fondées sur la conscience d'une communauté de valeurs.

S'opposent à cette construction, la rigidité de la prescription ainsi que l'autorité et la volonté de domination de l'encadrement. Or seule, cette construction permet la reconnaissance de l'utilité mais aussi de l'élégance du travail accompli. Ce sont les pairs qui attribuent cette reconnaissance, gage d'appartenance à une communauté. Entre conformisme du respect absolu à la règle prescrite et pure singularité qui relève-

rait de la marginalité se construit l'identité singulière, processus qui concourt à la santé, sous le regard et en regardant les autres, par la parole et l'action dans le travail. La vie active est constituée, d'une troisième caractéristique « l'action ». « *C'est par l'action et la parole que les hommes se distinguent au lieu d'être distinct (...). Une vie sans parole et sans action est littéralement morte au monde (...). Agir, au sens, plus général, signifie prendre une initiative, entreprendre, mettre en mouvement (...), c'est se dévoiler aux autres (...), l'action n'est jamais possible dans l'isolement, être isolé c'est être privé de la faculté d'agir* ». (4)

L'action ne se conçoit donc que par et pour les autres. Par les autres puisque « *chaque action est comme divisée en deux parties, le commencement fait par une personne et l'achèvement auquel plusieurs peuvent participer en « portant », en « terminant l'entreprise » en allant jusqu'au bout* ». Elle se conçoit aussi pour les autres puisqu'inscrite dans le temps, elle est toujours imprévisible dans ses résultats et irréversible. Elle sollicite donc des autres un jugement soit de reconnaissance en cas de succès, soit d'indulgence, de pardon ou de châtement en cas d'échec.

Ainsi : « *la mesure (de toute chose) ne peut être la nécessité contraignante de la vie biologique et du "travail", ni l'instrumentalisme utilitaire de l'usage et de la fabrication* ». Abandonner tout espoir d'action dans son travail en espérant pouvoir mettre sa vie entre parenthèses, c'est-à-dire la réprimer pendant la durée du travail est impossible. Il s'agirait de provoquer un clivage à l'intérieur de soi-même. Ce serait prendre le risque d'atteinte à la santé.

Le travail quand il débouche sur « l'action » c'est-à-dire lorsqu'il permet de construire son identité à travers les liens sociaux qu'il devrait induire est un opérateur de santé. C'est cet aspect du travail que doit privilégier aussi le médecin du travail. Il doit donc s'efforcer **de conserver ou d'obtenir les marges de manœuvre individuelles et collectives qui vont dans le sens de la création ou de la perpétuation du lien social et de sa qualité.**

Aristote faisait une distinction entre action (praxis) et fabrication (poïesis). La médecine depuis l'antiquité est un art. Comme les autres arts, dans cette dichotomie, la médecine relève de la poïesis, c'est-à-dire de l'œuvre fabriquée. Si la médecine du travail relève bien dans ses aspects cliniques de ce secteur, les dispositions réglementaires qui la régissent, ainsi que ses modes collectifs d'intervention font qu'elle est avant tout un praxis. Comme toute médecine de santé publique qui a pour fonction de nourrir le débat ou les décisions, c'est-à-dire agir sur la « cité », la médecine du travail est engagée dans « l'action ». Ce rattachement à « l'action » est formalisé réglementairement en particulier par l'intervention du médecin du travail dans des instances de débat.

Nous venons de rappeler que la santé consiste avant tout à agir, mais aussi que la santé au travail est conditionnée par



3- Philippe Davezies, « *Éléments de psychodynamique du travail* », in « *Comprendre le travail* », Education Permanente N°116, 1993-3.

4- Hannah ARENDT, opus cité.





sont pas prises, si ses enfants sont chômeurs, à la maison, si depuis des années il s'est interdit toute irruption de pensée pour travailler plus vite, alors face à tous ces problèmes, il y a urgence à penser, il se met à réfléchir et pour continuer à tenir le rythme, dans son dialogue intérieur celui qui pense se détache de celui qui travaille. A côté de ses pomes...

*« Le discours intérieur nous sert pour nous parler à nous mêmes, il est porteur de la parole de soi sur soi. Nous accordons au discours intérieur une pluralité de fonctions dont le rôle majeur est d'assumer la pérennité de soi dans la variation et dans la différence, c'est pourquoi une organisation dialogique interne est requise. Le discours intérieur dialogiquement actif entretient le feu intérieur et renforce dans sa production propre de forces et de formes du sensible, l'éventail des possibilités de la chair dans le corps, dans la mesure où le faire de l'homme et son agir conservent leurs relais d'incarnation. »(2)*

Ce que je comprends, c'est que dans le discours intérieur de ces salariés celui qui pense rompt, casse avec celui qui travaille. Ce corps abandonné à lui même ne va-t-il pas « sur-somatiser » sans cesse ? Abandonné, travaillant en automatique, sans défense face au travail, ce corps n'est-il pas alors sur-exposé aux contraintes physiques du travail, au bruit, aux mouvements répétitifs ? Abandonné, fragilisé, désensibilisé, ce corps ne ressent-il plus les injustices, peut-il se laisser envahir par la peur, serait-il capable de supporter l'intolérable ?

Est-ce que les TMS ne sont pas le témoin d'une mise en route du fonctionnement psychique, d'une pensée déconnectée du travail sur lequel elle n'a plus de prise, plus d'effets, d'une pensée « hors de l'ordre », autodestructrice ?

Quand le travail est « à mourir », et là ne se pose pas la question du comment, le corps survit, se transforme en « un corps mort-vivant », divisé, sans force. A cet instant là, si le médecin se risque à l'écoute, à découvrir ce qui est là et qui va se dire, « le langage n'est pas un simple véhicule, un système traducteur vers le dehors du senti et du déjà pensé en soi ; le langage est constructeur à part entière. Le langage FAIT aussi, tout simplement. Il est producteur de forces, il permet l'émergence du discours sur soi. Mais l'issue du discours de soi sur soi dans la chair des mots demeure incertaine, il est le résultat d'un travail permanent autour de la chair elle-même. Une œuvre à recommencer à chaque instant. »(3)

Placer à cet endroit de parole du silence, une valeur, une idéologie, un discours religieux ou sectaire, des discours de haine et de fureur est criminel.

Il est donc primordial que le médecin du travail, en s'appuyant sur le code du travail, sur le code de déontologie, sur son éthique fixe le cadre de la visite médicale.

Mais le travail réel du médecin, c'est le salarié qui le définit, c'est lui qui décide ou non de la relation médecin du travail-salarié par son consentement, dans le cadre d'une visite rendue obligatoire par le code du travail. L'objectif de cette

2- Adolfo Fernandez ZOILA, « La chair et les mots », La pensée sauvage, 1995.

3- Adolfo Fernandez ZOILA, opus cité

rencontre est d'essayer de comprendre ce qui dans le travail pourrait entraîner une altération de la santé. Une visite médicale c'est le quotidien, ordinaire, mais la rencontre est un événement. Dans la rencontre avec l'autre il y a quelque chose qui échappe à la technique.

En référence à Emmanuel LÉVINAS, là où nous rencontrons autrui, il y a place pour le questionnement, il n'y a pas de parole sans questionnement. La question de l'entrée en relation c'est la manière de nous questionner sur le sens de ce que nous vivons. L'entrée en relation nous entraîne à rendre compte devant l'autre de ce qui est vivant dans nos vies, de nos forces de vie et de mort. L'entrée en relation avec autrui, c'est être capable de dire « je ». « Je » solitude et lieu à partir duquel se construit un lien d'interaction, carrefour de ce qui est inconnu en soi et en autrui.

Si le médecin se place du côté du savoir, du côté de la prévention ou de l'idéologie, il interprète selon des principes théoriques les critères de santé pour le bien de l'autre, il utilise la parole comme un outil, il n'y a pas de questionnement, il y a interrogatoire, mais il n'y a pas de rencontre, pas de demande, pas de sujet. L'autre est objet de la visite médicale. Dans l'écoute compréhensive, c'est l'émergence de l'autre comme sujet qui est attendue, espérée. Le sujet résiste. Comment va-t-il arriver à découvrir ses capacités, à livrer dans la parole une demande qui est cachée ?

Souvent la rencontre ne peut pas avoir lieu : quand le salarié (ou le médecin ?) ne la veut pas, quand le salarié (ou le médecin ?) ne peut se construire comme sujet en regard d'un autre, la « non-rencontre » étant considéré là comme symptôme de la répression psychique. Quelle position peut avoir le médecin ? Problématiser la situation considérée comme pathogène ? Dans le cadre de la déontologie et de l'information due au salarié ? De quelle manière ? Quelles conséquences ? Rester dans une position d'écoute sans questionnement, peut-on alors parler de consentement éclairé dans la décision d'aptitude prise avec le salarié ? Qu'est ce que la demande quand on survit en travaillant, dans la peur et en silence ?

### L'ENTREPRISE, LA NOTION D'APPARTENANCE

La confiance des salariés est liée à la mise en visibilité du travail du médecin, et de sa capacité à témoigner de ce qui, dans l'homme, ne peut être plié à la logique de l'entreprise aussi bien pendant la visite médicale que lors de visites ou de débats dans l'entreprise. Et il y a encore suffisamment de questions de santé qui relèvent de l'observation et de l'application des textes pour permettre au médecin du travail de se situer. Il y a encore beaucoup de situations de travail intolérables qui devraient être reconnues, déclarées inacceptables pour tout salarié.

La socialisation de la souffrance au sein de l'entreprise est-elle une issue raisonnable ? Est ce qu'il y a un usage possible de la souffrance au niveau collectif ? Du côté du savoir, de l'observation, il y a des garanties ; du côté de la recherche de la vérité, du langage il n'y a pas de garantie. Le langage peut tromper. Quand les salariés, pour survivre, choisissent le silence, c'est-à-dire que pour un certain nombre de raisons,

ils n'ont plus la force de prendre la parole, plus la force de prendre les choses en main, il faut bien réfléchir avant de mettre en visibilité ce qu'ils ont choisi de taire, ailleurs que dans le cabinet médical. C'est à eux de reprendre la parole dans leur travail.

C'est à nous de tenir notre parole au plus près du travail, c'est à nous de donner corps aux mots pour que les salariés puissent reprendre « le discours sur soi », travailler l'expérience d'un corps raconté à partir d'un senti, d'un ressenti, d'un imaginé, d'un corps qui a une histoire.

L'entreprise est aujourd'hui un monde sans loi, hormis celle du marché, un monde où règnent le mensonge et le déni de la réalité, un monde d'exclusion, d'incompréhension.

La compréhension d'autrui suppose que l'on s'engage pour une cause juste et que l'on découvre à travers celle-ci un lien avec l'autre. Le rapport qui s'établit entre les deux personnes n'est pas celui de deux choses qui n'ont rien à voir l'une avec l'autre, la compréhension est une question d'appartenance. Elle entraîne deux phénomènes : l'esprit de discernement de la situation d'autrui et la tolérance ou indulgence. Notion d'appartenance dans l'éducation, la culture, à la tradition, tout simplement appartenance à une commune humanité. Hannah ARENDT parle de vouloir vivre ensemble, silencieux, généralement non remarqué, enfoui. Une communauté du dessous de la vie qui reste et qui attend son heure ?

Mais le problème aujourd'hui dans l'entreprise c'est que la compréhension si elle existe encore se construit sur une notion de différence : la différence sexuelle. Elle fait apparaître pour les salariés le refus d'une attitude virile, tournée vers le tout économique, l'infaillibilité, la maîtrise du réel, de la technique et de la science. Attitude virile jugée inhumaine, qui met les cadres « mâles » de l'entreprise dans le paradoxe de n'être plus « des hommes », attitude jugée inefficace car incapable de faire face au quotidien et de prendre des décisions.

Cette résistance des salariés, silencieuse, « *le poing serré dans la poche, le mouchoir dessus* » est retrouvée dans diverses entreprises. Elle permet aux femmes, dans certains cas, d'accéder de nouveau à la parole entre elles et peut-être à une forme de collectif. Elle est vécue beaucoup plus douloureusement par des hommes proches de la retraite, elle est impossible, destructrice pour des hommes jeunes.

### LES RÈGLES DE MÉTIER

C'est dans le travail clinique, clinique du quotidien, de la normalité, de la rupture de vie et des décompensations que les médecins du travail peuvent construire des règles de métier.

Un travail collectif est nécessaire pour mettre en évidence ces formes cachées de l'anxiété, ces moments d'ennui, de délaissement de soi, qui amènent à faire croire qu'il s'agit de quelque chose de rattaché à la personnalité ou à un « passage », ce manque d'allant, de perte d'attrait pour l'inédit, ce sentiment de monotonie, qui ne sont pas souvent reliés par les salariés à la situation de travail, mais qui les empêchent de se constituer comme sujets.

Pour instaurer la confiance entre nous, il faut mettre en visibilité nos manières de travailler, il faut que nous puissions évaluer la qualité des tâches exécutées, la façon dont nous respectons les règles de travail, le contenu des textes, des compte rendus que nous sommes amenés à rédiger. Nous avons besoin d'une langue qui ne soit pas seulement à vocation technique, mais qui ait une dimension affective. Un langage commun qui privilégie plus « *les mots-valeurs du sentir chargés d'affects que les mots-savoir des concepts* ». « *L'acquisition d'un langage entier est à la portée de l'homme dans la conjugaison de son double versant du dire et du sentir, de l'avoir et de l'être, des concepts et des formes du sensible.* »

C'est par un langage différent, par la volonté de se distinguer, d'être différent, que peut se construire un collectif. C'est grâce à un collectif que nous pourrions nous faire entendre dans l'espace public.

La langue de métier régule le rapport des hommes entre eux, elle distingue un métier de tous les autres, elle révèle que le « *rapport homme-travail est dominé dans le métier, par le processus de mise à l'échelle humaine de la réalité. Tout est ramené à l'homme, à sa mesure, à ses possibilités, à ses désirs* » dit Damien CRU en parlant des tailleurs de pierre.

A l'inverse, aujourd'hui, dans l'entretien médical, les mots utilisés par les salariés ramènent l'homme à l'état de machine, de robot, cassé, prêt à exploser, à disjoncter, de pion, de quel sexe ? Sommes nous capables, nous médecins du travail de faire entendre un autre discours, d'autres mots ? Nous devons avoir des exigences de travail, en particulier dans les services interentreprises, par rapport à l'organisation du travail, par rapport au temps de travail qui peut faire de nous des salariés exposés au travail répétitif sous contrainte de temps, par rapport au changement d'attribution de secteur aux médecins, par rapport à notre indépendance professionnelle, par rapport aux critères de suivi professionnel dans les situations de précarité, de rupture dans la vie de travail. Ces exigences créent sans doute des règles, un collectif de règles capable de nous soutenir face aux exigences que ce métier nous impose.

Car ce métier exige de nous résistance et non résistance au monde et donc l'intégrité de notre identité sexuelle. Il exige de nous de prendre la parole dans les espaces collectifs de débat qui sont des espaces d'exactitude et donc d'être capables de dire « je » dans les situations conflictuelles. Il exige de nous d'être un peu des romanciers dans la relation à la vérité, dans la relation individuelle, un peu poètes car il y a toujours quelque chose qui reste hors langage, indicible. Il exige peut-être d'avoir nous aussi un corps qui a eu une histoire nouée avec le travail, car à ce moment là l'existence d'une communauté d'appartenance va de soi.

« Pas simple, mais à hauteur d'homme », voire de femme !

*Odile Riquet  
octobre 1996*

# CONTEXTES NÉCESSAIRES POUR EXERCER LA MÉDECINE DU TRAVAIL : DÉTERMINANTS ET RÈGLES DE MÉTIER

Compte rendu du congrès ass. S.M.T. du 07 - 08 décembre 1996

Le contexte réglementaire actuel :

Les textes existent, qui font du médecin du travail un salarié protégé et indépendant.

Il y a deux pièges :

- le mode de financement et la gestion purement patronale
- le défi de l'aptitude.

## LA NON-APPLICATION DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES

C'est déjà un problème important. Les propositions de changement radical du système inspirent de la méfiance. Le nouveau doit se construire sur la critique des erreurs passées. Il est du devoir des médecins du travail de se critiquer, de critiquer l'institution.

## L'APTITUDE

Certains la voient comme la seule raison de la « tolérance » des médecins du travail par les employeurs. Pour d'autres, l'aptitude sert quelquefois à faire de la sélection mais on peut la transformer en un outil de protection. Un audit anglais sur l'« efficacité » de la visite d'embauche aurait conclu à la nécessité de la supprimer en raison du très petit taux d'éviction des salariés !

## LA FAILLITE DU CONTRÔLE SOCIAL SUR LE FONCTIONNEMENT DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL :

- la gestion actuelle de la médecine du travail est uniquement patronale, le contrôle social prévu dans les textes n'est pas effectif. Il y a eu des tentatives pour « motiver » les organisations syndicales sans grand succès.

- on peut construire un contrôle social, il faut donner les modes d'emploi du contrôle social, expliquer les enjeux. Il faut aussi poser les directeurs de service comme ayant des responsabilités en matière de santé (ils sont responsables des moyens mis à la disposition de la santé au travail). Quand il y aura des jugements, il sera important d'avoir pointé les responsabilités.

- il faudrait susciter plus de contrôle social par exemple par le fonctionnement en « branches ». Les réussites professionnelles sont liées à des demandes syndicales avec discussion ultérieure des rapports, etc.

- il ne peut pas y avoir de contrôle social de la médecine du travail sans projet pour la médecine du travail ; de plus, il y a un retard syndical considérable (de pensée) sur les questions santé et travail. Les médecins du travail sont « condamnés » à être moteurs, à tirer le contrôle social, à dynamiser... ce qui n'est pas choquant en soi, mais insuffisant. Devant la détérioration de la situation, nous sommes « condamnés » à être de plus en plus efficaces.

- quel temps nous est octroyé pour communiquer avec les acteurs du contrôle social ? Il faut du temps pour élaborer une demande de contrôle social.

## LA « FAILLITE » DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL :

Le cas de l'amiante illustre l'échec de la prévention, met en cause les médecins du travail (sous-déclaration des maladies professionnelles, tentatives de cacher des problèmes de santé pour sauvegarder l'aptitude). C'est une faillite collective (médecine du travail, services de prévention). Ce cas révèle comment les médecins du travail prennent en charge les problèmes de santé au travail : la santé au travail est exclusivement médicale et les médecins sont « d'un côté » de la société.

Le problème de l'amiante est aussi lié au découpage épidémiologique des risques professionnels ; ce n'est pas à l'épidémiologie de diriger la médecine du travail. Il faut maintenant être vigilant face à l'arrivée massive des cancérogènes sur le marché.

Le problème de l'amiante se repose actuellement pour les professions telles que les électriciens, les plombiers, etc., qui interviennent dans les locaux floqués. Mais les employeurs sont « soulagés » que le médecin du travail leur parle de l'amiante plutôt que de l'organisation du travail. Est-ce moins grave d'être laminé par cette organisation que malade de l'amiante ?

Il faut nommer nos causes de faiblesse : les contraintes d'organisation du travail deviennent majeures, la profession n'a pas su porter la question de l'organisation dans ses effets sur la santé. On se heurte à un manque de règles professionnelles par rapport à cette question. Le rapport des forces sociales s'effondre en parallèle avec son incapacité à appréhender les questions sur lesquelles nous sommes en échec.

