

CLINIQUE ET ACTION

LES CAHIERS

S.M.T. N° 13

Association **SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL**

ISSN 1161-3726

ISBN 911939-05.0

JUIN 99 50 F

Poursuivre la Refondation de la médecine du travail

D ÉVELOPPER UNE NOUVELLE ÉCOLE COOPÉRATIVE
EN MÉDECINE DU TRAVAIL

- Clinique et métier
- Passage aux 35 heures, rôle du médecin du travail

P OUR UNE REFONTE DE L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE
DU TRAVAIL

C LINIQUE ET VIOLENCES FAITES AUX FEMMES AU TRAVAIL

C OMPTES RENDUS DU CONGRÈS DE NANTES
— 7 ET 8 NOVEMBRE 1998 —

SOMMAIRE

Editorial

Poursuivre la refondation de la médecine du travail *Dominique Huez*

3

Développer une nouvelle école coopérative en médecine du travail

Clinique et métier

Développer la nouvelle école coopérative de médecine du travail, la « NEC-MT » *Dominique Huez*

6

Médecine de soins et médecine du travail : écoute médicale et écoute compréhensive, à propos d'une observation *Alain Carré*

13

Des règles de métier (?) *Fabienne Bardot*

15

Entre savoir et non savoir, mission et compassion *Denise Parent*

16

À propos de l'aptitude *Fabienne Bardot*

19

Passage aux 35 heures, rôle du médecin du travail

Les effets de la réduction du temps de travail, un exemple dans des agences bancaires *Sylvie Walle*

22

Les 35 heures : pour quel travail ? *Marc Galand*

23

Réduction du temps de travail et santé *Alain Carré, Dominique Huez*

25

Éviter l'intensification et la densification du travail – Séminaire du 13 mars 99 – *Claude Schucht*

28

Pour une refonte de l'organisation de la médecine du travail

Intervenir en prévention en santé au travail *Alain Carré*

33

Service de santé au travail et médecine du travail : la question de la pluridisciplinarité *Alain Carré, Dominique Huez*

37

Pour un service d'utilité publique décentralisé : les agences départementales de médecine du travail *Alain Carré, Dominique Huez*

40

Clinique et violences faites aux femmes au travail

Les médecins du travail face aux violences faites au travail, du témoignage à la réflexion sur les pratiques *Marie-Hélène Celse, Josiane Crémon, Annie Deveaux, Elisabeth Font-Thiney, Odile Riquet*

42

Violence au travail, contribution à la réunion du 5 février 99 *Denise Parent*

46

Violences—Femmes—Métier *Fabienne Bardot*

47

L'Action, à quelles fins ? *Jocelyne Machefer*

50

« Le lendemain, elle était toujours debout » *Jocelyne Machefer*

53

Comptes rendus du Congrès de Nantes Rencontres SMG-Ass.SMT (7 et 8 novembre 99)

Bilan du fonctionnement Ass. SMT, année 1998 *Alain Randon*

61

Atelier « Souffrance psychique » *Patrick Bouet, Odile Riquet*

62

Atelier « Travail en réseau » *Annie Deveaux, Fabienne Bardot*

65

Atelier « Violences faites aux femmes au travail » *Denise Parent, Marie-Hélène Celse, Nicole Lancien*

68

Annonces

71

Projet de plate-forme pour une réforme de la médecine du travail

É D I T O R I A L

P *ermettre une réorganisation majeure de la médecine du travail et en poursuivre la refondation*

Après l'année 1998 des espoirs déçus en ce qui concerne une réforme d'ampleur de la médecine du travail, l'année 1999 verra-t-elle naître le début de cette dynamique ?

Lors des 25^{èmes} Journées de médecine du travail de Strasbourg en juin 1998, le directeur des relations du travail du ministère du Travail annonce un « changement de braquet » pour caractériser une future réforme de la médecine du travail. Ce projet est vite rebaptisé projet « pour vélo d'appartement » par de nombreux observateurs, tant ses prétentions sont modestes. En témoigne, neuf mois après, la frilosité de Martine Aubry au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels du 25 février 1999 où beaucoup attendaient un engagement clair des pouvoirs publics vers une réforme d'importance de la médecine du travail.

Une réforme de la médecine du travail doit proposer des modalités organisationnelles prenant en compte la question des intérimaires et de la sous-traitance dont les difficultés de prise en charge vident de sens aujourd'hui l'exercice de médecins du travail dans nombre de situations.

Une réforme de la médecine du travail doit remettre clairement en cause « l'exclusivité de la gestion patronale » de la médecine du travail et les conséquences qui en découlent en matière de subordination de l'exercice médical.

Le pouvoir patronal, conféré par une gestion sans partage et pratiquement sans contrôle, encadre une grande partie des pratiques professionnelles des médecins du travail selon le critère de « l'acceptable » du point de vue de l'entreprise et non de celui du « nécessaire » du point de vue de la santé des salariés. Entre l'intervention directe, et l'autocensure suscitée, nombreuses sont les voies pour soumettre l'exercice d'une mission de service public en santé au travail à ce qui est « tolérable » du point de vue de l'immédiateté des besoins économiques ! Depuis l'affaire de l'amiante et plus généralement des récents scandales de santé publique, de plus en plus de personnes et d'organisations pensent que la médecine du travail ne peut plus être gérée selon le modèle du CPA (Comité permanent amiante), c'est-à-dire selon un modèle où n'est pris en compte que l'avis des payeurs (qui le sont parce que pollueurs et responsables en droit), qui occulte la responsabilité dans la mise en œuvre de la médecine du travail des pouvoirs publics, des partenaires sociaux, et des médecins du travail eux-mêmes.

Très clairement nous disons avec d'autres que la responsabilité patronale du financement de la médecine du travail, liée à la responsabilité pour tout ce qui a à voir avec les conditions de travail dans l'entreprise (prévention et « réparation » des dégâts), ne saurait attribuer de facto aux employeurs l'exclusivité de la gestion des services.

Signe d'un changement, le MEDEF prend très au sérieux depuis octobre 1998 la possibilité « d'une réforme législative plus radicale laissant aux employeurs le coût et la responsabilité mais leur enlevant la gestion pour la confier à des agences départementales de prévention et de santé au travail regroupant sous statut semi-public tous les médecins du travail d'un département donné »(1). Au lieu « d'une manipulation soigneusement orchestrée... » selon le président du CISME, Philippe Sappey, qui se pose sans scrupule comme le représentant de l'ensemble des médecins du travail, ce qui illustre bien son projet véritable, il faut voir dans l'inquiétude du MEDEF le reflet d'un basculement social et bientôt politique concernant la nécessité de réformer de façon importante la médecine du travail.

•••••

1- Actualité n°179, 26 février 1999, UIMM

Oui ! il faut séparer clairement la gestion des risques professionnels qui est de la responsabilité des entreprises, de l'intervention des médecins du travail en entreprise qui interviennent exclusivement du point de vue de la santé.

La directive du 12 juin 1989, concernant les services de protection et de prévention des risques professionnels, propose, à raison, un statut protecteur pour les travailleurs désignés par l'employeur qui effectuent une activité de gestion des risques.

Les médecins du travail, qui n'exercent pas dans une perspective de gestion des risques restent avant tout des médecins ; leur mission définie clairement par la loi de 1946 doit les faire bénéficier d'un cadre d'exercice leur permettant d'exercer en toute indépendance.

Comme nous l'avons écrit en mai 1998 dans l'ouvrage Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat, nous plaçons pour une organisation de la médecine du travail sous la forme « d'agence départementale de médecine du travail », regroupant en une structure unique, chargée de l'administration et de la gestion, l'ensemble des professionnels de la médecine du travail quels que soient leurs modes d'exercice.

Cette idée fait son chemin, et la nécessité :

- ◆ de dissocier le financement et l'administration des services de médecine du travail,
- ◆ de renforcer le contrôle social par les salariés sur la dynamique de mise en œuvre de la médecine du travail, au plus près des lieux d'exercice des médecins du travail,
- ◆ de permettre aux professionnels de faire entendre leur voix.

rassemble un collectif d'organisations constitué à Strasbourg lors des 25^{èmes} Journées de Médecine du Travail, qui s'élargit progressivement et dont est membre l'association SMT(2).

Des points doivent être clarifiés dans la mise en œuvre des « agences départementales de médecine du travail » :

- ◆ Quels seront les membres des conseils d'administration des agences ? Part prépondérante des représentants des salariés, présence des employeurs, présence possible des représentants des victimes des risques professionnels ?
- ◆ Quelle participation des autorités de tutelle, de responsables politiques ?
- ◆ Comment les professionnels que sont les médecins du travail pourront être entendus ? Membre de droit consultatif, instance regroupant les professionnels à consultation obligatoire ?
- ◆ Quel contre-pouvoir pour les salariés bénéficiaires de la médecine du travail face aux décisions du conseil d'administration de l'agence de médecine du travail ? La réponse à cette question se trouve probablement du côté du renforcement des structures de contrôle proches des lieux d'exercice de la médecine du travail (commission de contrôle, comités d'entreprise). En effet, l'exercice de la médecine du travail devrait avoir lieu dans des structures appropriées, proches des services actuels, déchargées de leur rôle de gestion et d'administration, et chargées exclusivement de faciliter l'exercice des missions de la médecine du travail.
- ◆ Les agences départementales de médecine du travail doivent-elles administrer l'ensemble des intervenants en santé au travail exerçant en dehors de la subordination directe à un employeur ? Poser ainsi la question, c'est subordonner l'urgence de la réforme de la médecine du travail à celle d'une réforme du système de prévention des risques professionnels (INRS, CRAM, ANACT, expertises...).

C'est attendre, que soit déterminé ce qui relève de la responsabilité des employeurs d'une part et des pouvoirs publics d'autre part, et que soient séparées enfin la production des connaissances, l'évaluation des risques et la gestion des risques.

Or, en l'état actuel, une réforme de la médecine du travail ne pourrait voir le jour rapidement si elle était subordonnée à une réorganisation complète du système de prévention des risques professionnels. De la même façon qu'elle ne peut être subordonnée à la réorganisation en cours de la médecine ambulatoire, ce qu'ici le lecteur admettra rapidement.

Or, il y a urgence à réorganiser la médecine du travail. Il n'y a aucune nécessité à attendre une réforme, certes nécessaire, du système de prévention des risques professionnels, sauf à défendre l'idée que la médecine du travail appartient au système de la responsabilité des employeurs de gestion des risques, ce que nous récusons.

● ● ● ● ● ● ● ●

2 - Ass. SMT, ANDEVA, CGT, FNMF, FNMT, FNATH, SNMEG-CGT, SNPMT, SUD, L. 611.10

Concernant la médecine du travail, une des solutions pour prendre en compte la nécessité de séparer clairement l'exercice de professionnels intervenant exclusivement du point de vue de la santé au travail (les services de médecine du travail), des services de gestion des risques professionnels (dont les contours doivent être mieux définis dans et en dehors des entreprises), pourrait être de développer des plateaux de compétences spécialisés dans les services de médecine du travail, ce qui implique d'y définir un statut pour des professionnels non médecins exerçant dans ces services médicaux.

- ◆ *Quelle place pour la médecine du travail en rapport avec l'organisation générale de la santé publique ? Qu'on ne s'y méprenne pas; nous ne prôtons pas la dilution de l'intervention des médecins du travail dans un exercice médical général en santé publique. Son seul intérêt pour les pouvoirs publics serait alors de collecter des données générales de santé pour l'IVS (Institut de veille sanitaire), et d'appliquer un programme de prévention sur des grands sujets de santé déconnectés de la santé au travail. La médecine du travail n'est pas un réservoir de médecins en attente d'utilisation en santé publique générale par les pouvoirs publics par voie de « réquisition ». Tous ceux qui sont attachés à l'originalité du système français de médecine du travail doivent être attentifs à préserver l'inscription de la médecine du travail dans un système de prévention médicale consacré essentiellement « à la santé au travail ». Dans ce cadre, alors, la collecte de données nationales en santé au travail est nécessaire, et les médecins du travail se doivent d'y participer. Mais de nombreux responsables de la santé comprennent encore mal la place particulière de la santé au travail. Ils ne perçoivent pas toujours à quoi la médecine du travail, système médical spécifique tourné vers la prévention primaire, pourrait servir, préoccupés qu'ils sont par l'éducation pour la santé et la prévention individuelle déconnectées de la santé au travail, sans prise en compte de la prévention collective et de la place centrale qu'y représente le travail.*

Il y a urgence aujourd'hui à réorganiser la médecine du travail. Les effets délétères des nouvelles formes d'organisation du travail et le développement de la précarisation du travail le démontrent chaque jour.

Mais nous savons aussi que la meilleure des réformes de la médecine du travail sera peu efficace si les médecins du travail ne mettent pas en débat de leur côté, entre pairs, leur métier, pour lui faire prendre en compte la réalité de la santé au travail d'aujourd'hui. C'est aussi à cela que veut contribuer la présente livraison des Cahiers SMT n°13.

*Dominique Huez
Président de l'association Santé et Médecine du Travail*

LES CAHIERS S.M.T.

supplément à « PRATIQUES - Les cahiers de la médecine utopique » n° 5, 1^{er} trimestre 1999

52 rue Galliéni 92 240 MALAKOFF

commission paritaire : 67150A5

ISSN 1161-3726 / ISBN 911939-05.0

Responsable de rédaction : Jean-Noël Dubois

Responsable de publication : Philippe Lorrain

Comité de rédaction : Alain Carré, Marie-Hélène Celse, Nicole Lancien, Dominique Huez, Jocelyne Machefer, Denise Parent, Alain Randon, Odile Riquet

Maquette : Jean-Noël Dubois

Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil

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

LE SOUTÈNEMENT DE L'ACTION PAR UN RÉSEAU COOPÉRATIF

Pour 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 valori-

sées ici de l'atout irremplaçable que représente l'entretien médical clinique individuel.

À 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)

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 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

•••••

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, p 70-76

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, p 4-6, repris in Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat, p315-318, op. cité

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, p 114-119, in Les risques du travail, op. cité

« 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 mentale 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 vingtain, du quotidien de nos pratiques professionnelles, de nos savoir-faire plus ou moins prudents, de nos stratégies de tatonnement 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. À 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.

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.

LA PARTICIPATION DE MÉDECINS DU TRAVAIL À DES ENQUÊTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES COOPÉRATIVES - LEUR VALORISATION PAR L'ADOSSEMENT DE LEUR ANALYSE À LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

Certaines enquêtes épidémiologiques, qui ont mobilisé de nombreux médecins du travail, ont pour objet d'appréhender en ce qui concerne la santé physique et mentale, les effets des nouvelles contraintes d'organisation du travail. Peuvent être investigués les contraintes horaires ou de rythme de travail, les facteurs psycho-sociaux, et l'emprise éventuelle sur la vie familiale qui en découle. Des « échelles » spécifiques pour « mesurer » la « dépressivité » ou certaines atteintes à la santé physique ou mentale, et rendre compte de désadaptations psychosociales, y sont souvent incluses. Ces enquêtes ne soutiennent pas de théorie très élaborée sur les articulations entre les contraintes organisationnelles, environnementales, psychosociales et la santé. Elles se fixent, à travers une démarche pragmatique, un objectif descriptif et d'interrogation des relations entre l'organisation du travail et la santé physique et mentale.

