

**NANTES 98**

# **LES CAHIERS**

## **S.M.T. N° 11bis**

**Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL**

ISSN 1161-3726

ISBN 911939-05.0

**OCTOBRE 98 10 F**

**Textes préparatoires  
au Congrès  
7 et 8 novembre 98 - Nantes -**

---

---

**O**RGANISATION DU TRAVAIL, SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET  
CLINIQUE MÉDICALE

**P**RÉCARISATION ET VIOLENCES FAITES AUX FEMMES AU TRAVAIL

**T**RAVAILLER EN RÉSEAU, PRATIQUES COOPÉRATIVES

---

---

# SOMMAIRE

## TEXTES PRÉPARATOIRES AUX RENCONTRES SMG—ASS. SMT

### ORGANISATION DU TRAVAIL, SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET CLINIQUE MÉDICALE

Texte introductif 3  
Développer la nouvelle école coopérative de médecine du travail ; la « NEC-MT » 4  
Médecine de soins et médecine du travail : écoute médicale et écoute compréhensive 11

### PRÉCARISATION ET VIOLENCES FAITES AUX FEMMES AU TRAVAIL

Texte introductif 13  
Construction de la santé au féminin, des questions pour le métier de médecin du travail 13

### TRAVAILLER EN RÉSEAU, PRATIQUES COOPÉRATIVES

Coopérer en réseau pour accompagner la construction de la santé au travail 20  
Service de santé au travail et médecine du travail : La question de la pluridisciplinarité 21  
Rapport annuel de neuf médecins du travail de Bourg en Bresse 24

## TEXTES PRÉPARATOIRES AU CONGRÈS DE L'ASS. SMT

Pour un service d'utilité publique décentralisé : Les agences départementales  
de médecine du travail 34  
Précarisation et violences faites aux femmes au travail :  
compte rendu de la réunion du 5 juin 98 — Paris 38

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

supplément à « PRATIQUES - Les cahiers de la médecine utopique » n° 1, 1<sup>er</sup> trimestre 1998

52 rue Galliéni 92240 MALAKOFF

commission paritaire : 67150A5

ISSN 1161-3726 / ISBN 911939-05.0

Responsable de rédaction : Jean-Noël Dubois

Responsable de publication : Philippe Lorrain

Rédaction : Alain Carré, Alain Courtois, Ghislaine Doniol-Shaw, Dominique Huez, Nicole Lancien, Jocelyne Machefer, Denise Parent, Alain Randon, Drs Antoine, Cellier, Chapuis, Chauvin, Delpuech, Ghanty, Lafarge, Lauze, Roi

Maquette : Jean-Noël Dubois

# ORGANISATION DU TRAVAIL, SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET CLINIQUE MEDICALE

## TEXTE INTRODUCTIF

**L**e libéralisme économique développe une organisation du travail qui repose sur la **mise en concurrence des salariés entre eux** et induit flexibilité et intensification du travail, variabilité extrême des tâches. Cette organisation détruit les collectifs formels et informels. Elle subordonne individuellement le salarié à l'employeur et le contraint à accepter des objectifs en réduisant les moyens pour les atteindre. Cette organisation du travail est destructrice pour la santé et **particulièrement agressive pour la sphère psychique**.

Si la clinique médicale peut rendre compte de cette lutte, lorsque ses effets répondent aux critères de la pathologie, elle est impuissante à décrire la **souffrance psychique « ordinaire »** infraclinique qui peut aussi se traduire par des comportements étranges extracliniques. Surtout elle ne peut mettre en évidence les liens entre la souffrance et l'organisation du travail devenue pathogène. Cela impose l'élaboration d'une approche clinique différente.

La clinique médicale classique considère, en effet, la normalité en opposition à la maladie. Elle ne l'aborde pas, en général, **du point de vue du sujet qui tente de maintenir son équilibre psychologique tel que conçu et construit par un ensemble de paramètres sociaux, culturels, politiques et psychologiques**.

Une frontière se crée alors entre la clinique, se référant à la maladie, généralisée aux populations, et une autre approche clinique, en référence à ce que le sujet considère comme normal. **La « normalité subjective » celle recherchée par le sujet : « sa » santé, n'est pas entièrement réductible à la « normalité objective », inverse d'un état pathologique, observée par le médecin : « la » santé.**

La nouvelle approche clinique peut mettre en évidence les atteintes à la santé en relation avec certaines organisations du travail car elle permet d'établir un lien entre diverses expressions du vécu au travail, articuler ce qui est collectif avec les histoires individuelles, permettre d'exprimer des hypothèses étiologiques.

Une référence théorique essentielle en est la **psychodynamique du travail** et la définition qu'elle donne de la normalité. La *normalité*, ensemble de paramètres sociaux, culturels, politiques et psychologiques constitue l'idéal vers lequel nous tendons tous. « *Nous nous battons tous pour accéder à cette normalité et lorsque nous l'avons pour la défendre (...) Est normal celui qui est capable de participer à la construction, à la stabilisation et à l'entretien des normes d'un milieu ou d'une communauté* ». C'est à partir de ce concept de *norme partagée* que nous tentons de décrire et de comprendre les conduites humaines.

La souffrance psychique générée parfois par la lutte pour conserver sa normalité est acutisée dans le milieu de travail ac-

tuel du fait de l'impossibilité de distinguer ce qui relève de la normalité dans ce cadre.

Cette approche clinique nouvelle repose sur une **démarche « compréhensive »** d'écoute individuelle et des interventions de **témoignage sur la souffrance psychique et ses rapports à l'organisation du travail**, se nourrissant de cette démarche et répondant à des caractéristiques précises.

Dans la **démarche compréhensive**, c'est l'émergence de l'autre comme sujet qui est attendue, espérée. Le médecin ouvre un espace de liberté à une expression imprévisible : celle du dialogue intérieur du salarié sur le conflit entre la place que lui laisse l'organisation du travail et ses propres valeurs. Il ne s'agit pas là, comme le propose la clinique psychiatrique, d'écouter une parole en attente d'interprétation. Ainsi le qualificatif *compréhensif* a-t-il deux significations : laisser la liberté au sujet de discerner, pour lui même, un sens à la situation de travail, lui en permettre le questionnement ; mais aussi permettre au médecin de mieux « *comprendre les dynamiques intersubjectives psychologiques et sociales dans lesquelles le sujet s'embourbe* ». Le médecin, parce qu'il peut rapprocher ce récit d'autres histoires individuelles participant à la même intrigue, entend alors autre chose qu'une chronique résignée. La démarche compréhensive ne vise jamais à se substituer au sujet et s'en tient à l'accompagner, à l'assister ou à l'aider. « *L'aider à quoi ? À penser, à analyser, à délibérer, à faire des choix, enfin à prendre des décisions* ».

Le **témoignage**, limité dans un premier temps à l'entreprise, a pour finalité **d'influer sur les paramètres pathogènes de l'organisation de travail** mais aussi constitue une validation et un soutien de la démarche individuelle. Car le médecin ne peut avoir accès à la parole des salariés que si il a pris position publiquement. **La confiance des salariés est liée à la mise en visibilité du travail du médecin et à sa capacité à témoigner**, aussi bien pendant les consultations que sur les lieux de travail ou lors des débats, de ce qui, dans l'homme, ne peut être plié à la raison économique. C'est au médecin de tenir la parole au plus près du travail, de donner corps aux mots pour que les salariés puissent reprendre le discours sur soi. Ce témoignage permet d'accompagner les sujets et de les aider en créant les conditions de la compréhension et du vivre ensemble. Témoigner dans ce cadre ce n'est toutefois pas parler à la place des salariés et s'y substituer. C'est pourquoi, ce témoignage répond à des règles : « *garder le seul point de vue de la santé au travail, ne jamais oublier au nom de quoi on parle (...), Reconsidérer tout conflit de personne ou de groupe de personnes sous l'angle de l'organisation du travail, souligner l'importance des espaces de discussions sur le métier, sur le travail quotidien ordinaire, sur les difficultés ou les astuces pour y faire face, interpréter les mécanismes défensifs mais les respecter en l'absence d'autre solution* ».

Ce témoignage a aussi pour objet de « reformuler les discours du management sur la motivation ou la démotivation (...) Remettre l'homme au centre, l'homme comme fin et non comme moyen, en cela il se différencie de la « communication d'entreprise. »

Les médecins du travail de l'association santé et médecine du travail (SMT) travaillent collectivement à l'exploration de cette

nouvelle approche clinique, complémentaire pour leur exercice, de la clinique médicale classique, qui conserve par ailleurs tout son intérêt.

Considérant que cette approche clinique n'est pas exclusive de leur spécialité, ils ont pour projet de travailler à sa construction avec leurs confrères d'autres spécialités, médecins psychiatres et médecins généralistes.

# DÉVELOPPER LA NOUVELLE ÉCOLE COOPÉRATIVE DE MÉDECINE DU TRAVAIL LA « NEC-MT »

## LE SOUTÈNEMENT DE L'ACTION PAR UN RÉSEAU COOPÉRATIF

**P**our appréhender concrètement les liens entre d'une part l'organisation du travail et ses effets pour la santé mentale, et d'autre part l'évolution des capacités d'appréhension de cette question par les médecins du travail, un détour sur les évolutions depuis vingt ans de ce métier paraît intéressant.

J'essaierai de faire apparaître l'émergence et l'évolution des questions de santé mentale au travail en lien avec les évolutions de l'organisation du travail, dans un réseau coopératif de réflexion sur les pratiques professionnelles, l'association

Santé et Médecine du travail (SMT) depuis 1990, et dans les structures SMT qui l'ont précédée depuis 1979. Bien évidemment « ce regard » porté sur les évolutions de la santé mentale en rapport avec l'organisation du travail concerne principalement ceux qui ont partagé une telle histoire. Mais il peut aussi résonner auprès des médecins du travail qui ont eu une expérience voisine, et peut-être intéresser les autres, car la compréhension des évolutions d'une profession est indispensable pour en construire le métier de demain.

## SOUFFRANCES ET RISQUES DU TRAVAIL

La période 1975-1985, signe la faillite du modèle de l'homme issu du taylorisme comme opérateur de prévention. On y voit le rôle déterminant de l'ergonomie de l'activité de travail influencer les représentations de la santé au travail. Déjà à l'époque se pose la question pour les médecins du travail de mettre l'organisation du travail en débat à partir de leur appréhension des contraintes organisationnelles par « les études de poste » ou les données de la littérature ergonomique. Mais ils sont de plus en plus réticents « à porter » des recommandations ergonomiques et à prendre la responsabilité des transformations qui participent de fait à un arbitrage entre exigences de santé et exigences de production, afin de préserver un point de vue exclusif du côté de la santé. Notons qu'alors l'apport de la clinique médicale individuelle dans une dynamique d'amélioration des conditions de travail semble avoir été particulièrement sous-utilisé, faute de la construction de savoir-faire professionnels et d'élaboration d'une théorie du sujet et de la santé pertinente en médecine du travail. Celle-ci lui sera apportée ultérieurement par la psychodynamique du travail. C'est la dimension subjective de l'organisation du travail que nous ne savons pas alors introduire et prendre en compte. Face aux possibles effets de l'organisation du travail, les médecins du travail s'appuient sur les méthodes des ergonomes, très insuffisamment valorisées ici de l'atout irremplaçable que représente l'entretien médical clinique individuel.

A partir de 1985, s'ouvre une nouvelle période pour les pratiques professionnelles en médecine du travail du fait de la montée de la précarisation du travail. Nous l'avons caractérisée comme « l'appréhension du sujet souffrant, et la nécessité de réintroduire l'approche santé-travail en santé publique(1) ». Les médecins du travail doivent maintenant renforcer leur intervention centrale auprès de leur collectivité de travail, par des pratiques coopératives entre pairs pour aborder les processus de précarisation de la santé. Ils vont aussi devoir articuler, pour désenclaver ces processus précarisants, une visibilité sociale interne à l'entreprise avec une mise en visibilité tournée aussi vers l'externe. « Malheureusement, la clef d'une dynamique de prévention ne réside plus dans l'entreprise pour un certain nombre de situations de travail... Une des approches pour rendre efficient l'exercice médical du travail est de travailler sur la visibilité sociale hors de l'entreprise... Mais de tout façon il est indispensable que soient visible au niveau de la société, les problèmes santé-travail... ».(2)



1 - D. Huez, L'évolution du champ de la santé au travail en médecine du travail, in Les cahiers SMT n°8, mai 1995, p 5-10, repris in Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat, Association Santé et Médecine du Travail éditeur, Syros, 1998, p70-76

2 - D. Huez, Introduire l'approche santé publique en médecine du travail et le champ santé-travail en santé publique, Les Cahiers SMT n°6, mai 1993, p4-6, repris in Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat, p315-318, op. cité

L'ouvrage « Les Risques du travail, Pour ne pas perdre sa vie à la gagner(3) », publié en 1985 mais mis en chantier en 1982, marque profondément les médecins du travail du réseau SMT (à l'époque il s'agit du syndicat de la médecine du travail SMT). Les médecins de ce réseau y contribuent en assurant avec Bernard Cassou la direction, et en fournissant le quart des articles et des auteurs. La psychopathologie du travail y émerge dans deux articles qui ont fait date pour les médecins du travail, concernant la construction de la santé(4), et la souffrance psychique au travail. Relevons toutefois qu'aucun article illustratif de l'appréhension professionnelle par les médecins du travail de la question de la souffrance mentale en rapport avec l'organisation du travail ne figure dans cet ouvrage. Leurs savoir-faire professionnels ne sont pas alors encore constitués pour prendre en compte l'ensemble du champ des atteintes à la santé psychique. Par contre, les acquis de l'école d'ergonomie de langue française alors « à maturité » imprègnent nettement l'ouvrage et font écho à nombre de constatations de médecins du travail sur le terrain qui « sont passés par les fameux TP B » du laboratoire d'ergonomie du CNAM.

Pourtant alors nous ne savons pas identifier comme d'origine professionnelle un certain nombre d'atteintes physiques comme par exemple les syndromes du canal carpien, faute de construction scientifique de cette question à l'époque. Nous savons aussi très mal, après les consultations où nous recevons les souffrances de toutes les catégories de personnel, les prendre en charge dans l'espace public interne de l'entreprise, et donc témoigner des effets des conditions de travail sur la santé mentale. Il nous manque le savoir-faire pour rendre compte professionnellement de ce qui nous révolte comme citoyen. Sans ce préalable, nombre d'effets pour la santé men-

tale sont de fait déniés dans l'entreprise et ne peuvent nourrir le débat sur leur prévention. L'entrave à la construction de la santé du sujet n'est pas encore une problématique professionnelle. Je ne pense pas que ceci soit lié à notre incapacité à recueillir du matériel clinique. C'est lié à l'incapacité collective du corps des médecins du travail de faire rencontrer le champ d'intervention ouvert par la nouvelle psychopathologie du travail que défriche l'AOCIP, avec les pratiques professionnelles de terrain. La question de l'action s'en trouve donc partiellement entravée.

Je me souviens du rôle irremplaçable de la structure SMT de l'époque pour parler de nos pratiques ordinaires, tenir notre éthique professionnelle, refuser déjà les dérives de la médecine d'entreprise. Ce sont des savoir-faire de résistance très individualisés que nous confrontons alors entre nous. Nous discutons périodiquement à un vingtaine, du quotidien de nos pratiques professionnelles, de nos savoir-faire plus ou moins prudents, de nos stratégies de tâtonnement pour l'action, sur un fond de grande solitude de nos pratiques individuelles. Nous n'avons pas l'ambition d'élaborer « un modèle » pour l'action. L'absence de visibilité pour d'autres médecins du travail de nos difficultés professionnelles face aux contraintes organisationnelles est telle, que nos discussions semblent se dérouler dans des îlots de résistance sans prise avec le reste de la profession, alors que d'autres îlots de résistance, aussi éclatés, existent à côté de nous. Se développent majoritairement à cette période chez les médecins du travail des procédures défensives individuelles du fait de la souffrance engendrée par l'écart entre l'étendue de leur mission et ses possibilités concrètes de mise en œuvre. Chez une minorité émerge une idéologie défensive péjorative à l'encontre des agents dont ils ont la charge, ou une pratique de « médecine d'entreprise » subordonnée au primat économique.