Pour certains, il faut « relativiser » quand on parle de « faillite » de la médecine du travail. En sont une preuve le niveau élevé des débats tenus lors du cinquantenaire et le fait que les juges commencent à se préoccuper de notre activité. La spécialité est en pleine évolution. Les débats d'aujourd'hui ne sont pas fondamentalement différents de ceux de 1946. Il est important de regarder d'où l'on vient.

## LES DIFFICULTÉS À EXERCER LE MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL

La difficulté en services interentreprises ne tient pas à la qualité des médecins mais au mode d'organisation des services. Certains médecins tiennent des positions mais à quel prix ! Il serait utile de faire un travail besogneux de bilan pour savoir comment les gens font pour faire de la médecine du travail en étant de fait interdit de tiers-temps en raison des sureffectifs.

Le travail coopératif avec les autres médecins et les différents acteurs de la santé au travail nécessite beaucoup de temps. Il est difficile suite à l'absence d'une politique de santé. Par ailleurs, le travail de recherche est toujours « en plus » et aboutit parfois à la marginalisation, voire à l'éviction du métier (cf. affaire E. Imbernon). L'engagement du médecin : on ne peut pas construire un métier sur un engagement social mais sur un engagement professionnel du côté de la santé. L'engagement social du médecin, qui se fait le plus souvent du côté de l'employeur, disqualifie le médecin.

## PROPOSITIONS

Dans l'immédiat, il faut cibler nos causes de faiblesse à partir des erreurs commises et élargir le débat dans l'espace social de l'entreprise et au-delà dans l'espace public.

Dans un deuxième temps, il faut reconstruire mais en s'appuyant sur qui ?

- l'inspection médicale du travail ?
- les services prévention des CRAM ?
- les gestionnaires des services interentreprises ? qu'il faut mettre face à leur responsabilité dans le domaine de la santé publique
- les partenaires sociaux ?

Comment reconstruire ?

- clause d'absolue indépendance, donc nécessité d'une gestion paritaire
- clarifier nos missions par rapport à l'aptitude, sélection, pro-

tection ? Est-ce compatible avec les autres missions ? On peut certes se saisir de l'aptitude pour protéger le salarié mais n'est-ce pas illusoire dans le secteur privé ?

- susciter un vrai dialogue social sur les conditions de travail car la médecine du travail est trop isolée
- informer les syndicats de tous les enjeux sur le terrain
- savoir faire partager la responsabilité dans ce domaine de tous les partenaires sociaux de l'entreprise
- sortir de nos pratiques routinières des visites (voir le texte de décembre 1988), ceci malgré les modalités de financement, en particulier dans les services interentreprises qui constituent un blocage
- s'intégrer dans une véritable dynamique de veille sanitaire et d'anticipation des risques professionnels en équipe pluridisciplinaire s'appuyant sur les enquêtes en réseau
- un pourcentage du volume financier du coût de la médecine du travail pourrait être consacré à des études valorisation-recherche
- la médecine du travail devrait enfin être gérée par les salariés (mais pour certains, ce n'est pas une garantie) ; il devrait exister un temps réglementaire pour les délégués en commission de contrôle
- institution d'un vrai recours contre les décisions du médecin du travail
- définition plus précise du tiers temps et inscription dans le code du travail du droit à la formation
- libre choix de l'organisation de son travail par le médecin du travail.

## CONCLUSION

Le cinquantenaire de la Médecine du travail, le scandale de l'amiante et l'affaire du carnet de santé, trois occasions à ne pas rater pour rebondir et reconstruire à partir des erreurs du passé. La médecine du travail ne veut pas devenir de plus en plus une médecine *alibi*, perdant tout son sens, pour les salariés et pour ceux qui l'exercent avec toute la souffrance que cela suppose.


*Chantal Bertin, Georgette Delplanque*

---

## BULLETIN D'ADHÉSION à l'ass. SMT

**Coupon à renvoyer à :**

Alain RANDON  25, rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE

 01 48 93 45 45

☛ Je suis intéressé(e) par les réflexions de l'ass. SMT et j'adhère pour l'année 1997.

Ci-joint un chèque bancaire ou postal de 500,00 F, à l'ordre de Association Santé et Médecine du Travail

Nom : ..... Adresse : .....

# LE FONCTIONNEMENT DE LA MÉDECINE D'ENTREPRISE : L'AFFAIRE DU DOCTEUR ELLEN IMBERNON

Une première contribution destinée à mieux cerner le concept de médecine d'entreprise plaçait au centre de notre réflexion l'attitude du médecin confronté aux mensonges du management. Refuser ce mensonge au nom de ses règles professionnelles n'est pas sans danger pour un médecin du travail, comme pour tout spécialiste du champ de la santé au travail. C'est s'exposer à des représailles immédiates de la part des employeurs. Les changements de secteur ou le travail « à l'abattage » interentreprises, sont là pour en témoigner.

L'affaire de la division épidémiologie du Service Général de Médecine du Travail EDF-GDF vient malheureusement de montrer que le mal peut également atteindre des services autonomes de grande taille. Il ne s'agit pas d'un coup de tonnerre dans un ciel serein mais plutôt de la partie visible d'un processus souterrain d'involution. Provoqué en profondeur par le management, un clivage s'est constitué à l'intérieur du service médical de cette entreprise. Cette fracture principale entre partisans d'une médecine d'entreprise et ceux qui tiennent à leur exercice en médecine du travail ne recoupe pas entièrement la césure entre service central et services locaux. Une part, pour l'instant très minoritaire, de médecins du travail de terrain s'organise pour exercer une médecine d'entreprise avec la bénédiction du SGMT. D'autres plus nombreux, regroupés autour de leurs syndicats, résistent avec leurs différentes spécificités. D'autres enfin restent dans l'indécision.

Notre propos est de montrer en quoi l'affaire de la division épidémiologie du SGMT, bien que la répression s'exerce sur un médecin du travail ayant privilégié des activités en santé publique au travail, est révélatrice de ce clivage. Malgré sa spécificité elle permet de mettre en évidence les ressorts de ce que pourrait être le fonctionnement d'un service de médecine d'entreprise et le statut d'un médecin d'entreprise.

Le service médical du travail d'EDF-GDF est un service unique dont l'organisation fait l'objet d'un agrément du Ministère du Travail. Il comporte deux entités distinctes :

- des services médicaux locaux (SLMT) semblables à tous les services d'établissement et placés sous la responsabilité d'un ou de plusieurs médecins du travail.
- le service général de médecine du travail (SGMT), plateau technique et de coordination dont le fonctionnement est en partie défini par des textes internes et placé sous la direction d'un médecin-chef.

« *La surveillance du service médical du travail* » est assurée en partie par « *un comité national de la médecine du travail (CNMT) qui exerce la surveillance du Service Général de Médecine du Travail, avec les attributions conférées au comité central d'entreprise (...)* Des comités locaux de la médecine

*du travail (CLMT) (...) exercent la surveillance des services médicaux locaux du travail, avec les attributions conférées au comité d'entreprise.* » Pour l'aider dans sa tâche, le médecin-chef s'est entouré de médecins du travail détachés, les chargés de missions, au départ temporaires, puis permanentes, puis recrutés en dehors du corps des médecins du travail EDF-GDF, puis sans expérience de la médecine du travail. Le SGMT bénéficiait de la mise à disposition du personnel statutaire, d'abord cantonné à des tâches administratives puis effectuant des travaux techniques. L'augmentation du nombre de ces agents a été progressive. Enfin, petit à petit, l'habitude fut prise de faire appel à du personnel vacataire, voire intérimaire d'abord pour des tâches ponctuelles, puis de façon plus ou moins permanente. Ces aménagements progressifs n'ont jamais été formalisés. Les rapports entre SLMT et SGMT non plus.

Ni la position du médecin-chef vis à vis de ses confrères, ni le statut des médecins chargés de mission en médecine du travail n'ont jamais été définis ; tous sont titulaires du même contrat type de médecin du travail.

Inaugurés par la complexité croissante du SGMT et sa hiérarchisation, c'est surtout à partir de la mise en place du management dans l'entreprise que les problèmes sont apparus. Le médecin-chef du SGMT, sans véritable légitimité réglementaire jusqu'alors, a sans doute saisi l'opportunité de l'organisation managériale afin de consolider sa position en prenant sa place dans une hiérarchie de direction. Il a donc en 1993 participé à l'élaboration et tenté d'imposer à ses confrères un « *plan stratégique des services médicaux* ». Celui-ci institue sur le SGMT le contrôle d'un « *directoire* » composé en majorité de non-médecins, représentants des directions. Parmi les attributions de cet organisme, le budget et la « *communication* ». Il investit aussi le médecin-chef d'une autorité hiérarchique technique sur les médecins chargés de mission en médecine du travail au SGMT. Les médecins du travail locaux sont placés sous tutelle des directions locales. Le budget de leur service, leur formation, leurs activités peuvent être subordonnées à des contrats d'objectif et des lettres de mission. Des « *décisions* » du médecin-chef viennent préciser les rapports entre SGMT et SLMT. La « *coordination* » est formalisée par l'existence de « *commissions* » et de « *groupes de travail* » où le médecin-chef, et lui seul, désigne les médecins du travail qui y participent. Leur composition, mais aussi le choix des sujets traités et la publication des résultats doivent recevoir l'approbation du médecin-chef.

Refusé unanimement par les représentants du personnel au CNMT, l'application du « *plan stratégique* » a connu des fortunes diverses. Ainsi les tentatives de l'imposer aux médecins du travail locaux se sont heurtées à une forte résistance

de la plupart d'entre eux s'appuyant sur la déontologie et la réglementation. L'intégration managériale des médecins du travail suit donc des chemins détournés et s'adapte aux situations locales.

Le management s'est fixé deux objectifs :

- Il s'agit, tout d'abord, de couper le médecin du travail des salariés et de leurs représentants en l'éloignant des organismes réglementaires (CHSCT et CE). C'est ainsi que les médecins sont conviés à participer à des groupes de direction, parfois fonctionnant secrètement. Le médecin y est sans recours et sans garantie du fait de l'opacité de ces groupes vis-à-vis de l'espace public. Cette pratique assèche le dialogue social en traitant les questions entre médecin et direction avant la tenue des organismes représentatifs. Le SGMT apporte toujours sa caution à de tels groupes.

- Le deuxième objectif consiste à cliver l'activité du médecin du travail entre activité clinique et activité en milieu de travail. Selon l'employeur seule l'activité clinique serait concernée par la déontologie médicale et pour le reste le médecin serait à considérer comme un cadre « ordinaire ». Appuyée sur une déréglementation constante, cette aberration cherche à faire intégrer aux médecins que dans le domaine de l'activité en milieu de travail ils auraient la possibilité une activité de pure expertise au profit de l'employeur sans que leur responsabilité soit engagée.

Ces deux objectifs ont pour finalité de faciliter l'expression du courant de médecine d'entreprise en faisant épouser au médecin une part des défenses spécifiques (au sens de la psychodynamique) de l'encadrement. En favorisant ces dérives le SGMT devient le cheval de Troie du management. C'est aussi pourquoi le contrôle du SGMT est essentiel pour la poursuite du dessein managérial.

Pour le management tout signe d'indépendance est considéré comme une menace. Toute divergence de vue donne lieu à répression. Des médecins du travail locaux sont l'objet d'interdits professionnels. La coopération avec le SGMT qui devrait reposer sur une libre organisation entre pairs est devenue une collaboration c'est-à-dire une activité subordonnée.

Dans ce contexte, l'affaire de la division épidémiologie n'est pas, comme le management voudrait le faire croire, l'expression de problèmes interpersonnels mais bien celle de la violence du management destinée à imposer son contrôle sur la médecine du travail. Le SGMT est considéré comme un service sans spécificité et identique aux autres services de l'entreprise.

Lors de la Sous-Commission Médecins du Travail de la Commission Paritaire des Médecins EDF-GDF du 10 mai 1995, un rapport rédigé par la direction sous le numéro 125 fut soumis aux membres. Il portait sur la « *compatibilité entre subordination contractuelle et indépendance technique des médecins attachés au Service Général de Médecine du travail* ». Il précisait notamment : « *Le Service Général de la Médecine du Travail est constitué d'experts scientifiques qui sont soit des ingénieurs (...) soit des médecins. Ces derniers ne pratiquent pas d'acte médical dans le cadre de leurs activités au SGMT. Il en résulte que ces experts scientifiques,*

*ingénieurs ou médecins, sont soumis à la hiérarchie de l'entreprise, en l'occurrence le Médecin-Chef qui valide leurs travaux. Leur indépendance est celle spécifique à tout expert, sans rapport aucun avec l'indépendance du médecin dans ses actes médicaux. De la même manière, leur déontologie est celle spécifique à tout expert* ».

Les représentants des médecins protestèrent contre cette conception hiérarchique du fonctionnement du SGMT et l'assimilation du rôle des médecins chargés de mission en médecine du travail au SGMT à celui d'experts non médicaux. Ils firent référence aux articles 2 et 75 (maintenant 95) du Code de Déontologie Médicale. Ceux-ci impliquent qu'un médecin reste un médecin même s'il exerce en santé publique sans activité clinique. Ils rappelèrent aussi le devoir d'indépendance technique des médecins requis par les articles 10 (maintenant 5) et 75 (maintenant 95). Ils notèrent également que leurs employeurs ne se sont pas engagés par contrat, comme ils devraient le faire, à leur donner les moyens de cette indépendance. Le représentant des directions retira, en séance, le rapport numéro 125 mais c'est bien cette position que défend la direction dans l'affaire Imbernon.

En effet, un médecin chargé de mission en médecine du travail est, pour la direction, un cadre comme les autres. Pour le management, l'indépendance professionnelle d'un médecin ne serait liée qu'à ses activités cliniques. Exercer la santé publique, volet essentiel de l'exercice médical, comme le réaffirme le nouveau code de déontologie, se solderait pour un médecin par une perte d'indépendance. Dans ce cas (mais n'est-ce pas comparable à la mise en place de la pluridisciplinarité des services de santé au travail ?) le médecin chargé de mission est inséré par l'employeur dans la ligne hiérarchique technique où le médecin-chef a rang supérieur et est lui-même considéré comme un manager, élément d'une ligne hiérarchique de directeurs non-médecins.

La « communication » est ici affaire de hiérarchie. La direction prétend donc avoir la propriété des données et des résultats et s'octroie un privilège d'« *imprimatur* » sur les publications.

L'épidémiologie en médecine du travail est particulièrement visée par un tel système puisqu'elle a pour finalité de mettre en lumière les liens entre les atteintes à la santé et le travail. Dans notre exemple, la division épidémiologie du SGMT a, par définition, abordé des sujets sensibles (amiante et cancers, conditions de vie et de travail des sous-traitants de centrale nucléaire, organisation du travail et santé, santé et rayonnements électromagnétiques...) en mettant en place des activités coopératives avec les médecins du travail locaux. Le comportement professionnel indépendant de ses responsables, les marges de manœuvre que leur confère la confiance de leurs confrères sont devenues insupportables car ils permettent d'échapper au contrôle absolu que l'employeur entend s'arroger sur la « communication ».

La mise au pas était inévitable. Le seul moyen d'éviter le conflit aurait été de se soumettre, au prix de son indépendance professionnelle. Le Docteur Imbernon en affirmant son indépendance professionnelle dévoile le dessein du management. Considéré comme un cadre « ordinaire » on lui appli-





# DE L'IMPORTANCE DU STATUT DE MÉDECIN DU TRAVAIL SPÉCIALISÉ EN ÉPIDÉMIOLOGIE

## Contribution et précisions du Dr Imbernon

[...] « Tout mon combat dans cette affaire a été de clamer et de prouver que justement, j'étais et je suis médecin du travail à EDF-GDF ! J'exerce l'épidémiologie en tant que médecin du travail dans un Service de Médecine du Travail.

La participation à des enquêtes épidémiologiques fait partie intégrante des missions des médecins du travail et elle figure explicitement dans le code du travail (article R 241-58) – qui peut le moins, peut le plus –, le fait de ne faire que de l'épidémiologie en médecine du travail n'est pas hors réglementation. le juge l'a d'ailleurs rappelé dans son ordonnance.

Je rappelle également que c'est bien en tant que médecin du travail, chargée de mission en épidémiologie dans le Service Général de Médecine du Travail d'EDF-GDF que j'ai exercé cette activité durant près de dix ans. J'ai toujours fait en sorte de respecter les règles déontologiques de notre profession et les règles inhérentes à la médecine du travail.

Si l'on refuse la qualité de médecin du travail à un médecin qui œuvre dans le sens de l'amélioration de santé des salariés d'une entreprise, dans un service de médecine du travail, sous prétexte qu'il n'exerce pas d'activité clinique, on est sûr

de liquider la médecine du travail. Il ne faut pas se leurrer, la médecine du travail a besoin d'un regard et d'une parole sur les collectivités au travail et si le travail en réseau, qui est indispensable, peut jouer ce rôle par des échanges et mises en commun d'expériences, les réseaux de médecins du travail ne contrôleront pas tout ce qui se fera dans le domaine. Il est nécessaire que l'on reconnaisse le même statut d'indépendance aux confrères qui exercent en médecine du travail et qui se spécialiseront dans un domaine plus particulier (épidémiologie par exemple), sinon, c'est la porte ouverte à tous les abus, d'autant plus que les équipes " pluridisciplinaires " vont se développer et que le flou des statuts va fleurir.

C'est bien parce que j'ai défendu la déontologie de notre profession, mon indépendance professionnelle et la responsabilité personnelle qui est la mienne, comme celle de tout médecin, et que j'ai refusé d'obéir à certains ordres antidéontologiques et illégaux que j'ai été licenciée. » [...]

**Ellen Imbernon**  
21 février 1997

Vient de paraître n° 47 « Le refus d'être soigné »

## 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), L'accès aux soins : inclure ou exclure (44), Anthropologie et médecine (45), Le codage en médecine, les enjeux (46). **A paraître :** « La qualité des soins » (48).

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. Abonnement annuel (4 numéros) : 240 F ; 2 ans : 400 F

Tél. : 01 46 57 85 85 - Fax : 01 46 57 08 60



# LE CONSEIL DANS L'ENTREPRISE : QUELLE PRATIQUE POUR LES T.P.E. ?

L'objectif qui fonde le métier du médecin du travail est « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (article 1 de la loi du 11 octobre 1946). Pour tenir cet objectif, de quels moyens dispose le médecin du travail ? de son rôle de conseiller.

C'est l'article R 241 - 41 (1) du Code du Travail qui définit le rôle du médecin du travail comme un rôle de conseiller « du chef d'entreprise ou de son représentant, des salariés, des représentants du personnel... » Mais le problème, c'est que, dans le cas des TPE., on ne retrouve plus que deux interlocuteurs : l'employeur et le salarié. En effet, dans ces entreprises (moins de 50 salariés), il n'existe aucune structure collective en particulier, absence de C.H.S.C.T. où un débat pourrait naître autour des questions de santé et de sécurité au travail.

