

## DES RÈGLES DE MÉTIER (?)

**L**e travail du médecin du travail n'est pas un travail solitaire. Au début, pourtant, c'est la solitude.

La mission qui nous est confiée est « d'éviter l'altération de la santé du fait du travail ». C'est une mission grandiose et de l'ordre de l'impossible. Comment imaginer, en effet, qu'un médecin du travail puisse tenir cet engagement face aux risques cancérigènes par exemple, ou alors, actuellement, face à ces restructurations qui envoient les salariés dans le hors-emploi donc dans la précarité et le chômage avec le cortège de dégradations sanitaires bien connues qui les accompagne. Pour ne pas tomber fou, face à cette injonction, deux positions peuvent être tenues :

S'en tenir à la détermination de l'aptitude au poste comme seul horizon professionnel. C'est un rétrécissement de la mission prescrit par le Code du travail et qui met à distance la dimension médicale de l'intervention. S'en tenir à l'aptitude permet de travailler seul et sans soucis d'ordre moral et éthique. Il s'agit, en général, d'une posture défensive.

Tenir la question de la santé en prenant en compte toutes les composantes du travail. L'analyse de l'activité et de ses interactions avec les risques physiques, chimiques et organisationnels permet alors au médecin du travail de jouer son rôle de conseiller dans le domaine de la prévention primaire.

Et là, on s'aperçoit vite, d'abord de la difficulté, puis, souvent de l'absence d'efficacité et d'efficacités. À ce stade il faut éviter de tomber dans la dépression. On se rapproche alors des collègues.

C'est bien cet itinéraire que nous avons suivi lorsque nous avons abordé la question de l'action face aux situations de travail des apprentis des professions de bouche. Au début, donc, c'est la solitude. On reçoit ces adolescents âgés de 15 à 18 ans, qui sont, bien sûr, en bonne santé à leur âge et on les déclare « aptes » à leur enseignement pratique chez leur patron. Puis on investigate leurs conditions de travail. On s'aperçoit alors qu'ils font couramment plus de 55 heures de travail par semaine, qu'ils travaillent parfois 15 jours d'affilée lorsque survient la semaine de formation théorique, qu'ils n'ont parfois que 8 à 9 heures de repos entre deux journées de travail, qu'ils ne sont pas toujours traités comme les enfants de la maison, etc.

On écrit donc, sur la fiche de visite : « *Apte à 39 heures par semaine avec journées de repos la semaine de cours* ». L'année suivante, on recommence... On comprend que ce que nous écrivons fait l'effet du « cause toujours, tu m'intéresses ». En réunion de service ce problème est mis à l'ordre du jour. On s'aperçoit alors que nous faisons presque tous le même constat d'impuissance et nous nous découvrons, presque tous, le même itinéraire pratique. Nous décidons donc, collectivement de « monter » une enquête épidémiologique

d'intervention, car — pensons-nous — c'est parce que les employeurs sont tellement occupés qu'ils ne connaissent pas leurs obligations réglementaires ! Nous décidons de faire une enquête « avant-après » en intercalant le rappel de ces règles. Nous avons fait l'enquête. Tout s'est déroulé sans entrave. Nous avons fait un rapport qui a été envoyé aux syndicats professionnels et aux institutionnels. Silence... Ce rapport est resté au fond des tiroirs et tout est reparti comme avant. Rester sur un tel échec fut insoutenable pour quelques médecins. Un groupe s'est alors constitué pour entreprendre une autre sorte d'action face à ce que nous avons pu appeler « les mauvais traitements faits aux apprentis des professions de bouche ».