Cette démarche de dissection à travers des questions des nombreuses facettes d'une organisation du travail possiblement pathogène est tout à fait nouvelle pour les médecins du travail. La culture psychopathologique qui se développe progressivement en médecine du travail permet de repérer lors de l'analyse ce qui peut relever de procédures défensives chez les agents dans l'expression de leur état de santé ou dans leur jugement sur l'importance des risques.

L'interprétation des données des enquêtes épidémiologiques à la lumière des connaissances en psychodynamique du travail a donné un éclairage différent aux résultats ; il a permis un pont avec ce que les médecins du travail observent dans leurs pratiques cliniques ordinaires. Des enquêtes comme ESTEV, STED, PREST en témoignent.

Les résultats de ces enquêtes montrent des prévalences d'atteintes à la santé mentale de plusieurs dizaines de pour cent, alors que les médecins du travail en dénombrent de leur côté, c'est-à-dire rendent compte dans leur rapport annuel, d'un nombre de dépressions de l'ordre de quelques pour cent de leurs effectifs. Bien sûr, il ne s'agit pas de la prise en compte du même niveau d'atteinte dépressive, mais dans l'entreprise, tout à coup, par le truchement de l'épidémiologie, la question de la santé mentale n'est plus marginale, mais concerne une part notable des populations ! La souffrance au travail qui émerge de l'écoute intercompréhensive dans les consultations, adossée aux apports de la psychodynamique du travail, devient visible socialement, et peut imprégner progressivement l'espace public de discussion interne à l'entreprise.

La nécessité d'expliquer auprès des partenaires sociaux les hypothèses que se proposent d'instruire de telles enquêtes permet la constitution d'un savoir-faire d'intervention pour ces médecins du travail, sur les contraintes organisationnelles « qui chatouillent » l'entreprise au cœur de sa logique de rentabilité économique et de son pouvoir.

Du point de vue de l'action, donc du point de vue des possibilités de transformation, le résultat le plus important de ces enquêtes épidémiologiques est d'avoir contribué en interne à repérer l'organisation du travail comme générateur d'atteinte à la santé mentale.

Ces dynamiques d'enquêtes peuvent favoriser des dynamiques de coopération qui permettent de désenclaver nos pratiques professionnelles.

LE SOUTÈNEMENT DE L'ACTION PAR LA DYNAMIQUE DE L'ASSOCIATION SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

La structure SMT (syndicat, puis collectif professionnel) qui donne naissance en 1990 à l'association Santé et Médecine du Travail (SMT), privilégie de 1979 à 1986, dans une première période, une réflexion déontique, éthique, sur les spécificités d'exercice, et sur la structuration de la médecine du travail. Elle développe alors une réflexion entre pairs, et, de fait, s'exprime très peu dans l'espace public.

À partir de 1986, la structure SMT commence à élaborer progressivement une réflexion sur le métier de médecin du travail.

L'importance de la mise en visibilité des effets délétères du travail pour la santé s'y dégage peu à peu. Ainsi en avril 1987(5) : « Parler sans restriction des effets du travail sur la santé. Durant un temps limité, en dehors du lieu de travail, le travailleur peut parler de son corps et éventuellement de sa souffrance, peut établir sa propre relation entre sa santé et son travail du point de vue de celle-ci. Dans le

contexte économique actuel, avec menace pour l'emploi, il devient difficile pour certains travailleurs de parler de conditions de travail. Nous, médecins du travail, pouvons continuer à parler avec les individus, et dans les CHSCT, des effets des conditions et de l'organisation du travail sur la santé. Surtout nous pouvons pointer du doigt, fatigue, usure, anxiété, et suggérer que ce n'est pas inéluctable. Dire ou transformer ? ...Le médecin du travail ne fera pas la bonne santé des travailleurs, mais il peut aider à ce que les travailleurs construisent leur santé... Dire, c'est intervenir, et cela déjà modifie. »

Le socle clinique de notre spécificité professionnelle y est réaffirmé face au risque de ne plus être médecin et de se transformer en ingénieur ou ergonomiste en perdant notre assise première que sont les entretiens cliniques individuels systématiques : « ... La clinique médicale articulée à la prise en compte des situations de travail devient essentielle pour décrire et vouloir prévenir les répercussions individuelles et collectives sur la santé des conditions de travail. », 02/1989. Ou sous la plume de D. Parent en juin 1989 par exemple(6) : « ...Il faut pourtant bien parler de cette souffrance qui fait partie intégrante de la santé, au même titre qu'on est tenu de repérer les signes de pathologie respiratoire ou rhumatologique même 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'émergence de cette souffrance, la reconnaître pour la faire reconnaître 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-entreprises »(7), M-C. Bosquillon écrit en 1989 : « Il est nécessaire 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 premier groupe de main-d'œuvre certainement périphérique et externe était constitué de travailleurs qui donnaient l'impression 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 essentiel. »

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 développement de la médecine du travail... À partir du constat et de l'analyse de l'éclatement des collectifs de travail: sous

•••••

5 - Collectif, Lettre du SMT, supplément n°1 à la lettre du SMG n°9, avril 1987

6 - D. Parent, Vous avez dit psy-show pathologie du travail ? Cahier SMT n°3, 06/1989, p14-15

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

traitance, CDD, intérimaires, faux artisans, nous nous sommes 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 fondamental 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 compréhensive 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 dynamique de prévention... L'application concrète de la réglementation changera quand les pratiques professionnelles des médecins du travail changeront...* »(9). Cette problématique de visibilité sociale à destination en première intention de l'espace 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 chaque praticien, sont hétérogènes, émergent dans les compte rendus d'intervention en CHSCT, dans leur rapport annuel(10), empruntent les multiples espaces informels des entreprises, se sédimentent à travers la pratique des écrits à l'employeur(11), des lettres remises au salarié lors des visites médicales(12). Ce n'est donc habituellement pas dans les documents produits en dehors des entreprises qu'on peut en trouver trace.

La dynamique issue des données d'une clinique intercompréhensive mise en œuvre depuis le début des années 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 professionnelles, 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 travail par la psychodynamique du travail.

La SMT participe de ce mouvement à travers une réflexion sur le métier de médecin du travail particulièrement renforcée 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 souffrance, intercompréhension du sens de celle-ci pour le sujet, 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.

Dans l'appel au projet « Paroles », diffusé en mai 1992, on peut alors lire(16) : « *Tous ces travailleurs (précarisés dans leur travail depuis une dizaine d'années) nous parlent parfois de leur souffrance, de leur vécu difficile... Parfois au contraire ils se taisent parce qu'ils savent bien que nous ne leur serons d'aucune utilité "pour que ça change"... Et nous sommes là, à deviner, percevoir, impuissants... Ce projet (de rassemblements de monographies) se propose de rassembler des portraits, paroles, témoignages, histoires concrètes, cas cliniques d'individus ou de petits collectifs. On y parlera de vécu, de souffrance psychique, d'usure, de pathologies... On s'interrogera pour tel ou tel, sur la façon de construire sa santé... Nous nous proposons de prendre en compte aussi bien ce qu'entraîne la précarisation sur les travailleurs... que ce qu'elle entraîne sur les pratiques médicales elles-mêmes et la manière dont les médecins du travail se situent par rapport à ce qui peut devenir des "rites" préventifs coupés de sens par rapport à la santé individuelle et collective...* ».

Le résultat de ce travail, l'ouvrage *Souffrances et précarités au travail, Paroles de médecins du travail*(17) découle clairement de ce projet, très ancré dans la clinique quotidienne des médecins du travail qui y participent. La majorité des écrits privilégient les effets pour la santé en y alliant souvent le contexte de contraintes organisationnelles et psychosociales. On y retrouve une influence majeure de la psychodynamique du travail à côté de quelques analyses sociologiques et de textes de réflexions sur le métier de médecin du travail. Y figurent de belles monographies cliniques(18).



- 9 - D. Huez, Pratiques coopératives en médecine du travail, précarité et sous-traitance, Les Cahiers SMT n°5, juin 1992, p 24-26
- 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 neuf médecins du travail, in Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat, p 28-36, 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, p 256-258
- 12 - C. Bourboul, A. Deveaux, A. Grossetête, F. Perron-Pernet, O. Riquet, À propos de lettres remises au salarié lors des visites médicales, in Des médecins du travail prennent la parole, p 244-251, op. cité
- 13 - B. Perceval, Accompagnement des pratiques des médecins du travail par la psychodynamique du travail, in association Santé et Médecine du Travail, Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat, p 271-283, op. cité
- 14 - D. Parent, Approche psychodynamique d'individus sans appartenance, Les Cahiers SMT n°5, juin 1992, p13-15
- 15 - J. Machefer, Médecine du travail et histoire des usages de la parole en consultation, Les cahiers SMT n°8, mai 1995, p 21-27
- 16 - Collectif, Paroles de médecins du travail, le livre blanc de la précarisation, Les cahiers SMT n°5, p 27, juin 1992
- 17 - Collectif, Souffrances et précarités au travail, paroles de médecins du travail, association Santé et Médecine du Travail éditeur, Syros, 1994, 357 pages
- 18 - Ainsi, parmi les monographies cliniques on pourra lire dans Souffrances et précarités au travail, Paroles de médecins du travail, op. cité, Un dessinateur mélancolique p 78-84, La précarisation par mise en sous-charge p88-93, Nouvelles embauches, nouvelles donnes, p 118-122, Histoire d'une salariée de 55 ans qui ne voulait pas aller à l'école, p 181-184, Une salariée ancienne qu'on aimerait voir partir, p 211-214, L'histoire de Huguette p228-231, Sécurité de l'emploi, précarisation du travail, je ne sais pas, je ne sais plus, p 308-316

« Paroles procède d'une démarche qui tend à surmonter les obstacles à l'action (des médecins du travail) et subvertir la souffrance qui en résulte... Puisqu'il est de plus en plus difficile d'agir sur le terrain spécifique de la médecine du travail, agir devient l'exigence de témoigner de la difficulté elle-même, non seulement à l'intérieur des entreprises ou au sein de la communauté d'appartenance des médecins, mais plus largement dans l'espace public, dans la cité... Les médecins du travail parlent de leur place... d'où il leur est permis de savoir qu'aujourd'hui d'autres n'ont pas de place pour faire et se faire avec les autres, et que les difficultés à être qui en résultent les laissent sans mots. Comment pourrions nous mieux définir l'éthique du témoignage... »(19).

« Ce livre constitue une innovation clinique de taille. Les médecins du travail parlent de ce qu'ils entendent. Et ils parlent aussi d'eux-mêmes.... La clinique consiste d'abord et avant tout à rendre compte de ce que fait émerger la pratique ordinaire... Etre clinicien ici, c'est aussi être à l'écoute et ne pas entraver maladroitement les solutions construites par les sujets... D'ores et déjà les textes rassemblés permettent de saisir comment les travailleurs font leur choix, comment ils assument les contradictions qui les font souffrir. »(20)

En faisant le bilan de cette expérience collective, nous avons pu écrire : « Permettre la construction du sens de la souffrance au travail, individuel, et dans un deuxième temps collectif, c'est donner la possibilité de faire émerger les problèmes d'organisation du travail... L'accès au sens des situations de travail n'entraîne pas automatiquement de mobilisation sociale à visée transformatrice... La socialisation de la souffrance... est pourtant nécessaire dans l'entreprise, avec des stratégies appropriées qui réfèrent aux savoir-faire de prudence, et qui font partie des règles de métier à construire par les médecins du travail... Mais cette socialisation de la souffrance n'est pas suffisante en elle-même pour espérer transformer les situations de travail... La transformation de l'organisation du travail ne peut résulter que d'un travail incluant tous les acteurs. »(21)

La dynamique « Paroles » a par la suite des répercussions semble-t-il importantes en médecine du travail et contribue avec d'autres initiatives comme les journées nationales de médecine du travail organisées en 1994 à Besançon, à la reconnaissance de la précarisation du travail comme une donnée professionnelle de plus en plus incontournable. Le réseau « Paroles » est maintenant considéré par les pouvoirs publics comme un outil pour les médecins du travail.

Ce réseau, dans la lignée de la problématique d'une éthique du témoignage adossée à la clinique, défriche depuis 1995 les dynamiques de précarisations et violences vécues par les femmes au travail. Un important recueil de monographies cliniques y est actuellement en débat(22) Dans ce dernier cas, gageons que les questions de la division sexuelle du travail et des postures sociales et professionnelles de « genre » nourriront progressivement des règles de métier en médecine du travail. Ce processus est en émergence dans le réseau « Paroles de médecins du travail sur la précarisation » qu'anime l'association Santé et Médecine du Travail.

C'est bien la question des règles de métier utilisées pour construire un pont entre les constats cliniques individuels et l'action dans la collectivité de travail qui est posée. Dans ce cadre, les références théoriques et les données issues de la psychodynamique du travail, sont un formidable outil. Il ne s'agit évidemment pas de transformer les médecins du travail en chercheurs psychodynamiciens. C'est le métier de médecin du travail qui s'élabore de façon coopérative.

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



19 - Commencer, in Souffrances et précarités au travail, paroles de médecins du travail, op. cité, p 334

20 - Chr. Dejours, posface à l'ouvrage Souffrances et précarités au travail, paroles de médecins du travail, p 349-357, op. cité

21 - D. Huez, La fondation du groupe "Paroles", et les nouveaux problèmes psychopathologiques rencontrés dans la pratique de la médecine du travail, Revue internationale de psychosociologie, vol.III, n°5, 1996, p 63-75

22 - N. Lancien, D. Parent, J. Machefer et G. Doniol-Shaw, Précarisation du travail et violences vécues par les femmes au travail, in Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat, p18-27, op. cité

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

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 ÉCOLE 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 partagées" ... "Du fait de l'existence du témoignage, la clinique de la santé (au travail) confère la dimension de praxis à l'exercice de la médecine du travail... Regroupés autour des projets de témoignage dans l'espace public externe, les collectifs de médecins du travail réfléchissent sur leur métier, ils en construisent les règles, ils en délibèrent les normes... ". »(25) L'éthique du témoignage est du côté de l'action, de la praxis, car sa mise en œuvre, d'abord en interne à nos entreprises, mais aussi éventuellement en externe, « transforme » le praticien qui la met en œuvre. Ce faisant, il incorpore dans le champ de sa professionnalité de nouveaux espaces où se construit la santé au travail, où il va pouvoir mettre en débat pour les transformer, les situations de travail délétères.