Le conseil, le « ce qui serait bien », ne pose aucun problème dans le cadre de la relation duale avec le salarié, mais on est dans le registre de la relation intime, de la confiance et sûrement pas de la décision. En revanche, le conseil santé-travail apporté au chef d'entreprise est le seul qui puisse avoir une répercussion collective si ce conseil est pris en compte. Le chef d'entreprise sait que le médecin est d'une certaine façon, le garde-fou de la santé par rapport au travail et cela dans les deux sens de la dynamique de la santé : construction et altération.

Or, parler de garde-fou renvoie à une notion de résistance, de maîtrise d'un débordement, de contention. Il s'agit donc en quelque sorte d'un face à face avec une valeur à faire admettre : le point de vue de la santé. C'est bien ce rôle-là que doit tenir le médecin du travail et le rôle n'est pas facile.

Du côté de l'employeur de la TPE, voici donc dévoilé le paradoxe. Dans son métier de chef d'établissement, il est soumis à des contraintes économiques, de gestion et de production. On lui impose en plus un « conseiller » qu'il n'a pas choisi et pas vraiment demandé qui va lui « proposer » des contraintes supplémentaires pour préserver la santé des salariés. Pas facile à recevoir non plus pour l'employeur pour qui l'objectif « production » est le point visé.

Et pourtant, le médecin ne doit pas lâcher le point de vue de la santé. C'est bien le jeu social nécessaire pour que le métier ait un sens.

Pour être, malgré tout écouté, (et peut-être entendu), le médecin du travail doit s'appuyer sur les trois piliers suivants qui fondent sa pratique :

- la santé,
- la réglementation,
- la déontologie, son éthique et ses convictions.

Un seul de ces piliers est manquant et l'édifice s'écroule. Le

point santé est particulièrement important. Plus il sera étayé par des données scientifiques validées, par des mesures métrologiques solides, par des connaissances toxicologiques fiables..., plus il sera fort. C'est ici que s'articule cette fameuse notion de pluridisciplinarité (ou de multidisciplinarité, voire parfois de « transdisciplinarité ») qui ne signifie que : donner les moyens au médecin du travail.

L'introduction de la notion de pluridisciplinarité n'est que l'application d'une obligation ancienne (R 241 - 44 du code du travail) qui semble bizarrement redécouverte. Il ne faudrait pas que, sous prétexte de pluridisciplinarité, la cohérence du recueil d'informations du médecin dans le domaine des risques professionnels et de l'hygiène soit morcelée au point qu'il n'ait plus les connaissances suffisantes pour réaliser une synthèse « santé-travail ».

Pour que l'aspect de la santé soit entendu et aussi reconnu, ce bilan « santé-travail » doit se faire par écrit afin qu'il y ait trace de l'intervention du médecin. Le moment de la décision de faire l'écrit doit être adéquatement choisi. Il doit correspondre à une situation où un espace d'attention est ouvert chez le responsable d'entreprise. De plus, dans tous les cas où cela est possible, il est indispensable que les informations écrites adressées à l'employeur soient, de même, reçues par au moins un autre interlocuteur réel ou potentiel. L'effet de miroir ainsi provoqué rendra visibles des phénomènes souvent cachés ou indicibles et entraînera l'action recherchée. La procédure est aussi valable lorsqu'il sera plutôt question de faire valoir des éléments positifs, on joue alors sur le registre de la reconnaissance auquel l'employeur est aussi sensible.

Quelques exemples illustratifs.

1 - DU CÔTÉ DE LA DÉONTOLOGIE :

*Le 13 septembre 1996, j'ai vu en visite de reprise après maladie professionnelle (tableau n° 57) Madame C.L. Compte tenu de son état de santé, j'ai donc formulé des restrictions qui obligeaient à un aménagement de poste conformément à l'article L 122-32-5 du Code du Travail : « ...l'employeur est tenu de lui proposer, compte tenu des conclusions écrites du médecin du travail et des indications qu'il formule sur l'aptitude du salarié à exercer l'une des tâches existant dans l'entreprise... ».*

*A la suite de cet acte, j'ai donc prévenu votre secrétariat de mon passage le 25 septembre 1996, pour m'entretenir avec vous des possibilités de reclassement de Madame C.L. C'est votre appel téléphonique qui m'a confirmé l'heure de ce rendez-vous soit 10h30. Le 25 septembre vous m'avez fait part d'une impossibilité de reclassement de Madame C.L. car aucun poste disponible ne pouvait s'adapter à son état de santé. Très honnêtement, il m'a paru effectivement difficile, compte tenu de votre activité, d'aménager un poste adéquat.*

Je l'ai donc revue en application de l'article R 241-51-1 du Code du Travail, le 2 octobre 1996, date à laquelle j'ai constaté une inaptitude à tout poste dans l'entreprise.

C'est aussi à cette date que me sont parvenus les courriers suivants :

- copie de votre lettre recommandée avec AR adressée à ma direction et datée du 18 Septembre 1996 (soit 8 jours avant notre rendez-vous)
- copie de la réponse de mon directeur.

Ma surprise a été grande. En effet, il me semble important de vous rappeler que le médecin du travail exerce son métier en toute indépendance technique (article 5 du Code de déontologie). Vous écrivez : « je vous demande de bien vouloir faire le nécessaire pour que le Docteur B... ». Ce mot d'ordre adressé à mon directeur transgresse très clairement cette indépendance technique. Vous précisez ensuite : « que le Docteur B. participe activement au reclassement de cette salariée en me faisant des propositions de reclassement ou d'aménagement de poste au sein de mon entreprise... ».

Il me semble que vous inversez les rôles. C'est à l'employeur de faire les propositions (article L 122-32-5) et non au médecin du travail dans le cadre de la maladie professionnelle. A ma connaissance c'est bien le cas de Madame C.L et ici, l'article L 241-10-1 ne s'applique pas. La procédure que vous avez employée ressemble trop à une tentative de pression pour que je n'en laisse pas de trace. C'est l'objectif de ce courrier.

En espérant que vous comprendrez mon point de vue et qu'à l'avenir vous établirez des relations plus directes, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Double au Directeur du Service Interentreprise.

## 2 - DU CÔTÉ DE LA SANTÉ :

1er cas :

Par votre courrier du 3 juillet, vous me demandez mon avis sur la possibilité de l'utilisation d'une paire de chaussures de sécurité par de multiples utilisateurs successifs. Cette question déjà abordée plusieurs fois, reçoit encore à l'heure actuelle toujours la même réponse : les chaussures de sécurité doivent rester personnelles au premier utilisateur pour des raisons techniques d'une part et d'hygiène d'autre part :

1° - une chaussure neuve se « brise » au pied du premier utilisateur et se déforme pour s'adapter à celui-ci, un autre pied n'y trouvera plus son « compte » dans des plis antérieurement formés (syndrome de l'adaptation).

2° - sur le plan de l'hygiène, se pose évidemment le problème de la sueur qui, même après un séchage soigneux peut entraîner une certaine réticence à l'utilisation de la chaussure par une autre personne. En plus de cette sudation, on se heurte au cortège des contaminations possibles et malheureusement bien réelles, bactériennes et mycosiques.

Ces affections cutanées transmissibles, Maladie à Caractère Professionnel, sont susceptibles d'être réparées au titre des tableaux n° 46 et n° 77 des Maladies Professionnelles.

Cela dit, si vous me sollicitez, c'est que le nombre d'embauchés dont le poste de travail nécessite une protection spécifique des pieds, vous crée un réel problème de magasinage et, sans doute, de coût. On peut donc ébaucher des solutions qui

ne seront que des palliatifs non satisfaisants pour certains, à savoir :

1° - dans le cadre des Contrats à Durée Déterminée, passant par l'intermédiaire d'une Entreprise de Travail Temporaire, le salarié peut se présenter avec ses chaussures de sécurité, puisqu'elles lui sont fournies par l'ET.T. Si ces chaussures sont spécifiques à l'entreprise, un accord commercial avec l'ET.T doit résoudre le problème.

2° - Si le salarié a un CDD et s'il est plusieurs fois réembauché, il sera assez fidèle pour ramener ses chaussures qui ne seront pas usées en cas d'usage bref. Il suffira de l'informer.

3° - Si le salarié ne reste que quelques jours dans l'entreprise (moins d'une semaine), on peut envisager la désinfection des chaussures :

- Par un trempage dans de l'eau javellisée à 10 % pendant 20 minutes. Ce traitement pour être efficace va cependant, dans la plupart des cas, laisser les chaussures dans un piètre état.
- Par humidification à l'aide d'une solution de glutaraldéhyde ou d'aldéhyde formique à 5 %. On se heurte alors à un risque de sensibilisation à ce type de produit avec des dermatites réparées au titre du tableau n° 43 des Maladies Professionnelles.
- Par stérilisation à l'oxyde d'éthylène. Dans votre établissement nous avons l'avantage d'avoir un four à oxyde d'éthylène. Cette technique est tout à fait intéressante. Cependant, il n'est pas certain que le pharmacien accepte de stériliser des matériaux de prothèse auprès d'une paire de chaussures aux effluves parfois musquées.

- On pourrait aussi proposer les produits vendus en pharmacie type Pedirelax°, Ephydrol°, etc. mais ils sont valables uniquement dans le cadre de solution individuelle et ne sont pas à envisager ici car leur fiabilité n'est pas démontrée dans le cadre de vos responsabilités.

Enfin, la solution du double chaussant (avec un chausson plastifié) est mauvaise car inconfortable. Cette solution pourrait éventuellement être retenue après désinfection avec une poudre désinfectante du commerce, lorsque l'on utilise des bottes de sécurité. Pour terminer, il faut savoir que le Service des Armées abandonne, devant la floraison des mycoses podales, la réutilisation des brodequins par des appelés successifs.

2ème cas :

Lors de mes entretiens médicaux, je m'étais, évidemment, déjà fait une représentation des conditions de travail des salariés. Je me renseigne en effet à ces occasions sur les conditions de travail en général, les horaires, les expositions professionnelles, les conditions d'hygiène et les protections fournies. Globalement, mon impression était plutôt favorable. Ce que j'ai vu de vos installations et de votre organisation du travail me l'a confirmé :

- Le contact avec l'essence est extrêmement limité lors de la vidange des réservoirs grâce à l'utilisation d'une pompe efficace.

- Les poussières d'amiante sont peu mobilisées puisqu'il y a rarement intervention sur les freins.

- Lors des mises en marche moteur, les tuyaux d'évacuation des fumées de combustion sont à disposition.

- Les tables élévatoires permettent de travailler à hauteur des bras n'obligeant pas l'opérateur à tenir des positions sollicitant de manière forcée le système musculosquelettique.

- L'atelier est propre et bien rangé ce qui suggère un entretien régulier. Ce détail est d'importance, car l'activité de démontage de carcasses de voitures est tout de même réputée comme une activité particulièrement salissante.

- L'hygiène individuelle des salariés est remarquablement prise en compte ; chaussures de sécurité, cottes de travail en nombre suffisant et automatiquement nettoyées, douches à disposition.

Dans ce métier, le risque professionnel prépondérant est le risque chimique (essence et hydrocarbures polycycliques contenus dans les huiles moteur usées). L'essence (surtout l'essence sans plomb) contient entre 2 et 5 % de benzène. Cet hydrocarbure aromatique est toxique pour la moelle osseuse et est un facteur de risque de leucémie. C'est pourquoi, j'ai demandé un examen de sang à l'embauche. Cependant le niveau d'exposition étant très faible, cet examen sera renouvelé à échéances de quelques 5 à 10 années (afin d'alimenter le dossier médical d'arguments médico-légaux). Les huiles moteur usées sont des substances chimiques plus ennuyeuses pour la santé. Elles contiennent en effet des hydrocarbures polycycliques aromatiques qui traversent facilement la barrière cutanée. Ce sont des substances cancérigènes connues. Malheureusement, en dehors d'une bonne hygiène des mains, je n'ai pas de prévention miraculeuse à vous proposer quant à ce risque.

La seule amélioration que je pourrais vous suggérer est la mise en place d'un chauffage l'hiver. Vous m'avez informée que cet investissement était prévu pour la fin 1996.

Au total, le bilan Santé-Hygiène de votre entreprise est très positif. Encore une fois je vous en félicite et je me tiens à votre disposition pour tout conseil dans le domaine de la santé au Travail. Ce document est à considérer comme votre fiche d'entreprise et comme tel doit être tenu à disposition du Contrôleur de la C.R.A.M., de l'Inspecteur du Travail et du Médecin Inspecteur du travail.

### 3 - DU COTÉ DE LA SANTÉ ET DE LA RÉGLEMENTATION

1er cas :

À l'issue des entretiens médicaux des agents de la mairie de votre commune, je me permets d'attirer votre attention sur certaines situations qui, à plus ou moins long terme, peuvent avoir un retentissement sur la santé physique mais aussi mentale de certains d'entre eux. J'ai constaté qu'il n'est pas rare que des agents travaillent ou vont travailler seuls, en des lieux parfois isolés, et dans des situations où l'accident n'est pas à exclure (travaux sur escaliers, ou échelles, manutentions d'outils lourds ou dangereux etc.). Si, du point de vue de l'organisation, il n'est pas possible de former des équipes d'au moins deux personnes, un protocole et des moyens d'alerte doivent être mis en œuvre afin qu'un incident ne reste pas invisible durant un temps trop long.

Il me semble aussi qu'il serait souhaitable de fournir des tenues de travail aux personnes qui s'occupent d'enfants, qui font du ménage (blouses et/ou tabliers), ainsi qu'à ceux qui font des travaux salissants en extérieur (cottes, bleus de travail, etc.). C'est d'ailleurs ce qui est préconisé par le Code du Travail : Article R 233-1 « le chef d'établissement doit mettre à disposition des travailleurs les équipements de travail nécessaires, appropriés au travail à réaliser ou convena-

blement adaptés à cet effet, en vue de préserver la santé et la sécurité des travailleurs... ». Article R 233-42 : «...Les équipements de protection individuelle et les vêtements de travail visés à l'article R 233-1 doivent être fournis gratuitement par le chef d'établissement qui assure leur bon fonctionnement et leur état hygiénique satisfaisant par les entretiens, réparations et remplacements nécessaires.»

En tant que Conseiller de l'Employeur, je me permets aussi d'attirer votre attention sur les Contrats Emploi Solidarité. Ayant constaté que certains de vos agents en CES faisaient en réalité, un temps plein, je vous rappelle que ces contrats, parfaitement décrits dans le décret n° 90 - 105 du 30 janvier 1990, ne sont pas du temps partiel annualisé mais bien du mi-temps (article 2 : « la durée hebdomadaire du travail est égale à 20 heures... »).

Le non respect de cette loi pourrait bien attirer l'attention de l'Inspecteur du Travail. Accessoirement, en dehors du problème de droit soulevé, le fait de ne pas disposer du temps prévu pour se former en vue d'une future réinsertion ou pour rechercher efficacement un emploi stable, le fait de se retrouver captif dans une activité de travail plus que précaire, ne vas pas dans le sens d'une construction positive de son identité et de sa santé. Cette situation ayant dû vous échapper, il me paraît de mon devoir de vous en prévenir afin que vous preniez toutes dispositions pour régulariser du point de vue du droit, le statut contractuel des personnes concernées.

Enfin, en dernier lieu, je ne peux faire l'impasse sur une situation qui m'a alarmée : un certain nombre d'agents de votre mairie décrit une sorte de souffrance mentale qui met chacun en difficulté pour effectuer d'une manière sereine et plaisante son activité quotidienne. Il semblerait bien qu'ils soient peu reconnus pour ce qu'ils font car évalués, mesurés..., bref, ils ressentent peu la confiance que l'on devrait leur accorder. Sachant que, dans le travail, la question fondamentale est celle de la reconnaissance, on pourrait craindre à la longue, une évolution soit vers la dépressivité, soit vers le désinvestissement. L'un serait à déplorer individuellement et l'autre collectivement. C'est pourquoi, il me semblait assez fondamental de vous entretenir de ce problème.

En restant à votre disposition pour tout ce qui relève dans le problème santé-travail, recevez, je vous prie, Monsieur le Maire, l'expression de mes meilleures salutations.

2ème cas :

En fin d'année 1995, j'ai reçu en visite médicale les jeunes apprentis qui commençaient leur itinéraire professionnel. Comme à mon habitude, j'ai exploré leur situation de travail et en particulier les amplitudes d'horaires qui, si elles sont exagérées, ont toujours un retentissement sur la santé de ces enfants. Si un de ces jeunes m'avait alarmée par une description d'horaires impressionnants, j'ai néanmoins vérifié la cohérence de ses déclarations en m'informant auprès du reste du personnel.

Mon habitude est, en effet de n'intervenir que lorsque tous les éléments recueillis lors des visites médicales se recoupent et me font craindre des situations délétères à moyen et long terme. Cela n'a pas été le cas pour votre entreprise.

C'est pourquoi ma surprise fut grande lorsque plusieurs parents demandèrent à me rencontrer.

J'ai ainsi appris que ces adolescents ont des amplitudes de travail de 14 à 16 heures (avec coupure de 2 à 3 heures), qu'il leur arrive de terminer autour de minuit en fin de semaine, que lors de la semaine de cours ils ne disposent que de la soirée du dimanche (à partir de 17h !) pour se reposer et qu'ainsi ils travaillent 15 jours de suite !

Je vous rappelle la réglementation concernant les jeunes de moins de 18 ans :

Art. L 213-7 du Code du Travail : « Le travail de nuit est interdit » (s'entend comme tel le travail effectué entre 22h et 6h du matin) »

Art. L 212-1, art. L 117 bis-1, L 117 bis 2 et L 117 bis 3 : « La durée du temps de travail ne peut excéder 39h/semaine (sauf dérogation de 5 heures accordée par l'Inspecteur du Travail après avis conforme du Médecin du Travail) »

Art. L 221-2 : « Il est interdit d'occuper plus de 6 jours par semaine un même salarié »

Art. L 221-3 : « Le travail du dimanche est interdit »

Par ailleurs, j'ai su que l'adolescent qui m'avait renseignée le premier sur ces conditions de travail avait été vertement remontré sur son acte de paroles et que les suivants avaient des « mots d'ordre » : ne pas décrire leur véritable situation de travail. Ce fait me paraît grave, car on peut considérer cela comme une entrave à l'exercice de la médecine du travail ce qui est bien le cas puisque, en toute tranquillité, je n'ai pas demandé à revoir ces enfants au bout de six mois.

De plus, j'ai appris, lors de ce colloque avec les parents et un des jeunes garçons, que ce dernier était en traitement pour des symptômes qu'il est totalement anormal de retrouver chez un adolescent qui devrait s'épanouir dans l'apprentissage d'un métier qu'il a choisi. Les familles m'ont aussi informée que ces enfants avaient été accusés de vol, avec montage de preuves. L'effet de telles manœuvres a été redoutable sur leur psychisme et sur la perception de leur valeur. Ils se sont repliés sur eux-mêmes sans même essayer de se défendre.

Je voudrais vous faire savoir que la bascule dans la dépressivité est rapide chez des jeunes gens qui sont en pleine construction de leur personnalité et de leur avenir, surtout lorsqu'une accusation de délinquance est si peu cohérente avec leur histoire personnelle (famille stable, choix réfléchi d'un métier, volonté et perspective d'une image sociale très précise). L'apprentissage doit s'appréhender comme une aide et un soutien à la construction sociale de l'individu et demande plus d'efforts au maître d'apprentissage que de piloter un personnel qualifié.

