

LES MÉDECINS DU TRAVAIL FACE AUX VIOLENCES VÉCUES PAR LES FEMMES AU TRAVAIL⁽¹⁾ DU TÉMOIGNAGE À LA RÉFLEXION SUR LES PRATIQUES

PRÉAMBULE

Ce texte est issu d'un collectif de médecins dans la continuité du livre *Souffrances et précarité au travail, Paroles de médecins du travail* publié en 1994 par l'association Santé et Médecine du Travail.

Cet ouvrage a collecté les récits de situations professionnelles de souffrance. La majorité des témoignages recueillis concernaient des femmes : agressions verbales, harcèlement, atteinte à la dignité, interdiction de parler, intimidation ; l'absence d'alternative empêchait toute subversion possible à cette souffrance. Nous avons considéré qu'il y avait là violence.

Cette violence reçue et entendue, parfois travaillée avec les salariés, a provoqué chez nous, femmes médecins, divers sentiments : injustice, révolte, mais aussi admiration devant la capacité de ces femmes à subir et à résister.

Mais les histoires que nous avons écrites, les témoignages que nous avons recueillis n'arrivaient cependant pas à décrire la réalité. Ils nous laissaient dans une position de spectateur alors que, pendant les entretiens, nous avions été convoqué à notre responsabilité face à l'autre souffrant.

Ils ont ainsi provoqué chez nous médecins, une prise de conscience à la fois sur notre propre pratique et sur nos capacités d'action individuelles et collectives.

Le fait d'avoir été témoin a profondément modifié notre écoute. Nous avons partagé nos expériences individuelles et avons essayé d'identifier ce qui pouvait relever de stratégies défensives, et ce qui pouvait nous permettre d'élaborer des règles de métiers.

La première partie explicitera la modification de notre cadre initial de travail. Quel sont les conditions qui ont fait changer notre regard ? notre pratique ?

La deuxième partie exposera « Comment on travaille autrement » dans le temps de la visite médicale obligatoire. Nous avons choisi de ne parler, dans cette communication, que de ce qui relève de nos pratiques dans le cabinet médical.

La troisième partie s'appliquera à tenter le passage « de la gratitude à la reconnaissance par les pairs » : de l'isolement du cabinet médical à la délibération avec les collègues de travail.

MODIFICATION DU CADRE INITIAL

LE CONTEXTE ÉCONOMIQUE ET SOCIAL a changé et le médecin du travail est désormais pris dans des rapports sociaux beaucoup plus inégaux qu'ils ne l'étaient. La précarité, le chômage, les nouvelles organisations du travail, ont modifié nos possibilités d'intervention. Nous sommes confrontés à une situation nouvelle, marquée par l'absence de perspective d'alternative. Nous voyons en consultation des travailleurs enfermés dans un système qui n'offre parfois pas d'autre issue que la résignation, la soumission ou la maladie.

Les espaces et les temps de parole tendent à disparaître dans l'entreprise et nous médecins, sommes plus qu'hier interpellés par ce besoin d'être écoutés dans nos cabinets médicaux.

SUR LE PLAN PROFESSIONNEL les différentes formations en ergonomie et en psychodynamique du travail, la mise en commun de nos expériences nous ont donné de nouveaux outils — une approche plus compréhensive du travail et de ses enjeux, une écoute facilitée de la parole des salariés, une articulation plus intelligible entre le récit individuel et ce que nous savons du collectif de travail, une confrontation au réel plus construite.

Nous ne reviendrons pas sur ce qui a constitué nos difficultés à analyser notre propre souffrance au travail. Pendant des années, nos stratégies défensives ont cherché à masquer une condition de médecin du travail complexe et complexée.

Cependant, face à ces évolutions économiques, sociales et professionnelles, l'organisation des services médicaux du travail paralyse trop souvent notre profession.

La mission du médecin du travail — éviter toute altération de la santé des salariés du fait ou à l'occasion de leur travail —, relève parfois d'une injonction paradoxale, le maintien de l'aptitude dans son état actuel en est un bon exemple.

