

VIOLENCES - FEMMES - MÉTIER

Le projet de livre *Précarisations et violences vécues par les femmes au travail*, après avoir recueilli un nombre important de monographies illustratives — écrites presque toutes par des médecins femmes — donne au groupe une impression de travail non achevé. Se posent en effet les questions suivantes :

Pourquoi avoir ressenti collectivement le besoin de témoigner sur ce sujet ?

La violence exprimée oriente-t'elle vers l'action ? et pourquoi ?

Y a -t-il un rapport au féminin ?

Est-ce une question de métier ?

Tout d'abord, ce qui est frappant c'est que la violence subie par les femmes au travail n'est pas nouvelle. Il suffit de relire quelques pages de *Les Ouvrières* de Danièle Kergoat, pour comprendre que bien peu de choses ont changé depuis 1982.

On lit : « *Et pourtant ... tous les témoignages (de femmes...) concordent : le droit de cuissage existe encore, les injures sexistes pleuvent journallement (une liste non limitative : "les grosses", "débiles mentales", "alcooliques", "feignasses", "bonnes à rien", "mal baisées"...) ; il n'est pas rare que le temps passé aux toilettes soit chronométré ou que les tours pour y aller soient décidés arbitrairement par la maîtrise.* »

Ou encore : « *Plutôt que d'envoyer les femmes au travail, mieux vaut les envoyer au lit...* » (Jacques Henriot, sénateur du Doubs, décembre 1979).

Tout cela date d'à peine vingt années. Comment se fait-il qu'à cette époque les médecins du travail aient été aussi silencieux ? Silence impressionnant... ! Le constat est douloureux.

QU'EN PENSER ?

Que sans doute, dans la fin des années soixante-dix et le début des années quatre-vingt nous étions professionnelle-

ment sur le modèle d'une médecine du travail très technique : tel risque / telle maladie / examen clinique et complémentaire à sa recherche, pas de risque / examen clinique pour vérifier que le corps va bien. Le rapport de domination orchestrait cette rencontre : conseils d'hygiène individuelle ou collective prescrits par celui qui savait et généralement pas suivi puisque le travail était en quelque sorte absent de la scène.

Que le fait de n'être pas choisi n'autorisait même pas le pacte de confiance à sens unique qui prévaut dans la médecine de soins : « *Pour que je puisse vous aider, il faut que vous me fassiez confiance.* »

Que la mission se réduisait bien souvent à l'aptitude « laisser-passé ».

De cette époque, je me souviens d'ailleurs de peu d'histoires racontées du côté de la souffrance vécue au travail, et, à cette époque, j'avais honte de me dénommer médecin du travail.

Puis l'arrivée de l'ergonomie, de la psychopathologie et enfin de la psychodynamique du travail ont doucement modifié les pratiques professionnelles.

La question du travail est abordée au cours de l'entretien médical d'une autre manière que le questionnement sur les risques physiques et chimiques. Elle est abordée sous la forme de l'interrogation primitive et sans *a priori*. Interrogation qui met à distance, qui gomme un certain savoir professionnel et qui rend compte de l'humilité avec laquelle le médecin approche le vécu si particulier, si singulier de l'autre que nous appelons le salarié, dans sa relation au travail.

C'est dans cette situation jamais identique, ni reproductible, que survient le dévoilement du sujet.

Certaines de ces situations laissent des impressions durables. Par exemple, cette jeune femme que je ne connaissais pas et que je rencontre dans le cadre d'une consultation dite de « permanence ». La « permanence » est prévue pour remplacer des confrères absents ou indisponibles ou bien pour recevoir des salariés dont l'entreprise n'a pas de médecin du travail « attribué » dans ces périodes de pénurie médicale. Il s'agit en général de « visites de reprise ».

Donc, cette jeune femme, d'une entreprise « non attribuée » se présente après un congé de maternité. Il se trouve que ce jour-là, un médecin stagiaire assiste à la consultation, ce qui, d'ordinaire atténue fortement l'intensité de la relation intersubjective. La jeune femme m'explique que « *non, elle n'est plus secrétaire, dans tel secteur, elle est mutée comme standardiste dans un autre secteur* ». Je m'en étonne et lui demande s'il s'agit d'un souhait exprimé de sa part. Elle me dit qu'il s'agit d'une décision de son chef de service « *afin que, la prochaine fois, elle réfléchisse bien avant de décider une deuxième grossesse* ». Ces propos avaient été tenus devant le secrétaire général qui semblait approuver, dit-elle. Cette révélation provoque de ma part une réaction d'étonnement outrée. La jeune femme saisit bien l'intérêt suscité et, alors, littéralement, elle met en exposition tout ce qu'elle a subi avec ces deux hommes, ces compères. Cela va des allusions sexistes, aux « coups de gueules » discourtois jusqu'aux travaux de servante qui consistent à « monter la goutte » après le re-

pas du midi. Visiblement, le récit a un effet libérateur. Elle me demande néanmoins de ne rien dire, de ne rien faire. Ce que je promets.