Au total, je souhaite que vous compreniez qu'être alerté par des parents d'apprentis et par leur soignant est quelque chose que je ne peux couvrir du point de vue de la santé. C'est pourquoi, une proposition de votre part réduisant les heures de travail des apprentis et leur consentant des congés hebdomadaires lors de la semaine de cours de façon à leur redonner une hygiène de vie plus harmonieuse, satisfierait tout à fait l'objectif de maintien d'un bon équilibre de santé physique et mental des adolescents dont vous assurez la charge d'apprendre.

Dans l'attente d'une réponse et en restant à votre disposition dans le domaine de la santé au travail, croyez, Monsieur, à l'expression de mes meilleures salutations.

Double au C.F.A.

3ème cas :

Le Directeur de mon service m'a fait part de votre courrier du 12 juin 1996 portant réclamation sur la classification de certains de vos salariés en surveillance médicale particulière. Cette classification mérite effectivement explication pour une personne qui n'est pas mise au fait des arcanes de la réglementation.

Comme vous le savez sans doute en tant qu'employeur, certains métiers, certaines situations de travail, peuvent exposer les salariés concernés à des risques d'altération de leur santé (l'exemple dramatique et très médiatisé aujourd'hui est l'amiante). Le repérage de ces travailleurs est défini dans plusieurs textes réglementaires : l'article L 231-2 du Code du Travail et l'Arrêté du 11 Juillet 1977.

L'Article L 231-2 renvoie aux prescriptions réglementaires particulières (décrets) qui déterminent des professions et certains modes opératoires pour lesquels le médecin du travail a des obligations de surveillance médicale en lien direct avec le travail effectué. Cette surveillance porte d'ailleurs le nom de « surveillance médicale particulière ».

L'Arrêté de Juillet 1977 fixe une liste limitée de travaux nécessitant une « surveillance médicale spéciale ».

Votre activité révèle de l'Article L 231-2 et plus particulièrement du Décret n° 92 958 du 3 Septembre 1992 relatif aux prescriptions minimales de Sécurité et de Santé concernant la manutention manuelle de charges. C'est donc en application de ce Décret que vos salariés sont réglementairement considérés en S.M.P. (Surveillance Médicale Particulière). La S.M.P. est un temps supplémentaire qui est octroyé au médecin pour s'attarder un peu plus sur les situations de travail et leurs conséquences à long terme sur l'état de l'individu. En effet la médecine du travail n'est pas à considérer comme une photographie instantanée répétitive de l'état de santé ponctuel d'un salarié, mais comme une dynamique de construction d'un état de santé qui évolue, se modifie dans le temps en fonction de facteurs externe dont le travail fait partie.

Dans le cas de vos chauffeurs-déménageurs qui font des horaires impressionnants, qui sont obligés de porter, déplacer, soulever des charges parfois très lourdes (exemple typique du piano) dans des positions sollicitant souvent dangereusement le système musculo-squelettique, il n'est pas invraisemblable de penser qu'à long terme, le coût à payer pour leur santé sera élevé. C'est pourquoi je m'attache et je m'attarde, lors des visites médicales, à interroger sur toutes ces procédures d'activité et à les enregistrer dans le dossier médical dans une perspective de suivi dans le temps et dans le but d'en laisser trace. Outre les particularités des modes opératoires, les conditions de vie sont aussi explorées lors de mes entretiens médicaux : temps et conditions de sommeil (cabine pour vos chauffeurs...), conditions des prises de repas, évaluation des temps de repos hebdomadaires (qui sont en général extrêmement courts... ce qui pose problème du point de vue de la sécurité dans le cadre de la conduite), hygiène de vie en général.

Comme vous le comprenez sans doute, la médecine du travail n'a rien à voir avec la médecine de soins et ne peut donc être comparée à elle.

En conclusion, je souhaite vous avoir éclairé sur les raisons qui me font considérer vos chauffeurs-déménageurs comme des salariés à surveiller particulièrement, raisons qui relèvent de la réglementation mais aussi des conditions réelles de leur travail.

Ce courrier pourra être considéré comme votre fiche d'entreprise et tenu comme tel, à disposition du Médecin Inspecteur des Transports et de l'Inspecteur du Travail des Trans-

# LE « CARNET DE SANTÉ »

## Y A-T'IL UN PILOTE DANS L'AVION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ?

Les commentaires de la page 5 du « carnet de santé » remis à tout assuré social précisent qu'en dehors des médecins traitants, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens et des médecins-conseils de la sécurité sociale, « *personne d'autre ne peut avoir accès, à son contenu, ni les médecins du travail, ni des médecins des compagnies d'assurances, ni votre employeur...* »

Une note de bas de page indique: « *Quiconque enfreint ce principe de confidentialité est passible d'une peine d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 100 000 F (article L 162-1-2 du code de la Sécurité sociale)* »

Ces dispositions soulèvent de vives réactions dans le milieu de la médecine du travail. Notre association Santé et Médecine du Travail se consacre depuis 18 ans à l'exploration des pratiques en médecine du travail à partir des situations concrètes de notre exercice quotidien. Il ne s'agit ni d'un syndicat, ni de l'expression d'une tendance politique.

La qualité de notre travail commun peut être appréciée par chacun à travers nos publications périodiques et l'ouvrage *Souffrances et Précarités au travail, Paroles de médecins du travail*.

Malgré le caractère très affectif des réactions qui se sont fait jour dans la profession notre congrès annuel a abordé cette question parmi d'autres. Notre première observation est qu'il existe un éventail assez ouvert de réactions parmi les participants. Celles-ci vont de la compréhension d'une telle mesure (accompagnée d'une critique du principe même du carnet de santé) à l'appel à la révolte pour en obtenir l'accès, en passant par la tristesse, la colère, l'indignation.

L'exploration en commun de ce problème, dans l'esprit de tolérance et de respect mutuel qui est de tradition dans nos débats, a permis de dégager des réflexions communes. Elles s'organisent selon trois grands axes : celui de l'indépendance professionnelle des médecins du travail, celui de l'utilité du « carnet de santé » et celui de la déontologie médicale.

### **DU COTÉ DE L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU TRAVAIL**

En marge de la commémoration du cinquantième de la médecine du travail par le Ministère du Travail, notre association a participé, avec une autre association et deux syndicats, à une action de sensibilisation sur les difficultés d'indépendance professionnelle dans le champ de la santé au travail. L'affaire de l'amiante et un licenciement de médecin du travail nous ont servi d'exemples pour illustrer les atteintes à ce principe. La responsabilité de certains employeurs dans ces mécanismes est évidente.

C'est pourquoi nous croirions plus volontiers aux protestations indignées des associations d'employeurs contre la disposition « injurieuse », selon certains d'entre eux, du carnet de santé, si elles intervenaient avec autant de vigueur quand un des leurs ou de leurs préposés atteint à l'indépendance d'un médecin du travail.

L'amalgame entre les employeurs et les médecins du travail paraît regrettable, abusif et préjudiciable. Il fait précisément l'impasse sur la spécificité médicale. Tout médecin a le devoir d'observer une rigoureuse indépendance vis-à-vis de quiconque et, pour les médecins du travail, à la différence des employeurs, vis-à-vis de la rationalité économique dans leurs décisions concernant la santé de leurs patients.

Ce n'est pas parce que des médecins du travail fourvoyés ou dévoyés n'observent plus ce devoir et se livrent sous le couvert de la médecine du travail à des activités de « médecine d'entreprise » que l'anathème doit être jeté sur une profession. Les médecins du travail, dans les aléas du monde du travail d'aujourd'hui, continuent majoritairement à défendre l'intérêt de la santé de leurs patients.

Le profond sentiment d'absence de reconnaissance des médecins du travail est encore plus vif si l'on considère que « *Ce carnet a été conçu par le ministère chargé de la Santé et approuvé par l'Ordre des médecins* » (page 4 du « carnet de santé »). Cela pourrait faire supposer que les garants de l'indépendance des médecins du travail d'un point de vue réglementaire (le ministère du travail chargé aussi de la santé) et déontologique ne croient plus qu'il soit possible de la faire respecter.

Sommes nous les derniers à y tenir et à la défendre ?

### **DU COTÉ DE L'UTILITÉ DU CARNET DE SANTÉ**

Au départ simple outil d'évaluation économique des dépenses de santé, ce carnet s'est transformé en outil de suivi individuel avant, sous sa forme informatique future, de tenter une évaluation des phénomènes de santé. Partir d'une finalité instrumentale pour aboutir à une autre est bien souvent voué à l'échec.

Comment en effet exploiter les données collectées avec de nombreux biais, trop succinctes, de nature disparate, recueillies sans méthode rigoureuse, sans référence professionnelle ou sociologique, sans que les moyens nécessaires à leur exploitation aient été définis et sans que des garanties de restitution des résultats éventuels soient précisées.

Ce carnet n'aura aucune espèce d'utilité médicale, son lacunisme n'étant d'aucune aide dans la recherche des antécédents. Il ne permettra pas de cerner les questions de santé

publique. Il constitue donc un gaspillage de deniers publics mais il pourrait devenir un risque pour les libertés individuelles en cas d'informatisation et de recouplement entre différents fichiers.

Cela incite certains d'entre nous à se féliciter que les médecins du travail aient pu échapper à ce carnet.

## **DU COTÉ DE LA DÉONTOLOGIE**

Faut-il rappeler que le secret médical s'impose même entre médecins. Toute communication d'éléments relevant de ce secret entre deux praticiens doit requérir le consentement éclairé du patient et n'est permise qu'envers des médecins « *qui participent à sa prise en charge et qu'il entend consulter* ». Cette transmission est limitée « *aux informations et documents utiles à la continuité des soins* » (article 45 du code de déontologie). Le secret médical ne peut donc être levé entre médecins qu'à partir du moment où ils sont, vis-à-vis du patient, dans la même position.

Cette position doit satisfaire deux exigences : « *le médecin doit agir avec comme préoccupation principale la santé du salarié et à sa demande* ». Lorsque ces deux conditions ne sont pas réunies, et sauf exception explicitement prévue par la loi (accident du travail par exemple), il est hors de question de tolérer la communication des renseignements médicaux nominatifs, même entre médecins.

Or la mission du médecin du travail le met, vis-à-vis de ces exigences, dans une position difficile. La majeure partie de l'activité du médecin du travail est orientée par le souci de la santé du salarié. Adapter, à sa demande, le poste de travail aux capacités du salarié constitue un des aspects de la prise en charge de la santé du patient par le médecin. Cette situation est conforme aux termes de l'article 45 du code de déontologie. Le médecin du travail peut donc tout à fait légitimement attendre que le médecin traitant lui fournisse les renseignements médicaux nécessaires à cette adaptation. Cet échange est d'ailleurs particulièrement utile lors du retour au travail après arrêt prolongé pour raison de santé.

La difficulté vient du fait que la santé du salarié n'est pas la seule préoccupation du médecin du travail. Il a aussi le souci de la santé des autres travailleurs et peut être amené, pour cette raison, à prendre des décisions qui vont contre la volonté du salarié. Dans cette situation, par ailleurs très mal individualisée en droit, il ne participe plus à la prise en charge mais se trouve plutôt en position d'expert. Il ne saurait alors réclamer le même accès au carnet de santé que le médecin traitant.

Le médecin du travail doit donc se contenter des renseignements que le salarié accepte de lui confier librement au fur et à mesure que s'établit la confiance. Il s'agit d'une exigence déontologique. Mais cette construction progressive de la confiance, dans laquelle le salarié reste maître de choisir ce qu'il confie et ce qu'il garde, touche au cœur même du métier de médecin du travail. Tout ceci conduit naturellement à une question posée par certains collègues : ne peut-on pas, dans cet esprit, laisser le salarié libre de présenter ou non son carnet de santé ?

Notre réponse est négative. La vulnérabilité des salariés, à l'embauche est telle qu'il n'est pas possible pour eux de refuser les demandes de communications qui pourraient leur être faites. Un salarié à l'embauche n'est donc pas en situation de donner son libre consentement. Il ne reste libre de donner ou de refuser des renseignements sur sa santé que si l'accès de son interlocuteur au carnet de santé est barré. La restriction par la loi, des possibilités de consultation s'impose donc.

Toutefois, le médecin du travail n'est pas le seul médecin qui se trouve confronté à cette situation d'expertise. Tous les médecins qui en relèvent doivent donc être traités de façon semblable.

Nous estimons donc que cette mesure constituerait une discrimination si elle n'était rapidement étendue à tout médecin en situation d'expertise, non seulement les médecins du travail et les médecins des compagnies d'assurances mais aussi les experts mandatés par des tiers, y compris par la sécurité sociale.

*Association S.M.T.  
décembre 96*

**L'association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (S.M.T.) a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la Médecine du Travail.**

**Elle est ouverte aux Médecins du Travail et aux Spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la Médecine du Travail.**

**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 S.M.T.**

*Pour les conditions d'adhésion et d'abonnement, voir pages 19 et 37*

**APPEL AUX MÉDECINS DU TRAVAIL  
POUR UN PROJET D'OUVRAGE COOPÉRATIF - Février 1997**

à l'initiative de l'ass. SMT

**« CONTRIBUTION AU MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL »**

**« CONSTRUCTION DE SA SANTÉ PAR LE SUJET AU TRAVAIL,  
CLINIQUE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL,**

**PRÉCARISATION DU TRAVAIL ET SENS DES PRATIQUES  
PROFESSIONNELLES EN MÉDECINE DU TRAVAIL »**

Après la publication à son initiative de l'ouvrage collectif « Souffrances et Précarités au travail, *Paroles de médecins du travail* » en 1994, l'association **Santé et Médecine du Travail (SMT) a pris l'initiative**, à l'occasion de son dernier congrès le 8/12/96, **d'un nouvel ouvrage pour contribuer à l'évolution du métier de médecin du travail.**

**Cette invitation à coopérer autour d'un projet commun s'adresse aux médecins du travail** qui se reconnaissent dans

la problématique de réflexion menée par l'ass. SMT depuis de nombreuses années, concernant les conséquences éthiques, sociales et scientifiques des pratiques professionnelles en médecine du travail. En effet d'autres médecins du travail, en d'autres lieux, pratiquent une réflexion similaire ; c'est pourquoi nous les invitons à coopérer à ce projet.

**Confrontés aux profonds bouleversements de la société et du monde du travail**, les médecins du travail cherchent à mettre en œuvre de nouvelles « règles de métier ».

Pourtant une « médecine d'entreprise » ne prenant plus en compte les acquis de la loi sur la médecine du travail de 1946, se met en place de façon rampante, faute d'ajustement de la

médecine du travail aux besoins liés à la situation actuelle. **Les médecins du travail que nous sommes souffrent dans cette situation d'une insuffisance de réflexion professionnelle et sociale.**

A travers aujourd'hui les atteintes massives à l'indépendance de certains médecins du travail, c'est l'indépendance de la médecine du travail qui est en cause. **Ces évolutions sont le signe de l'ampleur de la crise, souvent négative pour la**

**santé au travail, que subissent aujourd'hui les conditions organisationnelles et environnementales du travail.**

Dans ce contexte l'un des rôles de la médecine du travail est de promouvoir et de faciliter d'un point de vue professionnel, le débat social sur les évolutions du travail d'aujourd'hui et ses répercussions sur la santé par la mise en débat des contradictions.

**Dans notre activité médicale clinique**, lors des visites mé-

dicales, nous affrontons quotidiennement ce qui résiste au savoir, ce qui ne se laisse pas maîtriser, ce qui est pour nous-mêmes encore impensé.

**Certaines questions restent à poser :**

- quelle place peut prendre le médecin du travail dans la construction de leur santé par les sujets au travail, peut-on parler d'assistance à penser la relation travail-santé ?

- existe-t-il une clinique de la santé au travail, une clinique de la normalité ? Les médecins du travail que nous sommes peuvent-ils y contribuer ?

Pour parler des règles de métier, des pratiques communes il est important de mettre en visibilité nos différences, à partir de quelle compréhension, quelle notion d'appartenance naissent nos pratiques coopératives.

Ce projet d'écriture plurielle n'est pas de gommer les différences. Aucun unanimité n'est recherché ; il s'agit de travailler collectivement les éventuelles contradictions liées aux difficultés de notre exercice professionnel. Après discussion collective, si des opinions s'opposent en faisant avancer la réflexion, elles pourront se confronter sans s'affronter. Certains textes dont le lecteur pourra repérer à partir de quel point de vue ils sont écrits seront donc signés, d'autres reflétant une élaboration collective peut-être pas.

Les textes reçus se nourriront ainsi du débat né au sein d'un **réseau de médecins du travail qui construit progressivement un savoir-faire concernant le travail coopératif.**



*Le réseau à l'origine de l'association « Santé et Médecine du Travail » a 18 ans. La coopération y a toujours été la règle. Les praticiens qui en sont membres pratiquent tous les modes d'exercice de la médecine du travail ; leurs réflexions sont enrichies par la présence d'un certain nombre de médecins inspecteurs du travail, d'autres praticiens du champ de la santé au travail et de chercheurs. Chaque avancée technique, chaque pratique nouvelle y fait l'objet de débats ouverts. L'ass. SMT rend compte régulièrement de ses réflexions dans l'espace public professionnel avec sa revue « Les Cahiers SMT ». Ses membres contribuent à l'animation depuis 1993 d'un réseau de médecins du travail « Paroles de médecins du travail sur la précarisation du travail ».*

*Ce réseau lance d'ailleurs parallèlement un projet d'ouvrage « Précarisations et violences vécues par les femmes au travail »*



## Appel aux médecins du travail pour un projet coopératif

Notre projet est de faire un livre de questions, car ce sont les questions qui sont créatives. Nos incertitudes sont plus inventives que les habituelles certitudes médicales. Mais c'est aussi une formalisation de nos pratiques avec un effet forcément réducteur ; dévoiler une pratique, c'est effectivement s'engager, mais c'est aussi faire le point des savoir-faire, montrer les insuffisances, permettre les échanges. C'est un passage obligé pour faire reconnaître notre métier de médecin du travail.

**Des contributions multiples sont souhaitées : textes de témoignages sur nos pratiques professionnelles en médecine du travail, réflexions concrètes ou théoriques**

Quelques têtes de chapitre sont provisoirement livrées à la réflexion des auteurs

- Clinique de la santé au travail et construction de sa santé par le sujet
- Précarisation du travail et de la santé au travail
- Aptitude au travail, droit à un emploi et éthique professionnelle
- Exercice professionnel dans les PME-PMI
- Pratiques coopératives
- Construction des règles de métier
- Contrôle social
- Evaluation des actions et qualité
- Médecine du travail et médecine d'entreprise
- Management d'entreprise et déontologie professionnelle
- Santé au travail partie prenante d'une démarche de santé publique, la question de la visibilité sociale

L'organisation de ce projet est supportée par un groupe de suivi qui rendra compte régulièrement à l'ensemble des auteurs. Il est composé de Fabienne Bardot, Alain Carré, Dominique Huez, Odile Riquet, Nicolas Sandret.

