

# ATELIER 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 censé 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 nommer 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'appivoiser, 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 ?**

# RENCONTRE ASS. SMT / SMG

## — LA VIOLENCE QUI S'EXERCE CONTRE LES FEMMES AU TRAVAIL —

Reprenant l'historique du réseau *Paroles*, les médecins du travail rappellent qu'au travers de quelque quatre-vingt témoignages recueillis, se dégageaient en première lecture le silence recouvrant la violence vécue au travail (« *Sur-tout docteur ne dites rien* »), mais aussi à y regarder de plus près de la révolte et la revendication de leur dignité.

Puis, comme par un effet de miroir, par rapport à ces histoires de femmes, s'est fait ressentir le désir chez les femmes médecin du travail de ce groupe, de retravailler sur ce que cela révélait de leur spécificité dans une démarche de médecin et non de sociologue.

Le débat s'est alors recentré avec les médecins généralistes autour de la question des violences vécues : l'une des médecins généralistes qui menait une étude sur le travail des infirmière(s) disait être frappée par la différence de leur qualité relationnelle avec les médecins — les infirmiers prétendant être mieux traités et s'autoriser à mettre les choses au point, tandis que les infirmières avouent qu'il faut toujours se battre — « *À situation égale, on n'a pas les mêmes droits.* »

Ont été évoqués les comportements virils (socialement construits) adoptés par certaines hiérarchies (les contremaîtres), comportements qui sembleraient favorisés par certains métiers : c'est la « caporalisation » retrouvée dans le milieu hospitalier .

On refait le constat que certains métiers féminins sont dévalorisés dans la mesure où il font appel à des gestes « naturels » (ou banaux), ne nécessitant pas de savoir et que le choix des professions au féminin, joue sur les qualités dites innées (« *j'aime servir* »).

Des médecins généralistes rapportent l'expérience d'une commission exécutive de médecins, composée de vingt-cinq femmes et de neuf hommes, dans laquelle si les femmes ont pris la parole, les hommes étaient du côté du pouvoir : comme si les femmes se contentaient de comprendre, de prendre du recul et garder l'estime d'elles-mêmes, tandis que les hommes devaient passer à l'action dans l'urgence pour une efficacité immédiate, dans un « agir viril ».

Dans cette recherche de reconnaissance se dessinerait une sorte d'identité commune transculturelle, tacite ne passant pas forcément par le langage : sorte de patrimoine primaire, de « niche écologique ».

Nous revenons alors sur cette notion de « caporalisation » mais du côté des métiers masculins pouvant conduire certaines femmes à la mise à l'écart de leur part de féminin pour monter dans la hiérarchie, puis à un degré de plus à adopter les « tra-

vers masculins » pour être respectées : il faut non seulement se défendre mais encore se bagarrer pour monter davantage.

Cependant il y a des territoires interdits : le droit au pouvoir n'est pas inné et il faut composer avec, mais ce sont les femmes qui se posent la question de ces limites à ne pas franchir.

Des médecins généralistes-femmes installées en cabinet de groupe parlent de cette violence à connotation sexuelle exercée contre elles lorsqu'elles ont été taxées de « vierges marxistes-léninistes » par le Conseil de l'ordre ou encore de « pucelles rouges » (femmes au travail : vierges et putains ?) ; ambivalence de l'image que des hommes évoquent et qui est véhiculée au travers de l'éducation des femmes, d'où la difficulté de prendre ses distances par rapport à tout ça ...

Ailleurs des femmes-médecins associées se sentent accusées d'être fusionnelles (de l'ordre du gynécée). Elles affirment pourtant que leur identité est différente mais sans chercher à prendre le pouvoir et elles disent la reconnaissance du travail de leur secrétaire ; à ce propos on souligne le risque de se mettre en état de dévouement si féminin avec ses effets pervers vers une exploitation majeure.

Les femmes médecins généralistes parlent d'une absence de droits au congé maternité et de l'autocensure à s'arrêter pendant une grossesse comme si c'était le prix à payer pour avoir pris la place des hommes.