Cette pratique n'est pas habituelle parmi les médecins du travail. Les praticiens distinguent d'ailleurs aisément, dans les écrits ou communications professionnelles qu'ils peuvent rencontrer, ce qui en relève de ce qui relève de déclamations sans rapports avec les pratiques. Pratiquer l'éthique du témoignage n'est pas aisé, car cela provoque toujours un effet en retour sur les pratiques professionnelles ordinaires à venir, auprès de chaque agent et pour la collectivité de travail où le médecin du travail exerce sa mission. Le médecin du travail n'en reçoit pas aujourd'hui de gratification du point de vue d'une honorabilité professionnelle. La pratique du témoignage est au contraire souvent coûteuse professionnellement. Par contre la mise en œuvre de l'éthique du témoignage permet la reconnaissance d'une communauté d'appartenance entre pairs autour de la mise en visibilité de la pratique d'un métier commun.

L'action du médecin du travail se déploie principalement dans l'espace public interne à la collectivité de travail où il exerce. Le médecin du travail la complète et la renforce dans l'espace public externe. En effet l'intervention dans l'espace public externe à une collectivité de travail est souvent nécessaire du fait de la mise à distance juridique aujourd'hui des vrais donneurs d'ordre par les processus de sous-traitance. Elle offre aussi ainsi un terrain pour les coopérations nécessaires pour l'action qui permettent la construction du métier entre pairs. La responsabilité du médecin du travail dans la cité le lui impose de façon complémentaire. C'est ce que nous appelons « développer une approche santé publique en médecine du travail ».



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

25 - A. Carré, Clinique en médecine du travail, espace public et santé publique, in association Santé et Médecine du Travail éditeur, Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat, p 219-224, op. cité

Une nouvelle école coopérative en médecine du travail

Cette nouvelle pratique élargit le champ d'intervention professionnel du côté de l'action. « *La clinique de la santé (du sujet) au travail... se propose de tirer (l'approche compassionnelle des médecins) vers des règles professionnelles. La construction d'une éthique du témoignage dans l'espace public externe au-delà de nos entreprises... permet de nous rencontrer, et d'écarter ainsi les portes de l'entreprise qui enclavent la souffrance quelle génère trop souvent... Apuyée sur une clinique de la santé (du sujet) au travail, rien ne s'oppose alors à la mise en œuvre d'une éthique du témoignage dans les multiples espaces publics internes, formels ou informels, des entreprises où nous "agissons".* »(26)

L'expérience de l'association SMT montre que les médecins du travail isolés dans leur pratique, démoralisés par la masse d'obstacles qu'ils ont à affronter, retrouvent, en sortant de l'isolement et en confrontant leurs pratiques avec leurs collègues, l'allant nécessaire pour exercer leur responsabilité en

matière de mission de prévention qui est toujours personnelle. Intervenir dans cette perspective, en complément de leur exercice dans l'entreprise, dans l'espace public externe, est du côté du soutènement de l'action interne.

Ces évolutions du métier de médecin du travail s'inscrivent dans le cadre du développement en France, depuis le début des années quatre-vingt dix d'une « Nouvelle Ecole Coopérative de Médecine du Travail », la NEC-MT. L'association SMT y apporte sa contribution en liaison avec un réseau de pairs

Dominique Huez

• • • • •

26 - D. Huez, Clinique de la santé au travail, éthique du témoignage, règles de métier en médecine du travail : élaborer le sens de notre action, Les Cahiers SMT n°10, mai 1997, p 7-11

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)
- N°12 **Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat (juin 98)**
Editions Syros, 195 F en librairie

Ce Cahier n°13 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°14 (à paraître courant 2000)

✓ 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

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.

Dans 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. À 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'affections psychiatriques, jusqu'alors frontalières, 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 ? ».

Une nouvelle école coopérative en médecine du travail

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 ? À 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 Carré

L'association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (S.M.T.) 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.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président : Dominique HUEZ

Vice-président(e)s : Jocelyne MACHEFER -

Alain CARRE - Nicolas SANDRET

Trésorier : Jean-Noël DUBOIS

Secrétaire : Alain RANDON

Membres : Pierre ABECASSIS, Fabienne BARDOT,

Patrick BOUET, Josiane CREMON, Georgette

DELPLANQUE, Jacques DESHEULLES, Annie

DEVEAUX, Paul LADOUCEUR, Nicole LANCIEN,

Gérard LUCAS, Brigitte PANGAUD, Denise

PARENT, Marie PASCUAL, Gilles SEITZ

DES RÈGLES DE MÉTIER (?)

Le 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 « compléxité » 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

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'attrance 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 attrayante 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

ENTRE SAVOIR ET NON SAVOIR MISSION ET COMPASSION(1)

Dans nos espaces de délibération comment avons-nous été amenés à travailler autrement ? Qu'est-ce qui nous guide collectivement ? Comment s'articule ce que l'on sait de l'entreprise avec notre questionnement et qu'est-ce qu'il en sortira, comme analyse de la situation de travail ? (« avec et pour autrui »)

À partir de l'écoute qui nous rend acteur, qu'est-ce qui relève de notre responsabilité ? Quelles sont nos points d'appui ? (selon qu'au-delà de la rencontre singulière, il existe ou non d'autres lieux de parole dans l'entreprise ?)

Il y a trois ans, à l'occasion du remaniement de mon secteur d'activité, j'ai accepté d'assurer le suivi des salariés du secteur bancaire : je n'en attendais pas un champ de recherche particulier, même si je ne le réduisais pour autant à l'ergonomie des postes de travail sur écran, mais très vite les consultations se sont allongées, et pour reprendre l'expression de Fabienne Bardot : « C'était comme si une mère s'était allumée », alimentant de proche en proche leur envie de raconter et mon appétit de les entendre... raconter :

— « Combien il est difficile de partager un écran à trois, mais que le faire remarquer serait prendre le risque de se faire rappeler que ce ne sont pas les écrans qui manquent mais les opératrices qui sont trop nombreuses. »

— « Comment la course aux objectifs vous transforment en vendeuses de cartes de crédit, avec harcèlement téléphonique, à propos des courbes de performance et vous font passer

l'envie de faire un détour par le square pour rentrer chez soi... et toujours cette question lancinante "Est-ce que c'est moi qui devient folle ?" »

— « À quel point il est déstabilisant de se faire souffler le froid et le chaud quand on est commercial depuis vingt ans, par un directeur qui vous interpelle en plein hall, pour vous dire que vous devenez médiocre, puis vous rattrape huit jours plus tard pour vous féliciter de vos bons résultats et cela vous rend éperdument reconnaissant d'être de retour en grâce... »

— « Combien il peut être humiliant de se faire confisquer un stylo oublié au poste de guichet, pour vous donner une bonne leçon de rigueur dans le bureau du patron. »

Alors m'est venue, naturellement, l'envie de ne pas enterrer ces signes de mal-reconnaissance en proposant de les faire reconnaître, quand même, de façon anonyme sous une forme d'enquête.

Ce désir de témoigner a rencontré celui des salariés, puis des collègues concernés par la même population, comme si l'action réciproque de l'écoute et de la parole nous avait permis d'établir ce « pacte de confiance » qui ne va pas de soi pourtant dans un lieu de rencontre obligée... mais si le cadre est contraint, la liberté de l'investir ou non reste entière. La pa-

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

1 - Cette publication a fait l'objet d'une présentation au cours du de la réunion de la Société de Médecine du Travail du Val de Loire, à Orléans, le 26 mars 1999

role se donne d'autant plus à entendre qu'elle se sent légitimée par l'attente dont nous témoignons. Elle nous permet de réintroduire ainsi de l'estime de soi (« où la personne s'approuve d'exister et exprime le besoin de se savoir approuvée d'exister par les autres » selon la définition de Paul Ricœur).

Ce que nous recueillons alors nous parle d'un vécu qui nous confronte à notre non-savoir : pour l'entendre, nous devons nous débarrasser de nos projections (cette reconstruction du réel bricolée dans l'instant avec des éléments épars) et laisser ainsi la place à l'étonnement. Un étonnement qui se charge d'émotion au fur à mesure que la parole se livre, surgissant parfois dans un mouvement de retournement inattendu (et par quelle alchimie ?) tant elle paraissait muselée au début de la rencontre.

Qu'avons-nous envoyé comme signaux, parfois à notre insu ? (et pour faire référence à Fernandez Zoïla « *passés d'une chair à l'autre* »). Mais il nous faut : « *Interroger, interroger encore, pour rester fidèle au secret que nous ignorons ensemble !* », comme pourrait le dire Paul Quignard.

Bien sûr, l'idée d'enquête réveille des soupçons et mérite d'être sérieusement balisée de garde-fous, ce que nous avons expliqué dans la présentation que nous en avons faite dans des lieux collectifs de parole (CHSCT) et au cours de nos entretiens médicaux, pour que les salariés ne soient pas instrumentalisés au service d'étude-alibi. Les résultats leurs seraient donc restitués dans ces mêmes espaces de délibération pour qu'ils puissent s'en saisir, et déjà nous exprimons le désir conforté par la demande des intéressés, de dépasser cette étape intermédiaire par un travail de psychodynamique, dans un groupe de parole.

Mais laissons là le déroulement de cette enquête pour revenir à notre approche clinique, après avoir tenté de pointer l'articulation entre l'expression de la souffrance en lien avec l'organisation du travail et notre souci explicite de sa mise en visibilité dans l'espace collectif.

Quoiqu'il en soit, nous ne partons jamais de rien lorsque nous abordons nos entretiens : cette approche clinique est empreinte de ce que nous connaissons du contexte professionnel. Dans le cas présent de ce secteur d'activité, soulevé lui aussi, des soubresauts économiques que l'on sait, sur fond de restructuration annoncée, notre questionnement s'en trouve forcément imprégné :

— « *À 50 ans on se fait traiter de "vieille pipe", au cours de nos assemblées générales, face aux jeunes commerciaux qui crèvent le plafond des objectifs en vendant des gadgets... Et bien tant pis nous allons continuer à conseiller nos clients parce que c'est le seul métier que nous savons faire.* »

Mais ils restent obnubilés par les effets d'annonce (mutation, compression de personnel), hochets de mise en garde certes, mais assortis de passage à l'acte (désertification progressive de certains bureaux, jusqu'à disparition d'un étage tout entier au siège d'une agence).

D'une année à l'autre, l'expression s'enrichit encore de nouveaux ressentis : — « *Ce que l'on vous disait l'année dernière est déjà dépassé...* »

— « *On applique des règles managériales sans qu'on voie jamais la tête.* »

— « *Les contrôles d'agendas électroniques s'aggravent, on travaille dans l'urgence.* »

— « *Entre les discours officiels et la réalité de terrain on n'a pas l'impression qu'il s'agisse la même entreprise, les objectifs sont habillés de bons sentiments.* »

Encore une fois la richesse de ces échanges avec les uns ne nous autorise pas à faire des raccourcis à partir ce que nous croyons avoir compris, quand les silences des autres se prolongent ou que leurs expressions plus laborieuses nous incitent à parler à leur place :

— « *Notre DRH croit communiquer — me confiait une opératrice —, mais il parle tout le temps, comme s'il voulait nous empêcher de répondre pour ne pas nous entendre !* »

Mais quand il arrive que cette parole s'offre librement parfois si fragile que nous pouvons l'interrompre à tout moment, elle donne à cet espace son autre dimension. À partir du simple récit qui met à distance, s'élaborent des lignes de fuite ou de résistance, et « le diseur de paroles devient faiseur d'actes » pour reprendre l'expression d'Hannah Arendt ou plus modestement dit par une secrétaire : « *Vous ne m'avez rien appris de ma situation en en parlant mais maintenant je vais me poser les questions autrement.* »

UNE HISTOIRE RÉCENTE me permet de revenir sur notre rôle de témoin donc d'acteur chaque fois que nous sommes confrontés à une situation singulière qui s'ouvre sur le collectif dans sa dimension éthique du « *Jamais deux mais trois* » de Paul Ricœur.

Mais comment traduire cette parole dans le respect de l'intime « pour la porter au bon niveau »?

Je revois Mme B... pour une visite de reprise après six semaines d'arrêt de travail, visiblement encore mal cicatrisée. D'emblée elle m'annonce qu'elle vient de faire une dépression, « *Mais — ajoute-t-elle — c'est pour le travail.* »

Cela fait trente-cinq ans qu'elle remplit des dossiers concernant le service des crédits, cela réclame de l'expérience et on lui demande d'aller de plus en plus vite. L'an passé déjà, elle s'était plainte d'un certain surmenage mais elle se sentait encore reconnue dans son travail, ce qui lui donnait le courage d'endiguer la marée montante des dossiers qui s'accumulent et dont on ne vient jamais à bout.

Et puis cet hiver à force d'écoper, elle s'est sentie lasse (car le stagiaire qu'on lui avait adjoint, pour l'aider, n'était pas formé à ce travail : « *Quand je rentrais chez moi — me dit-elle —, je me mettais à sangloter en regardant les "informations", qui n'avaient rien à voir avec mes problèmes ... je ne pouvais en parler à personne, pas même à mon mari qui ne comprenait pas que je puisse me mettre dans un état pareil et que cela rendait malheureux... mais quand j'ai commencé à pleurer sur mes dossiers j'ai du capituler et consulter mon médecin qui m'a prescrit un arrêt de travail.* »

Une nouvelle école coopérative en médecine du travail

Au bout de six semaines, j'ai décidé de reprendre, toujours soutenue par le traitement, mais j'ai peur de ne pas y arriver ... je pense, tout le temps, à la pile de dossiers qui n'ont pas été traités pendant mon absence... »

Et moi, je reste interdite devant une telle souffrance à fleur de peau, j'ai l'impression qu'elle va se casser, tant sa volonté est tendue sur l'obstacle ; elle a pourtant soigné sa présentation mais le regard est liquide dans un visage fissuré d'inquiétude.

J'essaie de réfléchir vite sans la bousculer, nous pesons le pour et le contre des conditions à mettre en œuvre pour faciliter sa reprise. Enfin, avec son accord je décide de téléphoner en sa présence à ce *DRH-qui-parle-tout-le-temps-pour communiquer* et m'assurer quelle ne sera pas ensevelie sous les dossiers, dès son retour. Il s'agit pour moi de marquer ma présence en tant que médecin soucieux de faire barrage à cette violence de l'organisation du travail. Le DRH me laisse entendre que ma demande est nettement superflue : « *Le nécessaire a été fait bien entendu, nos dossiers ont été traités au fur et à mesure !* »

Mi-rassurés, mi-septiques, Mme B... et moi décidons de nous revoir huit jours plus tard (ce que je signifie expressément au DRH sur une fiche de liaison).

Quand je la retrouve, c'est son regard qui me rassure d'abord puis elle m'explique que si la charge de travail est encore importante et risque de s'aggraver à nouveau (les dossiers délicats lui ont été soigneusement conservés), elle me parle de la reconnaissance dont elle se sent gratifiée par ses collègues de travail, de leur solidarité attentive pour lui permettre une reprise progressive, (le DRH communicatif ne s'est cependant pas inquiété de son retour).

Elle a visiblement du plaisir à me prendre à témoin de la sollicitude de son entourage, véritable tremplin de sa reconstruction, (je suis frappée du relief que prend cette reconnaissance désormais mais, encore fragile, elle ne pavoise pas, elle connaît ses limites, elle ne se laissera plus démolir).