Le bureau de l'association SMT, Jocelyne Machefer, Alain Randon, Jean-Noël Dubois, Philippe Davezies, et son conseil d'administration (18 membres) seront collectivement responsables de ce projet.

Les travaux de l'ass. SMT ont, jusqu'alors, embrassé de nombreux aspects de notre métier. Ils ont porté sur ses bases mêmes : notre travail médical clinique, le rapport à la déontologie, à la réglementation, à l'éthique, à la construction des règles de métier... Ils se sont intéressés à ses rapports à la santé publique, à l'espace public... Ils ont envisagé les liens de la médecine du travail à d'autres spécialités du champ de la santé au travail : l'ergonomie, la sociologie, la psychodynamique du travail... Ils ont exploré ses aspects techniques : le tiers temps, la confiance, l'aptitude, l'indépendance professionnelle, le contrôle social... Ils se sont confrontés aux difficultés de l'époque : la précarité, la précarisation du travail, la souffrance, les nouvelles organisations du travail, le management, les démarches « qualité »...

Les textes recueillis, discutés collectivement et éventuellement retravaillés seront rassemblés sous la responsabilité d'un groupe de suivi. Ils seront mis en débat à l'occasion de deux séminaires de travail le 7 juin et en décembre 1997. Une publication d'un ouvrage s'appuyant sur cette dynamique d'élaboration en réseau pourrait être envisagée pour 1998.



Les contributions devront être adressées obligatoirement sous disquettes PC ou MAC chez D. Huez, 14 rue de la haute chevalerie, 37 170 Chambray les Tours.

La première série de contributions devra arriver avant le 10 mai 1997, pour pouvoir être mise en discussion lors du premier séminaire de travail le 7 juin 1997 à Paris,

auquel est convié l'ensemble des auteurs.

Diffusez largement cet appel autour de vous !



**Ecrire est une action de veille** ; c'est rester sur le qui vive car celui qui écrit est à l'écoute des mots qui tracent son avenir. Penser et écrire c'est agir. Or, agir, par et pour les autres, sous leur regard et en les regardant, est ce qui fonde l'existence humaine. Nous devons donc écrire pour nos patients, pour nos pairs mais aussi pour nous mêmes.

L'aboutissement de ce projet influera-t-il sur les évolutions qui se préparent ? Nul ne peut le prédire aujourd'hui, mais la puissance de l'élaboration collective plaide dans ce sens.

Nous aimons notre métier et le croyons utile à la société. Il nous donc faut agir collectivement afin que la réflexion que nous pouvons cristalliser contribue de façon positive à l'amélioration de la santé au travail.

Il est donc **indispensable que toutes et tous nous participions à l'œuvre commune**

## TOUTES ET TOUS À VOS PLUMES !

# LE MÉDECIN DU TRAVAIL ET L'ÉQUIPE MÉDICALE DANS LES PME-PMI

Compte rendu du congrès ass. S.M.T. du 07 - 08 décembre 1996

L'intitulé de ce débat, thème du prochain congrès de Médecine du Travail de Strasbourg a été négocié au dernier congrès, et a exclu d'emblée la direction des services médicaux interentreprises.

Intervenir dans les PME-PMI, voire les très petites entreprises (TPE) pour le médecin du travail, implique de laisser des traces écrites, nécessaires sur le plan médico-légal mais aussi pour mettre devant les responsabilités plutôt que mettre en accusation. Le recueil d'expériences pourrait faire l'objet d'un ouvrage.

L'inaptitude à tout poste de travail entraînant la perte d'emploi est une réalité à laquelle il n'est pas toujours possible d'échapper. Elle est toujours décidée en accord avec le salarié, qui trouve parfois surprenant d'avoir à attendre 15 jours, avant la décision définitive.

Le travail collectif en amont, avec les médecins-conseils, les assistantes sociales, les médecins généralistes, les EPSR, permet souvent le maintien dans l'entreprise avec l'aide des financements AGEFIPH. Vouloir assurer le suivi des salariés déclarés inaptes qui perdent leur emploi est tentant, tout comme vouloir assurer le suivi-post professionnel des salariés exposés à des cancérogènes mais il y a risque de dispersion du médecin du travail, qui sera occupé à des activités l'éloignant de ceux qui travaillent et du lieu de travail. L'action en amont, en prévention primaire, doit rester notre priorité. Il convient d'être prudent, car trop se disperser, c'est risquer de faire le jeu de ceux qui souhaitent remplacer sur le terrain le médecin du travail par des hygiénistes, des ergonomes, des assistantes sociales, etc. ; le médecin du travail restant dans le cabinet médical, pour assurer les examens cliniques. Pour certains professionnels, (assistantes sociales, ergonomes), il existe des règles professionnelles d'indépendance qui n'autorisent pas de lien de subordination au médecin du travail et il n'est pas du tout évident que des liens de subordination permettent d'éviter des conflits entre professionnels, dont les logiques sont différentes. Actuellement, le

médecin du travail est le seul qui engage sa responsabilité, il est également le seul dont l'indépendance est reconnue réglementairement.

Dans le modèle des « services de santé au travail », avec des équipes pluridisciplinaires, il y a tout lieu de penser que les effectifs déjà pléthoriques des médecins des services inter seraient encore augmentés. Le mode de calcul des cotisations (cotisations différenciées), les difficultés rencontrées dans les services pour faire admettre les SMS dans ce type de fonctionnement, montrent à l'évidence qu'il n'y a pas une volonté de donner aux médecins le temps nécessaire à leurs missions, mais plutôt une volonté de remplir une obligation réglementaire au coût minimal.

Le fonctionnement en réseaux et les pratiques coopératives sont depuis longtemps entrés dans les faits. Ils sont différents selon les lieux, le moment, les besoins et très évolutifs. Ils sont rarement formalisés et le plus souvent basés sur la confiance. Ce peut être un travail entre médecins sur des branches professionnelles ou un travail avec d'autres intervenants institutionnels (IT, CRAM). Dans certains services, dans le cadre de plan d'activité commun à plusieurs médecins, les médecins choisissent de se « spécialiser » dans un domaine théorique (amiante, radiations ionisantes, etc.) pour pouvoir répondre au coup par coup aux collègues.

Pouvoir faire appel à des spécialistes extérieurs (épidémiologistes, par ex.) pour aider les médecins du travail à formaliser et à valider les données du terrain est indispensable mais encore faut-il en trouver les financements et garder l'indépendance dans le choix des études à mener (c'est la pluridisciplinarité). Il convient d'éviter l'écueil de la participation à des recueils de données demandées par des spécialistes, le médecin du travail étant réduit au statut de collecteur de données en lien avec la santé mais sans lien avec la santé au travail (la médecine du travail diluée dans la santé publique).

Résumé par Annie Deveaux et Odile Riquet

Le Réseau « Paroles de médecins du travail sur la précarisation » regroupe 180 personnes et a constitué en son sein trois groupes de réflexion : précarisations et violences vécues par les femmes au travail, épidémiologie, intérim.

Équipe d'animation :

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 précarisations et violences vécues par les femmes au travail –

Francis Derriennic – coord. sous-groupe épidémiologie, relations entre précarisation du travail et santé –

Marie Pascual – coord. sous-groupe éthique professionnelle face aux textes sur les intérimaires.

La délégation de gestion est confiée à l'ass. SMT

# RÉUNION DU GROUPE RÉGIONAL PRÉCARISATIONS ET VIOLENCES VÉCUES PAR LES FEMMES AU TRAVAIL le 26 Octobre 1996 - NANTES

## INTRODUCTION

### QUEL CADRE POUR L'AVENIR ?

A plusieurs reprises, au cours de réunions précédentes, il avait été évoqué de mettre au débat des histoires de violence au travail vécues par des hommes pour mieux instruire la question du genre. Cette suggestion ne fait pas l'unanimité parmi les membres du groupe :

Certains pensent que tirer sur la ficelle de la violence faite aux femmes dans le travail suffit pour faire passer le message et que faire un différentiel homme-femme ne va pas permettre de tirer, par ce biais, une spécificité. Peut-être, n'arrivons nous pas bien à cerner cette spécificité par manque d'une analyse fine ? Il ne faudrait pas gommer quelque chose concernant la violence subie par les femmes, que l'on n'aurait pas envie d'entendre aujourd'hui.

Les hommes fragilisés face aux situations de violence se déploient vers le versant genre féminin. Il ne faut pas se tromper d'aliénation et rabattre du côté du genre quelque chose qui ne relève pas de cela. Un psychiatre-psychanalyste n'a pas eu besoin, pour essayer de comprendre les moyens de défense de patients en voie de décompensation, d'avoir un échantillon comparatif homme-femme.

Pour d'autres membres du groupe, le fait d'analyser des histoires de violence subie par les hommes permet de retrouver un autre questionnement et constitue un moyen de ré-exploiter les témoignages des femmes.

### QUELLE MÉTHODOLOGIE POUR AVANCER ?

Peut-on combiner la question d'une spécificité de genre à celle des collectifs de métier, de défense, de lutte.

Comme on ne connaît pas grand chose, même du côté du versant genre masculin, c'est en faisant jouer cette problématique que l'on pourra peut être avancer sur l'autre versant. A cette phase de la réflexion, le groupe propose de collecter quelques monographies concernant les hommes pour voir si cela permet de mieux éclairer l'analyse.

## EFFRITEMENT DES COLLECTIFS RÔLE POUR LE TIERS EXTERNE

Pour ce qui concerne la socialisation de la souffrance, la clé se trouverait du côté du collectif. Mais la violence subie par les hommes n'est pas socialisée d'où effondrement du collectif sexué. En effet, les règles de lutte des collectifs masculins sont construites sur le déni de la souffrance et il devient impossible de saisir la question de la souffrance pour la porter dans le champ de la visibilité, du côté de l'incontournable.

La souffrance n'est jamais portée par les autres. Les collectifs de métier ne sont donc pas opératoires face à la souffrance individuelle que subit le salarié car si ce dernier souffre, il sort du collectif d'où la problématique du rejet. Un collectif de travail construit des règles de métier, a intrinsèquement une action normalisatrice qui va s'accroître quand les marges de manœuvre vont se rigidifier. Ceci porte en germe la question de l'exclusion, de la résistance : les uns sont exclus car ils n'arrivent pas à se soumettre, les autres sont exclus car ils n'arrivent pas à résister.

Quand on réduit l'équipe, les plus démunis se font exclure par leurs collègues (y a-t'il, ici, une question de genre ?)

La sous-charge de travail peut entraîner des mutations de poste : les défenses collectives ne peuvent alors plus fonctionner, les collectifs ne peuvent plus se construire (de même pour la polyvalence).

• L'évolution des techniques managériales a changé la nature de ce qui sert de critères à la construction des collectifs. Quand on veut résister, il faut développer, dans un but d'efficacité, une autre idéologie, mais ce n'est plus alors un collectif de lutte, c'est un groupe de résistance.

---

*L'idéologie serait un refuge au masculin.*

*L'intelligence rusée serait une stratégie féminine.*

---

Si les collectifs s'avèrent inopérants pour porter la question de la souffrance, y a-t'il une différence sexuée ?

En effet, il apparaît quelquefois dans les collectifs de femmes des phrases comme « *vous voyez bien dans quel état vous la mettez* », ce qui arrive beaucoup plus rarement dans les collectifs d'hommes, car la question de la socialisation de la souffrance n'est pas du côté de l'action chez les hommes.

• La tierce personne

Quelles nouvelles stratégies défensives faut-il inventer face aux nouvelles techniques d'organisation du travail qui reposent sur le mensonge ?

Les médecins du travail peuvent témoigner sans sortir de la confidentialité. Quand les choses sont dites, on les saisit, on les met en forme. On accumule les dossiers, les observations, les témoignages.

Le fait d'avoir recours à un tiers externe (professionnel de la santé ?) ferait-il partie de nouvelles stratégies de défense des salariés, faute de ne plus pouvoir construire dans le débat interne de l'entreprise des techniques de lutte ou à défaut de résistance ciblées sur le métier ou ciblées sur des dispositifs institutionnalisés comme l'action syndicale.

*Le médecin du travail, au-delà de l'accompagnement individuel, en tant que tierce personne en statut d'indépendance doit rendre visible la souffrance.*

*Cette action dans le champ social participera à la reconstruction des collectifs.*

Ainsi le fait pour un médecin du travail d'avoir écrit sur la fiche d'aptitude d'un salarié « doit changer d'équipe » donnait médicalement la possibilité d'une visibilité de la souffrance et a reconstruit des rapports de solidarité du côté de son équipe. Cela permettait, en effet, à ses collègues, de dire : « il y en a qui souffrent et c'est à cause du travail ».

## LE NON-DIT

Lors d'un plan de restructuration, un membre du comité d'entreprise, syndicaliste, connaissait la liste des futurs licenciés mais était dans l'injonction paradoxale de ne pas en parler tant que les licenciements n'étaient pas annoncés publiquement. Il souffrait de rester fidèle à ce devoir de réserve dans lequel il s'était engagé à chaque fois qu'il croisait un salarié dont il savait qu'il figurait sur la liste et vis-à-vis duquel il devait se comporter « comme si de rien n'était ».

A l'heure actuelle, ne pourrait-on pas penser que certains syndicalistes se font phagocytter par la problématique patronale en se rendant complices de rétention d'information ; de même lorsqu'il se placent dans la situation de ne pas informer les salariés sur les risques encourus pour « le bien de ceux-ci ».

## SOUFFRANCE, ATTEINTES À LA SANTÉ DES FEMMES AU TRAVAIL : LA SUSPICION

Les troubles musculo-squelettiques serviront d'illustration : dès les premiers signes d'atteinte, la **plainte** des femmes est **suspecte** : « c'est une dérobade » et les femmes ressentent elles-mêmes rapidement une **perte d'estime de soi**.

« Quand je pense que j'étais capable de travailler dix à douze heures par jour, sans jamais me sentir fatiguée et que ça m'arrive à moi ! » a dit une salariée qui vivait la survenue de cette atteinte à sa santé comme une dévalorisation majorée par le fait que personne n'allait la croire.

Il s'agit bien du problème de la reconnaissance du travail pour les femmes, on les traite de « tire au flanc », on ne les croit pas sauf si une intervention chirurgicale a lieu. On allègue des causes extérieures du type « qu'est ce qu'elle doit faire comme tricot chez elle ! ».

Le droit au travail des femmes n'est pas reconnu : si la femme suffisamment occupée chez elle veut travailler, il faut qu'elle se « tienne bien » avec en corollaire l'extrême difficulté d'obtenir pour elle un poste adapté en cas de T.M.S. Mais pour peu qu'intervienne un grave problème de santé, non lié au travail, mettant en péril sa féminité et/ou sa vie (cancer du sein), l'aménagement de poste sera possible. Il s'agit là d'une reconnaissance de l'être et non du faire.

On reconnaît par contre la responsabilité du travail dans la survenue de problème de santé chez les hommes. Ainsi dans un atelier où l'automatisation avait engendré une réorganisation du travail, des professionnels hommes de très haut niveau de qualification furent affectés à des postes manuels et très vite ils développèrent des T.M.S.

Le responsable administratif conscient du problème ajoutait « en plus c'est aux meilleurs que ça arrive ».

## LES FEMMES ET LES RELATIONS AU POUVOIR

Quand les femmes évoquent les propositions d'avancement qui leur sont faites, très souvent, apparaissent des expressions telles que :

*« je ne sais pas si je serai capable »*

*« je ne sais pas si je vais y arriver »*

Marquées par l'idéologie du rapport de domination des hommes, elles doutent de leur compétence alors qu'elles savent bien, par ailleurs, que lors de l'absence de leurs responsabilités, elles assument tout sans difficulté.

- Peut être les femmes ne veulent elles pas adopter des comportements de type « confrontation-affrontement » ?
- Si les femmes acceptent rarement les promotions proposées, ne serait ce pas pour éviter de se trouver en situation de rupture affective douloureuse avec le groupe ?

Marie-Claire Carpentier-Roy propose un éclairage psychanalytique pour aider à saisir le sens des discours et des comportements des femmes dans leur rapport spécifique au pouvoir et à l'autorité :

*« Mon hypothèse, qui ressort surtout de mes recherches auprès des soignantes, est la suivante : pour ne pas briser les liens affectifs au travail, les infirmières sacrifient et refoulent leur désir de reconnaissance et de pouvoir, renonçant à toute forme de revendication qui implique une rupture des liens affectifs. Sont à l'œuvre ici, me paraît il, le refoulement individuel et la répression sociale, c'est-à-dire les marques de la culture : les femmes socialisées à l'oubli de soi, au sacrifice, à la prédominance de l'autre, ont peut être perdu, en partie du moins, la capacité de reconnaître leurs propres désirs face au pouvoir à moins que le prix de la reconnaissance effective de leur désir pèse trop lourd sur leur identité. Dans cette foulée, on peut aussi se demander jusqu'où les femmes peuvent aller pour conserver ces relations de continuité avec l'autre, jusqu'à l'aliénation »(1).*

## RECONNAISSANCE DU TRAVAIL RECONNAISSANCE DU SYMPTÔME (DIFFÉRENCE FEMMES-HOMMES)

Une psychiatre-psychanalyste du secteur public suivant des patients qui ont décompensé et qui sont temporairement ou définitivement exclus du monde du travail, a l'impression en

• • • • •

1- Marie-Claire Carpentier-Roy - Santé Mentale et Travail, avantages et limites de la psychodynamique du travail.

globalisant que c'était majoritairement des hommes qui posaient d'emblée que leur décompensation était liée à un problème de travail. Les femmes étaient vues pour une autre raison et c'était à cette occasion que la question du travail était abordée. Ce sont par contre majoritairement les femmes (secrétaires ou employées) qui discutent entre elles des problèmes, et décident collectivement d'alerter l'inspection du travail sur une situation qui ne peut plus continuer de la sorte.

Apparemment, aucun homme ne semblait avoir fait une quelconque démarche auprès de l'inspection du travail. Les hommes (ouvriers) disaient que, faisait partie de leur décompensation, le sentiment d'avoir été lâchés par leurs collègues de travail, seuls face à l'humiliation, au conflit.

Des conjointes de cadres ont elles aussi téléphoné, nombreuses, à l'inspection médicale du travail pour se plaindre. Elles s'inquiétaient en effet de voir leur mari se transformer sous l'égide de l'idéologie de l'entreprise : parler de la même façon, se vêtir de manière identique, faire du sport ensemble.

---

*Les actions collectives en reconnaissance des atteintes à la santé semblent concerner les femmes*

---

Dans un service public, par contre, le recours aux tribunaux administratifs sont le fait des hommes pour des questions de travail. Les femmes ont recours aux syndicats via les tribunaux. Il semble y avoir un différentiel de genre du côté du rapport à l'affrontement. Dans l'épreuve de force qui engage un collectif on retrouve beaucoup plus d'hommes.

On peut faire l'hypothèse que les collectifs de femmes sont moins consistants mais rusés et ils tiennent donc mieux à l'heure actuelle.

**S'il y a euphémisation de la question de la santé chez les hommes** ne pourrait-on dire qu'il y a **euphémisation de la question du travail chez les femmes** (porte d'entrée différente du fait de la question du genre).