Une nouvelle fois, le groupe pointe cette ambivalence masculine par rapport au droit à la grossesse ; prétendant que les femmes doivent s'occuper des enfants tout en affirmant de façon violente « *qu'elles en abusent et profitent de leur argent* » ; les femmes se retrouvent ainsi dans une situation délinquante, comme si elles trahissaient la loi des hommes d'où la course aux justificatifs face à cette loi créée par des hommes et subie par des femmes (recours aux diagnostics de grossesse pathologique en fonction de certains horaires extrêmes dans différents services hospitaliers).

On sait bien par ailleurs que les femmes jeunes repoussent de plus en plus leurs première grossesse dans ce contexte de précarité professionnelle.

La discussion s'oriente alors de façon complémentaire entre médecins généralistes et médecins du travail sur l'expression de la violence au travail.

Pour les médecins généralistes la porte d'entrée est thérapeutique : les patients viennent chercher un arrêt de travail et/ou un traitement tandis que pour les médecins du travail cette violence n'est parlée que s'ils sont perçus comme capables d'entendre quelque chose du côté du travail.

Quand une femme dit : — « *Je suis fatiguée* » —, cela ne signifie pas pour autant qu'elle ait identifié son problème dans son rapport avec le travail ; les médecins généralistes disent essayer de les aider à tracer cette prise de conscience et sont frappés de la dépersonnalisation à l'œuvre dans le monde du travail avec cette polyvalence qui les obligent à changer sans cesse de repères : « *Il faut décoder tout cela et tirer un à un les fils de la souffrance au travail intriqués avec les problèmes de la vie personnelle* », parfois dans un laminage des solidarités féminines qui avaient su créer des contre-pouvoirs (à noter pourtant quelques micro-collectifs de femmes, discrets, ténus mais bien réels).

L'arrêt de travail devient une validation de la souffrance tant vis-à-vis du collectif que d'elle mêmes.

Cependant on constate de plus en plus souvent des arrêts de travail non pris par peur d'être mal vus mais aussi par le manque à gagner qui en découle. Le chantage des employeurs s'exerce aussi sur les généralistes.

Les hommes pointent peut être davantage le rôle du travail mais en cas de maltraitement, c'est sans doute pire encore pour eux car les femmes sauraient mieux résister dans la mesure où elles essaient de trouver des connivences.

Le rôle de l'arrêt de travail est de prendre acte que le corps parle dans certaines situations intolérables : « *Ils en tombent malades* ».

Il faut alors identifier l'agresseur et la victime, les désigner, « nommer la souffrance » et la recadrer ; pas seulement pour

la mettre à distance mais pour permettre au patient de redevenir acteur. C'est l'arrêt de travail comme solution-tremplin et non pas une fin en soi, pouvant ainsi faciliter la reprise.

Les femmes ne s'autorisent pas facilement à quitter leur travail (exemple dans les hôpitaux et l'administration sait bien utiliser cela), tandis que les hommes savent mieux dire non.

Chez les femmes, la dénarcissisation serait plus importante, ce qu'il leur permettrait de se récupérer (« *Après tout, j'ai aussi mes enfants ...* »).

Les hommes ont tendance à passer à l'acte violent et à retourner cette violence contre eux.

Dans cette culture virile c'est solide et « costaud » de ne pas parler, par rapport à « l'épanchement » qui est du côté du féminin ... mais quand ils parlent certains hommes choisissent de parler à une femme et quand ils lâchent leur souffrance, ils s'étonnent eux-mêmes.

Le surmenage professionnel permet souvent de parler de la souffrance.

Dans la précipitation de la cloche qui sonne, on hasarde l'idée que les femmes qui ne travaillent pas vont sans doute encore plus mal du fait de leur isolement.

*Denise Renou-Parent*

*à partir des notes prises par Nicole Lancien  
et Marie-Hélène Celse*

### 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