## **LA CONSTRUCTION COOPÉRATIVE DE LA VISIBILITÉ SOCIALE DES EFFETS DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL**

Comment rendre visible socialement les effets pour la santé des nouvelles contraintes organisationnelles face à la logique unique de rentabilité ?

*L'apport de la psychopathologie du travail à nos pratiques cliniques ordinaires*

Un certain nombre de médecins du travail se lancent depuis le début des années 1990 dans des formations ou lectures assidues en psychopathologie du travail. A partir de cet acquis ils peuvent procéder de façon plus ou moins systématique à des notes cliniques au décours des consultations, et procéder ultérieurement à leur analyse synchronique et diachronique dans la collectivité de travail dont ils sont responsables. Lors des consultations, les salariés expriment leur souffrance et commencent à en élaborer le sens dans l'intercompréhension.

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

3 - B. Cassou, D. Huez, M-L. Mousel, C. Spitzer, A. Touranchet, Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner, mars 1985, La découverte, Paris, 640 pages

4 - Chr. Dejours, Construire sa santé, p 18-20, et D Dessors, La souffrance psychique au travail, p114-119, in Les risques du travail, op. cité

Certains médecins tirent de ce matériel clinique diverses formes de rapport, ou s'appuient sur ceux-ci pour intervenir dans l'espace public interne de leur entreprise. Ils en dégagent les diverses expressions, replacées dans leur contexte, de la souffrance au travail et en tirent une série d'interrogation concernant l'organisation du travail.

Cette démarche nourrie de psychopathologie du travail assoit l'incorporation dans leur pratique clinique d'une approche intercompréhensive. Celle-ci peut se consolider, à côté de rencontres professionnelles entre « anciens élèves » de ces formations avec les enseignants, dans le réseau de l'association SMT. Dans ce réseau, ou dans des groupes locaux d'accompagnement des pratiques en psychodynamique, d'autres collègues se forment et participent à la construction d'une autre façon de construire la clinique dans leurs consultations.

Les liens entre clinique, éthique du témoignage et action seront développés plus après dans cet article.



liés en totalité en particulier à ses conditions de travail.../...  
Devant de tels risques de santé mentale, même privé de moyens  
d'action, le moins que l'on puisse faire est de permettre l'émer-  
gence de cette souffrance, la reconnaître pour la faire recon-  
naître au même titre que d'autres maladies professionnelles  
plus faciles à repérer ».

- La nécessité de rationaliser nos pratiques professionnelles  
particulièrement face à la question de la précarisation devient  
une nécessité. Ainsi dans « Les petits carnets d'un médecin  
du travail : une semaine de consultations en service inter-en-  
treprises »(7), M-C. Bosquillon écrit en 1989 : « Il est néces-  
saire et important de constituer des outils pour faire émerger  
les différentiels de risque pour la santé selon la structure de  
l'emploi stable ou non... J'ai le souvenir global que ce pre-  
mier groupe de main-d'œuvre certainement périphérique et  
externe était constitué de travailleurs qui donnaient l'impres-  
sion d'être inscrits dans la fatalité et avec qui il ne fallait pas  
trop parler d'avenir; contribuer à un processus de lutte pour  
le droit à la citoyenneté dans l'entreprise devient alors es-  
sentiel. »

Lors de sa (re)fondation en novembre 1990, l'association  
SMT, faisant le bilan de son nouveau congrès écrit(8);  
« ...Quels sont nos objectifs : permettre un échange sur les  
pratiques professionnelles, un effort d'élaboration tourné vers  
les conséquences éthiques, sociales et scientifiques du déve-  
loppement de la médecine du travail... A partir du constat et  
de l'analyse de l'éclatement des collectifs de travail: sous  
traitance, CDD, intérimaires, faux artisans, nous nous som-  
mes interrogés sur la façon de surveiller et de rendre compte  
de l'état de santé de ces travailleurs... Ensuite, nous avons vu  
comment à partir de la clinique médicale, la psychopathologie  
pouvait être une clé d'interprétation. Ainsi à propos de la  
souffrance au travail, nous avons vu l'intérêt du recueil de  
données, la façon d'y procéder, de les traiter, et l'intérêt fon-  
damental de la restitution des résultats à la collectivité ».

Le développement de la précarisation de la santé au travail  
incite à retravailler nos règles de métier: « Rendre compte de

l'écoute clinique de la souffrance... Cela implique pour le  
médecin de dépasser une attitude d'écoute seulement com-  
préhensive sans autre projet que de porter/supporter la plainte  
de tel ou tel salarié... La précarité appelle à la coopération et  
à la définition de priorités d'exercice... Il importe de laisser  
des traces, rendre visible socialement pour impulser une dy-  
namique de prévention... L'application concrète de la régle-  
mentation changera quand les pratiques professionnelles des  
médecins du travail changeront... »(9). Cette problématique  
de visibilité sociale à destination en première intention de l'es-  
pace public interne où exerce le médecin du travail ne quitte  
plus alors les membres du réseau SMT.

Les traces des dynamiques pour l'action, singulières de cha-  
que praticien, sont hétérogènes, émergent dans les compte  
rendus d'intervention en CHSCT, dans leur rapport an-  
nuel(10), empruntent les multiples espaces informels des en-  
treprises, se sédimentent à travers la pratique des écrits à l'em-  
ployeur(11), des lettres remises au salarié lors des visites  
médicales(12). Ce n'est donc habituellement pas dans les do-  
cuments produits en dehors des entreprises qu'on peut en trou-  
ver trace.

La dynamique issue des données d'une clinique  
intercompréhensive mise en œuvre depuis le début des an-  
nées 1990 ne fait pas souvent l'objet de communications. Elle  
ressort pourtant clairement des discussions entre pairs dans  
des groupes de médecins du travail locaux, centrés sur des  
réflexions concrètes à partir de leurs pratiques profession-  
nelles, généralement à l'occasion de formation continue. Une  
illustration en est donnée dans l'article récent de B.  
Perceval(13) concernant depuis 1993 l'histoire d'un groupe  
local d'accompagnement des pratiques des médecins du tra-  
vail par la psychodynamique du travail.

La SMT participe de ce mouvement à travers une réflexion  
sur le métier de médecin du travail particulièrement renfor-  
cée depuis le début des années 1990. On en trouve trace dans  
ses publications(14)(15).

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

C'est la dynamique « Paroles de médecins du travail sur la  
précarisation », qui sera la plus représentative de la mise en  
visibilité du lien essentiel entre clinique individuelle et souf-  
france, intercompréhension du sens de celle-ci pour le sujet,

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

7- M-C. Bosquillon, Les petits carnets d'un médecin du travail: une  
semaine de consultations en inter-entreprises », in La Lettre du SMG,  
n°19, 10/89, p11-13

8-Collectif, Cahier SMT n°3, novembre 1990, p 5

9-D. Huez, Pratiques coopératives en médecine du travail, précarité  
et sous-traitance, Les Cahiers SMT n°5, juin 1992, p24-26

10-C. Antoine, M. Cellier, O. Chapuis, J. Chauvin, E. Delpuech, Y.  
Ganthy, C. Lafarge, J-M. Lauze, D. Roi, Rapport annuel, conclusion  
commune de neufs médecins du travail, in Des médecins du travail  
prennent la parole, un métier en débat, p28-36, op. cité

11-A. Touranchet, F. Bardot, Pratiques des écrits à l'employeur dans  
les PME/PMI, et de nombreux exemples concrets dans le même  
ouvrage, in association santé et Médecine du Travail, Des médecins  
du travail prennent la parole, un métier en débat, Syros, mai 1998,  
p256-258

et visibilité sociale. Cette démarche naît du mouvement de  
précarisation sociale du travail et de la santé particulièrement  
à l'œuvre depuis la moitié des années quatre-vingt.

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

12-C. Bourboul, A. Deveaux, A. Grossetête, F. Perron-Pernet, O. Ri-  
quet, À propos de lettres remises au salarié lors des visites médica-  
les, in Des médecins du travail prennent la parole,p244-251, op. cité

13-B. Perceval, Accompagnement des pratiques des médecins du  
travail par la psychodynamique du travail, in association Santé et Mé-  
decine du Travail, Des médecins du travail prennent la parole, un  
métier en débat, p271-283, op. cité

14-D. Parent, Approche psychodynamique d'individus sans apparte-  
nance, Les Cahiers SMT n°5, juin 1992, p13-15

15-J. Machefer, Médecine du travail et histoire des usages de la pa-  
role en consultation, Les cahiers SMT n°8, mai 1995, p 21-27



## **LA PRÉCARISATION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL EST UNE DONNÉE ESSENTIELLE DE NOTRE EXERCICE**

Indéniablement les observations des médecins du travail effectuées il y a quinze ou vingt ans ne sont qualitativement absolument pas comparables avec celles rapportées aujourd'hui du fait de la transformation fondamentale de leur métier. Pourtant le recueil des plaintes et souffrances reçues actuellement par les médecins du travail indique que le travail des salariés s'effectue dans un contexte où il s'intensifie et se densifie, où l'emploi de plus en plus précaire transforme l'organisation du travail et s'exerce dans une incertitude grandissante. La sous-traitance externe et interne se développe comme l'intérim et les contrats « sans appartenance ». Le noyau stable des entreprises est déstabilisé par un management qui confond les indicateurs avec le travail, le dialogue avec une communication de plus en plus manipulatrice.

Perception nouvelle d'un travail dont les conditions d'exploitation et d'aliénation n'ont pas changé ? De nombreux travaux de sociologues, d'économistes, de psychodynamiciens, de psychologues, d'épidémiologistes témoignent d'une évolution délétère importante de l'organisation du travail.

L'apport spécifique à ce débat de la médecine du travail me semble-t-il est d'en témoigner(23). Or ce témoignage, depuis près de dix ans, rend compte d'un développement de la précarisation de la santé des sujets au travail. Ce fait massif ne serait pas autant relaté par les médecins du travail à partir de leur écoute clinique si les conditions de construction de la santé au travail ne se dégradaient pas actuellement.

Quand les conditions de travail sont mauvaises, mais le restent durablement, les échos concernant la santé au travail sont assourdis par les procédures défensives multiples à l'œuvre.

Les états de normalisation de la santé au travail sont souvent silencieux au contraire des processus de précarisation de la santé au travail ! Actuellement ce n'est pas le silence qui prédomine généralement dans les cabinets médicaux, mais trop souvent la souffrance qui émerge quand les médecins du travail se donnent les moyens professionnels pour l'entendre.

Accompagner individuellement cette souffrance, la comprendre contextuellement, en rendre compte collectivement, et pour ce faire, construire des règles de métier appropriées, telles sont alors les missions des médecins du travail.

## **CLINIQUE, ÉTHIQUE DU TÉMOIGNAGE ET ACTION ; L'ÉMERGENCE D'UNE NOUVELLE ECOLE COOPÉRATIVE DE MÉDECINE DU TRAVAIL, LA « NEC-MT »**

Les médecins du travail qui interviennent exclusivement du point de vue de la santé, ne peuvent faire référence aux contraintes organisationnelles indépendamment de la façon dont ils en appréhendent les effets pour la santé individuelle. Or cette appréhension résulte de la façon dont ils développent une clinique intercompréhensive de la mobilisation psychique dans le travail et du sens individuel de la souffrance qui s'y joue. C'est l'enjeu du développement d'une clinique de la santé du sujet au travail lors des consultations médicales régulières auprès de l'ensemble des salariés.

La mise en place d'un pont entre la santé de chacun, dont les médecins du travail pour des raisons de confidentialité et de préservation de la confiance ne peuvent pas directement rendre compte, et la santé de la collectivité de travail qu'ils doivent tenter de préserver, est au cœur du métier de médecin du travail. C'est une des spécificités de l'action du médecin du travail qui s'appuie pour ce faire sur « l'éthique du témoignage »(24). Les médecins du travail rendent compte dans l'espace de l'entreprise des effets éventuellement délétères sur la santé mentale de l'organisation du travail pour les collectivités de travail dont ils ont la charge, en essayant de repérer la dynamique de construction ou de déconstruction de la santé.

L'éthique du témoignage s'ancre dans la clinique du praticien qui la nourrit. Elle se propose de rendre compte dans la collectivité auprès de laquelle le médecin du travail exerce sa

mission, des souffrances et meurtrissures des agents. Cette pratique du témoignage est « la raison collective » de la clinique individuelle; elle permet l'action, elle l'est déjà pour le médecin du travail. Elle donne ainsi tout son sens à la clinique de l'accompagnement de la santé des sujets.

L'éthique du témoignage ne relève pas dans sa mise en pratique par les médecins du travail d'un principe moral. L'éthique du témoignage est une pratique, elle relève de la technique du médecin du travail. C'est pour cette raison qu'on préfère parler d'éthique « du » témoignage et non « de » témoignage. C'est une règle de métier fondamentale qui distingue la médecine du travail de la « médecine d'entreprise ». C'est une nécessité technique incontournable pour jeter une passerelle entre individuel et collectif. Elle est au cœur de la pratique professionnelle des médecins du travail.

Parler, rendre compte c'est ici agir. L'accompagnement par le médecin du travail de la construction de la santé du sujet au travail est un processus préalable et nécessaire à son action en prévention primaire.

*« Le témoignage vise à aider le sujet, en aidant à la constitution de collectifs, en créant les conditions de la compréhension... Cela vise donc à permettre la naissance de "normes*

• • • • •  
23- Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat, op. cité

24- Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat, op. cité



# MÉDECINE DE SOINS ET MÉDECINE DU TRAVAIL : ÉCOUTE MÉDICALE ET ÉCOUTE COMPRÉHENSIVE, À PROPOS D'UNE OBSERVATION

*Il est assez peu fréquent de pouvoir identifier les différences dans la façon d'aborder les plaintes et dans la pratique clinique entre médecin de soins et médecin du travail.*

*Pour un médecin du travail, prendre contact avec le médecin traitant d'un salarié est souvent déconcertant et sans doute réciproquement. Si l'obligation de secret y est pour quelque chose, l'incommunicabilité joue également un rôle important.*

*L'observation récente rapportée ici, illustre précisément ce phénomène et tente d'en mettre en lumière les causes.*

**D**ans cette entreprise nationale à statut, dans le cadre d'un régime spécial de sécurité sociale, le contrôle de l'absentéisme est effectué par un corps de médecins-conseil titulaires d'un contrat avec l'entreprise. La médecine du travail répond aux formes réglementaires d'exercice.

Le secret médical s'applique très strictement entre médecin du travail et médecin-conseil. Le premier exerce une prévention dans l'intérêt de la santé des salariés. Le deuxième gère la santé du point de vue de l'entreprise. Les médecins-conseil sont pour la plupart des généralistes ou des spécialistes qui complètent une activité libérale par des vacations de médecine de contrôle.

Dans cet établissement, durant l'été, exerce un médecin conseil remplaçant occasionnel du médecin conseil titulaire et donc en position très extérieure par rapport à l'entreprise.

Ce jour là, si il traverse le couloir qui sépare les deux services, c'est que l'état de santé du salarié en arrêt de travail qu'il vient d'examiner le préoccupe beaucoup.

L'échange est mutuellement prudent. La réserve est manifeste chez l'un et chez l'autre. A la demande du médecin-conseil son confrère finit par reconnaître qu'il connaît effectivement bien M. X... dont il est question. Ce que le médecin du travail ne dit pas c'est qu'en fait il le connaît très bien puisqu'il s'agit d'un délégué du personnel en CHSCT.