---

*Chez les hommes, les collectifs sont structurés sur la seule question du travail.*

*La transformation ne peut se faire, dans la question santé/travail, que par « l'entrée » travail.*

---

Peut on rencontrer dans certaines entreprises des collectifs de femmes non structurés sur la question du travail mais sur la question des contraintes entraînées par le travail sur la famille ?

Quand les femmes évoquent la question du travail, celle-ci est toujours articulée autour de la notion de justice et de santé (répartition équitable du travail sur les postes difficiles pour ne pas être lésées).

## LES FÉES DU LIEU DE TRAVAIL

Parfois, les femmes n'ont pas les moyens de faire leur travail mais essaient de se débrouiller le mieux possible. Pourrait on émettre l'hypothèse que si beaucoup de femmes (secrétaires, employées) ne réclament pas les moyens de bien faire leur travail, c'est peut-être parce qu'elles ont intégré que parmi les critères de reconnaissance du travail féminin il y a le fait justement d'être capables de faire des miracles à partir de rien. Demander les moyens et les obtenir c'est se priver de quelque chose du côté de la reconnaissance : être la « fée du lieu de travail ».

*Nicole Lancien*

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 : \_\_\_\_\_

# PRÉCARISATIONS ET VIOLENCES VÉCUES PAR LES FEMMES AU TRAVAIL

**Intervention au Colloque International de Psychodynamique  
et Psychopathologie du Travail - 30 et 31 janvier 1997 -  
« De la bibliothèque à l'épicerie »**

## 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. Et pourtant, les données sociales 1995 de l'INSEE (1) n'intègrent pas les emplois à temps partiel à durée déterminée qui touchent une femme sur quatre en 1994, et plus d'une sur deux dans les emplois les moins qualifiés, et dont 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. Cette double aggravation sous-tendue par la violence des rapports sociaux, a de multiples conséquences. L'étude des 78 témoignages recueillis entre novembre 1995 et juin 96 lors de consultations médicales par un groupe de 15 médecins du travail permet d'illustrer à la fois la violence des situations de travail des femmes, la souffrance vécue et les résistances mises en place, ainsi que les conséquences sur leur santé.

Lors d'une précédente analyse de ces récits, nous avons étudié les divers types de violences exercées sur les femmes au travail, les souffrances, et interrogé la question du silence, ce qui avait donné lieu à une communication au congrès international de Barcelone : « Women, Work and Health » en avril 1996 : « Précarité du travail et santé des femmes " S'il vous plaît, Docteur, ne dites rien " »(2).

Nous étudierons ici, face à la violence exercée sur les femmes au travail, les différentes formes de résistance mises en place, et leurs conséquences, en terme de psychopathologie du travail.

## DE LA BIBLIOTHÈQUE A L'ÉPICERIE

Le Nord de la France, une petite ville de 7 000 habitants, madame B., 53 ans est bibliothécaire municipale depuis dix ans. La municipalité lui a confié une bibliothèque désuète et léthargique, soit 7 000 livres pour environ 200 lecteurs.

Pendant ces dix années, et sans que nous ayons dit un mot là-dessus, la bibliothèque grandira et finira par manquer d'espace. Car aujourd'hui, 20 000 livres s'empilent sur les étagères et environ 800 lecteurs actifs y trouvent leur bonheur, sans compter 17 classes de 25 élèves chacune.

Le maire du village, laissera la bibliothécaire gérer les subventions en toute liberté. Signe de confiance... ou de désinté-

rêt pour « la mission ». L'adjoint à la culture, la surnommait « la gardienne du temple ».

1989 : les élections municipales voient basculer la majorité à gauche. La bibliothécaire ose rêver d'élus qui s'intéresseraient à ses idées, ses projets. Ceux-ci ont une réelle ambition pour la bibliothèque. Mme B. raconte : « *Brutalement, j'ai reçu une lettre avec de nouveaux horaires : aucun temps n'était réservé aux tâches administratives, la bibliothèque devant toujours être ouverte lorsque j'étais là. De même, elle devait toujours être ouverte au public, y compris en présence des classes d'élèves. 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. Je les ai rencontrés - Aucun dialogue possible !* »

Les échanges avec le Maire se feront désormais à coup de missives écrites qui sont autant d'ordres péremptoirs. Le premier se termine ainsi : « *Nous espérons vivement compter sur votre coopération pour améliorer le fonctionnement de notre bibliothèque.* ».

Mme B. : « *Ils veulent faire mieux ! Mais comment ? Ils ne connaissent pas " le bas " ... J'aimerais que l'on sache que tout s'est décidé sans concertation. Sans savoir ce que l'on fait.* ».

La seconde lettre sera l'accumulation d'accusations mensongères, déstabilisantes. On cherche visiblement à l'isoler en lui imposant un « devoir de réserve », quand, parallèlement, la commission culturelle est inondée de fausses nouvelles, la décrivant de façon péjorative. Mais la commission culturelle s'est dotée d'un comité de lecture qui semble bien décidé à se réunir, avec la bibliothécaire, et à modifier ses choix littéraires : il manque furieusement de bandes dessinées pour adultes, paraît-il ! Mme B. sent bien que son pouvoir lui échappe. Elle craint de devoir subir les choix du comité de lecture, et de devoir en assumer seule, plus tard, les conséquences. Elle tente de leur échapper. En vain ! Elle doit participer aux réunions.

Le comité de lecture viendra d'ailleurs la chercher pour cela : leur arrivée à la bibliothèque n'est pas passée inaperçue, parmi les lecteurs silencieux.

Mme B. : « *Ils sont arrivés devant des enfants, des adultes. Ils étaient huit : 5 élus, 3 bénévoles. Ils m'ont demandé de venir avec eux. Sinon, c'était une faute professionnelle. Elles (des adjointes du maire) me criaient dessus : " Taisez-vous ! ", " Taisez-vous ! ", " Taisez-vous ! ". Je n'ai rien pu dire. Elles*

*criaient sans cesse. Et elles ont dit qu'elles avaient tous les droits ! Jusqu'où vont-elles aller ? Je ne veux pas donner ma démission ! Je ne veux pas partir ! Je n'ai rien fait de mal ! Ils m'ont obligée à aller dans la pièce voisine. Ils ne m'ont même pas parlé de mon travail. Je confronte avec d'autres villes. Je suis surchargée ! Mais ça me plaît. J'ai fait un dossier là-dessus. Ils ne l'ont pas lu. J'aurais voulu parler littérature. C'était la halle aux poissons ! »*

Mme B. s'était pourtant entourée des conseils du conservateur de la ville voisine, des bibliothécaires des villages environnants, de la présidente des bibliothécaires de France...

Elle affrontera donc le comité de lecture, en essayant de préserver une « éthique professionnelle », d'éviter de se voir imposer des choix. Mais seule contre tous (huit), elle résistera jusqu'à perdre tout contrôle, au milieu d'une hystérie collective, de cris, de menaces, qui l'ont déstabilisée pour longtemps. A tel point qu'elle demandera une consultation en urgence, et me racontera ce qui précède de façon hachée, entrecoupée de sanglots. Les faits objectifs alternent avec l'expression de la souffrance. La première phrase sera :

- « *Je suis en train de me démolir...* »

Mais aussi :

- « *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. Désormais, autant rester dans l'ombre. Ils souhaitent embaucher un conservateur. C'est lui qui affrontera les désirs du comité de lecture. Je ne veux pas travailler comme une épicière !* ».

## FLORILÈGE DE VIOLENCES

Il nous semble que cette histoire illustre bien, en ce qu'elle les concentre, certaines résistances à certaines violences contenues dans les témoignages que nous avons recueillis auprès de ces femmes au travail, mais aussi comment leur capacité à tenir vient parfois à s'épuiser, et qu'elles n'en sortent pas indemnes. Quelle sorte de résistance ces femmes opposent-elles ? à quelles violences au travail ? qui résiste ? Selon qu'elles sont jeunes ou moins jeunes, qualifiées, déqualifiées ou sans diplôme ? et quand ?

Face à ce florilège de violences (du raz de marée à la stratégie de la goutte d'eau) que nous rapportent ces femmes de leur travail : il semble qu'il n'y ait pas que le silence de la peur à entendre ou le désir de la fuite... mais de la dignité revendiquée, ou préservée, silencieusement (de soi à soi) et puis aussi une certaine capacité à tenir...

Parce que, oui, il y en a des violences à endiguer, à écoper, ou contre lesquelles on ne peut plus que s'arc-bouter : violence corrosive, explosive, ou harcelante qui « effractionne », ou élimine jusqu'à buter les résistances.

Violence qui modèle, formate, isole, et qui rend fou .

Celle qui vous gomme jusqu'à effacer nom et prénom : « *Madame Chose...* » qu'il les appelle.

Ou encore celle d'être volée peu à peu ou dévalisée d'un coup des responsabilités acquises, pied à pied.

Violence des insultes et des accusations mensongères, « *marquage* » qui laisse des traces .

Celle du déni d'utilité sociale, qui les mutile du sens de leur activité .

Violence du sourire obligé, des horaires qui gèlent la vie privée ou celle qui les pousse en première ligne dans des missions impossibles : « *On fait de la compassion tous les jours mais ça nous bouffe...* » ou encore : « *On est démuni. J'ai honte quand je dois dire à un chômeur que je n'ai rien à lui proposer* ».

Violence de l'exploitation, parfois même mise en scène, de toute fragilité (du paraître, celui de l'âge, du handicap, de la différence culturelle) ou de la qualification inutile et bientôt hors d'usage après quelques contrats corvéables et renouvelables

Violence du devoir prescrit de faire ou de ne pas faire des enfants : « *C'est idiot à 35 ans d'avoir un enfant...* » s'entend dire une aide médicopsychologique en C.D.I., mais ailleurs : « *Puisque mon mari avait une bonne place, je n'avais qu'à faire des enfants* » (opératrice de saisie en C.D.D.).  
Le travail ou les enfants ?

## « JE SUBIRAI DIGNEMENT » OU LA DIGNITE PRÉSERVÉE

**Chez les plus jeunes**, si la révolte est silencieuse, la conquête de la dignité semble s'inscrire dans une contradiction : celle de devoir subir sans plier mais sans broncher, pour ne pas hypothéquer l'avenir, c'est rester debout face à la violence sans pouvoir ni s'y soustraire ni passer à l'acte : « *Il faisait des remarques sur mon caractère, j'ai eu l'impression qu'il inventait des choses, mais j'étais embauchée ou presque, pas le moment de passer à la contre-offensive ; pour entrer il ne faut pas avoir de caractère, mais j'ai du caractère et je le garde* ». Deux ans plus tard, embauchée elle dira : « *Au niveau boulot, je parle librement dans l'atelier* ».

Dans leur espoir de se construire au travail, il leur faut attendre le bon moment et elles apprennent à être raisonnables : « *Après 5 années d'études (un D.E.S.S. de Droit des entreprises) on pouvait espérer mieux mais je devais m'estimer satisfaite... j'ai appris le travail d'équipe, le sens de la hiérarchie... je supportais sans rien dire les premiers coups...* » et elles espèrent que le temps peut encore jouer pour elles, pour tracer leur itinéraire... mais elles ne perdent pas de vue que les marges sont étroites, et le silence les protège.

Si la dignité est revendiquée pour soi face à témoin dans le cabinet : « *Quand j'ai raison je ne laisse pas passer...* » C'est aussitôt pour prendre acte de ses limites et à la question « *Vous faites quoi ?* » d'admettre : « *Ben, en fait, je ne peux rien dire* ».

Parce qu'elles savent aussi que la menace peut venir de leur propre violence à force d'être contenue et risque de tout compromettre : « *Une fois, j'ai cru que j'allais la frapper... folle de colère, je suis entrée dans son bureau... heureusement que je suis pas d'un naturel violent...* » (cette jeune diplômée était collaboratrice d'une responsable des ressources humaines).

S'agit-il d'une mise au placard ? A la rétention d'informations une secrétaire de direction répond en multipliant les initiatives, sorte de subversion noble : « *Je subirai dignement* » dit-elle.

Tandis qu'une vendeuse en prêt-à-porter fait de la surenchère à l'obéissance, pour en souligner l'absurdité : « *Grassement payée à ne rien faire* » ironise-t-elle, condamnée à l'immobilité sous le poids des regards.

Mais plus tard l'une et l'autre choisiront de partir : ces résistances là ont aussi leurs limites. Il arrive cependant qu'au mépris de toute stratégie, la colère l'emporte sur la peur... Face au harcèlement professionnel (ordres contradictoires et multiplications des tâches) une secrétaire crie son indignation : « *Selon les patrons on est des nulles, on est de la merde, on est rien... et bien je les cherche pour leur répondre, ça soulage !* »

Mais là encore à quel prix... ! « *Je vous dis tout ça, parce que je n'en peux plus, j'ai la vision floue...* »

Sous la violence verbale qui sidère, donne envie de s'enfuir ou de se recroqueviller, la dignité est reconquise peu à peu dans le courage de l'affrontement d'égal à égale, mais aussi avec prudence : « *Au début je la regardais, j'écoutais, au fond de moi je paniquais, j'essayais de ne pas le montrer... le fait d'être de passage a permis d'encaisser et quand j'ai commencé à bien connaître mon travail j'ai dit non* » mais cette secrétaire-standardiste ajoute : « *On ne parle pas plus fort qu'elle, il faut respecter sa hiérarchie* ».

Ailleurs, cette ouvrière déjà meurtrie par quelques espoirs de promotion perdus, persiste à « dire »... il en va de son identité : « *C'est plus fort que moi, je ne peux m'empêcher de faire remonter les problèmes de qualité que je rencontre* », quoique sans illusions sur l'estime en retour qu'elle peut en attendre : « *Je vois bien dans leurs yeux qu'ils se disent : encore elle, qu'est ce qui ne va pas encore ?* ».

La violence de l'humiliation exhibée peut se convertir en révolte : « *Elle avait le chic pour nous casser en public ; avant c'était l'humiliation et toujours devant les clients... je me suis forgé le caractère et maintenant je réponds* » (vendeuse en grande surface).

Lorsque l'une d'elles choisit de partir (licenciement avec congé de conversion) c'est pour s'investir dans un projet de formation qui a du sens, avant qu'il ne soit trop tard, pour préserver l'estime de soi mise à mal : « *Ma pauvre S. vous régressez, il est vrai que vous n'avez même pas votre bac...* » et aussi pour avoir assisté au naufrage d'une collègue « *qui, elle, n'a pas résisté* ».

## « ON EST DONC BIEN BÊTES POUR ÊTRE SURVEILLÉES COMME ÇA » OU LA DIGNITÉ REVENDIQUÉE

Elles connaissent le poids de leur expérience et s'insurgent contre la non reconnaissance du réel de leur travail : « *Pourquoi j'apporte des idées ? Je suis écœurée* » nous dit une chef d'équipe qui doit se réhabiliter à tout prix en réaffirmant autonomie et plaisir au travail : « *Je me donne à mon boulot, j'apporte des idées... J'aime pas qu'on me dise ce que j'ai à faire, je suis un être humain, une personne... j'aime pas être exploitée, on nous en demande toujours plus... je reste parce qu'il y a une bonne ambiance et que j'aime ce que je fais...* »

Quand elles sont plus âgées, qualifiées ou non, mais conscientes de leur savoir-faire, les accusations qui portent sur la qualité de leur travail les atteignent de plein fouet : « *Je sais que je ne fais pas de mauvaises pièces !* » se récrie une ouvrière de 55 ans.

C'est une violence sur leur « faire » qui les éclabousse toute entière : « *On est donc bien bêtes pour être surveillées comme ça... avant on avait la responsabilité de notre travail... allez chercher des singes, vous leur expliquerez pendant 15 jours, ils prendront notre place* » (opératrice depuis 30 ans dans une entreprise, soudain en pleine mutation).

Elles se regimment aussi contre l'intensification du travail qui renforce ce déni de savoir-faire en pointant leurs difficultés à tenir le « bien faire » quand les rythmes s'accroissent : « *Ils en demandent trop, pourtant je ne traîne pas, mais je préfère contrôler que de faire du fumier* » (mouleuse depuis 29 ans).

Plus démunies sous les coups qui les touchent dans leur paraître, c'est pour mieux dire non, s'il en va de leur être : « ils savent bien me dire que suis trop vieille et se moquer de moi... d'ailleurs le chef il m'appelle « mademoiselle ». Devant lui je suis terrorisée, je ne réponds rien... » mais, comme le raconte plus tard cette femme de 56 ans devenue agent d'économat dans une PME : « *Il m'a appelée dans son bureau, il voulait que je contrôle le travail d'une collègue... vous vous rendez compte ! J'ai refusé – ce n'est pas mon boulot... alors maintenant je suis dans le collimateur* ».

Ou encore, sous le coup de la dérision : « *Vous étiez belle autrefois sur la photo* » : cette opératrice de fabrication parvient à contenir sa colère, à la canaliser pour qu'elle ne soit pas perdue : « *Vous pouvez écrire ça, il faut que ça se sache... silence et sagesse valent mieux que violence et franc-parler* ».

Elles témoignent de leur capacité à mettre à distance cette violence qui les traverse, en ne se laissant pas confondre avec l'organisation du travail dont elles pointent la responsabilité : la faute n'est pas sur elles !

Une employée de bureau explique : « *Les jeunes loups super-diplômés, dynamiques, ne m'ont pas ratée... c'est assez curieux que pendant 27 années j'ai été compétente, dévouée, source de bonnes idées et qu'en quelques mois je travaille mal et n'assume pas mes responsabilités...* ».

Leur révolte contre la violence subie individuellement, fût-ce dignement, prend soudain une dimension collective avec ce « on » (« *On est donc bien bêtes* », ou encore « *On est pas*



*reconnues pour des êtres humains »* ) qui dénonce cette ultime violence et les déleste un peu de cette défroque honteuse.

### UNE CERTAINE CAPACITÉ A TENIR

Mais comment tiennent elles ? combien de temps ? à quel prix ?

Des plus jeunes au plus âgées, le temps joue contre elles et parfois les rattrape au fur et à mesure que la précarisation les déqualifie et les isole, les contraignant à faire face, dans la durée, à la violence ordinaire des tâches qui leur sont offertes sans lien visible avec l'expérience et effectuées dans l'urgence et dans l'absence d'alternative quand les charges familiales se font plus lourdes jusqu'à ce que le vieillissement les marginalise, parce qu'elles se découvrent « obsolètes ».

Tenir se décline donc à tous les temps : ce peut être savoir attendre une décision d'embauche, parce que qualifiée mais handicapée et faire face, « en attendant », à la cruauté verbale de l'employeur perplexe : « *Vous êtes sûre que votre handicap ne va pas évoluer ?* ». C'est aussi en rajouter dans la soumission zélée, c'est savoir appeler à l'aide le médecin du travail ou l'inspecteur et s'informer sur ses droits : « *Croyez vous que j'ai le droit de refuser de laver les carreaux ?* » s'inquiète une secrétaire de cabinet d'assurance.

C'est encore dénier le harcèlement sexuel : « *Vous avez de beaux seins... je le laisse dire... , il ne me touche pas...* », face à l'enjeu de l'emploi : « *J'espère qu'il va m'embaucher...* », mais le but atteint, embauchée à temps partiel après 10 ans de « disponibilité », elle craque et elle sanglote.