Elle a décidé de prendre ses distances par rapport à ce travail qui ne peut pas se passer d'elle pour l'instant mais qu'on pourrait bien lui, retirer d'un mois à l'autre pour cause de restructuration : « *S'il faut partir dans une autre ville nous verrons bien et s'ils m'envoient à la retraite — un nuage d'envie passe — ce sera très bien aussi...* »

Encore perplexe je l'interroge : « *Mais enfin, qu'est-ce qui s'est passé pour que vous m'affirmiez d'emblée le lien entre cette souffrance et votre travail et que vous preniez enfin cette distance ?* »

« *Ce qui m'a beaucoup aidé aussi — m'explique-t-elle — c'est que pendant mon arrêt, j'ai reçu une proche de ma famille qui occupe une fonction importante dans les ressources humaines. J'ai eu honte de lui dire que je m'étais arrêtée mais contre toute attente, elle m'a déculpabilisée en m'expliquant que ce n'était pas les victimes qui devaient se sentir coupables d'une si mauvaise organisation du service, et puis — ajoute-elle — il y a eu l'enquête et cela fait trente-cinq ans que je n'avais pas parlé comme cela de mon travail.* »

En légitimant la mise en parole de l'organisation du travail, l'enquête aurait ainsi participé à cette intelligibilité ?

Encore un peu chancelante peut-être, mais il n'empêche que son regard a changé.

« *Le changement n'est possible que s'il existe des espaces ou les acteurs n'ont pas seulement des activités stratégiques (prendre un avantage, protéger ses intérêts, mettre en difficulté les autres acteurs où prendre un pouvoir) mais également des activités communicationnelles où ils parlent avant tout des problèmes pour les comprendre et tenter d'y apporter des réponses adaptées* » — Habernas.

Denise Renou-Parent

À PROPOS DE L'APTITUDE

COMPTE RENDU — MÊLÉ DE REFLEXIONS PERSONNELLES —
DE LA RÉUNION DE L'ARAPT, DU 27 NOVEMBRE 1998

Depuis quelques temps les médecins du travail s'interrogent sur leur métier :

que signifie l'aptitude ?

quelles sont les conséquences du système de financement sur leurs pratiques ?

n'existe-t-il pas une clinique spécifique en médecine du travail radicalement différente de la clinique médicale apprise à la faculté ?

Ces trois interrogations montrent bien les difficultés auxquelles nous sommes confrontés quotidiennement : course à la visite avec impression de survol, pressions demandant ouvertement de faire de la sélection, voire de l'élimination, sens médical du métier.

Le deuxième point paraît le plus simple à aborder. Il serait facile de modifier les structures et le mode de gestion avec introduction d'une pluridisciplinarité, un financement libérant de l'activisme et un contrôle extérieur sur ce financement.

Cependant commencer par changer de « marmite » en continuant à faire la même « cuisine » risque de ne pas être suffisant sur le fond, c'est-à-dire, le métier. C'est pourquoi il est nécessaire de débattre de l'aptitude et de la clinique.

Actuellement, nos missions sont centrées sur l'aptitude. C'est ce qui fait, pour la majorité des médecins du travail, le sens du métier. L'obligation, pour le médecin, de se positionner par un avis d'aptitude tel qu'il est défini dans l'article R. 241-48 du Code du travail, l'enferme dans un cadre singulier et réducteur pour sa pratique.

Ce positionnement signifie, pour celui qui le reçoit, c'est-à-dire le salarié, que ce dernier peut faire son travail sans risque pour sa santé. Cela est sans doute vrai dans une partie des cas. Cependant, on sait bien que tout salarié engage sa santé pour le bien ou pour le pire dans son travail. Donc, par l'aptitude, le médecin cautionne les conditions de travail, bonnes ou mauvaises. Ce qui est problématique, c'est lorsqu'elles sont mauvaises, ce qui n'est pas rare. Cela revient à faire dire au médecin qu'un salarié est apte à être exposé aux cancérogènes par exemple.

L'affaire de l'amiante montre bien la faillite de l'institution telle qu'elle nous a obligé à fonctionner. Il est facile de dire maintenant que ce sont les médecins du travail qui n'ont pas fait leur boulot alors que c'était l'institution qui leur demandait de faire comme cela.

Exemple : article 11 du décret du 17 août 1977 : « *Aucun salarié ne doit être affecté aux travaux définis à l'article 1^{er} ni occupé d'une façon habituelle dans les locaux ou chantiers où s'effectuent ces travaux sans une attestation du médecin du travail constatant qu'il ne présente pas de contre-indication médicale aux travaux l'exposant à l'inhalation de poussières d'amiante* ». La valeur à ne pas dépasser était alors fixée à 1 fibre/cm³. Ce qui était censé protéger contre la fibrose **mais pas** contre le cancer.

La prouesse a donc été de faire cautionner par l'aptitude un risque connu.

Nous sommes actuellement **exactement** dans la même situation avec la réglementation sur les cancérogènes : article R. 231-56-11 du Code du travail : « *Un travailleur ne peut être affecté à des travaux l'exposant à un agent cancérigène que s'il a fait l'objet d'un examen préalable par le médecin du travail et si la fiche d'aptitude établie ... atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux.* »

Pour le dire autrement, il nous est demandé de donner caution professionnelle, à une mise en danger d'un individu.

Ainsi, peut-on dire et croire que l'aptitude est un acte médical ?

Qu'en est-il de l'article 2 du Code de déontologie : « *Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.* » ?

Qu'en est-il de l'article 32 du Code de déontologie : « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science.* » ?

C'est comme si un médecin généraliste se permettait de remettre à son patient le certificat suivant : « *Vous êtes apte à consommer deux litres de vin par jour.* », ou bien « *vous êtes apte à fumer deux paquets de cigarettes par jour.* »

Cela serait tellement choquant qu'il y aurait probablement plainte au Conseil de l'ordre des médecins pour violation de l'article 2.

Pourquoi acceptons-nous de faire cela ?

C'est comme si cette obligation qui nous a été imposée nous avait empêché de penser. C'est comme si, cette obligation

avait suspendu notre capacité à asseoir nos actes sur des convictions morales fortes. En quelque sorte, nous en avons perdu notre autonomie morale. Nous en sommes arrivés à trouver cela normal. Nous avons fait **très sérieusement** ce qu'on nous a demandé. C'est-à-dire que nous avons sélectionné pour envoyer au front ceux qui étaient bons pour le service. C'est une médecine militaire.

Notre rôle de médecin, c'est-à-dire de professionnel au service de l'individu, devrait au contraire nous pousser à alerter sur ce qui est mis de côté dans le domaine des atteintes à la santé dans les compromis sociaux (problème des VME et VLE par exemple).

Être au service de l'individu devrait signifier qu'il ne faut que se positionner par rapport à la prévention, à l'accompagnement et à l'aide. Ce qui veut dire que la notion d'aptitude devrait être supprimée et qu'il faudrait remettre une simple fiche de visite où n'apparaîtraient que des prescriptions d'ordre préventives.

Aujourd'hui, l'activité des médecins du travail français est écrasée sous le poids de 14 millions de certificats d'aptitude **sans signification médicale**. Cette situation est paralysante. Pour sortir de l'incohérence, il faut supprimer le certificat d'aptitude. C'est le premier acte d'une réorientation vers la prévention primaire.

Il faut bien se rendre compte que ce souhait de recentrage professionnel sera particulièrement délicat si jamais il voit le jour (cela ne pourrait être que par une loi). En effet, le monde de l'entreprise y tient beaucoup puisque s'associent une notion de sélection et une notion de transfert de responsabilité du côté de la santé. D'ailleurs, il semblerait qu'en Angleterre, il y ait des volontés politiques pour mettre en place une sorte de système équivalent.

Ensuite, du côté du droit du travail, le poids des écrits des médecins du travail n'a jamais été aussi grand. L'avis d'aptitude (en particulier dans le cadre de l'article L. 241-10-1) joue sur le maintien ou la rupture du contrat de travail. Mais le droit ne s'occupe pas de la santé. Les deux objectifs (droit et santé) sont totalement différents. L'aptitude est utilisée, évidemment, à une autre fin que la santé. Si l'aptitude disparaît, il faudra s'attendre à la critique suivante : « *Ces médecins du travail qui refusent de prendre leurs responsabilités...* »

Or, répétons-le, la responsabilité de **tout médecin** ne concerne que **la santé de l'individu**.

Le raisonnement sur l'inaptitude est radicalement différent. L'inaptitude n'est pas le symétrique de l'aptitude. L'inaptitude est complètement liée à la santé. L'inaptitude est pour le médecin un acte à visée préventive ou thérapeutique. Elle n'a pas d'autre objectif que de préserver la santé du salarié. Ce certificat ne peut donc qu'être rédigé avec le consentement du salarié en application de l'article 36 du Code de déontologie : « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* ».

Mettre une inaptitude contre l'avis de l'intéressé c'est comme si, en médecine de soins, on faisait avaler de force le traitement prescrit. Cependant l'inaptitude contre l'avis du salarié n'est pas illégitime en droit. En effet, les juristes reconnais-

sent la prérogative de l'employeur de faire vérifier l'aptitude d'un salarié (donc lorsqu'il y a jugement d'inaptitude par l'employeur).

Le médecin du travail peut faire des propositions d'aménagements de postes :

article R. 241-48 : « *L'examen médical a pour but : de proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes* »

article L. 241-10-1 : « *Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que les mutations ou transformations de postes...* »

Dans cette perspective, le médecin tient le point de vue de la santé. Ces propositions ont une visée thérapeutique ou préventive. Pas pour le droit du travail. Pour les tribunaux, ces aménagements touchent au contrat de travail. Et, parfois, ces demandes d'aménagement risquent d'entraîner une perte d'emploi, ce qui est un obstacle majeur à la visée préventive. Les recommandations peuvent donc être fragilisantes pour l'emploi. C'est pourquoi elles surviennent tardivement et pour des cas extrêmes.

En fait, le droit du travail n'appuie le médecin du travail que lorsque se posent les questions de l'inaptitude ; jamais, actuellement, pour les propositions d'aménagement.

Une situation de travail très particulière doit être abordée de manière tout à fait à part, c'est le problème des postes de sécurité. Pour tenir un tel poste, le salarié ne doit pas mettre en danger sa vie, ni celle des autres. La décision qui s'impose ici, au médecin du travail, est une décision d'expert. On est alors dans un régime d'aptitude. Il faut donc clarifier les rôles : médecin du travail ou médecin-expert imposent des régimes de communication très différents avec le salarié. Il faut à chaque fois définir les objectifs que l'on tient. Pour cela, les postes relevant de l'aptitude doivent être définis clairement et publiquement, donc réglementairement.

La disparition de la notion d'aptitude, l'aménagement-prévention, l'inaptitude préventive ou thérapeutique supposent un cadre où on définit des relations de confiance. C'est probablement à ce prix que l'on pourra construire des démarches cliniques cohérentes. Pour cela, il faut commencer par définir cette clinique médicale du travail que l'on dit spécifique.

Le cabinet médical est un lieu très privé et transitionnel, où le sujet reconquiert sa capacité à penser, à débattre et à agir sur ce qui se passe au travail. Le médecin du travail se trouve alors dans l'assistance à l'action des autres. Mais cela ne veut pas dire qu'il faille, à la place **du** salarié (ce qui est éminemment dangereux pour **un** individu) ou **des** salariés, aller, dans l'entreprise défendre haut et fort ce que tout le monde sait de la souffrance subie et des dysfonctionnements décrits. Il s'agit là d'une action inefficace qui terrorise et rend muets publiquement ceux qui la subissent et qui culpabilise ceux qui en sont les auteurs. Le médecin se retrouve alors seul avec sa parole non soutenue et en situation de grande difficulté, voire de vulnérabilité face à ceux qui, au mieux, nient les constats du médecin, ou, au pire, l'accusent d'immixtion injustifiée dans l'organisation de l'entreprise. L'ouverture à la parole,

au récit des événements dans le cabinet médical, suppose donc une conception radicalement différente du travail dans le sens où il faut saisir que chaque individu y mobilise quelque chose de lui-même. Dans le travail, en effet, chacun y apporte sa propre coloration. Le travail est, en plus de la participation à la production de biens et de services, une activité de production identitaire. On a obligatoirement un regard mutilant sur le travail si on ne perçoit pas, si on n'explore pas cela.

Cet abord du sujet-salarié et de l'investissement de ce dernier dans le travail avec son histoire personnelle accrochée à tout cela constitue une partie du « faire » du médecin du travail.

Le rôle du médecin n'est donc pas de prendre en charge des individus passifs considérés comme des victimes mais il s'agit de les prendre en charge autrement. Il s'agit de comprendre comment les gens luttent dans le concret, comment ils font par rapport à leur tâche, quelles compétences ils mobilisent, comment cette compétence est reconnue ou pas. Les atteintes à la santé constatées, qu'elles soient physiques, psychiques ou comportementales peuvent ainsi être l'aboutissement d'un processus complexe qu'il s'agit d'élucider. Le salarié, par sa description subjective de son activité, par son récit et ses interprétations des événements, devient acteur de cette compréhension.

L'action du médecin du travail doit se tourner vers l'assistance à la prise en charge collective de situations douloureuses. Il ne s'agit cependant pas de jeter le malheur social à la figure des gens ce qui est terrorisant. Il faut se donner une petite chance d'être entendu en passant par la forme écrite. Cette forme écrite ne doit pas raconter que le malheur, mais doit tendre la main dans la direction d'un travail à faire ce qui offre l'ouverture d'une perspective d'action pour le chef d'entreprise par exemple.

Si cela fonctionne, cela déclenche une action qui, certes n'est pas maîtrisée, mais qui peut ouvrir un nouvel espace de liberté pour chacun.

RÉFLEXIONS PERSONNELLES

Je suis revenue bouleversée de cette journée.

Depuis toujours, j'étais gênée par cette notion d'aptitude qui me renvoyait à une impression de militaire et qui me positionnait en situation de domination du salarié. À l'issue du congrès de Rouen, qui traitait de l'aptitude, j'avais trouvé une issue acceptable en supprimant ce mot et en le remplaçant par la formule : « *Pas de contre-indication médicale au poste proposé* ».

Je viens de comprendre que c'était bien pire du point de vue moral. Le mot « *Apte* » avait au moins l'avantage d'être neutre par rapport au « *médical* ». Mais, écrire en clair, que la médecine (par mon intermédiaire) cautionnant la situation de travail, relevait d'une absence de questionnement éthique, déontologique et moral !

Ce qui, pour moi, était le comble !

J'écris donc, maintenant : « *Pas d'inaptitude au poste de travail* » et je joins, à chaque salarié, le petit texte suivant avec la fiche de visite :

« *Cette visite médicale qui a un caractère obligatoire, est prévue par les articles R. 241-48 et 49 du Code du travail. Elle a pour objectif "d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail". Elle répond à un dispositif réglementaire européen qui prescrit à l'employeur "d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail".*

Au cours de la consultation, seront recensés et analysés, les risques auxquels vous pouvez être exposé à votre poste de travail ainsi que leurs éventuelles répercussions sur votre santé.