Enfin, franchissant le Rubicon, le médecin-conseil décrit alors, chez ce patient, un délire : le patient évoque des difficultés conjugales en les reliant à ses difficultés d'enfant moralement maltraité. Ce qui paraît délirant à ce confrère est l'intrication étroite, sur le mode du coq à l'âne, de déclarations incohérentes sur des prétendues difficultés professionnelles à forte tonalité persécutive.

Prudemment, le médecin du travail évoque sa surprise devant ce tableau, confirme l'absence d'antécédents délirants et conclut, en remerciant ce confrère de lui avoir confié son observation, qu'il demandera à examiner ce salarié dès sa reprise de travail.

En fait le médecin du travail demeure inquiet car il a eu à prendre en charge plusieurs fois des décompensations d'af-

fections psychiatriques, jusqu'alors frontières, par l'organisation du travail nouvelle.

Ainsi il active ses réseaux de renseignement pour mieux éclairer la situation professionnelle réelle du salarié et sa situation personnelle en faisant interroger des membres du collectif de travail. Le retour d'information ne donne que peu d'éléments utiles. Toutefois, ils confirment la fragilité de la situation professionnelle de ce salarié. Alors que sa position de représentant en comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail témoigne de sa participation au fonctionnement d'un collectif de travail, elle le désigne à la répression de l'employeur qui ne manque pas de faire pression et d'exercer une vigilance particulière et tatillonne sur son activité de travail.

Le salarié, dans la trentaine, a été formé dans l'école interne de l'entreprise. Technicien, il a toujours travaillé dans des collectifs fortement structurés dans le secteur « services » de l'entreprise. Il s'agit d'un provincial émigré en région parisienne, marié et père d'un enfant. Un essai de mutation vers son lieu de naissance s'est soldé par un échec et à nécessité un retour en région parisienne.

Le médecin du travail l'examine, enfin, en visite de reprise de travail. Le salarié s'exprime en confiance, facilement. Comme d'habitude, il s'arrête une fraction de seconde pour chercher le mot juste avec la précision d'un autodidacte. Le discours est cohérent, sans note dépressive.

Ce qu'il raconte a en fait à voir avec les rapports entre santé psychique et organisation du travail. Spontanément le salarié interprète ce qu'il lui est arrivé comme une dépression engendrée par des difficultés conjugales. Toutefois la situation de travail sans être déclenchante a une influence importante. Actuellement une thérapie familiale a amélioré la situation.

Le salarié évoque son enfance et celle de sa femme toutes deux vécues sur le mode d'une dévalorisation par des parents qui ne portaient pas une attention suffisante à leurs enfants : « ils étaient obsédés par le boulot et après ça sert à quoi ? ». Lors de sa mutation, c'est à cause du conflit avec ses parents qu'il a du revenir en région parisienne.

Il fait un parallèle avec l'ambiance de travail actuelle, en évoquant des incidents parfois minimes ou des conflits. Il ressent

douloureusement l'individualisation de ces collègues, l'état d'esprit de l'encadrement qui entravent solidarité et reconnaissance. Il fait référence aux thèmes de la confiance nécessaire et de la reconnaissance indispensables à la coopération souvent évoqués en CHSCT par le médecin.

La consultation devient alors un échange entre le salarié et le médecin où personnalisation et théorisation vont se compléter. Son but est à la fois de mieux approcher la part de la vie psychique que le salarié engage sur la scène du travail, mais aussi d'élargir la perspective en apportant d'autres observations de même nature, en respectant l'anonymat, enfin d'en tirer un enseignement pour la collectivité de travail. Cela doit permettre au médecin d'avoir des bases d'intervention dans un espace de délibération tel que le CHSCT pour intervenir sur l'organisation de travail.

Dans ce dialogue le médecin soumet au jugement du salarié sa part de compréhension, celui-ci ne perçoit plus sa situation seulement comme un vécu personnel et culpabilisant et la remet en perspective dans la situation générale. Cela permet au salarié de retrouver un peu de marges de manœuvre pour agir.

Si notre confrère pouvait assister à ce dialogue sans doute saisirait-il son intérêt mais ne serait-il pas dubitatif sur son statut clinique ? A rebours la question se pose de déterminer ce qui a pu lui manquer pour interpréter les paroles de son patient comme cohérentes et non délirantes.

Ce qui a manqué relève sans doute d'un pré-requis théorique, mais aussi de connaissance sur le contexte et de pratiques cliniques et d'intervention.

Le pré-requis concerne la centralité du travail dans la vie psychique, le fonctionnement des rouages d'une entreprise et de l'organisation du travail, enfin, l'impact volontaire de cette organisation du travail particulière sur la santé psychique.

Ce pré-requis sert de guide mais ne peut dispenser d'analyser le contexte de l'établissement où s'applique l'organisation du

travail, au plus près du terrain, de rechercher et d'observer son retentissement sur la santé des salariés.

L'exploitation de ces connaissances fait appel à de nouvelles pratiques cliniques. L'écoute compréhensive tente de favoriser la construction mutuelle entre le médecin et le salarié d'une compréhension de la situation dans le respect des défenses psychiques de ce dernier. Elle consiste pour le médecin à d'incessants aller et retour entre question et contribution, théorie et réalité, singulier et collectif. Elle a pour but à la fois la prise en compte de la souffrance du salarié pour tenter d'y porter remède et l'élaboration de connaissances destinées à permettre l'intervention dans l'espace de délibération de l'entreprise.

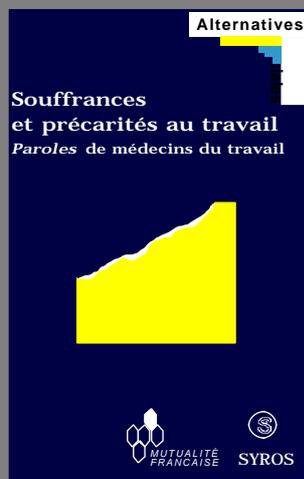
Son corollaire sans lequel cette écoute serait impossible est le devoir de témoignage. Ce témoignage n'a pas le caractère d'une dénonciation mais plutôt celui d'un éclairage, du point de vue de la santé des salariés, qui permette la persistance ou la renaissance d'un débat sur l'organisation du travail pré-lude à son adaptation. De la capacité à intervenir et de la pertinence des interventions dépend la confiance des salariés seule capable de permettre l'ouverture de l'espace clinique.

La médecine du travail comme ses sœurs thérapeutes, même dans cet exercice clinique particulier qu'est l'écoute compréhensive, est une œuvre individuelle et relève donc de la « poïesis » qui depuis l'antiquité désigne l'art du médecin. Toutefois cette œuvre ne pourrait vivre sans l'intervention du médecin dans l'espace public qui la conditionne, c'est à dire sans la « praxis ». Agir au sein d'une communauté, sous le regard des autres, c'est accepter de soumettre au jugement sa professionnalité dans un champ défini par son imprévisibilité et son irréversibilité. Cela ne peut s'envisager dans la solitude et les coopérations professionnelles sont non seulement précieuses pour apprendre mais aussi pour se reconnaître.

*Alain Courtois  
septembre 1998*

## 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

# PRÉCARISATION ET VIOLENCES FAITES AUX FEMMES AU TRAVAIL

## TEXTE INTRODUCTIF

**L**a violence, fréquemment liée à l'humiliation subie par les femmes au travail est souvent frappée d'invisibilité.

Les témoignages recueillis par les médecins du travail en consultation illustrent bien cette violence des situations de travail, très souvent liée aux processus de précarisation auxquels les femmes sont particulièrement confrontées.

Ce sont les nouvelles organisations de travail qui génèrent ces mécanismes de précarisation :

- flexibilisation du temps de travail, temps partiel imposé, horaires atypiques et décousus.
- intensification du travail : flux tendu, disparition des marges de liberté temporelle pour intensifier la productivité.
- flexibilité interne à l'entreprise : être sensé savoir tout faire dans l'entreprise gommant tout projet professionnel personnel.
- menace omniprésente de licenciement individuel et collectif.

La précarisation génère une souffrance permanente : la peur de perdre son emploi. Les femmes sont plus touchées que les hommes. Malgré leur attitude silencieuse, elles résistent comme on le découvre au cabinet médical. Au fil des confidences émergent la dignité préservée, les stratégies dans la résistance, mais aussi les possibles décompensations.

Au-delà de l'accompagnement individuel, permettant au sujet de rester acteur et comprendre le sens à donner à son travail, 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 termes de précarisation de leur santé. Car, « *le fait de nom-*

*mer permet de rendre visible ce qui était invisible, de montrer comme inacceptable ce qui était acceptable.* »

Dans le contexte de la précarisation de l'emploi, la peur de faire émerger cette violence dans l'espace public de l'entreprise ne serait-elle pas à l'origine du caractère confidentiel des paroles entendues lors des consultations des médecins du travail : « *surtout docteur, ne dites rien* » ?

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, de passer de l'expression « *je* » subie au « *on* » plus collectif, c'est-à-dire de 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 ». Il y a « *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. « *Elles ont appris à minimiser la souffrance, à l'apprivoiser, à la banaliser, à la taire, voire à l'inscrire dans la normalité.* » : traces de l'altérité féminine toute empreinte de discrétion. 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-elle ? Et à qui d'autre encore ?**

## CONSTRUCTION DE LA SANTÉ AU FÉMININ, DES QUESTIONS POUR LE MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL

(Article paru dans l'ouvrage « *Des médecins du travail prennent la parole* », Ed. Syros - Paris - 1998)

*Économie « oblige » ?*

*L'organisation actuelle du travail précarise et génère une violence accrue. Les femmes sont en première ligne, et malgré leur attitude silencieuse, résistent, comme on le découvre au cabinet médical. Au fil des confidences émergent la dignité préservée, les stratégies dans la résistance, mais aussi de possibles décompensations.*

**L'**organisation du travail génère de plus en plus souvent des mécanismes de précarisation

Pour les médecins du travail, ces modifications structurelles ont une résonance concrète dans leur activité quotidienne. Les

« travailleurs précaires », peu ou mal intégrés dans les entreprises, sont potentiellement plus exposés que d'autres aux risques professionnels.

Les données sur le chômage et la précarité de l'emploi en



## Des silences plein de sens

**Silence stratégique** face au poids de l'économique, silence qui protège contre le risque toujours présent de la précarité : « *Personne n'ose se plaindre de peur de perdre son emploi* » (emploi de proximité qui permet de concilier le travail et la famille) ou encore, le cas de cette jeune femme, agent d'assurance : « *Pensez-vous que j'ai le droit de refuser de laver les carreaux et si je refuse, qu'est-ce qui peut m'arriver ?* ». C'est aussi s'obliger à supporter les agressions sexistes « ordinaires » du patron ou des clients :

- « *Et pour le dessert ?* »

- « *Je prendrais bien la serveuse.* » (Réponse fréquente des clients)

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

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

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

**Silence parfois prolongé jusque dans l'espace privé** que l'on veut préserver : « *Je n'en parle pas systématiquement mon mari, je ne veux pas le perturber avec ça* » ou encore parce que le conjoint lui-même impose un choix : « *Il faut choisir entre le travail et la famille* », dit-il.

## Des lieux pour dire en secret

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

*petit chien et on inventait plein d'histoires.* » ; « *Heureusement, il y a la maison, mes enfants me comprennent, j'en parle à ma mère.* »

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

## **LA RUPTURE DU SILENCE AU TRAVAIL : TENTATIVES DE RÉSISTANCE**

### « Je subirai dignement » ou « La dignité 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, de 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 cinq années d'étude (un DESS 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 ne suis pas d'un naturel violent...* » (cette jeune diplômée)

mée était collaboratrice d'une responsable des ressources humaines).

S'agit-il d'une mise au placard ? À 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 illusion 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 tout entières : « *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 quinze jours, ils prendront notre place* » (opératrice depuis 30 ans dans une entreprise soudain en pleine mutation).

Elles se regimbent 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 vingt-sept 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 à 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 déjà citée.

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 dix 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 quinze jours j'apporte mes torchons, explique cette jeune femme de ménage (bac + 2), et je viens à 5 h. 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'écoutent 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'ANPE, 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 comblant, jugement qui sonne comme un coup de grâce .

À 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 à 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 trois 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 décompensation, 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.

La harcèlement quotidien par courriers recommandés avec accusations répétées contradictoires conduisent 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 à 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, par contre 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 (deux 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, harcèlement, dépossession et isolement
- ou encore danger imminent et réel (d'explosion, de strangulation), avec perte de sens du métier, déni du faire et 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...* », etc.

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 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(5) 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(6) 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'inter-individuel encore partagé à quelques unes ou avec un proche, une amie. Car c'est dangereux d'exposer son intimité, sa fragilité, sa peur !

● ● ● ● ● ● ● ●

5-Marie-Claire CARPENTIER-ROY, Santé mentale et travail, avantages et limites de la psychodynamique du travail

6-Marie-Claire CARPENTIER-ROY, Santé mentale et travail, avantages et limites de la psychodynamique du travail, op. cité

Très fréquemment au médecin traitant confident et prescripteur d'anxiolytiques, 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.

Notre travail ne s'arrête pas là. Des pistes en forme de questions, d'hypothèses à valider, apparaissent. Pourquoi les femmes, à qui on ne donne ni les moyens de faire leur travail, ni la possibilité de s'organiser, ne demandent-elles rien ? Ne serait-ce pas aussi 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, n'est-ce pas se priver de quelque chose du côté de la reconnaissance : être « LA FÉE DU LIEU DE TRAVAIL ».

Voilà un projet de recherche pour l'avenir !

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

\*\* *Groupe Paroles « Précarité du Travail et Santé des Femmes »*

\* *Ergonome chercheur CNRS, LATTs, URA 1245*

Ce texte a été conçu à partir de documents de synthèse du groupe de réflexion Précarités du travail et santé des femmes, groupe du Réseau Paroles, Avec la contribution de Bernadette BERNERON\*\*, Marie-Hélène CELSE\*\*, Josiane CREMON\*\*, Annie DEVEAUX\*\*, Mireille FARGEON\*\*, Brigitte PERCEVAL\*\*, Odile RIQUET\*\*, Annie ROBERT\*\*, Catherine ROCHE\*\*, Ghislaine SOURIAC\*\*, Geneviève TERRIER\*\*, Odette TENCER\*\*, Mireille THEVENIN\*\*

**L'Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (SMT) a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la Médecine du travail.**

**Elle est ouverte aux médecins du travail et aux spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la Médecine du travail.**

**Elle organise annuellement une Réunion-Congrès ainsi que des journées de réflexion sur des thèmes d'actualité en médecine du travail.**

**Elle assure une publication annuelle des Cahiers du SMT.**

*Pour les conditions d'adhésion et d'abonnement, voir pages 37 et 40*

# COOPÉRER EN RÉSEAU POUR ACCOMPAGNER LA CONSTRUCTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

## LE POINT DE VUE DE LA SANTÉ

**P**our protéger l'existence de leur travail, de plus en plus de travailleurs sont amenés à en taire les conditions de réalisation et les difficultés d'y construire leur santé. Face à cette contradiction bien réelle, il importe au contraire de la prendre en compte et d'en témoigner.

Dans le secret du cabinet se révèlent des atteintes à l'intégrité physique et psychique dues au travail. Le médecin intervient à partir d'un point de vue situé, celui de la santé. L'objectif du

médecin est de rendre visible des réalités méconnues. Il vise à permettre l'action des sujets en la nourrissant de la compréhension de leur souffrance pour penser les actions de transformation de l'organisation du travail à laquelle ils œuvreront.

L'action impose de construire une intelligibilité de la situation dans sa globalité c'est-à-dire aussi de comprendre, pour pouvoir les dépasser, les raisons qui s'opposent à la transformation des situations de travail.