•••••

1 - Cette publication a fait l'objet d'une présentation au cours du Colloque international de psychodynamique et psychopathologie du 12 mars 1999

LA NÉCESSITÉ DE ROMPRE AVEC UNE PRATIQUE QUI NE RÉPOND PLUS À LA DEMANDE, la convocation par les salariés sur le terrain de la souffrance invisible, nous ont conduit à un déplacement à la fois en terme de technicité et en même temps d'acceptation de non savoir, de non maîtrise.

Admettre que l'on ne connaît pas le travail, que l'on ne sait rien ou peu de choses sur les enjeux, les ressorts, les engagements de chacun, oblige le médecin et le salarié à un travail mutuel.

Comment dans le cabinet médical, le salarié peut-il restaurer sa capacité à penser, sortir de son isolement, accéder à l'intelligibilité de sa propre situation de travail ?

Comment entendons-nous la souffrance, comment articulons-nous la singularité et le collectif ?

Autant de questionnements issus de ce constat, objet de réflexions : **NOUS NE TRAVAILLONS PLUS DE LA MÊME FAÇON.**

TRAVAILLER AUTREMENT

À travers une histoire, nous aimerions mettre en évidence ce qui guide le travail du médecin au cours de la visite médicale.

Madame L... travaille dans un tissage, elle a 49 ans et a travaillé de 1968 à 1991 à La Poste comme auxiliaire. Son contrat n'a pas été renouvelé et elle a connu deux années de chômage. Depuis 1996, elle est « visiteuse », elle contrôle la qualité du tissu, en équipe de week-end.

Toutes les informations que j'ai sur cette petite unité de production de trente salariés, les différents points de vues des ouvriers, de la hiérarchie, des équipes de jour, de nuit, ou de week-end, constituent un monde commun avec Mme L... et prennent leur place dans la grille de travail qui va guider l'entretien médical.

Tout ce que je sais ne me donne aucune compréhension de la situation de travail de Mme L..., mais c'est à partir de cette grille que je vais lui proposer un espace de discussion, un espace de paroles.

Le salarié garde la liberté de parler ou de ne pas parler. La visite médicale se situe dans un cadre social. L'obligation porte sur celui-ci et non sur le contenu. Elle ne force personne.

L'espace interpersonnel créé lors de la visite médicale, n'est pas seulement binaire, il est ouvert au tiers. Le médecin est le maillon possible d'une réouverture sur l'espace public.

Mme L... signale qu'elle a présenté ces derniers mois un arrêt de maladie de trois semaines, elle ne dormait plus, elle vomissait le matin avant de partir, elle avait très mal au ventre au travail. Le bilan médical pratiqué par le médecin traitant est normal, elle a suivi son traitement, mais les douleurs persistent l'empêchent de travailler, elle ne va pas bien, elle est très anxieuse, a peur d'avoir une maladie grave.

« *J'ai mal* » dit-elle, début d'une verbalisation incertaine et problématique, d'une demande.

Le salarié n'est pas seulement patient, il est sujet dans une histoire singulière — situation qui exclue la répétition, le conformisme, la répétitivité.

Cette position de dialogue ouvre à une dimension relationnelle qui est une dimension d'inconnu pour chacune des deux parties. L'inscription sur notre visage de signes d'accueil, d'apaisement, de disponibilité, d'écoute, autorise la parole de l'autre.

C'est la lecture par le salarié des effets induits par ses propres mots qui l'autorisera à lâcher prise pour risquer la confiance. Le salarié peut ainsi « tester » le médecin. Il doit pouvoir s'assurer que la place lui sera faite pour parler. Par notre attitude, nous favorisons ou non la mise en mots, la construction d'un récit.

En tant que médecin du travail, mon questionnaire portera sur le travail.

Spontanément, Mme L... dit qu'elle n'a pas de problèmes sur son poste. Elle est tellement contente d'avoir été embauchée définitivement, après trois ans de contrat à durée déterminée.

Mais elle dit aussi : « *J'ai de la peine à suivre, il y a des moments qui sont longs, c'est tellement monotone, j'ai tendance à m'endormir, cette machine qui défile douze heures de suite, c'est trop. J'ai personne à qui parler je suis seule au poste de visite.* »

Le travail de visiteuse demande d'être dans un état de vigilance particulier, très disponible, mais sans scruter le tissu. Les visiteuses parlent d'intuition. Elles disent aussi leurs difficultés à maintenir cette attention pendant huit heures, encore plus pendant douze heures.