Nous avons décidé, à chaque constat de « débordements exagérés » dans l'organisation du travail » :

De ne pas remettre la fiche d'aptitude ;

De faire un courrier individualisé à l'employeur, démontrant les effets délétères des contraintes imposées à ces jeunes gens, rappelant les lois et affirmant notre refus de « complicité » de ces situations. Ce courrier était aussi envoyé au centre d'apprentissage. L'idée d'une lettre type a été écartée d'emblée. Chaque médecin construisait lui-même son message et avant de l'envoyer, le lisait aux uns et aux autres afin que ne s'y glisse aucune erreur, aucune exagération et que le principe du fil conducteur de la santé y soit toujours tenu.

Nous avons fait de belles lettres et, enfin, nous avons eu l'impression d'un début d'ébranlement du système : des week-end de congés ont été accordés ainsi que des demi-journées supplémentaires... Mais des institutions, ce fut la même stratégie du silence. Ce que nous souhaitions en effet, plutôt que des résultats ponctuels et dispersés, c'était, sur tout le département, une conduite homogène de tous les employeurs vis-à-vis de leurs élèves.

Et puis, d'une collègue surgit une autre idée : « *Et si nous interpellions les médecins traitants ?* ». Idée immédiatement mise en expérimentation sur un secteur géographique, utilisant cette fois un courrier-type demandant aux thérapeutes s'ils avaient déjà constaté des grandes fatigues, voire des syndromes dépressifs chez certains apprentis des professions de bouche. Sans avoir à clamer cette démarche de collaboration, nous savons qu'elle arrivera par voie détournée et inconnue aux institutions telles que la Chambre des métiers, l'Inspection de l'apprentissage et la Direction départementale du travail. Nous espérons ainsi que cette mobilisation élargie du corps médical entraînera un positionnement public des institutions qui appuieront nos actions.

Ce principe de problèmes abordés à plusieurs, de procédures d'interventions élaborées dans la réflexion collective, de validation en ricochet de traces écrites « indélébiles » apporte

## Une nouvelle école coopérative en médecine du travail

un soutien précieux dans « l'action risquée », qu'au bout du compte, nous engageons personnellement. Ce modèle de travail en coopération fonctionne constamment dès qu'une difficulté professionnelle se présente à l'un de nous. Et le processus fait tâche d'huile. D'autres collègues nous rejoignent et peu à peu, entre nous, la confiance mais aussi l'attirance gagne du terrain. Ces règles de métiers qui sont informelles, mouvantes et jamais stabilisées, se construisent dans la délibération d'une communauté qui s'appuie sur le concret, l'actuel et le présent et qui a toujours l'action en perspective. Ces règles constituent le socle d'un métier dont la visée est l'utilité sociale. Mais pour que naisse cette communauté, des convictions individuelles d'ordre éthique et déontologique en sont le préalable : il faut ressentir le besoin d'apporter de l'aide à l'autre, il faut ressentir le besoin de suivre la mission prescrite. Les obstacles à ces objectifs sont de taille car cela implique de se confronter au principe de domination qui prévaut dans toute entreprise et au principe du secret et du privé qui en sont les remparts. Il faut donc du courage et de la détermination pour s'y affronter et c'est la préparation des stra-

tégies d'action avec les pairs et leur soutien par la pensée qui mobilise l'énergie face à l'épreuve. En contrepartie, le retour vers les pairs se fait par le récit des événements vécus et de leurs effets, ce qui nourrit les pratiques et les réflexions des collègues et, sans cesse de nouvelles trouvailles, de nouvelles astuces de métier surgissent.

Si cette manière de pratiquer le métier est attirante pour certains, elle est repoussante pour d'autres car la prise de risque qui consiste à défendre le point de vue de la santé dans l'entreprise est analysée comme dangereuse. C'est donc le repli sur l'aptitude. Lorsqu'à l'issue de ces actions qui restent toujours individuelles, le médecin fait entendre son point de vue ou celui des salariés qu'il accompagne, quel plaisir dans ce métier ! Plus question de folie ni de dépression mais plaisir pour soi et plaisir pour les autres sont au rendez-vous, on pourrait même dire plaisir d'une mission accomplie !

*Fabienne Bardot*