## FAIRE NAITRE LA COOPÉRATION, TRAVAILLER EN RÉSEAU

Chaque médecin n'a du fait de son action sur un secteur restreint ou une population éclatée qu'une observation partielle de la réalité de travail de ses patients. Seul un travail en coopération est susceptible d'assurer une vision plus large. Coopérer c'est tisser des liens, constituer un réseau à partir de préoccupations communes. Le travail en coopération permet à ce stade d'accumuler des données pertinentes à partir du regard de plusieurs médecins.

**Aujourd'hui la montée de la précarisation de la santé au travail impose de travailler en réseau pour :**

- **mettre en délibération nos pratiques quotidiennes** afin de faire évoluer respectivement les métiers de généraliste et de médecin du travail à partir de nos pratiques concrètes, et ensuite d'en repérer les zones de recouvrement pour y élaborer des pratiques communes.

- **concevoir et mettre en œuvre des études** où les compétences individuelles sont insuffisantes, par exemple de participer à des bilans régionaux des populations du point de vue de leur état de santé au travail.

- **pour suivre spécifiquement les travailleurs précarisés** dans leur travail. L'organisation du travail est trop souvent génératrice d'inégalités devant les contraintes et d'atteintes multiples à la santé. Des populations voient se cumuler sur leur parcours contraintes générées par l'organisation du travail, et expositions environnementales multiples. Les entreprises qui génèrent les risques les externalisent trop souvent aujourd'hui. C'est à l'inventaire de tout cela que les médecins doivent participer quotidiennement en prenant en compte le vécu, bien souvent non socialisé des salariés et leurs trajectoires d'exposition à des nuisances invisibles et ignorées. Le suivi particulier des populations précaires comme les intérimaires ou les salariés d'entreprises intervenantes en sous-traitance en cascade devrait avoir comme objectif un réel in-

ventaire des risques, et la prise en compte de la mise en œuvre de leur prévention. La cible des médecins devrait être de démonter ce que de tels statuts impliquent comme déresponsabilisation des véritables donneurs d'ordre, externalisation des risques et entrave objective à leur prévention. Les organisations juridiques génératrices objectivement de risques doivent être nommées par les professionnels, et les sur-risques qu'elles entraînent, investigués.

- **pour prendre en charge le suivi médical post-professionnel** de salariés ayant été exposés à des cancérogènes. La dynamique que permet ce suivi, au-delà de sa nécessité du point de vue des responsabilités de la société vis-à-vis des salariés injustement exposés, constitue un formidable levier porteur de prévention primaire. Elle permet en effet la mise en évidence des expositions aux cancérogènes. La rencontre de médecins généralistes et de médecins du travail autour de cet enjeu permet à la fois de donner acte aux sujets antérieurement exposés et d'en accompagner les éventuelles conséquences sanitaires. Elle permet aussi une coopération essentielle à la charnière du travail/hors travail, qui permettra d'inventer des modes d'actions face aux nuisances à effets différés et aux contraintes organisationnelles d'horaires ou de rythme de travail.

Un fort engagement collectif, pour faire état dans l'espace public de ce qui est observé, est essentiel à l'évolution de la profession de médecin. Cela implique que les médecins concernés par des projets communs, définissent un minimum de règles éthiques et se mettent d'accord sur les finalités de l'action. Il est essentiel de bien définir à l'avance les objectifs, la méthodologie mise en œuvre, les responsabilités précises de chacun, les modalités de rendu de résultats aux différents acteurs sociaux, l'organisation du suivi sur le terrain de la démarche et la diffusion des résultats, tout cela dans le respect de l'autonomie professionnelle de chacun.







res du type des Commissions régionales de médecine du travail ou du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

Y-a-t'il volonté politique des responsables de construire une véritable prévention des risques du travail pour la santé reposant sur un contrôle social équitable, des services de santé au

travail bien gérés et des spécialistes professionnellement indépendants construisants des coopérations en réseau ?

Là où il y a une volonté, il y a un passage, dit-on. La volonté sera donc mesurée à l'aune du résultat.

*Alain Carré, Dominique Huez  
septembre 1998*

## **RAPPORT ANNUEL 1997 CONCLUSION COMMUNE DE NEUF MEDECINS DU TRAVAIL DU SECTEUR DE BOURG-EN-BRESSE**

*« Vous avez dit esprit de concertation »*

*« Vous avez dit priorité à l'emploi ? »*

*Cette conclusion est en fait un rapport qui correspond à la réalité de nos constats, de notre activité. Elle sera donc plus longue qu'une simple conclusion car nous considérons qu'il se passe des choses trop graves dans le monde du travail pour ne pas les développer et ne pas insister sur la nécessité urgente de repenser le système actuel de prévention de santé au travail. En effet, l'archaïsme de son fonctionnement nous maintient dans une inadéquation dont l'affaire de l'amiante devrait rappeler à nos lecteurs les retentissements redoutables.*

### **SANTÉ ET TRAVAIL**

Pour des livraisons imposées d'un côté par leur affréteur et de l'autre par le client. Comme il faut bien se nourrir quand même, c'est le grignotage, le « sandwich à la charcuterie plus bière », pratiquement tous les jours...

Dans cette entreprise de livraison de gaz en bouteilles en vrac, les chauffeurs P-L. signalent cette année les horaires de travail pouvant aller jusqu'à douze heures par jour. Mais officiellement dans l'entreprise les heures supplémentaires n'existent pas, elles ne sont donc pas payées... Le chauffeur doit se débrouiller pour livrer tous ses clients, gérant les aléas de la route dans les limites de l'horaire légal. On constate, pour la première fois cette année, des signes de fatigue générale et divers troubles psychosomatiques portant sur le sommeil, la digestion, etc.

L'état de fatigue générale et les pathologies diverses retrouvées chez les trois salariées, apeurées, de cette toute petite entreprise de conditionnement de grenouilles, étaient préoccupants. Les conditions matérielles de travail y sont dures (posture, humidité, cadence, etc.) Mais les horaires de travail, théoriquement de 32 heures par semaine atteignent souvent 60 heures selon les commandes, avec des cumuls jusqu'à 230 heures par mois (payées 130 !). Devant la gravité et l'urgence des cas, un signalement à l'inspection du travail est effectué.

Les conditions de travail n'ont pas changé chez cette salariée, livreur. Elle commence sa journée à 5 h 30 par le chargement de son véhicule, elle termine sa tournée vers 13 h 30 et re-

tourne au magasin de 15 h à 18 h. C'est un poste à mi-temps... Elle ne compte pas ses heures dit-elle, mais c'est plus de 50 heures par semaine qu'elle effectue. Elle parle de l'accident de travail grave qui l'a immobilisé trois semaines et pour lequel il n'y a pas eu de visite de reprise du travail. Son mari, salarié de la même entreprise, a eu une réduction de son temps de travail sans diminution cependant de la charge de travail. Par peur de perdre son emploi, elle ne veut pas que le médecin du travail intervienne auprès de l'employeur et refuse de rencontrer l'inspecteur du travail.

Devant cette déconsidération vis-à-vis des salariées et ce manque de respect de la réglementation, quelle signification donner à l'avis d'aptitude remis en conclusion de la visite médicale ? Ne s'agit-il pas d'une caution médicale à des conditions de travail qui ne peuvent être que réprouvables ?

Les horaires de travail sont toujours excessifs et les journées de travail élastiques pour les transporteurs de cette entreprise de messagerie. Les départs sont retardés pour que les derniers colis arrivés puissent être pris en charge et livrés le jour même. Il faut répondre à la demande des clients, ne pas perdre le marché, argumentera le directeur, au médecin du travail quand le problème sera abordé en CHSCT. C'est d'ailleurs dans le secteur des transports que sont comptabilisées la moitié des visites de reprise du travail après accident du travail de cette année pour le médecin concerné.

## Flux tendu

Cette responsable d'équipe en blanchisserie essaie à tout prix d'anticiper le travail pour mieux le répartir sur la semaine et éviter à son équipe « la bourre » et les heures supplémentaires du vendredi soir, mais ça résiste, le travail en flux tendu, les délais courts... Elle est sous antidépresseur, parler du travail est une souffrance, elle absorbe les remarques de sa hiérarchie, et des salariées de l'équipe.

## L'inflation des TMS se poursuit

L'intensification, constatée, du travail n'a fait qu'augmenter le nombre de cas de TMS que nous avons pu relever cette année.

Ainsi dans un petit supermarché, en milieu rural, il s'est produit en 1997, une véritable « épidémie » de troubles musculo-squelettiques — deux syndromes du canal carpien, opérés, chez des caissières, et une tendinite de l'épaule droite chez la « responsable produits frais ». On note ici une intensification du travail avec augmentation de manutention aussi bien en caisse que dans les autres secteurs, avec un recours important au temps partiel, l'effectif passant dans le magasin à un instant donné étant tout juste suffisant pour satisfaire les clients. De nombreuses plaintes des salariés ont été reçues, aussi, concernant l'implantation de nouvelles caisses « linéaires » (manque de place, gestuel augmenté).

20 % des salariés d'une biscuiterie souffrent de TMS à des postes où les gestes sont répétitifs et à forte cadence. Deux salariés ont subi une intervention sur le canal carpien.

## La souffrance, les manifestations pathologiques sont d'autant plus présentes que le travail n'a pas de sens, qu'on se sacrifie pour rien.

On voit le retentissement sur la santé d'une intensification du travail qui se double d'une impossibilité de faire du bon travail. La salariée porte dans son corps les marques d'une mobilisation qui n'est pas reconnue. Pire encore : elle ne peut pas avoir la satisfaction du travail bien fait. Elle fait du montage dans une usine de plasturgie : « *Je suis passée de 30 à 60 pièces par jour, le soir j'ai les doigts enflés.* » Elle présente un état dépressif et pleure pendant la consultation car « *malgré tout on fait du mauvais travail* » (14 000 pièces sont revenues de chez le client). Sa tension artérielle a augmenté et son poids a chuté.

## Établissements de soins, maison de retraite, MAS, sont de plus en plus touchés

TMS, troubles du sommeil, pathologies rachidiennes, troubles psychiques, dépression nerveuse, altération de la courbe de poids touchent de façon très remarquable l'ensemble du personnel de ces établissements. Là aussi, les manifestations sont souvent mises en parallèle avec le sentiment de faire mal son travail, de ne pas remplir sa mission.

Une aide-soignante de maison de retraite pleure pendant la consultation : « *On a à peine le temps de les tenir propres et de faire le ménage, si on leur parle c'est considéré comme*

*une perte de temps. Avant nous leur tenions la main maintenant ils meurent tout seuls. L'autre jour, il y en a un qui s'est écroulé pendant le repas, c'était dur pour tout le monde mais j'ai préféré car j'ai au moins la consolation qu'il n'était pas tout seul à ce moment là ! »*

## Souffrance extrême quand on perd sa dignité en acceptant tout par peur de perdre son emploi : même de fermer les yeux sur la maltraitance à autrui

L'audit permanent du personnel instaure une peur, une culpabilisation des salariés. La suspicion est mise sur un ou plusieurs individus qui nuiraient à la performance de l'entreprise. Ces salariés victimes de cette violence sont souvent silencieux, parlent avec réticence au début. Le sentiment de peur est très fort. Cette peur est aussi présente chez les collègues qui compatissent — « *mais qui n'aideront pas* » — le salarié harcelé. Cette peur insidieuse, comparée à celle des régimes autoritaires nous est confiée en secret par certains salariés. « *Mais je ne veux pas perdre mon emploi* » et le phénomène de la culpabilisation s'installe aussi chez eux.

## La pression économique

La pression économique s'exerce aussi sur l'aspect purement matériel des conditions de travail et les risques dits physico-chimiques n'ont pas disparu loin s'en faut : en particulier le risque provoqué par l'air ambiant pollué, « l'air contaminé ».

Ainsi dans une petite entreprise de construction métallique de vingt salariés, on pratique la soudure sur inox dans un atelier sans véritable aspiration ni ventilation. En 1996, intervention du médecin du travail, promesse de l'employeur, entrée en action du contrôleur technique de la CRAM. En 1997 rien n'est fait, mais l'entreprise signe un contrat de prévention avec la CRAM pour des aspirations. Début 1998 retour du médecin du travail dans l'entreprise car il enregistre toujours des plaintes des salariés et constate des signes patents cliniques et spirométriques d'irritation des voies aériennes. Il apprend que le projet d'aspiration est reporté en raison de son coût.

Mêmes constats dans la plasturgie avec manifestations irritatives, allergiques des voies aériennes, des muqueuses, de la peau. On ponce, on usine, on peint on est exposé à des produits, solvants, poussières dont les « fiches de données de sécurité » confirment la nocivité, la cancérogénicité, sans les minimums d'aspiration requise.

Nous constatons de manière générale qu'il y a quelque chose d'inexistant concernant la lutte antipollution dans nos entreprises; alors que les risques et retentissements sont aggravés par les fortes contraintes de temps, du toujours plus et toujours plus vite.

## Accidents du Travail

Le nombre des accidents du travail augmente ainsi que la gravité. Nous notons beaucoup de blessures aux mains allant jusqu'à l'amputation de doigts, de fréquentes coupures, des sections de tendons.

Notre analyse nous fait constater à l'origine :

a - Insuffisances des préventions techniques minimales : machines dangereuses.

b - Le manque de formation, de connaissance du travail, de savoir-faire :

Cas d'une dame en CDD dont la main est totalement scalpée dans une machine en agro alimentaire. Elle est depuis un mois sur le poste sans formation aux risques, « poste sans risque » dit-on.

Un CDD en plasturgie aura des brûlures nécessitant une greffe parce qu'elle a pratiqué du brûlage à côté d'un poste où il y avait des émanations d'acétone.

Un autre CDD aura une coupure sévère en utilisant une scie à ruban. Au lieu de prendre du temps pour lui apprendre à se servir de la machine, on lui a mis un gant en côte de mailles trop grand qui a entraîné la main sous la lame — gant et main seront coupés.

Quand on interroge sur la formation aux risques — « *Au bout de deux minutes on est sur le poste et il faut être rentable* » ; « *Quand on connaît bien un travail, on nous met ailleurs.* »

#### **Le travail dans l'urgence, les tensions permanentes**

Dans cette petite entreprise de métallurgie de quinze salariés, il y a eu quatre AT avec blessures de mains. Un tourneur blessé à la main hésitera à parler puis explosera lors de la visite de reprise « *On est toujours bousculé, ça ne va jamais, on est toujours en train de nous agresser, c'est pour ça qu'on a des A.T.* »

Malheureusement, il existe très souvent de la part des CHSCT, des responsables d'entreprise des explications toutes faites, des solutions erronées malgré le développement de l'argumentaire du médecin qui se fonde sur la connaissance des postes et de l'organisation du travail.

Sous prétexte que « le client est roi » le salarié doit se débrouiller dans n'importe quelles conditions:

Dans cette entreprise de transport frigorifique de 120 personnes, on pratique souvent la manipulation de palettes pesant plus d'une tonne, à manutentionner parfois sans chariot électrique.

\* Lors de la réunion du CHSCT, où l'on examinait les circonstances d'un accident du travail survenu dans une opération de ce genre et ayant entraîné plusieurs mois d'arrêt de travail, le médecin du travail pose, naïvement, la question de savoir pourquoi ces palettes sont lourdes ? La réponse est simplement évidente, bien sûr : l'emplacement d'une palette dans un camion a un certain coût, le client, le « chargeur », a intérêt à la charger au **maximum**, le salarié n'aura qu'à se débrouiller...

Dans la même entreprise un accident de travail entraîne six semaines d'arrêt un roll de viande chargé à 500 kg se renverse sur le chauffeur livreur en raison d'un mauvais état du soi du quai de déchargement d'une grande surface. Il paraît

que l'état de ce quai est connu de tous les chauffeurs livreurs de la région...

\* Pire encore, ils sont mis en accusation : nous sommes souvent atterrés de les entendre qualifiés de négligents, étourdis, fainéants (à croire quels prennent plaisir à laisser leurs doigts dans les machines) avant de passer « à l'étude » de l'accident suivant.