Mme L... dit : « *Il faut penser à rien du tout, le problème ça saute à l'attention. Faut se sentir en confiance.* »

Commente fait-elle pour tenir ? : « *J'amène des trucs à manger, je grignote toujours quelque chose, j'ai mon thermo à côté de moi.* »

Trouve-t-elle dans son travail le climat de confiance nécessaire ? Comment ça se passe avec ceux du tissage ? Elle s'entendait plutôt bien avec le régleur, elle aidait les tisseuses quand elle avait fini son travail. Ils sont seulement quatre dans l'usine pendant le week-end.

Mais elle a reçu plusieurs avertissements de la direction depuis six mois, lui reprochant les défauts de tissus non signalés, des coupes mal visitées, mais aussi des déplacements dans l'atelier de tissage. Elle se sent harcelée, a peur d'être surprise à l'improviste par le chef d'atelier pendant le week-end.

À ma demande, Mme L... raconte : « *Un soir, une demie heure avant la fin du poste, j'avais fini ma coupe, je suis allée aider les tisseuses à arrêter les métiers, le chef d'atelier m'a surprise dans le tissage, il m'a dit que je n'avais pas le droit de quitter mon poste. J'ai reçu une lettre d'avertissement, ce n'est pas juste, je voulais juste les aider. Il vient par surprise, il se*

cache pour me surveiller, c'est dingue de ne pas pouvoir s'expliquer, je n'en dors plus la nuit, je fais mon boulot deux fois, de peur d'avoir fait une erreur. Il arrive à me faire douter de ce que je dis. Ils sont en train de me démolir, je n'en peux plus. Je n'ai plus confiance, je ne pense plus qu'à ça. »

Le médecin prend acte de la souffrance comme résultat d'une situation anormale, déstabilisante.

Le récit apparaît par bribes, envahi par l'émotion, les ressentis. Le médecin admet comme vrais les faits que Mme L... raconte et comme authentique l'émotion qu'elle manifeste. Le récit mêle le travail, les sentiments, les troubles du comportement, le retentissement sur le corps, il fait lui-même le lien entre la pathologie et la situation de travail.

Mme L... a investi cet espace de discussion qu'est la visite médicale des éléments de son vécu du travail. Elle a pris le praticien comme témoin de ce qui est fragile en elle, de sa vulnérabilité. Il s'agit pour le médecin d'aider Mme L... à penser, à comprendre, à délibérer. L'aider à penser, c'est l'aider à chercher appui, mesurer l'isolement dans lequel elle se trouve.

« J'ai personne à qui parler ». Mme L... évoque alors l'éthylisme de son mari, sur lequel elle ne peut pas compter, ses filles qu'elle ne veut pas tourmenter avec ses problèmes. Elle rattache le début du harcèlement au moment où elle a refusé de se présenter comme déléguée du personnel, à la demande de la direction. Ce qui a motivé son refus, c'est l'accident de travail de la tisseuse : *« Ça m'avait bouleversé. Quand j'ai entendu le chef d'atelier qui l'accusait de l'avoir fait exprès, j'ai piqué ma colère, je ne connais personne qui mettrait les doigts dans une machine. »*

Donner au sujet la possibilité de retrouver sa place au sein du collectif, c'est apprendre à Mme L... que d'autres salariés ont eu le même sentiment de colère lors de la contestation de l'accident de travail, que d'autres salariés ont reçu des avertissements pour des questions de règlements, que d'autres salariés se sentent harcelés, mais pas forcément pour les mêmes raisons qu'elle.

Quel est le champ du possible ? Quels choix peut-elle faire ?

Mme L... ne veut plus s'arrêter en maladie, elle se sent encore plus anxieuse à l'idée de reprendre. Les médicaments n'ont pas eu d'effet. Mme L... a demandé un rendez-vous avec le directeur. Elle lui a expliqué le harcèlement dont elle est victime. Sans résultats.

Je lui propose alors de l'examiner. L'examen médical permet d'aborder le corps, il nous apparaît un temps nécessaire. C'est à travers l'examen, l'observation de manifestations non verbales, qu'il nous est donné d'entendre d'autres éléments pertinents. Ce corps nous est parfois livré comme l'expression d'une souffrance impossible à mettre en mots.