Le médecin du travail n'a pas le droit de soigner (sauf en cas d'urgence). Si au cours de l'examen médical, il dépiste une affection nécessitant des soins, il vous adresse alors au médecin traitant de votre choix.

À l'issue de la consultation, le médecin du travail vous remet, en double exemplaire, une "fiche d'aptitude" sur laquelle figurent les risques professionnels recensés à votre poste de travail. L'une est destinée à votre employeur, l'autre vous est personnelle. Sur cette fiche le médecin du travail peut, avec votre accord, "proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé du travailleur".

*Il est important de rappeler que le secret médical, institué dans l'intérêt des personnes, s'impose à tout le personnel du cabinet médical. Le secret médical, qui est **absolu et universel**, couvre ce qui a été confié mais aussi ce qui a été vu, entendu ou compris. »*

C'est bien sûr un moindre mal.

Fabienne Bardot

LES EFFETS DE LA RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL

Dans un établissement bancaire, le service administratif a fait récemment l'objet d'une réduction du temps de travail, ce qui pose de gros problèmes d'organisation et ce qui n'est pas sans répercussions sur la santé de certains salariés à cause du stress qui en découle.

La réduction du temps de travail a été adoptée à la fin de 1997, avant l'expiration de l'application de la « Loi de Robien » au niveau des différentes unités administratives du même établissement bancaire, à l'échelon national avec l'accord des organisations syndicales, pour une durée de trois ans.

Il s'agissait de supprimer une journée de travail par semaine à tous les salariés travaillant à temps plein. Les salariés à temps partiel n'étaient pas concernés par cette nouvelle mesure.

Le responsable du service administratif du site a choisi, sans concertation avec les partenaires sociaux locaux, l'option du « jour glissant », chaque salarié étant absent du service le lundi dans la 1^{ère} semaine, le mardi dans la 2^{ème} semaine, le jeudi dans la 3^{ème} semaine, le vendredi dans la 4^{ème} semaine.

Ce service est divisé en plusieurs unités d'une dizaine de personnes en moyenne. Chacune ayant son activité propre, il n'existe pas de relations fonctionnelles entre les différentes unités et les salariés ne sont pas polyvalents d'une unité à une autre. Lorsqu'un salarié est absent pour cause de RTT, son travail doit être pris en charge par l'un de ses collègues (notion de relais).

Parallèlement à l'instauration de la RTT a été entrepris un réaménagement des locaux à l'occasion de la mutation de salariés venus de la région parisienne. Cela s'est traduit par une diminution de l'espace réservé à chacun et par l'instauration d'un partage du matériel informatique, le nombre d'écrans ayant été réduit à une unité pour deux salariés.

Les problèmes qui ont suivi cette réorganisation du service sont vite apparus :

Problèmes liés à l'organisation matérielle des postes de travail : « *Comment partager un même écran lorsque chacun est obligé de s'en servir plus de la moitié de son temps de travail ? Les choses sont plus faciles lorsque le collègue est en RTT, mais ce n'est pas toujours le cas.* » Alors « *on s'arrange* », « *on fait le plus urgent* » ou bien « *c'est toujours le même qui monopolise l'écran.* »

Problèmes liés à la RTT : « *Lorsque la personne est absente pour RTT, en fait on n'a pas toujours le temps de faire son travail, puisqu'on a soi-même du retard à rattraper.* » — « *Et comment se passer les consignes lorsque la personne qui revient de RTT n'a pas vu le collègue parti la veille ?* »

Et surtout, en plus de la RTT, il y a les congés annuels et les congés maladie, et parfois « *on se retrouve à trois par exem-*

ple, au lieu de huit. Comment voulez-vous qu'on y arrive ? On fait le plus urgent et le reste on le laisse. » — « *Il y a même les clients qui nous appellent et qui sont mécontents de ne pas pouvoir parler à la personne qui s'occupe de leur dossier et qui est absente pour RTT.* » — « *On nous a réduit notre temps de travail mais nous avons toujours la même quantité de travail à fournir.* »

À l'occasion des visites médicales ou des visites des locaux, on constate que certains salariés sont stressés, énervés, excédés et qu'il existe des tensions importantes dans certaines unités. Des salariés nous signalent que des collègues sont arrêtés en congés-maladie à cause de ce stress. Quelques-uns prennent des anxiolytiques ou des somnifères.

D'autres salariés, hommes ou femmes, au contraire, nous disent qu'ils apprécient beaucoup ce nouvel emploi du temps qui leur permet d'être chez eux une journée de plus par semaine, et qu'ils aiment particulièrement les longs week-ends du jeudi soir au mardi matin et qu'au travail, ils font ce qu'ils peuvent et puis c'est tout. Les réactions sont en fait très différentes d'un salarié à l'autre et il est étonnant de constater que les mêmes faits ne sont pas toujours décrits de la même façon.

Il n'a pas été possible d'obtenir du chef de service une révision de l'emploi du temps malgré les mises en garde sur les effets nocifs sur la santé des salariés. Nous avons seulement obtenu (médecin du travail et CHSCT) des améliorations des conditions de travail matérielles relatives aux installations des écrans sur les bureaux et aux problèmes de reflets.

Il faut rappeler que cette RTT a été adoptée par les représentations syndicales nationales pour trois ans et que localement il est difficile de ne pas en tenir compte.

Cet exemple nous montre qu'il faudra être très attentif aux conditions dans lesquelles vont être négociées et mises en place les futures mesures de RTT, si nous avons la chance d'être consultés. Le principal risque de cette nouvelle organisation sera qu'elle ne s'accompagne pas d'une réduction de la charge de travail équivalente.

Sylvie Walle

LES 35 HEURES : POUR QUEL TRAVAIL ?

Sur le principe, nous ne pouvons, en tant que citoyens et en tant que médecins du travail, qu'être favorables à la réduction du temps de travail, et à la création d'emplois qu'elle tend à favoriser.

Certes, beaucoup de questions restent ouvertes, notamment, sur l'ampleur de la création d'emplois qui peut en résulter, sur la compensation salariale, sur le degré de « flexibilité » supplémentaire acceptable...

Mais, de façon urgente, deux aspects importants de la réforme en cours nous interpellent :

La réduction du temps de travail ne peut s'effectuer sans modification de l'organisation du travail.

Elle doit en principe passer par des négociations au niveau des branches et des entreprises.

Lorsqu'il n'y a pas de représentation syndicale dans l'entreprise, la procédure de mandatement d'un salarié par une organisation syndicale peut ouvrir un espace de débat.

Le passage aux 35 heures peut donc représenter une occasion assez rare de débat dans l'entreprise sur l'organisation du travail, débat dans lequel nous pouvons être amenés à intervenir, en tant que médecins du travail et participants aux CHSCT.

Le fait que dans les quelques accords déjà conclus il soit très peu fait référence aux conditions et à l'organisation du travail est regrettable, et reflète une certaine carence du débat social en France. Mais on peut affirmer que d'une manière ou d'une autre, ce débat resurgira. Il est donc nécessaire que nous dégagions des éléments de réflexion sur ces questions.

NÉGOCIER SUR LES 35 HEURES AMÈNE À FAIRE REMONTER À LA SURFACE DES ASPECTS DU TRAVAIL RÉEL

Cette obligation découle du fait qu'« *il n'y a pas une masse de travail homogène (à distribuer), mais une somme d'emplois hétérogènes qui s'agrègent lentement dans des établissements selon des combinaisons spécifiques.* » (Boisard P.)

Selon F. Ginsbourger, commentant une étude d'évaluation sur des accords « Robien » menée par le cabinet Bernard Brunhes Consultants : « *L'aménagement et la réduction du temps de travail provoque une recomposition des emplois et des qualifications dans l'entreprise. Elle est l'occasion de supprimer du travail dans certaines entités et de le déverser dans d'autres, d'un recentrage sur des activités jugées stratégiques. Elle accompagne un mouvement général de réduction de la main-d'œuvre indirecte, des services fonctionnels, des activités de support (logistique, gestion, comptabilité), de suppression de travail liées à des mutations technologiques... Lorsqu'il s'agit de réorganiser le travail dans un temps qui*

va être réduit, la question du pouvoir de chacun dans l'organisation et sur son propre travail explose. Réduire la durée, certes, mais pour quoi faire pendant ce temps ? »

Pour relever ce défi, pour que ne soient pas ignorées des composantes — essentielles quoique non prescrites — du travail, l'analyse ergonomique reste un outil irremplaçable, qui permettra de mettre en évidence les dangers et l'irréalisme d'une intensification du travail basée sur l'élimination de prétendus « temps morts », l'importance d'activités et de communications « informelles », des relations entre services, le rôle stratégique de certaines activités et fonctions peu valorisées... Les CHSCT sont habilités à demander de telles études.

Ce peut être également l'occasion de permettre l'expression de la souffrance générée par la non-reconnaissance du travail réel.

DE LA CRÉATION D'EMPLOIS À LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

Nous sommes bien placés pour le savoir : l'exclusion hors de l'entreprise et du marché du travail, qui aboutit au chômage d'exclusion, résulte d'un processus de sélection-déqualification, de baisse de l'« employabilité », qui touchent en premier lieu les travailleurs les moins qualifiés, et ceux qui subissent les conditions de travail les plus dures. Contre cette tendance, faire que la création d'emplois ne profite pas qu'aux travailleurs les plus proches de l'insertion professionnelle, aggravant la marginalisation des autres, nécessite à la fois de rendre moins dures et moins « excluantes » les conditions de travail, et la mise en place, dans l'entreprise, de filières d'apprentissage et de formation, d'organisations du travail qualifiantes.

En résumé, et pour reprendre la formulation de F. Ginsbourger : « *La seule question qui vaille peut être formulée de la sorte : la réduction du temps de travail ouvre-t-elle la voie à des changements de l'organisation du travail en vue d'une meilleure valorisation et à une gestion moins prédatrice en travail ? Permettra-t-elle d'impulser ou d'accélérer de tels apprentissages organisationnels et de gestion ? Que sera alors, dans cette dynamique, la place de la négociation collective, et de quel poids pèsera-t-elle sur les choix d'emploi et la sélectivité qui les caractérise aujourd'hui ? »*

« CHANGER LE TRAVAIL » L'URGENCE D'UN DÉBAT DE SOCIÉTÉ

Pour que le travail soit moins pathogène, pour lutter contre l'exclusion du travail par le travail, il faut changer le travail. Avant tout, faire que l'organisation du travail permette davantage aux travailleurs de maîtriser le processus de tra-

vail, de mettre en œuvre leur capacité d'initiative, et faire en sorte que soit reconnue par tous cette capacité. Faire en sorte que l'intelligence développée dans la production soit reconnue, non seulement sous forme de rétribution symbolique, mais aussi en donnant droit à intervenir sur le processus de production.

C'est ce travail transformé par l'exigence de citoyenneté dans l'entreprise qu'il sera possible de partager.

Il est clair que si sur ces questions nous avons, en tant que médecins du travail, un point de vue, des exigences à porter, la solution nous dépasse largement. La question est en fait celle d'un nouveau compromis social, qui permette d'associer un développement plus harmonieux et durable de la société, l'emploi, la lutte contre l'exclusion, un travail permettant de construire sa santé, un développement de la solidarité et de la citoyenneté.

Au moins est-il nécessaire de réfléchir avec d'autres sur la possibilité et les contours de ce nouveau compromis social.

De quelles marges de liberté dispose le système socio-économique français, européen, international ? Que peut-on espérer compte tenu des tendances à l'œuvre dans le système actuel ?

Des économistes, des sociologues se posent des questions similaires, à partir de positionnements éthiques proches. Mais leurs réponses sont loin d'être unanimes. Si, sans aucune prétention à l'exhaustivité, on se tourne vers quelques textes français récents d'économie et de sociologie du travail, on peut constater des points de vue très divergents.

Ainsi, A. Lipietz définit une sorte d'arc des possibles, comme voies de sortie de la crise du fordisme, entre deux modèles opposés :

la flexibilisation néo-taylorienne : maintien des principes d'organisation du travail tayloriens, encore aggravés par l'informatique, mais sans les avantages concédés aux travailleurs par le fordisme ;

des modèles fondés sur l'implication négociée des travailleurs, c'est-à-dire le maintien d'une certaine rigidité des acquis sociaux, négociée en échange de l'implication des travailleurs.

Selon lui, les pays anglo-saxons, l'Europe du Sud, la France, se sont engagés dans la première voie ; le Japon, l'Allemagne, l'Europe du Nord, dans la seconde.

Pour T. Coutrot, l'éventail des possibles s'étrangle dans une « convergence tendancielle des modèles productifs vers le régime néo-libéral, qui marie, pour les capitalistes, tous les avantages et ouvre la perspective d'un nouvel ordre productif fondé sur le despotisme des marchés ». Cependant, selon lui, « le néo-libéralisme est instable, mais sa réforme sera difficile. »

Inversement, pour Ph. Zarifian, « La crise de la division fonctionnelle du travail... est tellement manifeste qu'il nous semble inutile d'y insister. » À cette organisation doit succéder une gestion « par activités et par processus », qui nécessitera une communication accrue dans l'entreprise, et que celle-ci

devienne « une communauté ouverte ».

Pour Danièle et Robert Linhart, « Les directions ne semblent pas pour l'heure, et dans la majorité des cas, renoncer aux principes tayloriens majeurs de l'organisation du travail parcequ'elles ne sont pas convaincues de disposer d'une main-d'œuvre suffisamment fiable. En revanche, elles se sont d'ores et déjà lancées dans ce qu'on peut appeler une bataille identitaire pour moderniser la tête des salariés, c'est-à-dire leur faire intérioriser les valeurs, la culture, les méthodes standard de raisonnement de l'entreprise, sur le mode du one best way managerial excluant toute proposition alternative quant à la manière de gérer... Chacun est décrété responsable sur son poste de travail de la qualité du travail qu'il fournit et des délais dans lesquels son travail est réalisé, et n'a plus "la hiérarchie sur le dos" puisque dans la même logique les lignes hiérarchiques ont été considérablement allégées... Mais dans la majorité des cas, c'est dans un univers encore extrêmement codifié, où les possibilités de prise de décision sont très standardisées, et sans l'aide de la maîtrise, que les opérateurs ont à assumer la responsabilité qui leur est imposée. »

Pour difficiles et contradictoires, au moins à première vue, que puissent paraître ces analyses, il ne nous est pas possible de faire l'économie de ces débats, et d'en sous-estimer l'importance pour notre pratique et notre réflexion. Par exemple, notre référence à l'éthique de témoignage ne fait pas appel à une notion de résultat possible de l'acte de témoigner. Elle se réfère plutôt à l'impératif catégorique kantien, et peut aussi se prévaloir d'une respectable tradition philosophique française, du « roseau pensant » pascalien à « l'homme révolté » de Camus.

Cependant, on conviendra que la portée du témoignage n'est pas la même suivant que l'on estime ou non possible une évolution sociale dans le sens d'une organisation du travail qui engendre moins de souffrance et d'exclusion.