Un électricien signale à son chef le danger de réparer des éclairages à plus de quatre mètres de hauteur, seul, en utilisant une échelle. En effet, l'échelle bascule et il se casse la jambe. Quelques jours plus tard, un autre ouvrier est sommé de s'occuper de l'éclairage, on lui refuse un collègue pour l'assister, il tombe de façon identique à celle de l'électricien et se fait la même blessure. Les deux salariés ont été considérés comme dilettantes lors d'un CHSCT.

Lors d'une visite d'atelier ce chef d'entreprise fera à plusieurs reprises la sourde oreille aux questions concernant les AT dans l'atelier puis il finira par reconnaître qu'entre autres, un salarié a été amputé de deux doigts, sa conclusion préventive sera : « *C'est inacceptable, il a fait une faute, il a reçu une lettre d'avertissement.* »

#### **La pratique du camouflage des AT par les « postes allégés »**

Nous voulons reparler ici des pratiques anormales mais connues de tous concernant le camouflage des AT (avec arrêt) par les postes allégés. Les abus et les atteintes à la santé se retrouvent à bien des niveaux.

Celui-ci ne sera pas envoyé chez le médecin car le chef d'atelier considère que c'est bénin, ce sera le cas d'un asthme déclenché par des résines phénoliques.

Ce magasinier est en arrêt après suture de tendon en AT — son chef lui demande de reprendre « *en faisant ce qu'il peut* ». Le salarié demande au médecin de ne pas le renvoyer en arrêt malgré les risques de son poste de travail car il a peur. Le chirurgien donne son accord avec un aménagement de poste. Il est apte à un poste de magasinier sans se servir de la main !

Il y a aussi le cas où le chef accompagne le salarié chez le médecin pour que l'arrêt ne soit pas prescrit.

Dans certains cas même, le premier volet de déclaration est envoyé par le salarié à la sécurité sociale, mais l'entreprise écrit pour annuler l'arrêt « par un poste allégé ».

Dans tous les cas on extirpe par la peur des brimades ou du licenciement, l'accord du salarié. Nous avons beaucoup apprécié la position du responsable national des médecins inspecteurs rappelant que la déontologie interdit au médecin du travail de se compromettre dans de telles dérives. Nous tenons à témoigner ici qu'elles ne sont pas exceptionnelles et outre le camouflage des indices de gravité des AT, elles compromettent gravement les possibilités de restaurations de l'intégrité physique des salariés et donc leurs capacités fonctionnelles en particulier professionnelles.

## LE MOT D'ORDRE ÉCONOMIQUE PARTICIPE A L'EXCLUSION EN FAISANT FI DE LA VARIABILITÉ HUMAINE

Cette année un élément de plus dans la spirale infernale au nom des économies de santé, le soutien médical s'amenuise. La santé du salarié se voit prise en tenaille.

\* Dans l'entreprise, « les lois propres à l'entreprise » vont à l'encontre des lois nationales et européennes.

Nous avons vu dans le premier chapitre, le retentissement de cette dérégulation sur toutes les conditions de travail.

La déstabilisation se complète quand les atteintes à la santé deviennent très franchement incompatibles avec le travail.

Théoriquement le médecin du travail est « *habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, la résistance physique ou à l'état de santé des travailleurs* » (articles L 241-10-1 du Code du travail). Dans la pratique quotidienne, cette disposition tend à devenir totalement inapplicable.

### Maladie

Il s'agit d'une des plus importantes entreprises de transport de la région avec 110 salariés. Actuellement, cette entreprise n'offre plus aucune possibilité de reclassement en cas d'incapacité d'un chauffeur livreur.

Après plusieurs cas, ces dernières années, deux nouveaux cas en 1997, l'un à la suite d'un accident de vie privée et l'autre d'une pathologie cardiaque ont confirmé cette évolution.

En effet, seuls persistent les postes de chauffeurs livreurs avec grande variabilité des horaires et nombreuses activités de manutention. Les postes de conduite pure, sans manutention sont progressivement supprimés.

Cette activité, pour des raisons de rentabilité économique, est sous-traitée à des « tractionnaires », souvent travailleurs indépendants, véritables forçats de la route. Le médecin du travail sait qu'en cas d'incapacité au poste de chauffeur livreur ce sera automatiquement le licenciement pour le salarié. Seuls quelques aménagements-temporaires, au niveau de tournées plus « faciles » par exemple, peuvent être obtenus lors de visite de reprise après arrêt de longue durée, et ceci à cause de « l'humanité » du responsable local, ancien chauffeur lui-même.

### Grossesse

Femme salariée « ouvrière à la fabrication » d'une entreprise de double vitrage, travail en station debout, elle doit pousser des vitrages sur un plan mobile. Les charges sont variables — elles peuvent être lourdes selon la taille du vitrage. Elle est exposée au bruit. Le médecin demande un aménagement du poste ou une mutation temporaire dans l'entreprise en raison de la grossesse : avoir la possibilité de s'asseoir, ne pas effectuer de manutentions lourdes. Visite du poste avec le directeur qui propose de la licencier, si elle ne peut plus effectuer son travail.

Femmes enceintes dans une boyauterie, entreprise qui dans l'année 1996-1997 a construit un nouvel atelier. A cette occasion le médecin a transmis des documents relatifs au poste de travail assis/debout au chef d'entreprise, Quelques postes auraient pu être de ce type. Refus : « la tradition, l'impossibilité de travailler aussi vite ». L'inspection du travail est intervenue en vain. Cela se terminera par un arrêt maladie faute d'aménagement de poste.

### Handicaps

L'intolérance vis-à-vis des salariés à problèmes de santé grandit dans les entreprises. Les audits internes qui y sont institués ne leur laisse plus la latitude nécessaire à leur intégration.

Pour tel salarié ayant un problème psychiatrique au long cours, traité depuis des années et qui occupait un poste lui convenant assez bien, avec des horaires normaux, permettant un équilibre satisfaisant, une mutation brutale à un poste trop rapide, dans un environnement sans indulgence, va lui faire perdre ses repères. Il faudra une hospitalisation, une reprise à mi-temps thérapeutique de quelques semaines, et un nouveau poste qui lui donne toute satisfaction pour le remettre à flot. Mais est-il rentable ? L'entreprise est en cours de calcul — y a-t-il adéquation entre sa production et ce dont bénéficie l'entreprise pour ce salarié reconnu en catégorie B par la COTOREP. Il y aura des pourcentages...

Un salarié d'une quarantaine d'années, en invalidité première catégorie depuis quelques années et travaillant à mi-temps, souhaite, la période aiguë passée, reprendre une activité à temps complet. La direction n'y est pas favorable, arguant une rechute possible, une inadaptation, une baisse de rentabilité, et ne voulant pas examiner les nouvelles possibilités. Elle pérennise chez le salarié un sentiment d'exclusion.

Dans cette entreprise de l'agroalimentaire, une salariée occupe un poste de conditionnement depuis une vingtaine d'années. Elle présente quelques problèmes de santé mais le poste n'est pas trop dur. Ces dernières années, sa hiérarchie demande la polyvalence — elle ne peut occuper tous les postes demandés et on lui impose une mutation dans un autre atelier, quasiment pas de formation, poste non adapté, demande d'efficacité immédiate — la salariée perd toute confiance en elle, tombe malade et s'arrête. À sa reprise, nouvel atelier et même scénario. Nouvel arrêt, dossier COTOREP en urgence. La direction reconnaît qu'elle souhaite se séparer de cette salariée.

Certaines entreprises mettent les salariés fragiles en situation d'échec, en général pour les pousser à partir volontairement ou à s'arrêter pendant des périodes longues. Elles misent sur l'utilisation de salariés intérimaires ou de CDD, qui acceptent tout changement de poste, d'horaire, qui ne seront présents dans l'entreprise que dans les périodes où on a besoin d'eux, toujours disponibles car en situation de travail précaire. Cette politique de régulation des salariés presque au jour le jour, produit des salariés polyvalents en surface, formés très rapidement, encore plus vulnérables

## Age

Enfin, pathologie, grossesse, mais aussi « âge » ainsi que des exigences non professionnelles deviennent des facteurs d'exclusion.

Donnons cet exemple très traumatisant d'une coiffeuse de 38 ans qui depuis quatre ans essaie de compléter son temps partiel. Il lui est rétorqué qu'elle est trop vieille et ne correspond pas au *look* exigé par les grandes chaînes de coiffure.

Nous le constatons effectivement, celles-ci emploient de très jeunes salariées corvéables à merci, qui ne prennent pas leurs pauses et répondent à toutes les fantaisies horaires (le *turn-over* y est d'ailleurs très parlant). La compétence professionnelle n'est plus en jeu. Cette personne, seule avec enfants, parle de sa marginalisation progressive, elle essaie de faire quelques ménages et va aux restaurants du cœur.

\* Rejeté par l'entreprise, le salarié blessé ou malade est également victime de la campagne des économies de santé.

Du fait de la campagne pour comprimer les dépenses de santé et probablement aussi du fait de la méconnaissance du corps médical de l'intolérance du monde du travail vis-à-vis de toute personne un tant soit peu affaiblie, nous avons dû gérer une difficulté nouvelle pour le salarié.

Le médecin de Sécurité sociale, mais aussi (pour la première fois cette année, nous en avons un nombre non négligeable de cas) le médecin traitant, le spécialiste, le chirurgien refuse un arrêt ou une prolongation d'arrêt après maladie, AT, chirurgie, alors que la personne n'a pas récupéré ses capacités pour effectuer toutes les activités exigées par son poste de travail.

Une femme de 40 ans, auxiliaire de vie dans une MAS subit une conisation pour cancer du col de l'utérus puis une hystérectomie, un mois après car la conisation s'est avérée insuffisante. Fatiguée et dépressive, elle est renvoyée au bout d'un mois et demi pour porter et s'occuper de malades grabataires.

M. X..., une trentaine d'années, père de famille de deux enfants, présente une TMS reconnue maladie professionnelle. Le médecin le déclare inapte temporaire à effectuer des mouvements répétitifs à cadence forcée. Il a la surprise de le revoir sept jours plus tard avec une notification de reprise.

Ces situations mettent le médecin du travail dans des contradictions insérables laisser reprendre le salarié prématurément à un poste inadapté aboutit à des handicaps définitifs mais protéger la santé par l'inaptitude c'est la menacer par la perte d'emploi.

Mme Z... subit une intervention chirurgicale avec suites non simples comme le reconnaîtra ultérieurement le chirurgien qui refuse d'emblée de prolonger l'arrêt maladie. Elle est donc contrainte d'utiliser ses congés annuels devant son incapacité évidente à reprendre son travail.

M. M... est victime d'un asthme suspecté être d'origine professionnelle mais pour lequel la déclaration en maladie professionnelle a été rejetée après enquête administrative de la sécurité sociale. Devant l'aggravation clinique de cet homme et le maintien au poste qui paraît compromis, une demande de reconnaissance en invalidité première catégorie est engagée. Celle-ci est rejetée également avec la raison que la maladie est très vraisemblablement en rapport avec des émanations qui se produisent sur le lieu de travail ! Cette incohérence est très mal vécue par le salarié et le médecin du travail demande une explication à ce non sens qui a eu pour effet la réouverture du dossier et une nouvelle enquête sera menée.

Cette salariée sur une chaîne de montage en plasturgie présente une tendinite de De Quervain déclenchée par des séries qui présentaient des difficultés de montage et la nécessité de forcer avec le pouce. La salariée a peur des repréailles le médecin du travail a écrit au médecin traitant qui pense qu'il y a un risque pour l'emploi à faire la déclaration. La salariée n'est pas en arrêt, le médecin du travail a demandé un poste moins pénible mais il y a toujours travail des mains et risques d'effort liés à la variabilité. Une chirurgie est envisagée ? Qu'en sera-t-il des possibilités de reprise ? Quand nous faisons nos études, on nous apprenait que le repos était le premier anti-inflammatoire pour une tendinopathie ?

Cette salariée de 40 ans en CDD, agent de service dans une maison de retraite et soulevant quotidiennement des malades grabataires fait un épisode de décompensation cardiaque pour lequel il est décidé une prothèse valvulaire. Elle sera renvoyée au travail en attendant la prothèse ! Après la chirurgie, elle garde des signes d'insuffisance cardiaque le seul fait de monter sur la table d'examen l'essouffle. Elle vient en visite de reprise car son arrêt de travail est terminé. Le chef d'entreprise n'a rien à lui proposer et certifie au médecin du travail que son CDD prendra son terme dans un mois. Le médecin du travail fera un courrier au médecin traitant pour demander une prolongation d'arrêt et même envisager une invalidité.

Nous avons renvoyé un certain nombre de salariés avec des courriers expliquant les conditions de travail, les contre-indications, la mise en danger pour la santé.

Nous nous inquiétons, car si les critères économiques suppriment aussi les possibilités de soins et d'arrêts nécessaires, dans la tenaille apte-inapte et l'étroitesse de notre marge de manœuvre, nous ne faisons que constater que « *ceux qui ont la chance d'avoir du travail deviennent de plus en plus précarisés* ».

Est-ce vraiment une économie pour la société ?

Nous argumentons dans les entreprises, nous argumentons auprès des médecins de soins et des médecins de la Sécurité sociale, mais peut-on vraiment espérer s'occuper encore de santé si de toute part l'argument principal est économique ? Nous touchons là aux limites de notre action individuelle.

## **NOS ACTIONS EN MILIEU DU TRAVAIL. LEURS EFFETS POSITIFS, LEURS LIMITES :**

Malgré la faiblesse de nos moyens, le peu de temps qui nous est imparti par entreprise, nous essayons le plus possible d'agir par des rapports, des propositions auprès des responsables d'entreprise, des CHSCT. Nous donnerons ici un certain nombre d'exemples; nous en analyserons les résultats mais aussi malheureusement les limites pour en tirer ensuite les conclusions qui s'imposent sur le système de prévention de santé au travail.

### **ACTION INDIVIDUELLE DE CHAQUE MÉDECIN**

Chacun essaie individuellement d'avoir une action en milieu du travail en interpellant les membres des CHSCT (quand ils existent), les responsables d'entreprise, et surtout en rédigeant des rapports qui leur sont adressés. Ceux-ci décrivent les risques, les manifestations pathologiques constatées au cabinet, l'articulation entre les deux ainsi que tous les éléments relevés comme pathogènes ou facteurs aggravant dans l'organisation de travail. Comme nous l'avons souligné dans nos constats, le risque toxicologique a été une de nos grandes préoccupations. Il a donné lieu à un bon nombre d'interventions et de rapports.

\* Dans une entreprise de plasturgie, devant l'aggravation des manifestations pathologiques liées au travail, et l'augmentation du nombre et de la gravité des risques, le médecin décide de faire un rapport au CHSCT pour alerter de nouveau sur un certain nombre de points :

- de plus en plus de « postes inaptes » où la prévention nulle ou inefficace entraîne des pathologies et des « inaptitudes ».
- œdème de Quincke, éruptions, conjonctivites, épistaxis dus à des travaux de collage avec cyanoacrylates sans aspiration.
- asthme, trachéite irritative, altérations des EFR à des postes de ponçage de matériaux composites.
- moulage à mains ou sur presse exposant à tous types de solvants dont certains potentiellement cancérigènes (styrène, épichlorhydrine) syndrome des solvants chez certains membres du personnel.
- manipulation d'amines aromatiques.
- altération auditive des salariés exposés au bruit.

Le rapport a également mis en évidence le coût pour la santé de la polyvalence à tout prix et de la précarisation du personnel : l'entreprise tourne en permanence avec un tiers de CDD.

### **EFFETS POSITIFS**

- changement des systèmes d'aspiration des cabines de peintures. Mais il faut aussi dire qu'il y avait un problème de qualité qui a été très moteur dans ce changement.
- mise à l'étude d'un changement des aspirations de poussières aux postes de ponçage.