L'examen clinique confirme le tonus de Mme L..., sa bonne forme physique, mais aussi son anxiété, sa fébrilité. Elle a perdu 2 kg, ne présente pas d'atteinte musculotendineuse, pas de troubles cardiovasculaires, elle est suivie sur le plan gynécologique, l'abdomen est souple, légèrement douloureux.

Ce temps de l'examen me permet aussi de prendre de la distance pour réfléchir seule, délibérer en tenant compte de ce que je sais sur l'entreprise. Actuellement, en raison de vols, la direction multiplie les contrôles inopinés pendant la nuit et le week-end. Par ailleurs, le chef d'atelier ne présente pas de troubles psychologiques particuliers.

Mais à ce moment-là de la visite, et du récit de Mme L..., je n'ai pas les éléments nécessaires pour comprendre ce qui se joue dans le travail, et le retentissement possible sur sa santé.

Je fais l'hypothèse qu'elle ne peut pas réaliser son travail dans cet état d'anxiété et qu'elle risque un licenciement pour faute professionnelle. En accord avec elle, j'adresse une lettre au directeur du site. L'objectif de cette lettre est de :

alerter la direction sur le risque d'erreurs lors du travail de visite dans un climat de suspicion ;

prendre acte des troubles de santé liés au travail ;

protéger Mme L... contre un licenciement pour faute professionnelle.

Un double de la lettre lui est adressé.

Deux jours plus tard, elle me téléphone et m'informe qu'elle vient de recevoir une lettre pour un entretien préalable à un licenciement. À sa demande, je la reçois : *« Vous avez fait votre boulot, la lettre était très bien, mais c'est à cause d'elle que je vais être licenciée. »* Nous discutons de ses possibilités d'action, de l'intervention de l'inspecteur du travail, de ma responsabilité de médecin dans cette procédure de licenciement.

Avant de partir, déjà debout, au moment de me serrer la main, elle dit : *« Docteur, je vous ai menti, à La Poste, ce n'était pas une fin de contrat. J'ai été licenciée pour faute grave, j'ai volé de l'argent. Je voulais gâter mes filles, moi qui suis une enfant abandonnée. J'ai été jugée et j'ai payé pour ça. »* Elle raconte alors les problèmes de vol dans l'entreprise actuelle, les propos du régleur qui habitait le même village et qui avait ébruité sa condamnation, les soupçons qui se sont portés sur elle, et qui l'ont isolé. *« J'ai payé pour ça, je me suis même rendue à certaines petites annonces pour pouvoir rembourser mes dettes sans interrompre les études de ma fille. Je n'ai pas un tempérament à me laisser faire, mais je suis toujours futive. Plutôt me laisser mourir que me ressortir cette faute. J'ai plongé quand j'ai su qu'ils savaient ma condamnation. Je n'étais pas en état de me défendre. »*

En investissant l'espace de discussion de la visite médicale, Mme L... s'est ré-appropriée sa souffrance et l'a intégrée dans son histoire personnelle. Ceci lui a permis de trouver un point d'ancrage, ici et maintenant.

Le salarié peut dévoiler par ses mots le lien qui existe entre son travail et son histoire personnelle. Ce qu'il est capable de dire naît du travail intersubjectif. Sans référence à ce dialogue, il n'a pas pour le salarié, de pouvoir d'action sur la transformation de sa situation.

La parole n'évacue pas la souffrance, mais permet de l'articuler à un changement possible. Cet accès à la parole est cependant imprévisible, il nous vient par surprise. On ne saurait le provoquer.

Mme L... est licenciée. Elle est allée devant les prud'hommes. Elle a gagné.

Malgré cette issue défavorable, elle me témoigne de sa gratitude, me remercie de l'avoir écouté et aidé. Peut-on dire que le travail effectué lors de la visite médicale a permis à Mme L... de reprendre pied, de mieux se défendre ?

Pour répondre à cette question, il faut retourner vers les pairs.

DE LA GRATITUDE À LA RECONNAISSANCE PAR LES PAIRS

Nous avons choisi de travailler sur ce qui se passe dans le cabinet médical, afin de mettre en visibilité ce qui relève dans notre propre travail, de connaissances théoriques, d'expériences, de techniques, mais aussi de créativité et d'intuition.