Le médecin stagiaire ne l'a pas gênée.

Cette insupportable comportement de domination humiliante m'attire. J'aimerais en savoir plus, aussi, je décide de me proposer comme candidate au suivi de cette entreprise. Candidature retenue.

Sachant qu'une dizaine de femmes travaillent sous les ordres des compères, j'attends avec un peu d'impatience les visites annuelles. Enfin, je rencontre les trois quarts du personnel féminin. Rien n'est dit, tout va bien. Dans les dossiers médicaux, rien n'est signalé : carrières professionnelles sans accrocs.

Je rencontre les deux hommes. Ils sont charmants. Je suis dans l'incompréhension. Cependant je n'arrive pas à douter de la véracité des propos de la jeune femme.

Et puis l'orage survient. Quatre mois après cette première prise de contact, une visite de reprise après maladie est demandée pour Mme C... Mme C... vient de s'arrêter deux mois consécutifs. Je sais qu'elle est atteinte d'une maladie chronique assez grave. Convaincue d'une rechute, je cible d'emblée cette pathologie. « *Il ne s'agit pas de cela, pour le moment, de ce côté, ça va bien* — me dit-elle — *J'ai craqué, j'ai fait une dépression, et c'est à cause d'eux ! Je ne vous avait pas parlé de cela parce que j'avais peur, parce que nous avions toutes peur !* »

Et elle me décrit évidemment les mêmes faits que la jeune femme, les mêmes agressions verbales, les mêmes insultes dégradantes mais aussi « les complots » pour la mettre en difficulté dans le travail par des transferts de responsabilité et de confiance sur de jeunes stagiaires ou sur des femmes en contrat précaire qui attendent une embauche définitive, et toutes les tentatives pour mettre ces femmes en rivalité. Elle me parle pendant plus d'une heure. Le récit de tout ce qui a été vécu en silence durant plusieurs années est passionné, douloureux. Elle pleure, elle tremble même. Mais elle me demande expressément de ne pas intervenir. Elle s'assure même que son dossier médical sera bien tenu secret.

Le récit de ces événements qui ne sont pas terminés, permet d'illustrer les différentes étapes qui aboutissent à l'action.

Le premier élément est la confiance — non pas la confiance gagnée ou conquise qui sont des termes guerriers — mais la confiance mise à disposition, flottante en quelque sorte. De cette confiance, le sujet s'en saisit ou non. C'est la liberté de l'autre qui est alors en jeu.

Le deuxième élément est donc la liberté donnée au sujet. Et cette liberté, il la perçoit. C'est bien le cas de Mme C... qui dans la première rencontre choisit de ne rien dire. Ce que font aussi ses collègues. On est en droit de penser que malgré tout, quelque chose a été perçu. Quelques unes ont probablement abordé entre elles, discrètement, le contenu de l'entretien médical et les questions posées qui ne concernaient que le travail. La confiance s'est installée et, lors de la deuxième rencontre, Mme C... décide de rompre le silence, de faire

surgir par la parole cette violence endurée et d'en parler longuement, tout en me demandant, aussi de ne rien faire. Cette demande de silence certes, est liée à la peur des représailles mais elle est liée aussi au besoin de calme, de paix et de mise à distance après le jaillissement, lui-même violent de tout ce matériau, jaillissement qui est, en lui-même, une prise de risque.

À l'inverse, la jeune femme, qui était dans la colère et le ressentiment face à une injustice à plusieurs niveaux — avoir été humiliée dans sa condition de mère et avoir été obligée de se plier à un ordre injuste qui se voulait une punition indue — choisit sans hésiter de décrire la réalité des rapports de domination dont elle a tant souffert. Récit libérateur mais aussi récit risqué. La demande du silence le démontre.

Le troisième élément est l'écoute compréhensive qui prend acte de la réalité de ce qui est décrit et qui restitue la position de sujet à la femme dont l'identité est atteinte.

Le quatrième élément est l'impact de l'événement sur le médecin qui ne se sort pas indemne du surgissement de cette souffrance exprimée. C'est le mal exercé dans le travail, extériorisé et proclamé comme une injustice, qui convoque brutalement le sens moral du médecin. L'indifférence étant exclue, il faut en passer par la compassion et par l'action. La compassion permet de rassurer le sujet sur sa normalité, mais la compassion est insuffisante car insatisfaisante. Elle momifie la situation, stérilise l'action.

La scène suivante est le passage à l'action de deux personnages : le salarié et le médecin. L'action est le cinquième élément.

Le salarié y est déjà entré par le dévoilement devant le médecin de ce qui était caché, camouflé au plus profond de son intériorité intime. Il la poursuit car il vient de reconquérir sa capacité à affronter le réel blessant. Le sujet (femme ici) devient capable d'aborder avec certaines collègues le sujet tabou de la souffrance et de sa découverte par le médecin. Des alliances se nouent, c'est le début de la résistance.