- information systématique du personnel féminin des postes présentant des risques en cas de grossesse et de la possibilité de demander à rencontrer le médecin du travail.
- Il y aussi malheureusement le versant plus négatif qui fait considérer par certains « le risque femme enceinte » comme un élément à éliminer à l'embauche.

### **LIMITES**

Hiatus entre un discours de bonne volonté et les réelles possibilités des responsables de l'entreprise dont la prévention ne représente qu'un centième de leurs attributions. Ils sont très vite réabsorbés dans les préoccupations de rentabilité.

Les AT, les problèmes de santé liés aux contradictions de l'organisation du travail, à la précarisation, la polyvalence du personnel demanderaient une analyse fine et le temps de le faire. Le médecin a donné quelques pistes, mais le chef d'entreprise qui dit dans un premier temps ne pas être insensible à cet argumentaire, a tôt fait de renvoyer les responsabilités du côté des hiérarchies intermédiaires et des salariés, pour finir par avouer « *que la solution sera peut-être dans la délocalisation* » !

Le médecin du travail essaie de maintenir le débat et la réflexion préventive, il assiste à tous les CHSCT et sollicite souvent les responsables hiérarchiques mais ceux-ci sont aussi dans leur contradiction et le suivi des actions de prévention est très aléatoire.

Dans l'entreprise, le médecin est absorbé par les visites de CDD non comptabilisées dans son effectif et les visites de reprise ou à la demande des salariés du fait des problèmes de santé dus aux conditions de travail néfastes. En dehors de l'entreprise, ses deux cent trente-huit autres entreprises l'attendent !

\* Un certain nombre de ces rapports a donné lieu à des actions coopératives avec l'inspection du travail, parfois la CRAM et soutien aux délégués du personnel préoccupés de l'amélioration des conditions d'hygiène et de sécurité ou encore avec AGEFIPH.

Dans un atelier de conditionnement de fleurs où les horaires de travail étaient excessifs, les conditions de travail se sont notablement améliorées avec l'action coopérative de l'inspection du travail. Des embauches ont été faites et une régulation des horaires de travail s'en est suivie.

Cette chaudronnerie d'une vingtaine de personnes est connue dans la région pour ses conditions de travail « préhistoriques ». Un des salariés décide de se présenter aux élections DP afin d'obtenir une amélioration sur des points précis et bien connus des salariés depuis des années, points à propos desquels à maintes reprises, des aménagements ont été demandés, soit par le contrôleur du travail, soit par le technicien de la CRAM, soit par le médecin. C'est notamment de l'ate-

lier de peinture dont il est question — il n'est pas séparé de l'atelier fabrication, il n'existe aucune ventilation. Les systèmes de prévention individuels ne sont pas adaptés (masques anti-poussières au lieu de masques à cartouche filtrante). Autre point sensible, rien n'est prévu pour le chauffage dans l'atelier de fabrication.

Le salarié candidat sollicite notre soutien par une lettre recommandée, ainsi que celui du contrôleur du travail. Nous nous concertons pour une action commune, priorisant certains points. Le contrôleur interviendra plusieurs fois dans l'entreprise afin de suivre les élections DP (le salarié est en conflit avec l'employeur) et de demander les améliorations exigibles par la Loi.

Le médecin a revisité, l'entreprise, envoyé à l'employeur — un rapport complet de toxicologie concernant les produits utilisés, les conseils de prévention soutenu par écrit auprès de l'employeur l'action du salarié, comme étant très justifiée sur le plan de la santé au travail, sollicité l'intervention du technicien de la CRAM à des fins de conseils plus techniques (ventilation, chauffage).

Au total, le salarié a été élu — il dit s'être sacrifié pour améliorer son entreprise — les pressions qu'il subit sont difficiles à vivre ; les ateliers ont été séparés, les salariés de la fabrication sont donc épargnés des vapeurs de solvants et de peinture les peintres possèdent désormais des masques adaptés, combinaisons, gants mais rien n'a été fait au niveau de la ventilation ; les ateliers sont toujours sans chauffage.

L'employeur oppose à ces améliorations un coût trop important ; mais il n'y a pas eu d'essai de chiffrage, ni de programmation des travaux dans le temps, comme l'avait conseillé le contrôleur du travail. Si ces travaux lui sont imposés, il « *fermera l'entreprise* ». Quelle suite donner ?

Nous savons que le contrôleur passera et repassera dans l'entreprise. Nous continuerons de notre côté à informer, conseiller.

\* Dans une carrosserie poids-lourds, des salariés s'élèvent avec courage pour voir améliorer leur atelier polyester. Ils fabriquent des cabines de véhicules, cette activité a été ajoutée à leur activité de collage des panneaux sans que soit pensée la prévention, surtout au niveau de la ventilation. Donc exposition certaine au styrène, cumulée avec une exposition aux isocyanates et toluène contenus dans la colle. Les examens sanguins rapportent des dosages transaminases un peu élevés, nous faisons part de notre inquiétude aux salariés lors des consultations. Ils décident alors d'intervenir collectivement auprès de l'employeur, et nous interpellent afin d'appuyer leur action.

Le médecin travaille un rapport toxicologique très complet sur la toxicité des produits utilisés et les moyens de prévention et sollicite dans ce rapport à l'employeur une intervention de la CRAM.

Lors d'un entretien avec l'employeur, celui-ci « propose » un arrêt de cette activité polyester avec licenciement de deux salariés et une sous-traitance à des gens qui « font cela dans des greniers ».

Le médecin rappelle son objectif, celui de la santé au travail ; l'entretien évolue un peu, l'employeur comprend la nécessité de prévention et promet qu'il fera quelque chose lorsqu'il le pourra. Mais un an après, rien n'est fait, les salariés sont amers. Nous abordons la question en CHSCT afin que celui-ci s'engage mais les bouches restent cousues.

En consultation, les « exposés » nous resollicitent, il faudra continuer à dire, écrire, faire intervenir ceux qui pourront soutenir cette action.

\* Dans une entreprise fabricant des cuves en inox celles-ci sont soudées, puis lavées aux acides (dont l'acide fluorhydrique). La visite d'entreprise puis les consultations médicales permettront de repérer des situations de travail à améliorer rapidement.

Le médecin réalise une fiche d'entreprise détaillée au niveau des risques, de la prévention (acide/soudure/manutention), fiche qu'il fait parvenir à l'employeur et au contrôleur du travail afin de solliciter son appui. Des élections DP ont lieu, à sa demande. Donc, le début de la construction d'un tissu, qui permettra d'espérer une amélioration.

### **ACTION COOPERATIVE AVEC L'AGEFIPH**

M. S..., reconnu travailleur handicapé suite à une maladie professionnelle pour épycondilite droite, opéré sans succès et qui présente des séquelles fonctionnelles notables puisqu'il ne peut plus exercer de mouvements forcés en pronosupination ni de manutention manuelle lourde avec son membre supérieur droit. Il reçoit une notification de reprise de la part du médecin conseil de la Sécurité sociale, reprise qui paraît impossible étant donné les contraintes de mouvements que nécessite son emploi. L'employeur, dans un premier temps, notifie son impossibilité de reclasser ce salarié, n'ayant pas de poste respectant les restrictions d'aptitude.

Après la proposition du médecin du travail de faire intervenir l'AGEFIPH pour étudier une adaptation de poste éventuelle avec aide financière, il est alors décidé par l'employeur de faire une création de poste avec acquisition d'une nouvelle machine pour faire le contrôle et la rectification des pièces mécaniques Machine à commande numérique qui est tout à fait adaptée aux possibilités cliniques du M. S...

Cette solution a permis à ce salarié de conserver son emploi au sein de l'entreprise, ce qui a été très bien vécu par tous les intervenants de cette action.

### **L'ACTION COLLECTIVE DES MÉDECINS SE POURSUIT PARALLÈLEMENT**

Cette année nous avons retenu deux sujets de réflexion, concernant deux entreprises où il existe des problèmes de santé de toute évidence en rapport avec le travail, mais où les médecins de sentent en difficulté, ils apportent régulièrement leur matériel clinique en réunion pour que l'analyse et la recherche des orientations pour améliorer la situation soit faite collectivement.

Un enseignant de la faculté de médecine de Lyon vient en faire la critique et apporter son aide constructive, à intervalles réguliers.

## L'ACTION COOPÉRATIVE COLLECTIVE AVEC LES INSPECTEURS DU TRAVAIL S'EST POURSUIVIE AUTOUR DE DEUX AXES PRIORITAIRES :

### Secteur de l'agro-alimentaire

Essentiellement des abattoirs de volailles, véritables zones de non droit où les conditions de travail associées aux cadences infernales et surcharges horaires entraînent des pathologies graves et invalidantes.

Inspecteurs du travail, médecins du travail et ingénieurs CRAM ont mis en place des CHSCT et assistent régulièrement à trois à toutes les réunions.

a) Dans deux abattoirs suivis par le D<sup>r</sup> X..., le bilan est mitigé, il constate :

1) des effets positifs : réintroduction d'un minimum de possibilité d'expression des salariés sans parler de dialogue car la gestion par la peur est telle que certains délégués de CHSCT, ont refusé de continuer leurs tâches.

Il semble exister une meilleure maîtrise de la durée du temps de travail avec moins de débordements scandaleux.

Des sièges assis debout à une dizaine de postes d'un des abattoirs vont pouvoir apporter un peu de soulagement à la fatigue.

2) mais il y a des limites à l'action : si quelques éléments positifs ont donc vu le jour, il persiste malgré tout un environnement de travail extrêmement délétère avec des indices d'atteintes à la santé extrêmement perturbés. La lecture des listes d'AT et MP s'accompagnent le plus souvent d'une impossibilité de dialogue avec discours sur la négligence, et le mauvais comportement des salariés.

Sur l'un des sites où apparemment un certain dialogue et de petites avancées sont possibles lors des réunions de CHSCT, il existe dans le cadre d'une restructuration avec un plan social, un tel jeu de pressions que les gens partent d'eux-mêmes avant le licenciement ou qu'ils racontent en pleurant à la visite médicale qu'ils n'ont même plus le droit d'aller aux toilettes ainsi que beaucoup d'autres brigades du même ordre !

b) Dans un abattoir de volailles suivi par le D<sup>r</sup> Y..., les conditions de travail sont un peu plus favorables même si celles-ci restent encore très précaires.

L'employeur a fourni aux employés des bottes et des vêtements de travail dont il assure le nettoyage. Il a également fourni des protections auditives correctes qui jusque là étaient assurées par du coton. Il y a eu élection de délégués du personnel avec écoute de leurs revendications, notées par écrit sur cahier et prise en compte de celles-ci, affichage des horaires qui semblent être de plus en plus respectés, allocation d'une prime de froid. Bien que les conditions de travail restent difficiles, les changements récents ont apporté une note plus humaine et redonnent aux salariés l'espoir que tout n'est pas immuable et qu'ils sont considérés au moins par l'inspection du travail et le médecin du travail.

### Apprentis

Ces dernières années nous ont laissés très inquiets devant l'état de santé de nos très jeunes apprentis (15-18 ans) en particulier dans les métiers de bouche (boulangers, serveurs, cuisiniers).

Nous constatons perte de poids, troubles du sommeil, états anxio-dépressifs en lien avec des horaires et durée de travail totalement agressifs pour la santé et par ailleurs illégaux.

Exemple : un apprenti cuisinier de 17 ans fait 63 heures par semaine et dans le même établissement, une apprentie serveuse de 18 ans fait 10 heures par jour, 54 heures par semaine.

Nous avons décidé de faire un courrier d'information et de sensibilisation sur l'importance des temps de repos et de sommeil dans cette période de croissance et de construction identitaire psychologique. Nous y rappelons les grands cadres légaux. Il a été envoyé avec toutes les fiches d'aptitude d'embauche à chaque employeur d'apprentis de moins de 18 ans dans les métiers de bouche. Nous annonçons une vigilance accrue de notre part et une deuxième consultation médicale six mois après l'embauche.

Parallèlement, les inspecteurs du travail ont fait des envois systématiques en rappelant la loi et demandant que soient remplies les fiches d'horaires.

Effets positifs et limites :

Certains apprentis et leurs parents se sont déclarés soulagés de cette surveillance et de se sentir un peu moins isolés, mais il nous faut bien reconnaître que les améliorations ne sont nettes que lorsque l'inspecteur du travail se déplace dans l'entreprise pour exiger des changements.

D'une manière générale, il nous faut conclure sur l'incroyable impossibilité de dialogue et de concertation dans les PME :

- **si on est fatigué en faisant 60 heures par semaine, on est fainéant.**
- **si on est malade et qu'on a besoin d'un aménagement de poste « on n'est pas un hôpital » ; « on n'a pas besoin des handicapés ».**
- **si on rappelle la loi concernant la prévention ou les horaires, « on est pointilleux » et « empêcheur de tourner en rond ».**
- **si on a un AT c'est « par étourderie » ou « maladresse ».**
- **si on est malade, on est « tire au flanc ».**

Déni des problèmes humains, mais aussi déni des réalités du travail, déni des contradictions, dans les mots d'ordre qui disent une chose et son contraire. Les problèmes ne sont pas simples, en tant que préventeur, nous le constatons tous les jours mais déni et absence de concertation les aggravent et entraînent un coût humain que nous constatons tous les jours et auquel s'ajoute le coût sur le travail et la qualité.

## **COMMENT FAIRE POUR ÉVITER LES ALTÉRATIONS DE LA SANTÉ DU FAIT DU TRAVAIL ?**

Bien sûr nous avons encore et toujours à nous améliorer du côté de l'inventaire des risques avec nos 3 000 salariés et nos 300 entreprises, nous avons encore à affiner nos diagnostics. Mais qu'on ne se trompe pas; les constats sont faits : la majorité d'entre nous connaissent les principaux risques et les principaux types d'atteinte à la santé dans leurs entreprises.

La question est d'avoir les moyens pour les éviter.

1) On ne pourra pas indéfiniment faire l'impasse sur le déficit d'application des lois. Quand donnera-t-on les moyens à ceux qui sont chargés de les appliquer ?

Depuis des années, malgré les études épidémiologiques prouvant la cancérogénicité de l'amiante on a continué son utilisation sans prévention, il serait peut-être judicieux de ne pas attendre une nouvelle affaire de ce type en imposant les préventions légales prévues pour la manipulation des produits dangereux, des autres cancérigènes. Nous avons décrit suffisamment de cas où la simple application de la loi serait une amélioration considérable. Il faut pour cela arrêter de considérer que l'être humain n'a pas d'autre valeur que marchande.

2) Que faut-il vraiment au médecin du travail pour qu'il puisse vraiment s'occuper de santé au travail ?

Pas de moyens sophistiqués mais une réelle indépendance professionnelle. Celle-ci passe essentiellement par du temps et du temps librement géré pour s'occuper réellement des problèmes de santé au travail prioritaires listés dans cette conclusion.

Pour cela, il faut nous sortir de l'enlisement dans le sureffectif, l'archaïsme de fonctionnement qui constitue à assimiler « la médecine du travail » « à la visite médicale » et « la visite médicale » (la plus rapide possible) à la fiche d'aptitude (la plus laconique possible). Tout cela est inefficace et nous embourbe dans un fonctionnement routinier à visée uniquement gestionnaire. Cela sous-entend forcément de remettre totalement en question l'étrange système structurel qui entretient notre inefficacité.

Le temps est nécessaire pour recueillir les informations, les éléments d'atteintes de la santé pour les articuler avec les conditions de travail, la complexité de l'organisation du travail mais aussi pour donner des pistes et accompagner individus, collectifs et organisateurs de travail dans la recherche des solutions qui, il faut bien le reconnaître actuellement sont souvent très complexes du fait de l'intrication des problèmes.