Cette démarche a d'abord mis en évidence nos singularités, nos individualités. C'est en cherchant du côté de notre plaisir, du côté de la subversion de notre souffrance que nous avons trouvé des similitudes dans nos pratiques.

Dans les situations violentes, tenter de sortir le salarié de l'isolement, lui donner la possibilité de reprendre la main, est ce qui nous mobilise dans la visite médicale. C'est une démarche éthique comme limite posée à l'exercice de la violence. Il appartient au médecin, sous peine de clivage, de ne pas prendre son parti d'une dissociation entre l'individuel et le collectif.

Il laisse le dialogue s'ouvrir à une dimension d'inconnu. S'il y a de l'étonnement à entendre le salarié parler, il y a aussi le doute qui s'installe. Dans la délibération, le médecin doit raisonner, mettre en ordre ce que l'émotion a révélé.

Il prend le risque de se tromper, il doit supporter parfois de ne rien faire. C'est sans doute le prix de son autonomie morale. Dans ce contexte, les salariés nous témoignent de leur gratitude, ils nous remercient de les avoir écoutés. Dans certains cas, ils racontent comment leur rapport au monde a changé, comment ils n'ont plus le même comportement devant un chef ou un collègue, comment ils n'ont plus peur.

Cette perception que le salarié peut maintenant agir sur le monde est ressentie non seulement par le médecin, mais aussi par le milieu de travail qui agit différemment. Ce jugement d'utilité des salariés nous fait plaisir, mais il ne doit pas empêcher de pointer un certain nombre de risques :

Les récits que nous entendons, les nouvelles formes de plaintes, les histoires parfois dramatiques, ne nous laissent pas indifférentes. Parce que nous sommes des femmes face à une autre femme souffrante, la relation peut basculer dans une relation fusionnelle qui empêche toute prise de distance. Prolongée dans le temps, elle peut aboutir à un épuisement. Elle peut aussi fausser notre jugement.

La relation peut maintenir le salarié dans une situation de victime ou de dépendance dans une prise en charge thérapeu-

tique, elle détourne le médecin de sa mission de prévention et l'enferme dans le cabinet médical.

L'isolement guette aussi le médecin. En rester là, c'est-à-dire avoir élaboré une technique, un savoir-faire, sans en référer à des pairs, est dangereux. Ce savoir-faire peut rester figé, non remis en cause.

Il est nécessaire de construire et de partager un savoir-faire référé, discutable. Nous considérons que la visite médicale relève d'un acte traditionnel efficace, qui agit sur le réel en s'inscrivant dans le collectif.

C'est une construction à deux sur l'énigme du travail orientée vers une intelligibilité de la situation. C'est aussi l'ouverture possible d'un champ d'action.

Voici quelques propositions de règles partageables :

Garder, dans le cadre de la visite médicale, la liberté pour le salarié de parler ou de ne rien dire.

Prendre acte de la souffrance exprimée, sans déni ni jugement.

Accepter la non maîtrise comme partie prenante de l'acte technique.

Prendre le temps : tenir compte du rythme du salarié dans la délibération.

Travailler avec le salarié ce qui relève du secret, ce qui relève de sa propre responsabilité.

CONCLUSION

Notre confrontation commune à la violence vécue par les femmes, nous a obligé à constituer un espace de travail dans lequel nous avons échangé nos pratiques.

La mise en évidence de nos individualités, de nos singularités, l'élaboration de principes communs, l'absence de référence à un conformisme, montrent que nous ne sommes pas dans des stratégies défensives.

L'étude des situations nous a permis de reformuler une méthodologie pour la visite médicale. C'est le passage obligé qui nous permettra d'accéder à un langage commun et à des règles communes.

Mais ce travail n'est pas terminé. Nous souhaitons dans les mois à venir, mettre nos pratiques en délibération avec d'autres médecins du travail. Nous pouvons espérer nous mettre d'accord sur des principes, sur des règles, et prétendre à une action collective sur le monde du travail.

*Marie-Hélène CELSE, Josiane CREMON,
Annie DEVEAUX, Elisabeth FONT-THINEY,
Odile RIQUET*