Tenir c'est aussi choisir de se taire, avec la peur au ventre quand on fait le ménage dans des locaux isolés et déserts : « *normalement, on n'a pas le droit de travailler en musique mais moi, j'amène mon transistor, au moins avec la musique j'ai moins peur* ».

Tenir c'est se soumettre pour ne pas se démettre : prendre sur soi des contraintes supplémentaires pour désamorcer tout conflit dans la hantise du licenciement déjà annoncé : « *Après les avoir réclamés pendant 15 jours j'apporte mes torchons* », explique cette jeune femme de ménage (bac + 2), « *et je viens à 5 heures au lieu de 6 parce que sinon ils marchent sur mon travail* ».

Tenir c'est accepter l'invisibilité : « *Si je leur demande de faire attention* » dit une autre femme de ménage, « *ils n'écourent pas, j'ai l'impression de travailler pour rien* ».

Travailler pour tenir et subvenir aux besoins d'un fils.

Tenir au travail en maintenant à distance les harcèlements de tous ordres au quotidien : harcèlement sexuel subi par une responsable d'atelier : « *Vous devriez vous faire couper les cheveux, la couleur blonde vous irait bien...* » ou harcèlement qui vise à déstabiliser cette autre ouvrière, mais toujours sur le paraître : « *Pourquoi ne vous faites vous pas soigner les boutons sur le visage* ».

Pour cette femme, taxi-ambulancière, il lui faut tenir dans la soumission obligée à l'autorité, surtout lorsqu'elle se double de notabilité, hors-entreprise ; prise en tenaille entre la peur

d'être rendue complice d'irrégularités comptables et à ses dépens ! : « *Si j'ai un accident le week-end, ils pourront dire que je travaille au noir puisque les bordereaux ne comportent pas le nom du chauffeur* », la culpabilité : « *Je n'osais pas me plaindre : j'ai un travail, je devrais pouvoir supporter...* » et l'envie de fuir : « *Quitter cette situation sans aller aux prud'hommes, de peur d'être grillée pour un emploi dans la région* ».

Tenir : « *C'est se débrouiller pour que tout soit fait et que cela ne fasse pas de vagues* » pour cette conseillère de l'A.N.P.E., et c'est vivre dans l'urgence des tâches administratives avec « *des chiffres qui nous bouffent plus que les clients* ».

Et même là où on se dit très fort qu'on tient « *parce qu'il y a une bonne ambiance* », la violence de la situation de travail, quand elle dure, finit par lézarder la solidarité... jusqu'à ce que l'une d'elles démissionne : « *Si on m'oblige à y retourner, je me jette dans la rivière* ».

C'est pouvoir dénier sa propre souffrance et s'immerger dans le travail pour une responsable de formation parce que c'est « *marche ou crève* », face au non-dit du « grand » responsable et au risque rampant de précarisation.

C'est enfin résister aux pressions qui cherchent à l'exclure, pour cette femme de ménage de 60 ans : « *Mais comment ils feraient pour vivre avec ce que je gagne* ».

Ou, comme l'écrit si bien cette employée de bureau dépouillée de ses fonctions : « *Vous m'avez dit de tenir bon, certains jours j'y parviens, d'autres pas... c'est le cas cette après-midi où je n'ai strictement rien à faire... alors j'écris lentement, je m'applique à faire des majuscules !* ».

Il arrive cependant qu'à force de tenir, et de tenir encore ces petits et patients remblayages ne suffisent plus à colmater les brèches et c'est le sauve-qui-peut, la fuite en avant, pour s'engouffrer dans l'arrêt de travail qui sera alors qualifié de complaisant, jugement qui sonne comme un coup de grâce. A moins que, sans cesse sur le qui vive, parce qu'acculées à la faute et s'étant arrêtées un temps pour reprendre souffle, le harcèlement les poursuive jusque chez elles, par courriers recommandés, comme cette employée aux écritures qui n'espère plus que le licenciement pour se mettre à l'abri, enfin... : « *Docteur, je vous en supplie* ».

### RÉSISTANCES... CONSÉQUENCES

Cortège de violences. Florilège de dignité, parfois hésitante, de capacité à tenir qui se ternit au fil des histoires singulières... Car la souffrance est là, même si quelques exemples de désengagement de la tâche, de motivation soudain orientée vers la sphère privée, montrent l'efficacité de cette « soustraction » au risque. Il faut, dans la plupart des cas, assumer la peur. Les « départs » sont parfois une alternative aux décompensations.

#### DE 20 À 30 ANS : DES ISSUES A LA PEUR

Les femmes de formation qualifiante, occupant un emploi qualifié ou non, ayant pu préserver leur dignité, n'expriment pas de souffrance psychique dans nos récits. Lors d'emploi

qualifié, le départ volontaire n'est pas exclu, notamment après avoir été dépossédée des responsabilités. D'autres, sans formation pour la plupart et occupant des emplois serviles, tiennent plus modestement malgré déjà la peur de perdre l'emploi. Et pourtant, stratégie du silence et désir de fuite sont rares. D'autres encore se rassurent en s'informant près d'un tiers externe (médecin du travail, inspecteur du travail) sur leurs droits... à désobéir : « *Puis-je refuser de...* », ou en formulant un projet : « *Avec le boulot, je peux mettre mon enfant à la crèche* », ou disent leur espoir : « *J'espère qu'avec les départs à la retraite, je vais être embauchée* ».

Le retour à la sphère privée, par un congé maternité : « *Je rêvais d'un congé parental de 3 ans* », mais aussi par un licenciement telle cette serveuse qui refuse les avances de son employeur et se retrouve « à la rue », expliquent vraisemblablement le peu de décompensations.

## DE 31 À 45 ANS : SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET DÉCOMPENSATIONS. LE DOS AU MUR

Peu de départs : une seule femme, dans ces récits, accepte un licenciement économique avec le projet d'une formation d'utilité sociale qui aurait du sens mais qui la conduira au chômage. La hantise phobique d'un danger réel et imminent conduira une autre à l'INAPTITUDE.

Dans cette tranche d'âge, garder son emploi dans l'entreprise semble primordial. Le peu de « mobilité » en lien avec la difficulté structurelle de retrouver un emploi ailleurs incite à « rester », sans doute au prix d'une souffrance psychique mentalisée, exprimée, conduisant à la décompensation.

La honte liée à l'impuissance de cette employée de l'ANPE du reste dépossédée de ses responsabilités conduit à la dépression, la seule issue étant le désengagement de la tâche et le piano : « *Je ne m'investis plus... je me protège...* ».

Chez cette ouvrière, la somatisation sous forme d'eczéma généralisé accompagne la HONTE née du harcèlement professionnel et sexuel, doublé d'humiliation. L'arrêt de travail « refuge » sera le bienvenu.

Le harcèlement quotidien par courriers recommandés avec accusations répétées contradictoires conduit à la hantise phobique ; la culpabilisation après accident du travail et l'accusation d'absentéisme de connivence avec le chirurgien aboutissent à la dépression et la somatisation.

## APRÈS 45 ANS : MISES A LA PORTE, MISES AU PLACARD... L'INAPTITUDE COMME PORTE DE SORTIE

De l'expérience et de la dignité fortement revendiquées, naissent l'anxiété, l'insomnie, la fatigue et parfois le découragement.

Dans un cas, si désobéir conduit à la préretraite sanction, la résistance à la dépossession par stratégie de désinformation, rétention d'information, les entraîne dans une partie de bras de fer, vers la PSYCHOSE ou une nécessaire mutation. (2 salariés du secteur public ayant gravi les échelons) L'humiliation liée à l'âge n'est pas rare « *Il m'appelle Mademoiselle* », et peut être doublée d'un cocktail de harcèlement, terreur, mise au placard jusqu'à la panique, la dépression via l'INAPTITUDE (employée aux écritures dans une agence immobilière).

Dans ce groupe de 45 à 60 ans, le temps a fait son œuvre, l'usure est au rendez-vous. Les garanties financières permettront quelques issues en forme de préretraite ou INAPTITUDE, qui, au delà du désir de fuite, ouvrent la voie à la reconstruction individuelle via la sphère privée.

## VIOLENCES DESTRUCTRICES

Quel que soit l'âge, certaines formes de violence seront sans issue. En premier lieu, la dépossession apparaît, notamment dans le service public, comme la violence la plus radicale. Si la stratégie du désengagement est efficace, ce mode de résistance reste exceptionnel.

Cette dépossession s'accompagne souvent de tentative d'isolement par la hiérarchie, d'enfermement « *C'est dur moralement, d'être cloisonnée dans 9 m<sup>2</sup>* » (DESS - 23 ans), et il n'est pas rare, surtout lorsque le poste revendiqué avait été chèrement acquis en gravissant les échelons un à un, de voir les autres – le collectif – se retourner contre ces femmes de 50 ans passés, supplantées par les jeunes loups. Le sentiment de solitude s'installe. La négation du faire, de l'être, sont majeurs, le gommage restera « indélébile »... et la trajectoire sans issue, sans espoir.

D'autres graves déstabilisations naissent de l'injustice irréparable liée aux accusations mensongères et parfois contradictoires répétées, jusque pendant les arrêts de travail « refuges », par courriers recommandés au domicile.

D'autres « cocktails » efficaces car destructeurs se dessinent :

- le harcèlement doublé d'injonctions paradoxales
- mais aussi l'association de terreur, de harcèlement, de dépossession et d'isolement
- ou encore le danger imminent et réel (d'explosion, de strangulation), avec la perte de sens du métier, le déni du faire et l'insinuation mensongère : « *Il n'a pas été dit que c'était de votre faute que le four avait sauté, mais il est vrai que les feux sont restés ouverts quelquefois...* »

Face à ces violences sans parade possible, ces femmes ne trouveront aucun recours affectif dans la sphère privée (conjoint « très dur », violent ; solitude liée à l'abandon, séparation, divorce).

## LA PRISE DE PAROLE... UNE CLÉ POUR RÉSISTER

Dignité, capacité à tenir. Mais comment maintenir le cap dans la durée, si ce n'est par la liberté de pouvoir dire.

Si les témoignages en forme de prise de parole indiquent une indéniable souffrance psychique, nous ne trouvons pas dans notre regard transversal de décompensation, de mutation, d'inaptitude. Le rapport de force existe mais il laisse place à une marge de manœuvre encore suffisante – l'espace de parole est préservé et ce quel que soit l'âge. La plupart des femmes ainsi « en marche » ont eu une formation qualifiante (à l'exception des plus de 45 ans), qu'elles occupent ou non un emploi qualifié. Contrairement aux salariées ayant décompensé, elles n'évoquent ni solitude, ni conflit dans la sphère privée. Il y a chez ces femmes différentes façons de dire : colère mentalisée, mais contrôlée ; ou confrontation d'égale à égale ; ou désobéissance, et enfin indignation.

## CONCLUSION :

On a cherché et mis en évidence les résistances : Préserver la dignité au travail serait d'abord... gagner du temps, attendre son heure pour pouvoir dire et marquer des points ; exister de façon stratégique... le moment venu quand il y a place pour la parole. La dignité serait aussi, au fil des confidences faites aux médecins du travail, passer de l'expression « JE » subie au « ON » plus collectif, c'est-à-dire s'inscrire au sein d'une collectivité partageant les mêmes contraintes, désignées comme pathogènes pour tous et non pour soi seule.

Conscience subjective, vécue de l'intérieur, de la souffrance collective. Les récits de ces femmes apparaissent malgré tout du côté du subi souvent lié à la violence invisible, inaudible, mais aussi du côté de l'indicible « en public ».

M.-C. Carpentier-Roy(3) décrit elle-même, cette « oscillation constante entre acceptation et révolte, entre conformité et transgression ».

Nous montrons que ce qui touche les femmes, et donc l'être est imperceptible, frappé d'invisibilité. M.-C. Carpentier-Roy (3) écrit : « Elles ont appris à minimiser la souffrance, l'appriivoiser, à la banaliser, à la taire, voire à l'inscrire dans la

*normalité* ». Mais l'intersubjectivité nous permet d'y avoir accès et les paroles semblent trop se répéter en consultation pour que l'on fasse l'économie de la question : pourquoi nous parlent-elles ? Et à qui d'autre encore ?

- Prudemment en petits collectifs le plus souvent, dans l'interindividuel encore partagé à quelques unes ou avec un proche, une amie. Car c'est dangereux d'exposer son intimité, sa fragilité, sa peur !

- Très fréquemment au médecin traitant confident et prescripteur d'anxiolytiques et/ou d'arrêts de travail

- Prudemment elles disent parfois au conjoint – qui ne comprend pas toujours ou menace d'intervenir près de l'employeur – (ce qui les inquiète encore plus)

- Prudemment au médecin du travail ; besoin de se dire tout d'un coup ; délivrance ; sortie de l'isolement, du mal être

Parole libératrice, comme vase communicant. Reconnaissance « dans » l'être souffrant. Enfin sortie d'un injuste déni. Et elles ne sont pas seules. Et elles ne sont pas folles. Et c'est bien l'autre, le persécuteur, qui est sorti des rails.

Alors comment, au stade de la peur, les aider à continuer à tenir debout, à instaurer des marges de manoeuvre, des espaces de parole afin de ne plus passer de la bibliothèque à l'épicerie.

Denise PARENT \*\*, Jocelyne MACHEFER \*\*, Ghislaine DONIOL-SHAW \*

avec la contribution de Bernadette BERNERON \*\*, Marie-Hélène CELSE \*\*, Josiane CREMON, Annie DEVEAUX \*\*, Mireille FARGEON \*\*, Nicole LANCIEN \*\*, Brigitte PERCEVAL \*\*, Odile RIQUET \*\*, Catherine ROCHE \*\*, Mireille ROUX \*\*, Ghislaine SOURIAU \*\*, Geneviève TERRIER \*\*, Odette VIVIER-TENCER \*\*

\* Ergonome chercheur CNRS, Ecole Nationale des Ponts et Chaussées, LATTI, URA 1245 du CNRS - Marne La Vallée

\*\* Collectif « Paroles de médecins du travail sur la précarisation », 14 rue de la Haute Chevalerie, 37179 Chambray les Tours

• • • • •

## Bibliographie

- 1- Danièle GUILLEMOT et Pierre MARIONI, la population active : facteurs d'évolution et perspectives, données sociales, 1995, INSEE.
- 2- Ghislaine DONIOL-SHAW, Denise PARENT, Précarité du travail et santé des femmes - « S'il vous plaît, Docteur, ne dites rien ! » Actes du congrès de Barcelone : WOMEN, HEALTH, and WORK - Avril 1996
- 3- Marie Claire CARPENTIER ROY, Santé mentale et travail - avantages et limites de la psychodynamique du travail.

# INTÉRIM ET SOUS-TRAITANCE

Le groupe constitué au sein du réseau *Paroles*, pour réfléchir aux questions posées par la surveillance médicale des travailleurs intérimaires en particulier, avait fait le constat d'une situation d'impasse : *exit* la prévention primaire, dérisoire la prétention d'assurer un suivi médical de ces populations très précaires dans les conditions d'exercice actuelles... (cf Cahiers du SMT n°9)

La réunion du réseau le 22 mars 97, nous a permis de faire le point (après quelques mois de silence, faute de perspectives à proposer collectivement). Cet échange a montré que la pertinence de ces questions : travail temporaire, sous-traitance, expositions aux risques, organisation du travail, et pratique de la médecine du travail, est de plus en plus vive.

Les membres du groupe et tous ceux qui veulent les rejoindre sont invités à prendre leur plume pour témoigner, prendre position, proposer des moyens de verser la connaissance que nous avons de cette réalité au débat public...

Marie Pascual

# LA PRÉCARISATION DU TRAVAIL S'ACCENTUE, LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RESTENT ENCORE RARES MAIS SE PRÉCISENT

Depuis le dernier bilan réalisé dans ces colonnes peu d'études nouvelles, en tout cas françaises, ont été publiées. Dans ce contexte il paraît intéressant de souligner d'emblée l'apport des données issues de l'enquête STED sur les intermittents du nucléaire.

Une première publication(1) avait montré que la santé de ce groupe de travailleurs en sous-traitance était avant tout dépendante des conditions de travail dans l'entreprise donneur d'ordre. D'autre part, d'après les modèles statistiques multifactoriels mis en œuvre, il apparaissait clairement que la désorganisation de la vie familiale induite par le travail sur chantiers, changeants dans l'année et éloignés du domicile avait un rôle défavorable spécifique sur différents critères de santé somatiques ou mentaux.

Une étude complémentaire a permis de confirmer plus particulièrement les liens entre ces facteurs qui concernent d'une part les postes de travail et d'autre part l'organisation du travail sur la dépression évaluée par l'indicateur international du CES-D. L'analyse portant sur un durcissement du critère du CES-D (c'est-à-dire en augmentant la valeur seuil de l'échelle au-delà de laquelle on départage ceux présentant des signes dépressifs des autres) souligne encore d'avantage le rôle de ces facteurs professionnels en mettant en évidence la mauvaise qualité dans la transmission des informations, le manque d'autonomie dans le travail, un rythme de travail imposé et jugé insupportable, comme autant de facteurs de risque de la dépression. On peut noter que ces facteurs viennent s'ajouter à ceux repérés antérieurement et qui concernaient l'absence de repos hebdomadaire de deux jours consécutifs, un travail jugé sans intérêt, un travail répétitif, un travail contraignant du point de vue des règles de sécurité, l'inquiétude de travailler en zone contrôlée (du point de vue des expositions aux différents rayonnements), le manque d'entente entre les membres de l'équipe, et devoir se maintenir en équilibre dans des situations dangereuses.

Ces résultats ne sont pas encore publiés, ils ont été discutés au sein du groupe et apportent un argument supplémentaire dans le cadre du chapitre général portant sur la santé mentale en lien avec la précarisation du travail. Ils sont tout particulièrement intéressants dans la mesure où l'essentiel des études épidémiologiques disponibles concerne uniquement les aspects de la précarisation du travail liée à la perte d'emploi et au chômage en relation avec la santé mentale. Cette étude repose encore sur des données transversales issues de la première phase de l'enquête STED. La partie longitudinale après cinq ans de suivi est par conséquent très attendue. Cette enquête est menée entièrement par des médecins du travail et témoigne d'une percée épidémiologique certaine dans ce champ de recherche appliqué au domaine de la précarisation

du travail. Les auteurs principaux de cette enquête(1) font partie des animateurs du groupe épidémiologie de *Paroles*.

Par ailleurs, le groupe a poursuivi sa recherche bibliographique, en quête d'exemples d'investigations scientifiques clairement dans le champ, bien argumentés du point de vue épidémiologique et permettant de servir de base d'appui pour les connaissances, mais aussi pour entreprendre de nouvelles études avec des hypothèses précises.

S'agissant des connaissances, nous pouvons faire état de deux publications récentes essayant de faire la synthèse des études connues. Il s'agit des travaux de L. Jin et collaborateurs(2) et de Samuel Shortt(3) parus respectivement en 1995 et 1996, qui portent l'un et l'autre sur l'impact du chômage sur la santé. Par rapport à la précarisation du travail, le chômage n'est qu'un aspect particulier, ce qui souligne l'absence de données sur les aspects liés au statut dans l'emploi, à la place du salarié par rapport à la production (intérim, prêt de main d'œuvre, sous-traitance...) et au rôle des conditions et de l'organisation du travail (horaires, cadences, marges de manœuvre, autonomie, support social au travail...).