### **EN CONCLUSION**

1) Nous constatons à tous les niveaux de ce rapport le déficit constant de la concertation dont pourtant on entend beaucoup parler :

Toutes les manifestations pathologiques en lien avec le travail décrites dans le premier chapitre se passent dans un contexte où le salarié considéré comme simple exécutant et non-auteur de son travail ne fait que subir toutes les astreintes

De plus en plus notre profession s'accorde à dire que les professionnels de la santé au travail :

Doivent amener le salarié à penser et comprendre ce qui lui arrive, en quoi sa santé est déstabilisée par le travail; cela ne se fait pas dans des visites d'un quart d'heure mais dans des consultations où l'on écoute et où l'on réfléchit.

Doivent amener les responsables d'entreprise, les collectifs de travail à analyser les conséquences des nouvelles organisations de travail pour trouver des pistes d'amélioration ; cela ne se fait pas avec un tiers temps réduit à une peau de chagrin.

Rappelons pour mémoire que dans nos moyens essentiels à l'exercice d'un vrai métier de médecin du travail, nous considérons comme indispensable le binôme médecin-assistante avec une assistante formée par le médecin, non pas à débiter des plannings de visites médicales les plus remplis possibles, mais à être une réelle assistante dans les tâches de prévention.

Notre métier passant de plus en plus par l'écrit argumenté et les rapports détaillés, il serait temps que nous passions de l'âge du stylo et de la machine à écrire au traitement de texte. Celui-ci jusqu'à ce jour nous est refusé, maintenant au nom de l'attente de l'aboutissement d'un projet d'informatisation.

Si nous continuons à parier en terme d'objectif de santé au travail cette informatisation nous paraît secondaire par rapport aux moyens nécessaires en TEMPS / ASSISTANCE / INDEPENDANCE.

Si nous n'y sommes pas formellement opposés nous tenons à rappeler les points fondamentaux suivants :

Il s'agit d'un outil qui sera certainement plus utile à nos gestionnaires qu'à nous même. En tant qu'outil, il doit se plier à notre éthique et notre déontologie faute de quoi chaque médecin se réserve le droit d'utiliser la clause d'indépendance ou de confiance.

L'accumulation des réunions pour la mise en place semble perdre de vue l'objectif central de notre profession — amélioration de la santé au travail. Nous perdons un temps précieux alors qu'un simple traitement de texte nous aurait bien aidés, aurait bien soulagé nos assistantes, ne serait-ce que pour rédiger ce rapport.

physiques, environnementales, psychiques, organisationnelles. Au nom de l'économique et de l'efficacité ? On peut en douter devant le nombre grandissant de salariés qui expriment leur dégoût d'être obligés de faire un travail qui a perdu de son sens, ne se soucie plus de l'objectif, fait fi de la qualité dans tous secteurs confondus (dans la fabrication, le commerce, le social, la santé)... Coût sur la santé alors que paral-

lèlement, il y a un coût sur la qualité du travail « l'impression de non sens règne ».

Cette absence de concertation nous la ressentons nous-mêmes fortement dans notre action de préventeur. Nous travaillons beaucoup collectivement pour construire nos argumentaires auprès des entreprises pour qu'ils soient indiscutables aussi bien du point de vue légal que scientifique et convainquants en mettant le mieux possible en évidence les liens entre les problèmes pathologiques et le travail.

Il nous faut bien reconnaître que malheureusement, trop souvent nos conseils ne sont suivis d'effets que lorsque l'inspecteur du travail s'en mêle — d'où notre appel à une sérieuse rerégulation. Pourtant les rares exemples où cette concertation existe, où il y a un dialogue possible, une écoute réciproque entre responsables, salariés et médecins, de véritables actions de prévention efficaces et respectueuses de l'humain n'empêchent pas (au contraire) la bonne marche de l'entreprise.

Le travail est de plus en plus écrasant, la santé de plus en plus précaire. Nous avons beaucoup développé l'année dernière nos constats sur les nombreuses causes d'atteinte à la santé du fait de la pression économique. Nous reprendrons quelques exemples. Nous attirons l'attention du lecteur : derrière l'apparente répétition, il existe des exemples, des arguments en faveur d'une aggravation en intensité, d'une diffusion en nombre et d'une contamination de secteurs jusque-là « épargnés ».

### **Flexibilité, recherche de rentabilité maximale, dérégulation.**

Les exemples sont éloquentes :

C'est une femme de 34 ans, VRP pour une entreprise de chaussures " médicales ", son secteur c'est la grande distribution de la région Rhône-Alpes Nord. Elle fait 60 000 kilomètres par an, en voiture. Elle manutentionne et met en rayons des colis de 15 kg environ.

Mais cette année, elle parle des « convocations » par les responsables des achats dans les grandes surfaces qui se font la nuit, aussi bien à 23 h, qu'à 4 h du matin ! Des journées de réunions et de motivations organisées par son entreprise, plusieurs jours de suite, durant 12 heures (avec pause de un quart d'heure) et ne se terminant parfois que le samedi à 16 h. Aucune récupération n'est possible. Elle se plaint, pour la première fois, cette année d'un sommeil agité et raccourci. Elle a commencé à prendre un somnifère, « léger »...

Elle est directrice commerciale régionale pour une société de parfumerie. Cette année le nombre des vendeuses sous sa res-

ponsabilité a encore augmenté, les objectifs à réaliser sont bien sûr à la hausse. De plus la direction générale change souvent d'où d'incessantes modifications dans les consignes, les façons de faire, dans le « climat » de l'entreprise. Elle fait en moyenne 55 heures par semaine. Ses troubles du sommeil s'aggravent ; l'obésité dont elle souffre depuis des années avait pu être contrôlée jusqu'à présent par une vie assez régulière, un régime suivi. Cette année elle a recommencé à prendre du poids (plus de 10 kg).

Dans cette entreprise de transport de cent chauffeurs, spécialisée dans la longue distance, nous avons pu constater chez 90 % des salariés, une augmentation de poids quelques fois jusqu'à plus de 10 kg par rapport à l'année précédente. Ils ont, alors, parlé dans l'ensemble des repas de midi qu'ils sont souvent obligés de sauter, des décalages allant jusqu'à deux heures d'un jour à l'autre entrent les heures de repas. Ceci pour respecter, coûte que coûte, les impératifs de lion est également absente de notre service où nous n'avons toujours pas les moyens minimums que nous demandons d'améliorer notre efficacité. Les moyens annoncés du côté de l'informatisation visent avant tout l'amélioration de la gestion mais notre attente depuis des années pour améliorer notre action préventive avec un moindre effectif et une meilleure assistance est toujours non entendue.

2) Nous voulons interpeller aussi ici la fameuse priorité à l'emploi qui parce qu'il y a drame réel de l'absence d'emploi, fait considérer que le salarié travaillant est « privilégié » puisque le travail « manque ». Nos consultations regorgent d'exemples qui prouvent non seulement que le travail ne manque pas mais aussi que dans tous les secteurs d'activités, intensification du travail, surcharges horaires, multiplication d'activités, polyvalence entraînent des risques et des retentissements sur la santé qui nous paraissent graves.

Notre deuxième chapitre montre le cercle vicieux qui fait que ce travail devenu agressif entraîne la perte d'emploi. Les points de vue de l'emploi et du travail ne sont donc pas opposables mais intimement liés.

S'il y a une urgence sociale à s'occuper de l'emploi, elle s'accompagne de la même urgence à s'occuper des dérivés du monde du travail.

*Docteurs Antoine, Cellier, Chapuis, Chauvin,  
Delpuech, Ghanty, Lafarge, Lauze, Roi  
mars 1998*

# PRÉCARISATIONS ET VIOLENCES VÉCUES PAR LES FEMMES AU TRAVAIL

Paris, 5 juin 1998

*Un document relié doit servir de base au débat. Regroupant une centaine de monographies classées par thème et les textes de synthèse correspondants, il a été distribué quelques semaines plus tôt et doit permettre d'approfondir les données acquises, lors de cette rencontre du 5 juin.*

*Le compte rendu des débats ci-après, volontairement très linéaire, aussi fidèle que les prises de notes le permettent, se veut le reflet d'un tour de table qui a mis la journée à réaliser son parcours.*

## DE LA LÉGITIMATION DE LA QUESTION DE LA DIFFÉRENCIATION SEXUÉE.

### RÉSEAU PAROLES - NAISSANCE DU GROUPE FEMMES - TENSIONS INITIALES :

Odette Tencer, se demandant ce qu'on allait faire de ce travail, a rappelé la naissance difficile du groupe femmes et les résistances ayant émergé dès le début : « Quelque chose de fort et de très douloureux ».

Odette fait alors référence aux caissières et à une histoire récente :

*« J'ai travaillé avec elles et j'ai rien compris. Elles ont demandé ma participation à la formation "bourrage de crâne" qui a duré dix heures (obligatoire quant à la participation et non à l'application) ; par exemple, on y a appris "qu'être droite et souriante évite le mal au dos", on y a parlé régime, on ne s'y est jamais ennuyées, les exemples étaient ludiques. Elles ne se sont jamais posé la question de ce qui serait fait de ce quelles disaient aux formatrices, ce n'est pas neutre, je me suis sentie très seule. »*

Odette a découvert à cette occasion que « les choses sont encore plus sexuées qu'on ne le pensait... la caissière est la prostituée qui a réussi ; l'insulte dans le travail est sexuée ... image complètement sale, qu'elles ont complètement intégrée ».

*« Après deux années de travail avec les caissières, il y a un matériel à exploiter, si la caissière manutentionne des tonnes par jour, c'est pour éviter ce type de réponse (injure) à sa demande d'aide de la part du client ».*

Catherine Roche s'interroge sur les résistances au sein du groupe :

Nous retournons à la case départ :

Selon Odette, les tensions sont nées du fait que les participant(e)s au groupe femmes n'étaient pas tous d'accord sur la réalité de la spécificité hommes/femmes; elle se demande « ce que cela recouvre (comme si quelque part, on n'osait pas parler des femmes sans en référer au collectif hommes, par peur du catalogage) jusqu'à la journée de Nan-

tes où on a commencé à travailler la question ». Or, il est nécessaire d'investiguer les résistances initiales du groupe pour avancer.

N'y a-t-il qu'un seul chemin ? Ne peut-on avancer par tâtonnement, essai-erreur, addition d'expériences nécessairement complémentaires ?

### ACQUIS INCONTOURNABLES :

Dominique Huez se place du point de vue de « l'histoire » de l'association SMT et montre par un regard longitudinal, les sauts qualitatifs de la réflexion sur la santé :

Nous avons en effet analysé plus spécifiquement :

- d'abord la **santé en lien avec le travail**,
- puis la **souffrance liée au travail**,
- et enfin la **construction de la santé au travail**.

Depuis sept ou huit ans, en tant que professionnels, s'imposent à nous des grilles de lecture introduisant la question de **la précarisation du travail**, mais aussi, et cette fois du côté du métier, de la clinique, la relation intersubjective, l'écoute compréhensive.

Force est de constater que dans la dynamique d'une approche de la précarisation du travail surgit la souffrance et plus précisément, plus massivement celle des **femmes**.

C'est au cours de cette prise de conscience qu'ont émergé les **procédures défensives** différentes entre les hommes et les femmes, puis la mise en évidence de la **violence**.

Initialement, dans la démarche par rapport à la précarité, la différenciation sexuée n'a pas été prise en compte. Peut-on continuer à travailler sans porter la question de la différenciation ?

La naissance du groupe femmes est, par essence, la légitimation de cette question. En tant que professionnels de la médecine du travail, on ne peut travailler sans, entre autres, prendre en compte cette grille de lecture.

Construire le métier de médecin du travail nécessitera le débat de ce point de vue aussi. A partir du moment où l'on n'a pas construit un projet professionnel par rapport à la différence de regard hommes/femmes, va-t'on choisir de continuer les monographies, leur étude sur un mode quelque peu sociologique, (Congrès de Barcelone 96, Congrès de psychodynamique — Paris 97), ou bien va-t'on dégager un nouveau mode d'approche, d'écoute, de grille de lecture différent ?

## **CLINIQUE DE L'ACTIVITÉ DE TRAVAIL ET IDENTITÉ SEXUÉE :**

### **QUEL MÉTIER ?**

Odile voit deux niveaux de lecture du document préparatoire : Au-delà d'un premier niveau « rapport de domination », il y a ce niveau « exercice du métier », au sens perception, c'est-à-dire le médecin du travail et sa manière de faire, la façon dont il vit aussi la consultation. Au niveau de la compréhension clinique des choses, on ne peut faire l'impasse sur le fait que l'on soit un homme ou une femme.

Or, on doit pouvoir construire ce métier, que l'on soit un homme ou une femme médecin du travail et qu'il y ait manière différente de faire ou pas.

### **LA QUESTION DU TRAVAIL**

Concernant ce même document, il manque, selon Odile, la question du travail « proprement dit, de sa réalisation », une clinique de l'activité de travail. Odile reprend l'exemple de la caissière : « *On ne sait jamais ce qui va arriver avec le client nouveau* ». Mais encore : « *Le temps de travail est envahi par le hors travail* ». La caissière ne peut anticiper.

## **LE CARREFOUR D'IDÉES SE MUE EN PROJETS D'ÉCRITURE : VERS UN SAUT QUALITATIF ?**

### **HÉSITATIONS INITIALES :**

Quelles limites à la narration ? À la lecture des récits, on trouve de la clinique, dont certains décrivent le malaise, l'impasse ou au contraire la sortie de crise. Sont mises en évidence, aussi, nos manières d'agir. On est dans la situation du salarié parlant de son travail.

Comment arrive-t'on à « entrer en contact » avec le salarié ?

- « *Le corps, c'est un texte* »
- « *...et l'interdit de parler ! Quel effet ça fait de ne pas pouvoir parler pendant huit heures ?* »
- « *Et l'interdit de sourire ?* »
- « *L'interdit de parler au travail, c'est les femmes !* »
- « *Ca n'existe nulle part ailleurs, chez les hommes !* »

Faut-il des écrits théoriques sur le métier ?

Fabienne Bardot expose le projet de monographies, par quelques collègues de son service. Mais sous quelle forme ?

La monographie est forme particulière de témoigner. Mais faut-il se demander à qui on va l'adresser ? Sera-t'il abor-

### **LA CLINIQUE :**

Pour continuer ce travail, selon Odile, il faudrait écrire de façon plus spécifique sur la clinique et développer :

- la question du langage des femmes au travail,
- la notion d'incertitude,

La capacité d'envahissement du travail jusque dans la sphère privée.

### **TRANSITION OU CHANGEMENT DE CAP ?**

Odette : « *L'histoire du corps, on vit avec et ça a un sens différent selon que l'on est homme ou femme.* »

Odile : « *La pathologie varie avec la profession, car l'activité de travail n'est pas la même bien que la relation de domination demeure.* »

Odile se demande si elle ne devrait pas réécrire ses monographies ? « *Je ne les réécrirais pas comme ça, c'est sans fin, il faut écrire du côté du métier.* »

Les idées fusent :

- Si on travaille avec des chercheurs, on aura leur spécificité,
- Dans le regard « clinico-métier », la question des rapports sociaux de sexe devient incontournable
- Alain Carré précise « *que les apports théoriques n'existaient pas initialement et que même si nos travaux de Lyon y ont contribué, l'ouvrage "Souffrance en France" aborde bien la question de la virilité* ».

Finalement, selon Odile, il faudra relire le document de travail dans le but d'écrire un texte d'analyse de la clinique et de l'activité de travail.

ble par tous et faut-il qu'il le soit après ce changement de cap ?