Quoiqu'il en soit, l'occurrence créée par la législation sur les 35 heures, ainsi que par la progression de la construction européenne, avec la nécessité ressentie par beaucoup de compléter par un « volet social » le « volet économique », nous semble justifier l'appel à un débat public sur ces questions, rassemblant avec nous partenaires sociaux, sociologues, économistes, ergonomes, etc.

Ce serait une occasion pour nous de porter plus loin dans l'espace public la réflexion sur la santé au travail, et en retour de donner de nouvelles perspectives et un nouvel élan à notre action sur le terrain, et aussi peut-être l'occasion de créer des convergences sur les modifications à promouvoir en matière d'organisation du travail et de relations sociales.

Marc Galand

RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL ET SANTÉ⁽¹⁾

RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL ET MARGES DE MANŒUVRE

Du point de vue de la santé, c'est la qualité des conditions de ce travail et les caractéristiques de l'organisation du travail plus que le temps de travail qui constituent l'enjeu principal de la réduction du temps de travail (RTT).

La question qui se pose n'a en fait qu'un rapport secondaire avec la durée du travail. On peut construire sa santé au cours d'un long travail à condition toutefois que les limites physiologiques ou psychologiques du sujet soient respectées. On peut déconstruire sa santé en travaillant moins si les conditions de ce travail ne vont pas dans le sens de la perpétuation du lien social et de sa qualité ou lorsqu'elles exigent du sujet qu'il dépasse ses limites physiologiques ou psychologiques.

Une question surplombe donc toute réflexion sur la santé au travail celle de la nature de l'organisation du travail. Ainsi, un écueil de la RTT est l'accentuation de l'individualisation des salariés propice à leur isolement et à la destruction des collectifs formels ou informels.

Un accord social sur les 32 heures conclu il y a un an environ dans une grande entreprise, puis invalidé par la Justice, illustre cette tendance qui n'est sans doute pas fortuite. La mise en place de plusieurs statuts de salariés non seulement dans l'entreprise mais surtout dans chaque groupe de travail introduit autant de « coins » entre eux et brise les conditions de l'existence des solidarités. En ce sens elle permet plus facilement de conditionner les jeunes embauchés en les démarquant du reste des salariés. En permettant des départs en retraite anticipés, vécus souvent dans un esprit de coupable soulagement de la souffrance au travail, cet accord entraînait une perte d'expérience professionnelle mais aussi de tradition collective.

Individualiser les salariés c'est par définition s'éloigner des conditions de construction de la santé au travail. Il ne faudrait pas que les dispositions de la RTT aillent dans ce sens.

L'encadrement, à la fois juge (contrats d'objectifs, entretiens individuels) et partie (individualisé, victime de la flexibilité et de l'intensification) mais aussi mis en concurrence de façon permanente avec les autres cadres doit être l'objet d'un regard particulier. Il est en effet travaillé par des stratégies collectives de défense liées au genre masculin (cynisme viril par exemple).

La RTT, par la prise de conscience de la réalité de leur condition qu'elle peut permettre, en particulier la mise en évidence du temps de travail réel qu'ils accomplissent, peut, en outre,

restituer aux cadres et à la maîtrise leurs marges de manœuvre et constituer une base pour la reconnaissance de leurs savoir-faire.

Les marges de manœuvre à l'intérieur des entreprises seront-elles restituées ou au contraire réduites, directement ou indirectement, par la RTT ?

La seconde composante du problème, le statut du temps dégagé par la RTT, conditionne les marges de manœuvre à l'extérieur de l'entreprise. Ne risque-t-il pas d'être un temps de simple restauration de la force de travail ?

Enfin, la question du retentissement réciproque des contraintes hors et au travail ne doit pas être éludée.

N'est-ce pas symptomatique d'une fuite du politique que cette loi ne revête dans la plupart de ses dispositions qu'un aspect quantitatif et qu'elle évite de poser la question de l'organisation du travail ?

LES MARGES DE MANŒUVRES INTERNES : FLEXIBILITÉ ET INTENSIFICATION DU TRAVAIL

Neuf pour cent des salariés déclarent ne pas avoir d'horaire habituel de travail. En 1991, 52 % des salariés seulement contre 65 % en 1978 avaient des horaires fixes. On observe une diminution nette des coupures pour repas : 14,2 % des salariés en 1991 contre 9,5 % en 1978 ont une coupure inférieure à la demi-heure.

L'exemple des caissières de supermarchés est exemplaire de ces phénomènes. La gestion en flux tendu est à l'origine de fréquentes demandes de prolongation d'horaire par l'employeur en fin de poste qu'on ose pas refuser. Ces heures là sont effectuées à un rythme de travail élevé et avec des contraintes professionnelles passablement fortes. Le temps de décompression impossible avant de regagner le domicile, l'imprévisibilité de ces horaires bousculés entraîne des perturbations de la vie familiale. À l'intérieur du temps légal les pauses sont illusoire puisque prises sur place toujours en fonction de la pression du travail ne permettent pas une véritable décompression une récupération de la fatigue physique et psychique.

Parfois même, dans des cas semblables, le salarié est en pleine incertitude temporelle et attend chez lui que l'employeur fasse appel à lui sans savoir si il le fera réellement et contraint ainsi

•••••

1- Ce texte fait de fréquents emprunts au dossier « repos et récupération » de la revue « Santé et Travail » n°25, octobre 1998

son temps personnel de peur de manquer l'appel et de perdre son emploi.

Dans tous les secteurs, la chasse aux pauses cafés, micropauses et pauses réglementaires est ouverte. Ces respirations sont essentielles à la préservation de la santé au travail. L'intensification du travail tend à supprimer les ultimes marges de manœuvres qui permettaient aux salariés de trouver leur propre régulation par rapport aux contraintes.

Les entreprises qui vivent la RTT comme une agression sur le coût horaire du travail ne vont-elles pas essayer de se rattraper en intensifiant le temps payé ?

Les pauses réglementaires sont aussi des formes spontanées et privilégiées d'organisation du travail, d'échanges de régulation du collectif, voire même d'apprentissage des savoir-faire. Quand elles n'ont pas été supprimées, comme lors du travail sur écran, de plus en plus, elles sont prises individuellement par roulement pour respecter la production et ne jouent plus ce rôle.

La question de l'astreinte mériterait à elle seule une étude entière. Le temps de mise à disposition du salarié en attente d'intervention n'est parfois pas rémunéré. Il n'est pas considéré comme du travail et ne donne pas lieu à récupération.

Or, durant cette mise à disposition le salarié est contraint par l'attente. Il est lié au moyen de communication qu'il craint de ne pas entendre. Cela compromet sa capacité à se reposer, à participer aux loisirs de la famille. Cette incertitude temporelle constitue en soi une contrainte de nature professionnelle. Par la nouvelle définition du temps de travail effectif qu'elle donne dans son article 5, la loi sur la RTT devrait permettre que le temps d'attente soit comptabilisé comme du temps de travail.

L'accord de branche de l'UIMM est très révélatrice de la volonté patronale. Dans ce secteur la RTT se solderait par une flexibilisation accrue (annualisation du temps de travail, opacité sur les heures supplémentaires) et une probable intensification du travail du fait du refus d'embaucher. Notons au passage que ces dérives sont rendues possibles par les articles 3.V et 4 de la loi sur la RTT.

LES MARGES DE MANŒUVRES EXTÉRIEURES : RÉCUPÉRATION, VIE SOCIALE HORS TRAVAIL, QUESTION DU GENRE

En 1984, 18,7 % des salariés n'avaient pas 48 heures consécutives de repos hebdomadaire. En 1991 cette proportion s'élevait à 21,3 %. La proportion de salariés travaillant chaque semaine le même nombre de jours recule dans la même période de 89 à 85 %. La part de ceux qui travaillent cinq jours tend à reculer au bénéfice du travail sur quatre ou six jours. Le travail du samedi se généralise à nouveau. Celui du dimanche est à l'ordre du jour.

Le repos est antonyme de travail : qui se repose ne travaille pas. Se reposer c'est cesser le travail. Cette définition ne tient

aucun compte du temps de « freinage » des travaux intenses ou stressants (par exemple l'interface avec le client, le travail en direction de personnes en état de souffrance). Il faudra du temps pour évacuer le travail de son esprit, diminuer son état d'excitation afin de pouvoir rentrer dans le sommeil. Cette définition ne tient pas compte non plus de l'impossibilité de récupération quand les rythmes biologiques ne sont pas respectés (dans le travail posté par exemple).

Mais surtout elle fait l'impasse sur le fait que le temps de repos n'est pas que le temps de la récupération physique. Il permet aussi de récupérer psychiquement et de retrouver la disponibilité d'esprit indispensable aux relations entre les humains.

Le temps hors travail, c'est enfin le temps de la vie sociale, troisième composante de la santé. La vie familiale n'est possible que si on se rencontre. Ainsi, la flexibilité du temps de travail, les repos décalés éventuels induits par la RTT, la pré retraite progressive, posent la question pour les conjoints de se synchroniser. L'investissement associatif, collectif, militant, éducatif, culturel, sportif... génère les mêmes contraintes.

Travail, repos récupérateur et activités non professionnelles forment un ensemble dont chacune des composantes est liée aux autres. Trouver un équilibre entre ces pôles d'investissement est indispensable à l'épanouissement de chacun, cet équilibre est le fruit d'un travail personnel que réalise un sujet partiellement autonome. Il s'établit de manière dynamique, dans la confrontation quotidienne de tout individu avec des choix contradictoires. C'est dans la résolution de ces conflits intérieurs, dans ce choix, que chacun devient une personne. Mais ceci n'est possible que s'il existe des marges de manœuvre. Lorsqu'une des activités en particulier le travail, ne laisse plus assez de place pour gérer ces conflits, lorsque plus aucun compromis n'est possible, alors la construction de la personnalité devient difficile voire impossible.

L'activité professionnelle implique un travail sur soi et permet ainsi de travailler sur un registre différent les difficultés qui émaillent la vie amoureuse. Elle permet ainsi à la sortie du travail de se retrouver différent, de se découvrir et de s'aimer à nouveau.

La question du genre (masculin et féminin), qui n'est pas totalement réductible à la question du sexe, illustre bien cette imbrication du temps de travail et du temps au travail.

La division sexuelle des tâches au travail se fonde sur les différences de genre. Les hommes, du fait de leur conditionnement depuis l'enfance à faire face au danger et à maîtriser la peur sont affectés aux situations à risques, liées à une organisation du travail inadaptable. Si le culte de la maîtrise virile permet alors de juguler la souffrance générée par le travail, il pèse sur l'ensemble du comportement. Ainsi tout ce qui fait référence au genre féminin fait l'objet d'un mépris affiché. Préserver ce mythe conduit en particulier à privilégier les loisirs entre hommes et à maintenir la rencontre des femmes dans le cadre des rapports de domination les plus traditionnels constituant ainsi un obstacle au développement d'une authentique relation amoureuse. Les rapports de domination

vécus au travail renforcent ainsi les rapports de domination dans les relations entre hommes et femmes. Plus les possibilités d'action sur l'organisation du travail sont réduites et plus les salariés sont poussés à se conformer au stéréotype de la puissance virile. Les stratégies de déni de la souffrance mises en œuvre par les hommes les rendent très vulnérables aux ruptures d'activités et aux effets du vieillissement. Le chômage et la retraite sont ainsi exclusivement pour les hommes un facteur de mortalité ; la fréquence du suicide masculin s'élève de façon continue après soixante ans.

Les femmes qui exercent des métiers typiquement masculins doivent se mouler sur ce critère ce qui leur rend plus difficile la rencontre affective avec un homme.

Le conditionnement des femmes à leur rôle domestique de mise en disponibilité pour les autres, trouve sa reproduction dans des tâches professionnelles qui ne sont que le prolongement des activités domestiques (tâches répétitives, soins du corps, fonction décorative, mais avant tout soumission, disponibilité, flexibilité), dont précisément elles désiraient s'éloigner en allant travailler. Elle accomplissent ce qu'on nomme leur double journée sur le même registre ce qui est un facteur de monotonie, une source d'épuisement et use le désir. Les savoir-faire féminins sont systématiquement dévalorisés. D'où le sentiment fréquent de ne pas être à la hauteur, la perte de l'estime de soi, l'indisponibilité voire l'intolérance aux sollicitations affectives et le vécu d'isolement.

Vie au travail, vie hors travail sont donc étroitement imbriquées, non seulement matériellement mais aussi dans notre vie psychique et affective.

LES CONDITIONS D'UNE RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL FAVORABLE À LA CONSTRUCTION DE LA SANTÉ

Comme Esope le disait de la langue, on peut estimer que du point de vue de la santé une réduction du temps de travail peut être la pire ou la meilleure des choses. Tout dépend de ce qu'elle sera. Nous avons montré ci dessus qu'elle survient dans un contexte d'isolement des salariés d'intensification, de flexibilité accrue et de forte tendance à la densification du travail, c'est-à-dire dans un contexte de suppression de tout espace de respiration. Or, ces évolutions retentissent négativement sur la construction de la santé. La RTT serait donc la pire des choses si elle devenait un rouage de l'exploitation en intensifiant ces contraintes. Outre l'absence de toute perte de salaire qui aggraverait les conditions générales de vie, la RTT doit permettre de faire reculer la précarisation.

Il ne s'agit donc pas seulement d'appliquer la RTT sans aggraver la situation, mais bien de s'emparer des quelques timides dispositions qu'offre le texte réglementaire pour s'opposer à ces évolutions néfastes.

Lutter contre l'intensification est la première priorité.

- Les embauches de nouveaux salariés est une obligation et doit être au moins équivalente à la réduction du temps de travail. Cette embauche ne doit pas être globalisée mais effectuée au plus près du terrain. Tout autre disposition dans ce

domaine intensifiera le travail.

- Privilégier la récupération du temps supplémentaire sur sa rémunération
- Contrôler le temps de travail effectué par chaque salarié afin de noter les dérives horaires, ou de comptabiliser les droits à la récupération.
- Ce contrôle doit s'appliquer également à l'encadrement pour évaluer et reconnaître véritablement ses travaux extra horaires.
- Les activités emboîtées en flux tendu, sans possibilité de temps morts, d'espaces de respiration de micropauses doivent être identifiées et interdites.
- Si nécessaire des moments de pauses obligatoires doivent être institués en privilégiant des dispositions permettant à l'ensemble du groupe de travail d'y participer.

Lutter contre la flexibilité ne peut se concevoir si la RTT fait l'objet d'un choix individuel, l'isolement du salarié permettant à l'employeur de faire pression.

- Les dispositions doivent être identiques par type d'entreprise ;
- Le choix des dispositions de la RTT doit se faire par groupe professionnel et donner lieu à des réunions entre pairs ;
- Ainsi, les débats doivent être engagés sur ces questions en CHSCT (lorsqu'il existe) chargés d'animer la réflexion dans des réunions de conseils d'atelier et de bureau institués par les lois Auroux ;
- Périodiquement, au moins chaque année, en particulier si les dispositions sont annualisées, des rencontres, dans le même cadre, sont à prévoir dans l'accord, pour examiner l'application et les conséquences des dispositions finalement retenues et faire ainsi le bilan de l'organisation du travail.