C'est ainsi que, dans l'histoire de Mme C..., s'est propagée, comme une mèche allumée, l'annonce que le médecin était averti. Les langues se sont déliées, d'autres femmes ont raconté. Et c'est là que le rôle du médecin peut devenir déterminant. Ces femmes, en effet, l'ont investi d'une mission : rendre compte des effets sur la santé de la violence quotidienne et occulte qui leur a été et qui leur est toujours infligée. C'est le retour sur le métier : éviter l'altération de la santé du fait du travail. Et là, le savoir médical, la connaissance médicale sont de peu d'aide. C'est de savoir-faire qu'il s'agit : savoir-faire qui permet de réaliser une synthèse anonyme et clinique du matériel recueilli, savoir-faire qui s'appuie sur des données indiscutables, savoir-faire qui ne porte que la question de la santé, savoir-faire qui interpelle tout le groupe de travail, individuellement et collectivement donc savoir-faire qui porte dans l'espace public ce qui relevait d'affaires privées dans le travail.

Ce savoir-faire pilote et conduit l'action.

Ce savoir-faire ne peut être prescrit. Il fait découvrir les chemins à emprunter dans chaque affaire. Et, dans chaque affaire, il faut imaginer les effets possibles de l'action afin d'éviter des détournements imprévus qui provoqueraient des résultats contraires à ceux attendus. C'est l'amorce d'une réaction en chaîne, incontrôlée par définition, mais malgré tout la mieux maîtrisée possible.

Reste en suspend, le rapport au féminin. Pourquoi l'accès aux phénomènes de violences adressés aux femmes semble-t-il plus facile aux femmes ? On pourrait faire l'hypothèse que la confrontation des mots « homme » et « souffrance » déclenche une telle force centrifuge qu'ils ont peu de chance de se rencontrer, tandis que les mots « femme » et « souffrance » s'attirent.

Les femmes, en effet, connaissent bien la souffrance, elles la côtoient, l'accompagnent tout au long de leur vie par la médiation du rapport aux enfants et du système patriarcal dominant dans la sphère privée.

Pour une femme, la souffrance n'est pas humiliation ni faiblesse, c'est une réalité avec laquelle il faut vivre et avec laquelle il faut se battre. À l'inverse, culturellement et généralement, pour l'homme, la souffrance est à nier au nom de la virilité.

Ainsi ce jeune homme, athlète aux yeux bleus et cheveux blonds, responsable du « rayon frais » d'un supermarché que je rencontrais tous les ans et qui ne souffrait de rien. Et puis un jour, en le questionnant sur ses horaires — qui étaient démentiels : 5 h 30-20 h, un samedi matin travaillé sur deux, un dimanche matin travaillé sur trois, deux après-midi de congés non consécutifs par semaine — je lui demande comment il s'arrangeait avec sa vie privée. Il ne répond pas, le silence dure, il fait une mimique et il se met à pleurer comme un bébé, sans bruit avec d'énormes larmes qui coulent le long de ses joues. Cela a duré longtemps, en silence. Il ne m'a pas répondu.

Quand la décharge émotionnelle s'est calmée, je lui est seulement conseillé, de peut-être, revoir ces horaires avec son directeur. L'année suivante il faisait 44 heures une semaine et 55 heures l'autre semaine.

Nous n'avons jamais reparlé de cet épisode. Cette histoire m'a montré combien l'empreinte du travail était douloureuse pour la sphère privée du jeune homme, et combien il avait dû résister, sans mot dire, sans jamais s'arrêter contre cette souffrance qui lui gâchait la vie.

La résistance à la souffrance est du côté du masculin, y céder est du côté du féminin, c'est sans doute pourquoi, ni lui ni moi n'avons retouché à ce sujet qui l'avait tant fragilisé.

On peut se dire que pour des hommes-médecins et, sans doute, pour un certain nombre de femmes-médecins tenant des postures de genres du côté de la virilité, des censures du même ordre existent. Aller chercher la souffrance cachée de l'autre, voire la deviner, peut être interprété comme une sorte de fragilité ressortissant du féminin. Débusquer la souffrance de l'autre implique donc d'en reconnaître l'existence. Puis s'engager à passer dans l'action pour la réduire, c'est encore, à un

Clinique et violences faites aux femmes au travail

deuxième niveau, un aveu de reconnaissance de la souffrance. Pour des médecins qui sont sur des positions viriles fortes, cela est de l'ordre de l'impossible et de l'insoutenable.

C'est pourquoi le recueil de ces violences est bien du côté du féminin. Reste la question du masculin, cet entre-deux qu'il nous faudrait aussi définir.

Alors, règles de métier ? Sans aucun doute en passant par : « confiance », « liberté », « écoute compréhensive », « com-

passion » et « action ». Tous ces mots sont des clés d'entrée à la découverte des empreintes du travail sur le sujet et sur sa santé, à la découverte de ce qu'on appelle la clinique médicale du travail.

Le métier, c'est cela.

Fabienne Bardot