### **RETOUR AU DIFFÉRENTIEL HOMMES/FEMMES :**

Fabienne Bardot : « *Un des thèmes pourrait être l'aspect destructeur du management sexiste avec un regard clinique sur la psychopathologie. Toutefois, pour une même oppression, les symptômes diffèrent ils en fonction du fait qu'ils s'exercent sur des hommes ou sur des femmes ? Quel retentissement sur les familles ? Quel rôle de la famille ?* »

Selon Alain Randon, la lecture du document lui a fait découvrir la richesse de la réflexion du groupe femmes et la plus grande originalité des échanges par ailleurs plus denses entre femmes. Il dit souffrir de l'écart quand son expérience professionnelle semblerait partiellement le démentir :

« *Mes patients sont traités comme des femmes et le vivent très mal. Ils supportent des insultes du même type que les caissières. Ils sont incapables d'admettre qu'ils sont traités comme des femmes et ça les désintègre complètement. Il s'agit d'injures sexuelles, d'atteinte à la virilité — "ne plus être un*

homme". *Les machinistes sont ainsi victimes d'agressivité et en souffrent. "Ca les assimile à des femmes". Le port d'arme comme "réassurance virile" doit il faire craindre le passage à l'acte ? Ils ne sont ni dans la résignation ni dans la prise de parole : "ne pas pouvoir dire". On peut se demander ce qui est premier, de la souffrance ou de la violence.* « »

Marie-Hélène Celse, se situant dans le registre féminin, pense qu'il faudrait relire et rechercher dans le document de travail, ce qui touche à la violence et mettre en évidence les résultats positifs.

### DU TEXTE-ACTION À L'ACTION ?

Josiane Cremon craint la redondance des nouveaux récits par rapport aux monographies antérieures. Alors, quelles nouvelles formes d'écriture ? De même, selon qui lira ce livre, ça peut déboucher sur l'apitoiement, qui reste à dépasser. Mais par quoi ?

Selon F. Berdault, le sujet est d'une immense actualité :

- au plan politique, la parité va s'inscrire dans la constitution,
- mais aussi au plan social, au travail,
- quant au plan européen, si on se tourne vers le nord de l'Europe, les femmes font des recherches sur la place des femmes dans tous les domaines.

Odette pense que vouloir répondre à la question : « *Que va t on faire de ce travail ? On nous bloque, on nous paralyse. En tant que femmes médecins du travail, on a été renvoyées à notre propre nature sexuée ; il y a toute l'acceptation du fait que l'on est toutes pareilles qui va nous rendre plus performantes. Le pouvoir est la question centrale dans les rapports sociaux de sexe. Il faudra développer cette question du pouvoir. Ceci est à rapprocher de la colère, qui fait passer du côté de l'action ; nous ne sommes pas du côté de l'action, mais de la douleur. On a un pouvoir, une posture. Comment la vit-on ?* »

- Il faut travailler la question du travail, de l'action, de l'engagement.

### DES THÈMES À SORTIR DE LA PÉNOMBRE :

Denise Parent à propos de l'activité de travail des femmes, pense que l'on se heurte à deux facteurs n'aidant pas à leur mise en lumière :

- l'intelligence rusée,
- l'efficacité silencieuse,

Autant de recherches à mettre en place et d'écrits en perspective ?

Pour Catherine Roche, qui reprend l'expression « dire c'est déjà agir », il faudrait étoffer davantage certains chapitres :

- le harcèlement sexuel,
- le passage de l'individuel au collectif, en référence au conflit de Maryflo, auquel nous sommes certes extérieurs,

mais à propos duquel des recherches ont du être élaborées,

- la violence dans la relation femmes/femmes, parfois et la notion de pouvoir qui s'y rattache.

### DE LA PASSION À LA RAISON :

Raoul Ladouceur, à la lecture du document, a été renvoyé à l'histoire des couples, lecture douloureuse, bien qu'il s'agisse de violence sexuelle en rapport avec le travail et l'exercice professionnel ? Mais le comportement des médecins du travail hommes est-il différent ? Peuvent-ils raconter avec la même sensibilité ? L'abord n'est-il pas finalement trop sentimental ? trop passionné ?

Nicolas Sandret qui n'a pas participé au travail d'écriture, voudrait passer son tour. Il a lu le document, a été interpellé :

- par la violence dans le rapport sexué,
- par les résistances et les qualités mises en exergue.

Il suggère d'aller plus loin : s'agit-il d'une position de la société par rapport à ces qualités ?

Pourquoi ne pas chercher du côté du masculin, ce qui serait de l'ordre de la muliérité ?

Comment être victime ou non de sa propre virilité. Comment y échapper ? Hommes et femmes sont victimes. Peut-on réfléchir à l'homme insultant ?

### VERS LA CONCEPTUALISATION :

Dominique Huez qui a peu de salariées femmes sur son secteur professionnel, envisage un texte à propos d'un collectif, mais aimerait écrire sur les sauts qualitatifs de notre réflexion au fil du temps, tout en proposant que nous mettions noir sur blanc l'apport d'un auteur (Carpentier-Roy ? Hirata ? Kergoat ?), afin de montrer la pertinence des concepts que l'on utilise.

Il faut envisager une lecture des données ESTEV/aux femmes, en longitudinal.

Ne pas associer de chercheurs, selon lui, nous obligera à ne pas nous « économiser » une réflexion en lien avec quelques points durs par rapport au métier.

A propos du journalisme, Dominique Huez précise que « *l'écriture journalistique est la mort du collectif, qu'il importe de rendre visible la problématique de la précarisation des femmes au travail, tout en défendant la nécessaire analyse des rapports sociaux de sexe, pour pouvoir exercer le métier de médecin du travail* ».

A propos du syndicalisme : « *Cette procédure défensive construite au masculin, accroche bien à la problématique.* »

Alain Carré soulève la question des « portes d'entrée intermédiaires » pour l'exploitation clinique, d'exercice, de règles de métier ? Quel est notre point de vue politique de l'exploitation sexuée ?

## ET TOUT FINIRAIT-IL DANS LES LARMES ?

### DES PROJETS, ENCORE :

Dominique Huez pense que nos manières d'être en réunion sont très sexuées. Cela nous vaudra-t'il un texte ?

Gilles Seitz propose d'écrire à partir de l'expérience de violence femme/femme, par ailleurs cadre/cadre, tant à l'hôpital que dans une entreprise de transport urbain.

Christiane Agboklu recherchera des travaux sur les liens avec la famille. Elle propose une conclusion de l'ouvrage sous forme de fable et/ou une écriture à deux voix, un dialogue homme/femme.

Michelle Prevost écrira sur le passage à l'action (outils, recettes, solutions en liens avec les situations).

### L'ARME ?

Selon Annie Devaux, les femmes résistent en pleurant ensemble, sans se cacher ; d'où l'expression (virile ?) : « *Elles pleurent comme elles pissent* ». Les hommes s'excusent toujours de pleurer devant une femme ; « *C'est question de statut différent des hommes par rapport aux larmes* ». Il est rare qu'un homme pleure. On peut se demander si leur nombre ne serait pas en train d'augmenter. L'investigation de la souffrance, certains l'acceptent et l'expriment, d'autres « verrouillent ». Toutefois, le « déverrouillage » semble exister, l'homme pleurant plus facilement devant un homme que devant une femme.

Odile Riquet souligne l'intérêt de cette clinique « sur les femmes » pour une approche du métier, en raison des attitudes défensives des hommes par rapport à la peur, à la souffrance.

### SUITE ET FAIM DE RENCONTRE :

Dominique Huez conteste, car depuis la journée de Nantes, nous avons clairement énoncé que les procédures défensives des femmes se situent sur le travail quand celles des hommes se déploient par rapport à la souffrance.

Odile est prête à travailler sur ce thème des procédures défensives « croisées ».

### QUEL APPÉTIT !

Le groupe de travail s'élargit :

**F. Bardot, N. Lancien, O. Riquet, M-H. Celse, J. Machefer, O. Tencer, A. Devaux, D. Parent**

## 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)
- N°10 Pluralité, éthique commune, un métier en quête de sens (mai 97)
- N°11 Médecine du travail, un débat nécessaire (avril 98)

### Ce Cahier n°11bis 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°13 (à paraître courant 99)

✓ 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

# **POUR UN SERVICE D'UTILITÉ PUBLIQUE DÉCENTRALISÉ : LES AGENCES DÉPARTEMENTALES DE MÉDECINE DU TRAVAIL**

*Un débat sur la médecine du travail est une nécessité motivée par un faisceau de faits convergents. L'initiative de notre association, structure de réflexion professionnelle, répond à une attente des médecins du travail, en particulier ceux des services interentreprises, vis-à-vis des confédérations syndicales de salariés, destinataires de leurs réflexions sur leurs pratiques et de leurs espoirs sur leur métier. Elle rejoint une dynamique naissante d'alliance, exempte de corporatisme, pour un renforcement de l'indépendance des praticiens en santé au travail qui réunit : mutuelles, FNATH, syndicat catégoriel de médecins du travail.*

*La nécessité d'un débat est aujourd'hui rendue impérieuse par le frein à l'indépendance professionnelle que le patronat fait peser sur les tentatives de médecins du travail de s'intéresser aux rapports entre l'organisation du travail et la santé.*

*La nécessité d'un débat est devenue urgente du fait de l'imminence d'une réforme décidée par le ministère du Travail, sous prétexte de directive européenne, dont on peut craindre qu'elle ne soit qu'un replâtrage ou qu'un alibi.*

## **LE PRINCIPE DU SERVICE D'UTILITÉ PUBLIQUE**

Manifestement la mission donnée aux employeurs par l'article L. 230-2 qui leur donne la responsabilité de la mise en œuvre de mesures d'amélioration des conditions de travail et de la protection de la santé des salariés est un échec total.

À travers l'analyse du système tel qu'il fonctionne aujourd'hui, il est clair qu'ils sont le principal obstacle à l'évolution et à l'action pour promouvoir la santé au travail.

Dès lors, ne faut-il pas poser la question de savoir si la protection de la santé au travail n'est pas une mission d'ordre public et non pas d'ordre privé comme c'est le cas aujourd'hui et d'en déduire toutes les mesures qui s'imposent ? En effet, le droit à la santé est un droit constitutionnel et le droit à la

santé au travail une garantie légale et la santé au travail constituée, par conséquent, une question d'ordre public.

La question de la santé au travail doit être assumée par un « Service d'utilité publique décentralisé de médecine du travail ». Il s'agirait en fait de conserver les structures de base actuelles à condition toutefois que le contrôle social y soit effectif et rééquilibré et l'indépendance des médecins du travail renforcées. Ce service serait constitué d'agences publiques départementales, placées sous le contrôle des services extérieurs du ministère du Travail (directions du travail de l'emploi et de la formation professionnelle), dotées d'un conseil d'administration et soumises également à contrôle social.

## **LE FONCTIONNEMENT DES AGENCES DÉPARTEMENTALES DE MÉDECINE DU TRAVAIL**

Le fonctionnement de ce service départemental pourrait être assuré de façon décentralisée au niveau d'unités dont la taille et la composition favoriseraient le développement d'activités coopératives. Ces activités auraient lieu entre les unités, à l'échelon départemental, régional, voire par secteur d'activité, dans le cadre d'enquêtes nationales pouvant impliquer, entre autres, des coopérations avec des réseaux de santé publique.

Les services extérieurs du ministère du travail participeraient à l'organisation de ces structures et à leur fonctionnement, en particulier en assurant leur contrôle réglementaire.

Le maintien dans ses grandes lignes de la sectorisation actuelle permettrait la coexistence et l'intégration dans le cadre de la même structure administrative des actuels services professionnels d'entreprises et interentreprises, des collectivités territoriales et hospitalières, de prévention, etc. Les services actuels conserveraient leurs implantations géographiques respectives lorsqu'elles sont conformes, ainsi que leur personnel paramédical et administratif.

## **L'ADMINISTRATION DES AGENCES DÉPARTEMENTALES DE MÉDECINE DU TRAVAIL**

L'administration de telles agences pourrait être assurée par un conseil d'administration qui, semblable à ceux des autres agences publiques actuellement existantes, pourrait regrouper les institutions intéressées à la mise en œuvre de la santé au travail. À titre indicatif, il pourrait s'agir d'organismes publics de prévention (ceux des CRAM, par exemple), des services de l'État concernés par les questions du travail et de la santé, les instances locales du patronat, les syndicats départementaux de salariés, des élus politiques locaux. Ce conseil d'administration aurait pour mission de gérer les agences départementales en utilisant le fond national alimenté par le fi-

### **LE CONTRÔLE SOCIAL DES AGENCES DÉPARTEMENTALES DE MÉDECINE DU TRAVAIL**

L'organisation, la gestion et le fonctionnement du service public départemental de médecine du travail, ses objectifs et ses moyens, seraient contrôlés, du point de vue des usagers par une commission de contrôle. En particulier, celle-ci vali-

nancement exclusivement patronal. Dans ce cadre, il aurait à définir : le niveau des cotisations, la répartition des moyens financiers, la logistique de la gestion. Cette structure serait donc l'employeur des médecins du travail.

Il n'est pas opportun, en référence à l'expérience des dernières décennies, que cette gestion ait un caractère paritaire cela ayant généralement pour conséquence la disparition, dans les faits, du contrôle social qui devrait en assurer la dynamique et une gestion alignée sur le plus petit commun dénominateur économique.

derait les choix de gestion du conseil d'administration. Une réflexion doit être menée pour rechercher les formes institutionnelles d'une véritable représentation des salariés des petites entreprises.

### **LE FINANCEMENT DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL PAR LE PATRONAT**

Ceux qui génèrent le risque assument le financement de sa prévention. Les employeurs verseraient une cotisation dont la collecte serait assurée par la sécurité sociale comme pour les cotisations d'AT-MP ou éventuellement par un organisme spécifique comme cela existe par exemple pour l'AGEFIPH. Calculée sur une base nationale, cette cotisation serait adaptée en fonction de la branche d'activité. Il s'agirait d'une cotisation globale sans lien avec le nombre d'actes cliniques effectués.

Cette masse financière, comme pour les AT-MP, s'équilibrerait en fonction de l'évolution des besoins en santé au travail. Elle serait répartie, sur le même critère, entre les services départementaux de médecine du travail. Cette redistribution permettrait un rééquilibrage des moyens au profit de la santé au travail dans les petites entreprises. Les grandes entreprises, agissant comme donneur d'ordre, tirent, en effet, souvent profit des mauvaises conditions de travail et de la précarité dont pâtissent en aval les petits établissements. Cette redistribution apparaît donc comme nécessaire.

***E**st ici développée la substitution de l'organisation actuelle de la médecine du travail par un service d'utilité publique de médecine du travail, financé par les cotisations des entreprises, où exerceraient des médecins du travail titulaires d'un même statut dont pourraient bénéficier d'autres intervenants du champ de la santé au travail.*

*Ces services fonctionneraient sous un contrôle social des usagers qui verraient leur intervention accrue, sous un contrôle réglementaire des services extérieurs du ministère du travail, sous un contrôle technique collégial des médecins du travail.*

*Cela ne vise pas à sortir la médecine du travail des entreprises en espérant agir de l'extérieur sur la santé au travail mais bien au contraire à renforcer l'indépendance des intervenants en santé au travail en entreprise et leur donner les moyens de travailler pour leur permettre d'y rester. Il s'agit de leur restituer les marges de manœuvre que le système actuel ne permet plus de dégager. Cette proposition vise à ouvrir des pistes de réflexion pour un nécessaire débat.*

*Alain Carré, Dominique Huez,  
septembre 1998*

A  
n  
n  
o  
n  
c  
e  
s



— Prix : 180 F en librairie ; l'association tient des exemplaires à disposition pour les membres du réseau au prix de 120 F —

Editions Syros, 9 bis rue Abel Hovelacque  
75013 Paris

Tél. : 01 44 08 83 80 / Télécopie 01 44 08 83 99

Chère lectrice, cher lecteur,



L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du Cahier annuel — 35 000 F (impression et routage) pour un tirage à 3 000 exemplaires, ceci à la charge exclusive de l'association SMT.



Nous vous invitons donc vivement à nous soutenir financièrement, par adhésion ou en mettant à jour votre cotisation annuelle (voir ci-dessous).



En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

---

## BULLETIN DE (RÉ)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 1999

Je suis adhérent à l'association et je règle ma cotisation 1998

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

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

.....