Le cadre de la négociation constitue ainsi le principal intérêt pour la santé de la réduction du temps de travail. Il serait judicieux, en effet, d'utiliser, dans le sens de la santé, ce prétexte pour entamer la réflexion entre salariés, entre pairs, et entre exécution et encadrement sur l'organisation du travail. Or, il n'existe pas d'organisation du travail idéale puisqu'elle est toujours un compromis entre diverses contraintes.

Toutefois le débat sur les organisations « futures probables » permet d'en dépister à priori certaines difficultés. On ne peut en effet concevoir des changements organisationnels qui ne seraient pas rattachés à l'histoire de l'entreprise, qui ne s'inscriraient pas dans une filiation des activités antérieures. Seule cette continuité est à même de permettre un bilan des expériences ou un travail de deuil. Les collectifs professionnels ne se prescrivent pas de l'extérieur car ils reposent sur la confiance induite par une dynamique de transparence et de reconnaissance qui naît de ces débats autour du travail.

Revivifier les espaces de paroles, rebâtir des collectifs susceptibles par leurs critiques d'introduire d'autres rationalités que la rationalité économique dans l'organisation du travail, tel est le but. Pour l'atteindre ne faut il pas rappeler à chacune et à chacun que :

« *Le domaine politique naît directement de la communauté d'action, de la "mise en commun des paroles et des actes"* »

(...) L'espace de l'apparence commence à exister dès que les hommes s'assemblent dans le mode de la parole et de l'action (...) Dans les conditions de la vie humaine il n'y a d'alternative qu'entre la puissance et la violence — contre la puissance la force est inutile — violence qu'un homme seul peut exercer sur ses semblables, et dont un homme seul ou quelques hommes peuvent acquérir les moyens et posséder le monopole (...) Tandis que la force est la qualité naturelle de l'individu isolé, la puissance jaillit parmi les hommes lorsqu'ils agissent ensemble et retombe dès qu'ils se dispersent

(...) La puissance n'est actualisée que lorsque la parole et l'acte ne divorcent pas, lorsque les mots ne servent pas à voiler des intentions mais à révéler des réalités, lorsque les actes ne servent pas à violer et détruire mais à établir des relations et créer des réalités nouvelles.»(1)

Alain Carré, Dominique Huez

•••••

1- Hannah ARENDT, Condition de l'homme moderne, Pocket Agora, Paris, 1994

PASSAGE AUX 35 HEURES ET RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL POUR ÉVITER L'INTENSIFICATION ET LA DENSIFICATION DU TRAVAIL — SÉMINAIRE DU 13 MARS 1999 —

À l'occasion du développement des négociations sur la réduction du temps de travail, dans le cadre de la loi De Robien puis de la loi Aubry sur les 35 heures, trois questions sont posées :

Y aura-t-il maintien ou perte de salaire ?

Y aura-t-il création d'emplois ?

Y aura-t-il intensification du travail (faire la même chose en moins de temps) et densification du travail (moins de pauses, de temps d'échanges informels, plus de rigidités) ?

À ces trois questions posées initialement, d'autres vont se rajouter au cours des discussions :

Va-t-on poser, à l'occasion des négociations en cours ou à venir, la question du travail, de son contenu, de ses valeurs, ou bien en constater les nuisances voire les aggravations et négocier, en échange, un temps de présence au travail plus court au bénéfice d'un temps extra-professionnel plus important ? Autrement dit, va-t-on parler du travail ou uniquement des horaires de travail ?

Va-t-on vers des négociations construites comme un plus sur un socle réglementaire (type conventions collectives améliorant le Code du travail) ou vers une remise en cause de ce socle avec danger de régressions, voire d'effondrements de pans entiers du Code du travail ? Ne risque-t-on pas de se diriger vers un éclatement toujours plus important des collectifs de travail avec multiplication des horaires, des statuts, fragmentation des missions... ?

Les salariés vont-ils être acteurs de ce processus (avec en bénéfice secondaire une resyndicalisation effective) ou vont-ils le subir tout en espérant quelques retombées positives ? Plus largement, ces négociations vont-elles être l'oc-

casión d'une libération de la parole et de l'expression du vécu ou bien restera-t-on dans le silence de l'entreprise avec son cortège de non-dits, d'isolement, de souffrances, de culpabilisation ?

Quelles peuvent être les conséquences d'une plus grande flexibilité des horaires de travail, d'une extension des horaires décalés, d'un élargissement des plages quotidiennes et hebdomadaires de travail, par rapport à la vie dans l'entreprise mais aussi dans la vie extra-professionnelle ? Quelles peuvent en être les répercussions pour différentes catégories de travailleurs (pères ou mères de famille, travailleurs âgés, personnes engagées dans la vie associative...) ? Existe-t-il une différence sexualisée d'appréciation des acquis ou des nuisances ?

La question est aussi posée par rapport au type d'entreprise et en particulier à sa taille.

Enfin, quelle est la place et le rôle du médecin du travail dans ce processus et les questionnements qui en découlent ?

Toutes ces questions qui ont émergé de cette journée ne font probablement pas le tour de la problématique posée par les 35 heures, mais montrent à quel point les incertitudes sont importantes et à quel point le chemin mérite d'être balisé pour éviter des dérives tant dans l'esprit de la loi que dans son application.

Cet aspect « conditions de travail » dans la réflexion sur les 35 heures, les pouvoirs publics en sont conscients, mais les problèmes ne sont pas posés sur la table. Ils commencent à l'être au sein des confédérations syndicales, mais on en parle encore peu à la base et peu d'accords y font référence. Or, la non prise en compte du volet conditions de travail et santé ne risque-t-elle pas de faire de la mise en œuvre de la loi sur les

35 heures un volet supplémentaire à la précarisation : après les contrats précaires, la sous-traitance, la précarisation des conditions de travail, viendront flexibilisation poussée, individualisation des horaires, éclatement des collectifs...

INTENSIFICATION ET DENSIFICATION DU TRAVAIL

Les cabinets conseils, contactés par les entreprises se polarisent autour de questions comme « Comment faire le même travail en moins de temps ? », faisant craindre une intensification et une densification du travail (augmentation de productivité quand cela est encore possible, restriction de pauses, travail par objectifs renvoyant la question du comment faire au salarié (style « *débrouille-toi et si tu n'y arrives pas c'est que probablement tu ne sais pas t'organiser correctement* »)). Ainsi des entreprises organisent des stages de gestion du temps de travail, culpabilisant les salariés qui n'arrivent pas à remplir leurs missions avec les outils de gestion proposés; d'autres mettent d'autorité leurs salariés en situation; ainsi une entreprise aéronautique ferme les bureaux de ses cadres à la fin de l'horaire théorique, mais les a équipés de portables pour terminer leur travail chez eux.

Certaines entreprises, qui soit ne comptaient pas les heures, soit les comptaient globalement, ont commencé par comptabiliser les heures effectivement travaillées, excluant les pauses et les temps informels pourtant nécessaires au travail tant par la reconstitution d'énergie qu'elles permettent que comme lieu d'échanges et de résolution de problèmes professionnels et de conflits personnels. On a vu des entreprises considérer après décompte des pauses qu'elles étaient déjà à 35 heures ! La mise en œuvre de la loi ne se traduit ici par aucune embauche, ni gain de temps libre pour les salariés mais par une simple exclusion des temps non productifs. On n'est pas ici dans une dynamique gagnant-gagnant comme le prône le gouvernement, mais dans une situation gagnant-perdant sans aucune contre-partie.

L'intensification du travail s'accompagne d'une rigidité accrue, conséquence paradoxale d'une plus grande flexibilité des horaires, présentée comme plus de souplesse. La multiplication des équipes et horaires différents posent des casse-têtes en terme de plannings qui, plus complexes, intègrent plus difficilement les données aléatoires (absences par exemple); ainsi, dans un service médical du travail, des infirmiers sont passés à la semaine de quatre jours, mais en l'absence d'embauches le travail s'est vu augmenter les jours où l'un d'entre eux est de congé, et pire en cas d'arrêt maladie. La complexité des plannings est également un facteur de renforcement de la hiérarchie au détriment de la libre organisation du collectif de travail; (plus c'est compliqué, plus ce doit être déterminé par une autorité et moins c'est modulable).

Toutefois, dans les milieux où le travail d'un salarié se mesure en résultats et non en heures (cadres, personnes recevant du public, milieux de soins, transports...), ceux-ci semblent préférer les jours de congés supplémentaires plutôt qu'une réduction du temps de travail journalier, même si le travail

est plus intense les jours de présence. « *Au moins les jours où on n'est pas là (...) on n'est pas là !* »

LE TRAVAIL : UNE ACTIVITÉ FONDAMENTALE POUR SE CONSTRUIRE INDIVIDUELLEMENT ET SOCIALEMENT OU UNE NUISANCE À RÉDUIRE DANS LE TEMPS ?

Réorganiser le travail pour réduire le temps de travail devrait obliger à se poser la question du travail, de sa signification, de son contenu réel, de sa place dans la vie de chacun. Le réduire à son seul aspect de durée (en échange d'emplois) risque d'amener à des effets pervers. Plusieurs aspects ont été abordés lors de cette journée :

Travail prescrit-travail réel : comme déjà envisagé plus haut, le travail effectif n'est pas une simple suite de procédures arrêtées; imprévus, aléas, nouveautés, les problèmes intercurrents mobilisent les savoirs et l'imagination des acteurs, qui s'enrichissent des échanges d'informations, des mises en commun. Or, la chasse aux temps « morts » amène à la diminution des espaces de communication, encore amplifiée par la mise en équipes sans recouvrement suffisant (les gens ne se rencontrent plus), tout ça avec une exigence croissante et contradictoire de qualité totale et de délais très courts assortis de marges de manœuvre réduites par la minimisation des stocks (entreprises à flux tendu). Les pressions consécutives à des exigences contradictoires avec les moyens donnés sont encore plus fortes dans la sous-traitance, très dépendante des conditions fixées par le donneur d'ordres, et qui joue son existence même dans la réalisation des objectifs donnés. Un aménagement des horaires de travail tant chez le donneur d'ordres que chez le sous-traitant se traduit pour ce dernier par des contraintes supplémentaires si la question du travail lui-même n'est pas posée.

Pression accrue, rigidification, insatisfaction dans le travail effectué et ses résultats, anonymisation croissante (machines partagées, missions tronçonnées, polyvalence et interchangeabilité...), tout cela pousse les salariés à fuir le milieu de travail et à choisir un temps extra-professionnel augmenté. Ceci d'autant que dans le silence de l'entreprise les choses sont vécues dans la souffrance mais non dites, sinon dans les cabinets médicaux. Même les relais habituels d'expression des salariés (syndicats) s'en faisaient peu l'écho. On observe cependant, de façon récente, une irruption de la parole sur le travail dans ces instances : des réunions commencent à être organisées sur ce thème (CGT, Etats généraux de la santé), des livres portant sur ce sujet connaissent un vif succès (*Le Monde du Travail, le Harcèlement moral*), des formations sur ce thème commencent à être réclamées.

La question du travail commence à être posée par les entreprises, comme par certains organismes conseils (Anact, par ex.). Toutefois l'analyse du travail ne doit pas se faire sans y intégrer le point de vue santé; dans une poste, une évaluation de la réalité du travail dans le cadre de la réflexion sur la loi 35 heures a amené à estimer chez les facteurs que deux tournées étaient superflues et à intensifier les tournées non super-

flues pour se dispenser d'avoir à embaucher. Le résultat est une aggravation des conditions de travail comme résultat d'une analyse du travail.

La démarche du « gagnant (employeur)-gagnant(salarié) » qui peut faire penser que les avantages et sacrifices sont partagés est un leurre si le gagnant-employeur se situe sur le champ travail et le gagnant-salarié sur le seul champ vie privée, réduisant par là la réflexion et l'analyse du travail dans les seuls termes de productivité et rationalité. Mais dans le cas d'un gain en jours libres supplémentaires au profit de la vie privée, peut-t-on toujours même sur ce champ là parler d'un mieux ?

FLEXIBILITÉ ACCRUE, ÉLARGISSEMENT DES PLAGES HORAIRES TRAVAILLÉES, MISE EN ÉQUIPES : UN EMPIÈTEMENT CROISSANT SUR LA VIE PRIVÉE MALGRÉ UNE DIMINUTION DU TEMPS TRAVAILLÉ

LA FLEXIBILITÉ et l'annualisation des horaires a des effets différents selon la prévisibilité à court ou long terme, suivant l'importance de la ventilation, suivant l'inclusion des samedis ou le décalage des horaires en contradiction avec les rythmes sociaux.

Certaines entreprises (la FNAC, par ex.) emploient la flexibilité à court terme (horaires connus la semaine précédente seulement). Cela rend difficile voire impossible l'organisation de son temps (rendez-vous impossibles à prendre à l'avance, irrégularités dans la participation aux activités, casse-têtes pour s'organiser avec les enfants). À quoi servent des jours de repos supplémentaires quand on apprend qu'on y a droit parfois la veille seulement ? On a alors le sentiment d'une totale dépendance et manipulation de la part de l'employeur. On est mis à disposition, pour ne pas dire à discrétion de l'employeur. Ce n'est plus seulement le travail qui devient précaire mais l'organisation de la vie privée.

L'ANNUALISATION avec ses périodes creuses et d'autres de pointe pose également des problèmes. Les ventilations sont parfois très larges : jusqu'à 48 heures / semaine en périodes hautes. On observe alors cette contradiction : on est censé travailler moins et on se retrouve à travailler beaucoup plus pendant des semaines, avec des temps de récupération amputés et des samedis mobilisés, et sans que les périodes hautes puissent tenir compte des rythmes sociaux (par ex. 48 heures / semaine en été quand les enfants sont en vacances, ou parents travaillant dans des entreprises aux rythmes différents). Ces problèmes ne sont pas nouveaux, mais ils étaient limités à certains secteurs d'activité. À l'occasion de la négociation sur les 35 heures on voit apparaître partout cette annualisation, comme contre-partie donnée au patronat.

La faiblesse des syndicats dans beaucoup d'entreprises fait que cette introduction de flexibilité et d'annualisation se fait sans garanties et sans freins. Le patronat y développe une stratégie à deux niveaux pour avoir les coudées franches et rester

maître des conditions : soit passer par des accords de branche durs qui s'imposeront aux échelons locaux ; soit, si les branches sont plus souples, passer par la base ce qui permet des accords d'entreprise avantageux quand le rapport de force local est défavorable aux salariés voire inexistant.

L'élargissement des plages horaires de travail pose également de graves difficultés pour la vie extra-professionnelle : passer d'une équipe de huit heures à deux équipes de sept heures revient à partir plus tôt le matin ou revenir plus tard le soir, moments où la présence des parents est nécessaire. Les activités de fin d'après-midi avec les enfants sont impossibles, celles du soir sont remises en cause car laissant trop peu de temps de récupération après le travail. Le travail du samedi vient parasiter une organisation du temps qui veut que ce jour soit souvent réservé aux courses. La diminution des occasions de se rencontrer et de se parler au travail trouve son écho dans une semblable diminution chez soi, surtout quand les différents membres de la famille n'ont pas les mêmes horaires.