Les revues de synthèse examinées concernent essentiellement la mortalité et la santé mentale en relation avec le chômage. Depuis 1980, il y a eu environ une centaine d'articles parus dans ce domaine dans les revues scientifiques internationales. Une cohérence d'ensemble se dessine. Les premières études très globales fondées sur l'analyse des corrélations temporelles entre taux de chômage et taux de mortalité au niveau population (études de Brenner[4], années 70, données nord-américaines, suivies de nombreuses autres par la suite dans différents pays), montrent un lien entre les taux de chômage et de mortalité toute cause.

Par la suite, des études au niveau individuel cherchant à comparer la mortalité dans des cohortes de sujets sans emploi à la mortalité de la population générale (en général au moyen de SMR) ont confirmé la relation entre chômage et mortalité en apportant des arguments de type dose-effet à partir de la durée de chômage, ou des arguments de spécificité en excluant, par exemple, les sujets invalides ou atteints de maladies chroniques en début de période d'observation dans les échantillons étudiés.

S'agissant des causes de décès, la mortalité cardio-vasculaire et la mortalité par suicide (principalement chez les hommes jeunes) ont été retrouvées dans plusieurs études associées au chômage.

Certaines études ont fait état d'un lien entre la mortalité par accident de circulation et chômage, mais avec des résultats controversés qui mettent en avant deux modèles possibles : soit la réduction du risque, parce que les sujets au chômage se

déplaceraient moins que les autres, soit l'augmentation du risque parce que les sujets au chômage pourraient avoir une concentration perturbée pendant la conduite.

Les études qui ont pu prendre en compte des facteurs de confusion comme l'alimentation, les habitudes tabagiques ou alcooliques, et aussi des paramètres tensionnels, de prise de poids ou de troubles du sommeil, surtout s'agissant de la mortalité par maladie cardio-vasculaire, n'ont pas infirmé l'association délétère entre chômage et mortalité.

Samuel Shortt pense qu'on peut comprendre que le ressort profond du lien entre le chômage et la mortalité est de même nature que celui qui émerge dans la littérature concernant la relation état de santé, y compris mortalité, et hiérarchie sociale, en se référant principalement à l'ensemble des études issues de l'enquête sur les fonctionnaires britanniques (Whitehall study[5]). Être sans emploi, c'est non seulement devoir être confronté à des difficultés matérielles liées à la diminution des ressources, mais c'est aussi, dans nos sociétés, une perte d'identité, une perte de rôle social et finalement d'estime de soi qui fait que l'on se retrouve (ou que l'on s'estime) être au fond de la hiérarchie sociale.

Les critiques portent toujours sur la question du sens de la causalité du lien entre chômage et mortalité. Ainsi les études fondées sur le modèle de la fermeture d'entreprise, qui a priori exclut les composantes individuelles dans l'explication de la perte d'emploi, n'apportent pas d'éclairage définitif. Cela dépend notamment de l'âge des sujets et de la durée de la période étudiée après la fermeture de l'entreprise.

Cependant, on pourra se référer à l'étude longitudinale anglaise de J.-K. Morris(6), déjà examinée dans *Les Cahiers SMT n°9* (F. Derriennic : « Relations entre la précarisation du travail et la santé »), pour penser qu'il est clair qu'une partie de l'excès de mortalité chez ceux qui sont au chômage ou ont connu des périodes de chômage, s'explique par le chômage lui-même.

Une deuxième critique porte d'avantage sur la compréhension des phénomènes. Est-ce approprié finalement de se servir des études comparant ceux qui sont dans un état donné, en l'occurrence ici le non emploi par rapport à ceux qui sont employés ? Ne vaudrait-il pas mieux s'intéresser à la perte d'emploi, c'est-à-dire aux processus et trajectoires professionnels en relation avec les évolutions de la santé, conditionnellement à l'âge, au sexe et à la catégorie sociale ?



## Bibliographie

- 1- G. Doniol-Shaw, D. Huez, N. Sandret. « Les intermittents du nucléaire. Enquête STED sur le travail en sous-traitance dans la maintenance des centrales nucléaires », Editions Octares, Paris, 1995
- 2- R. L. Jin, C. P. Shah, T. J. Svobada. « The Impact of unemployment on health : a review of the evidence. » Can. Med. Assoc. J. 1995, 153 (5) : 529-540
- 3- S. E. D. Shortt. « Is unemployment pathogenic ? A review of current concepts with lessons for policy planners. » Int. J. Health Services, 1996, 26 : 569-589
- 4- M. H. Brenner, A. Mooney. « Unemployment and health in the context of economic change. » Soc. Sci. Med. , 1983, 17 : 1125-1138.
- 5- M. G. Marmot, M. Kogevinas, M. A. Elston. « Social/Economic status and disease. » Annual Review of Public Health, 1987, 8 : 11-135
- 6- J. K. Morris, D. G. Cook, G. Shaper. « Loss of employment and mortality. » British Medical Journal, 1994, 308 : 1135-1139

Le deuxième grand volet des résultats disponibles dans la littérature et également commenté dans les deux articles précédents, concerne le lien entre non emploi (et/ou perte d'emploi) et la santé mentale.

Les études sont également suffisamment nombreuses et diversifiées pour permettre de penser, qu'indépendamment des facteurs de risque individuels ou collectifs, le chômage est associé à une atteinte de la santé mentale interprétable en terme d'angoisse ou de dépression. Ce qui d'ailleurs est cohérent avec un excès de mortalité par suicide retrouvé dans plusieurs études.

En définitive on peut reprendre les conclusions de Jin, de Shortt et de leurs collaborateurs que l'association entre la situation de non emploi et des risques plus élevés de mortalité, de morbidité physique et mentale (mais aussi de recours au système de soins) est suffisamment argumentée. Toutefois même si le sens de cette association implique plutôt un rôle du non emploi sur la santé que l'inverse, cette association reste complexe du point de vue de ses mécanismes et du nombre de facteurs modulateurs possibles. Il est clair que des études longitudinales d'assez longue durée seraient intéressantes. Il est clair aussi qu'une des urgences est de comprendre à la fois ce que l'activité professionnelle représente pour les sujets, quelle est la centralité du travail et par quelles voies s'opèrent au long du cursus professionnel ce qui se traduit du côté de la santé par des souffrances psychiques et des douleurs physiques.

Mais il est également évident que le débat démocratique, dans l'espace social, sur ce qu'il convient de faire du point de vue de la prévention n'est pas dans l'impasse faute d'arguments. Aucun préalable ne paraît indispensable pour justifier la nécessité de s'orienter vers des politiques sociales et économiques privilégiant la disponibilité des emplois, l'amélioration des conditions de travail et de son organisation, même si la compréhension fine des mécanismes mis en jeu dans le lien entre la précarisation du travail et la santé doit encore faire l'objet de recherches en épidémiologie, sociologie, psychopathologie et psychodynamique du travail.

**F. Derriennic**  
*Paroles - Groupe Epidémiologie*

## APPEL AUX MÉDECINS DU TRAVAIL POUR UN PROJET D'OUVRAGE COOPÉRATIF- Février 1997

à l'initiative du Réseau PAROLES

Groupe « Précarité du travail et Santé des femmes »

### PRÉCARISATIONS ET VIOLENCES

### VÉCUES PAR LES FEMMES AU TRAVAIL

- CONSTRUCTIONS DE LA SANTÉ AU FÉMININ -

- DES QUESTIONS POUR LE MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL -

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. Et pourtant, les données sociales 1995 de l'INSEE n'intègrent pas les emplois à temps partiel à durée déterminée qui touchent une femme sur quatre en 1994, et plus d'une sur deux dans les emplois les moins qualifiés, et dont 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. Cette double aggravation sous-tendue par la violence des rapports sociaux, a de multiples conséquences sur leur santé. **Les 78 témoignages recueillis entre novembre 1995 et juin 1996 lors de consultations médicales par un groupe de médecins du travail appartenant au groupe Précarité du travail et Santé des femmes - Réseau Pa-**

**roles** permettent d'illustrer à la fois la violence des situations de travail des femmes, la souffrance vécue et les résistances mises en place, ainsi que les conséquences sur leur santé.

Lors d'une précédente analyse de ces récits, nous avons étudié les divers types de violences exercées sur les femmes au travail, les souffrances, et interrogé principalement la question du silence, ce qui avait donné lieu à une communication au Congrès international de Barcelone : « Women, Work and Health » en avril 1996 : Précarité du travail et santé des femmes « S'il vous plaît, Docteur, ne dites rien » Revue *Les Cahiers SMT* n°9.

La communication présentée au Colloque de psychodynamique du travail à Paris, le 31 janvier 1997, a analysé, face à la violence exercée sur les femmes au travail, **les différentes formes de résistance mises en place, et leurs conséquences, en terme de psychopathologie du travail :**

### MALGRÉ UNE CERTAINE CAPACITÉ À TENIR

des plus jeunes aux plus âgées, le temps joue contre elles et parfois les rattrape au fur et à mesure que la précarisation les déqualifie et les isole, les contraignant à faire face, dans la durée et dans la peur, à la violence ordinaire. Même si les plus jeunes gardent l'espoir, font des projets et parfois donnent leur démission, les décompensations somatiques ou psychiques sont fréquentes, quand plus âgées elles ont « le dos au mur », à moins que se découvrant obsolètes après 55 ans et devenue inaptes, elles envisagent une « reconstruction » individuelle via la sphère privée.

### RENDRE VISIBLE DIRE LES CHOSES POUR QU'ELLES EXISTENT VRAIMENT !

Au-delà de l'accompagnement individuel permettant au sujet de comprendre le sens à donner à son travail et de rester acteur, le médecin du travail en tant que tierce personne en statut d'indépendance, doit refuser de se taire. Il est, en effet, de sa responsabilité de rendre compte à notre société de la violence subie par les femmes au travail et de ses conséquences en terme de précarisation de leur santé. Car comme Patrizia Romito le souligne : « *le fait de nommer permet de rendre visible ce qui était invisible, de montrer comme inacceptable ce qui était acceptable* ».

Convaincus que la confluence des observations trop souvent dispersées leur donne de la force et un supplément de sens, nous lançons ce deuxième appel à écriture pour instruire la question des relations entre précarité du travail et santé des femmes, comprendre les processus à l'œuvre dans la construction/déconstruction de leur santé, et par la publication d'un ouvrage collectif, témoigner dans l'espace public.

### « JE SUBIRAI DIGNEMENT » ou LA DIGNITÉ PRÉSERVÉE.

Si la révolte des femmes est souvent silencieuse notamment chez les plus jeunes, la conquête de la dignité semble s'inscrire dans une contradiction : celle de devoir subir sans plier mais sans broncher, pour ne pas hypothéquer l'avenir, et rester debout face à la violence sans pouvoir ni s'y soustraire ni passer à l'acte.

Préserver la dignité au travail serait d'abord... gagner du temps, attendre son

heure pour pouvoir dire et marquer des points ; exister de façon stratégique... le moment venu quand il y a place pour la parole.

### « ON EST DONC BIEN BÊTES POUR ÊTRE SURVEILLÉES COMME ÇA » ou LA DIGNITÉ REVENDIQUÉE

Elles connaissent le poids de leur expérience et s'insurgent contre la non reconnaissance du réel de leur travail. Elles témoignent de leur capacité à mettre à distance cette violence qui les traverse, en ne se laissant pas confondre avec l'organisation du travail dont elles pointent la responsabilité. Leur révolte contre la violence subie individuellement (fût-ce dignement) prend soudain une dimension collective avec ce « on » (« *on est donc bien bêtes* », ou encore « *on est pas reconnues pour des êtres humains* »).

La dignité serait alors, au fil des confidences faites aux médecins du travail, passer de l'expression « JE » subie au

« ON » plus collectif, c'est-à-dire s'inscrire au sein d'une collectivité partageant les mêmes contraintes, désignées comme pathogènes pour tous et non pour soi seule. Conscience subjective, vécue de l'intérieur, de la souffrance collective.

**Mais l'intersubjectivité** nous permet d'y avoir accès et les paroles semblent trop se répéter en consultation pour que l'on fasse l'économie de la question : pourquoi nous parlent-elles ? Et à qui d'autre encore ?

Comment, au stade de la peur, les aider à continuer à tenir debout, à instaurer des marges de manœuvre, des espaces de

parole ? Les récits de ces femmes apparaissent souvent du côté du subi lié à la violence invisible, inaudible, mais aussi du côté de l'indicible « en public ». M.-C. Carpentier-Roy décrit elle-même, cette « *oscillation constante entre acceptation et révolte, entre conformité et transgression* ». Nous montrons que ce qui touche les femmes, et donc l'être est imperceptible, frappé d'invisibilité. M.-C. Carpentier-Roy écrit encore : « *elles ont appris à minimiser la souffrance, l'approvoiser, à la banaliser, à la taire, voire à l'inscrire dans la normalité* ».

*Alors ne portons pas seul(e)s ces confidences ! Pour une meilleure visibilité sociale... **Ecrivez !** Nous attendons vos témoignages... Diffusez cet appel aux confrères portant en eux les mêmes questionnements quant à la précarisation du travail et à la santé des femmes.*

*L'organisation de ce projet est supportée par un groupe de suivi qui rendra compte régulièrement à l'ensemble des auteurs. Il est composé de Alain CARRE, Marie-Hélène CELSE, Josiane CREMON, Francis DERRIENNIC, Dominique DESSORS, Ghislaine DONIOL-SHAW, Marie-Pierre GUIHO-BAILLY, Dominique HUEZ, Denise PARENT, Annie ROBERT, Catherine ROCHE, Annie TOURANCHET, Odette VIVIER-TENCER.*

**Nicole LANCIEN, Jocelyne MACHEFER** seront responsables du projet.

## MÉTHODE POUR CHAQUE MONOGRAPHIE

*Il s'agit de prendre note, au fil des consultations, du récit des femmes et notamment leurs paroles vives, « ces phrases qui nous traversent », renvoyant directement à la violence subie, à leur résistance, aux conséquences somatiques et/ou psychiques. La violence subie peut être cocktail déstabilisant voire destructeur, sans parade possible, comme le danger imminent et réel doublé d'accusations mensongères contradictoires, d'injonctions paradoxales etc. La résistance est elle silencieuse ? Mais au-delà du silence, la dignité est-elle préservée... « le poing dans la poche » ? Ou bien s'agit-il de colère mentalisée et maîtrisée, de confrontation d'égal(e) à égale, affrontement, indignation, désobéissance ? Les conséquences, au-delà de la peur, vont elles jusqu'à la décompensation ?*

*Y a-t-il appel à un tiers externe comme le médecin traitant, le médecin du travail, l'inspecteur du travail... ? Voit-on émerger des petits collectifs relationnels où l'on échange de façon confidentielle ? en entreprise, près d'un proche, un ami ? Quel est le rôle de la sphère privée ? L'analyse est elle individuelle ou porte-t-elle en germe cette conscience d'une contrainte exercée sur la collectivité : « on est donc bien bêtes ! » « on essayait de faire au mieux ; avec la nouvelle usine, ils ne se sont pas occupés de nous ». Enfin on précisera : l'âge, la formation, le métier exercé, le parcours professionnel, le statut matrimonial, le nombre d'enfants, la taille de l'entreprise, la branche professionnelle.*

**Les contributions devront être adressées avant le 31 juillet 1997 sur disquettes PC sous Windows (textes en format Word) chez Nicole Lancien, 38 rue Prémartine, 72000 LE MANS. Tél Dom. 02 43 82 59 00 Prof. 02 43 23 33 43. Premier séminaire de travail à Paris en septembre 97**

## DANS QUELLE SOCIÉTÉ SOUHAITONS NOUS VIVRE ?

*« Qui souhaitons nous devenir ? Comment nous ressaisir de ces questions dans une période où le primat accordé à la RATIONNALITE INSTRUMENTALE s'est radicalisé au point d'entraîner l'explosion des normes, la défaite des idées, la faillite des mots ? c'est-à-dire l'indispensable équipement pour partager le monde, pour vivre ensemble... ».*

*« Céder au manque de pensée est une menace qui pèse sur toute personne dont l'activité requiert l'adhésion à de nouvelles normes qui s'opposent à son ancien système de valeurs... »*

*« Pour le clinicien, le drame de la « crise » se noue dans l'intériorité, le sujet psychologique. La honte, l'indignation sont des sentiments moraux difficilement supportables. Estime de soi, sollicitude, sens de la justice, ce qui s'effondre du monde vécu s'effondre d'abord en nous. Nous le vivons, nous en souffrons, nous nous en défendons... ».*

*« La souffrance morale est souffrance réflexive engendrée par le jugement porté sur soi, c'est une souffrance de l'intelligence pratique, une souffrance de la raison. »*

*« Souffrances et précarités au travail, Paroles de médecins du travail » pages 330 à 333*

## MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

A  
n  
n  
o  
n  
c  
e  
s

**APPEL AUX MÉDECINS DU TRAVAIL  
POUR UN PROJET D'OUVRAGE COOPÉRATIF - Février 1997**

à l'initiative de l'ass.SMT

**« CONTRIBUTION AU MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL »**

**« CONSTRUCTION DE SA SANTÉ PAR LE SUJET AU TRAVAIL,  
CLINIQUE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL,  
PRÉCARISATION DU TRAVAIL ET SENS DES PRATIQUES  
PROFESSIONNELLES EN MÉDECINE DU TRAVAIL »**

Voir texte p.48

**APPEL AUX MÉDECINS DU TRAVAIL  
POUR UN PROJET D'OUVRAGE COOPÉRATIF - Février 1997**

à l'initiative du Réseau PAROLES

Groupe « Précarité du travail et Santé des femmes »

**PRÉCARISATIONS ET VIOLENCES  
VÉCUES PAR LES FEMMES AU TRAVAIL**

**- CONSTRUCTIONS DE LA SANTÉ AU FÉMININ -  
- DES QUESTIONS POUR LE MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL -**

Voir texte p.62

---

**Séminaire de travail à l'initiative de l'ass. SMT  
le 7 juin 97 de 10h à 17h, à l'hôtel Scipion  
13 rue Scipion, Paris 5<sup>e</sup> (métro Gobelins ou Censier-Daubenton)**

**Thème :**

- Premières discussions collectives sur le projet de « Contribution au métier de médecin du travail »

La réunion est ouverte à tous les auteurs actuels, futurs et potentiels

(Les textes préparatoires ne seront adressés qu'aux personnes ayant réservé leur inscription)

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

\* Je participerai à la réunion du Samedi 7 juin 97 de 10h à 17h

OUI

NON

\* Je mangerai sur place

OUI

NON

**J'envisage d'apporter une contribution écrite au projet :**

\* Contribution au métier de médecin du travail

\* Précarisations et violences vécues par les femmes au travail

**Titre de ma contribution :** \_\_\_\_\_

**Je vous communiquerai le texte au plus tard le** \_\_\_\_\_

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Adresse :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_