Tout ceci fait dire à certains que le temps gagné en vie privée contre une intensification du travail et plus de flexibilité est un leurre, que le « gagnant-gagnant » est une illusion. Elle peut être un mieux et désiré comme telle par certains salariés ou dans certaines situations : célibataires, jeunes, bricoleurs, parents disposant de solutions pour leurs enfants et qui, à cette condition gagnent effectivement un temps supplémentaire de présence lors de journées libérées. Pour d'autres il ne s'agit que de temps de récupération, dont l'excès en périodes creuses ne comble pas le manque en périodes pleines. Il ne s'agit plus de construire mais de réparer.

Certains vont jusqu'à conclure que, considérant tout ce qui a été dit, la réduction du temps de travail peut apporter plus de pertes que de gains, et que l'absence de création d'emplois lors d'un accord rend ce dernier nuisible en lui ôtant le seul bénéfice réel qu'il était censé apporter.

PAROLE SYNDICALE PAROLE DES SALARIÉS

On observe, dans certains secteurs, une resyndicalisation à l'occasion des négociations sur la réduction du temps de travail. Parfois il y a réellement discussion avec les intéressés et les syndicats sont les animateurs de celles-ci et en sont les porte-paroles dans les réunions de négociation. Parfois l'expression syndicale se fait en dehors de celle des salariés. Les délégués sont formés pour cette démarche, mais il existe un hiatus avec le personnel qui subit plus qu'il ne participe. Parfois encore la syndicalisation résulte d'une manœuvre patronale cherchant à trouver un partenaire signataire permettant de valider l'accord. C'est là que la formation syndicale et en particulier des mandatés est importante, qui donne aux formés des capacités de compréhension, d'analyse, et de critique des propositions patronales. L'implication de l'inspection du travail dans certaines formations a été déterminante.

La question du lieu de discussion a été aussi posée : le CHSCT devrait être consulté et se saisir de la réflexion avec possibi-

lité d'émettre des propositions, car sa mission est de donner son avis sur tout ce qui touche à la santé et la sécurité dans l'entreprise. C'est aussi un lieu privilégié d'expression pour le médecin du travail. Le comité d'entreprise est un lieu où se rencontrent les délégués et donc les négociateurs, mais c'est un lieu plus éloigné des préoccupations santé. Or, souvent on rétorque au CHSCT que le point de la RTT ne peut y être abordé car de la compétence du CE. Il faut poser le problème dans les CHSCT et y provoquer la discussion (et non ici la décision).

RÔLE ET PLACE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Le médecin du travail doit, à l'occasion des négociations sur les 35 heures, se placer du point de vue de la santé des travailleurs de l'entreprise. La création d'emplois n'est sa problématique en tant qu'expert que si celle-ci vient justement améliorer les conditions de travail dans l'entreprise. Par contre cette création, comme enjeu social, relève du politique et de la question du partage du travail.

Il ne peut se soustraire à une demande de conseils dans ce domaine car cela fait partie de ses fonctions. Or, il a été signalé des situations où le refus d'implication de médecins entraînaient la saisine du médecin-inspecteur par les salariés, ce qui est apparu comme une anomalie.

Que peut faire le médecin du travail dans le cadre abordé ici ?

Faire émerger la parole des salariés que ce soit à travers les consultations, ou dans des groupes, en posant des questions qui amènent les salariés à parler de leur travail, des problèmes qui leur sont posés par les réorganisations, et de leurs effets sur leur vie extra-professionnelle.

Replacer les questions touchant à la santé des individus dans un cadre collectif, tout en prenant en compte les sensibilités et situations différentes. Attirer l'attention également sur des populations qui peuvent être plus fragiles et pour lesquelles il faut être encore plus vigilant sur les effets néfastes possibles (travailleurs âgés, par exemple).

Poser la question de la santé et du travail aux délégués et sections syndicales qui vont négocier pour que ceux-ci aient en tête la préoccupation santé lors de l'élaboration des accords. Les rendre attentifs aux points forts réglementaires qui, s'ils étaient remis en cause, pourraient ouvrir la voie à un effritement des garanties données par le Code du travail, et à une remise en cause d'acquis sociaux. Il ne s'agit pas de leur fournir un argumentaire de réponses mais de susciter le dialogue sur la question.

Mais ne pas se substituer aux représentants du personnel. Le médecin du travail est un conseiller qui peut donner un avis. Il ne s'agit ni de donner un accord, ni de le cautionner, ce qui est le cas quand l'accord ne résulte pas d'une expression véritable des salariés dans l'entreprise.

Dans les très petites entreprises, le médecin a une place centrale à jouer pour susciter la parole des salariés car les autres acteurs sont absents (CHSCT, délégués, inspecteur du travail, conseillers...).

Assurer un suivi des répercussions possibles des nouvelles formes d'organisation du travail dans le temps de façon à pouvoir en mesurer les effets à court et long terme. Pour ce faire il aurait été intéressant de disposer de données sur ce qui s'est passé du point de vue de la santé lors des précédentes formes de réduction du temps de travail, par ex. en 1936. Il a été répondu qu'il n'existait pas grand chose dans ce domaine.

(L'après-midi a débuté par une prise de parole des deux auteurs des textes préparatoires)

Marc Galand a souligné l'opportunité actuelle que crée le débat sur la réduction du temps de travail pour aborder les discussions sur le travail, ses réalités et sur le pouvoir qu'ont ou n'ont pas les salariés sur le contenu et les conditions de ce travail. D'autant que les salariés sont pris dans des exigences contradictoires : on fait de plus en plus appel à l'autonomie pour la réalisation d'objectifs fixés et on exige en même temps plus de soumission. On demande toujours plus de motivation et on met les salariés dans des situations démotivantes.

Ce débat doit être porté dans et hors de l'entreprise; la question du travail doit être posée et, dans ce cadre, celle de l'avenir de la médecine du travail.

Alain Carré a signalé que sa contribution avait été demandée par la fédération syndicale (CGT-EDF ?). L'accord ARTT avec passage à 32 heures a des effets potentiels néfastes pour la santé. Il induit une multiplication des groupes de salariés et une diversification des statuts à l'intérieur même des groupes en introduisant des clivages par salariés, par services, par ancienneté. Il induit également, par les décalages horaires entre équipes et entre rythmes professionnels et rythmes sociaux, une diminution des possibilités de rencontre, d'échanges, de vie associative, familiale, politique, culturelle, avec un danger d'appauvrissement et de repli sur soi, facteurs portant atteinte à la santé et au bien-être des salariés.

Face à ces dangers il est impératif de définir des conditions de garantie d'une non dérive vers des effets secondaires néfastes :

- 1 - La réduction du temps de travail ne se justifie que si il y a des embauches en contre-partie ;
- 2 - il faut privilégier l'aspect récupération (de la fatigue...) par rapport à l'aspect rémunération ;
- 3 - il faut un contrôle étroit du temps de travail effectif ;
- 4 - il faut aller vers une suppression des activités successives (« processionnaires ») à flux tendu, ne permettant aucune marge de manœuvre ;
- 5 - si des pauses spontanées ne sont pas possibles, celles-ci doivent être définies et obligatoires ;
- 6 - les formes de réduction du temps de travail doivent être choisies par des équipes et non individuellement et rester homogènes par type d'activités, de façon à limiter les éclatements ;
- 7 - le débat doit être porté en CHSCT, mais aussi au niveau des conseils d'atelier où tout le monde est présent et non les seuls délégués, ce qui permet une meilleure prise en compte des conditions réelles du travail et de ses contraintes ;

8 - il ne s'agit pas de vouloir plaquer une organisation dite « idéale » mais d'élaborer des propositions au travers d'échanges et de discussions, en se replaçant dans l'histoire propre de l'entreprise ;

9 - il faut laisser des marges de manœuvre et limiter toute rigidité :

L'introduction de la flexibilité peut être vécue de façon très différente selon qu'elle s'établit sur un mode rigide ou bien qu'elle laisse des marges importantes de choix pour les salariés, question d'autant plus importante que les évolutions risquent de se faire en sens inverse (passage d'horaires « à la carte » à des horaires imposés, passage des heures supplémentaires volontaires à des semaines de 48 heures imposées en saison haute, impossibilité de tenir compte des aléas sociaux par un planning horaire trop rigide car trop compliqué...).

L'accord passé est-il immuable ou est-il prévue une évaluation voire des modifications ultérieures en fonction des problèmes et nuisances rencontrés ? Quelles seront les parges de renégociation offertes aux salariés qui seront embauchés postérieurement à l'accord ?

Dominique Huez a proposé une série de thèmes à travailler :

1 - Quels cliquets (positions socle sur lesquelles on ne revient pas) définir pour éviter la destruction des collectifs de travail ?

2 - Quels cliquets pour limiter les liens de dépendance organisationnelle avec les flux, les machines, les collègues ?

3 - Avoir « sa place au travail » est une chose fondamentale. Qu'en est-il de ce point à travers le développement du télétravail, des bureaux nomades, de la fragmentation des missions, de la disparition du lien personnalisé entre le travailleur et son outil de travail ? (*La fatigue d'être soi* — Alain Ehrenberg).

4 - Incertitudes sur la tâche à accomplir, flou entretenu sur le comment la réaliser, l'absence de réflexion sur ces points peut amener à un effet aggravant des conditions imposées par la mise en place de la RTT. Quelles sont les balises permettant d'éclairer les écarts entre travail théorique et travail réel ?

5 - Contradictions et injonctions paradoxales, comment énoncer les contradictions entre impératifs de production, de sécurité, de qualité, de santé ?

Le médecin du travail peut et doit, au travers des consultations et des réunions, provoquer à la réflexion et aux échanges sur ces points, sur la réalité du travail effectué et la, ou plutôt les façons dont sont vécues les modifications d'organisation et de rythmes de travail. Il apporte des connaissances permettant discussion et élaboration entre salariés, mais doit éviter d'arriver avec des préjugés susceptibles de limiter le champ des réflexions.

Il convient cependant que soient rappelées les balises garantissant que des protections données aujourd'hui par le droit du travail, et améliorées par les conventions collectives, ne

soient remises en cause à l'occasion de négociations. En effet, jusque maintenant, la négociation ne pouvait qu'améliorer le Code du travail, qui restait le socle minimum. Cette position a déjà été mise à mal par les négociations successives sur la mise en conformité des machines, qui a vu apparaître des plans de mise en conformité négociés en-deçà des exigences du Code du travail. Il ne faudrait pas qu'une négociation sur la RTT débouche, sous la fausse image d'un « gagnant-gagnant », sur la remise en cause du droit du travail.

Le médecin du travail a donc un rôle de conseiller à jouer en amont des négociations et pendant ces négociations. Mais il a aussi un rôle d'observateur à jouer après la mise en place des mesures prévues par l'accord, pour en faire connaître les conséquences et les vécus à court, moyen et long terme.

Il peut également apporter sa contribution à la formation des délégués chargés de la négociation (mandatés, unions syndicales).

Il doit laisser des traces de ce qu'il observe (fiche d'entreprise, rapports annuels, documents à disposition dans les salles d'attente), trouver des modes d'expression et d'intervention sur ces sujets, en particulier pour les petites entreprises (interventions au niveau des branches professionnelles).

Et pourquoi ne serait-ce pas aussi l'occasion pour les médecins de parler de leur métier et de leur travail réel à la commission de contrôle, par exemple.

Je conclurai ce résumé en partant d'une remarque de Dominique Dessors : si l'on doit parler de la réduction du temps de travail, il ne faut pas y aller en étant persuadé que ce n'est que du négatif et que les conditions de positivation que nous avons énoncées relèvent de l'utopie ; en partant battus on se met dans un état d'esprit d'acceptation *a priori* de concessions qui risquent, effectivement, de négativer les conséquences sur la santé des réaménagements en cours.

L'important c'est de, partout, poser la question du travail quand seule est abordée la question des horaires et d'aider à la réflexion sur les éléments susceptibles de garantir que le « gagnant-gagnant » voulu par les pouvoirs publics soit un vrai gagnant pour les salariés, pour le droit du travail, et pour le droit à l'emploi.

Claude Schucht

INTERVENIR EN PRÉVENTION EN SANTÉ AU TRAVAIL

PRÉVENTION DU POINT DE VUE DE LA SANTÉ ET GESTION DES RISQUES DU POINT DE VUE DE L'EMPLOYEUR — SERVICE DE MÉDECINE DU TRAVAIL ET SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL —

La notion de service « de santé au travail » brouille les cartes d'une réforme nécessaire de la médecine du travail. Nous souhaitons ici dénoncer une confusion et par là même nous attaquer au serpent de mer, du très mythique « service de santé au travail ».

Si l'on ne sait pas trop de quoi il est fait, on connaît au moins son âge. Il est né le 12 juin 1989 par la grâce d'une directive des communautés européennes. Il y est question de « la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs ». Le simple énoncé de son objet permet de la distancier de la médecine du travail dont le projet est « exclusivement préventif (et) consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail... » (art. L. 241-2 du Code du travail). Les deux champs peuvent se recouper mais ne se superposent pas.

L'article 7 de la directive dissipe totalement le malentendu. Il traite « des services de protection et de prévention ». Il exige un statut d'indépendance pour les salariés qui y participeraient et précise que ces services peuvent être multiples. Le terme « protection » fait référence aux mesures pratiques arrêtées pour assurer la prévention. Le terme « prévention » est défini à l'article 3 de la directive. Il s'agit de « l'ensemble des dispositions ou des mesures prises ou prévues à tous les stades de l'activité dans l'entreprise en vue d'éviter ou de diminuer (1) les risques professionnels ».

Le terme « diminuer » montre la distance entre ces services et les services de médecine du travail. En effet il ne s'agit pas de prévenir toute atteinte de la santé mais de gérer les risques dans une perspective d'acceptabilité.

Cette acceptabilité repose sur la convergence de deux catégories de critères: des critères économiques d'une part, des critères de responsabilité civile et pénale d'autres part, en particulier depuis la mise en place du nouveau Code pénal de 1994 et de la jurisprudence qui en découle. Nous ne sommes plus ici dans le domaine de la prévention de toute altération de la santé mais bien dans celui de la plus basse réduction possible du risque (*as low as possible* : ALAP).

La responsabilité de l'employeur repose sur des obligations décrites à l'article 6 de la directive. Le droit français est ici conforme au droit européen. L'article L. 230-2 du Code du travail trace les grandes lignes de cette responsabilité : il y est

question de « réduire les effets sur la santé », de « garantir un meilleur niveau de santé pour les travailleurs », de « tendre à l'amélioration des situations existantes », de « remplacer ce qui est dangereux par ce qui est moins dangereux ».

La prévention primaire et absolue qui est imposée à la médecine du travail est d'une toute autre nature. Pour un médecin du travail la participation éventuelle à la gestion des risques pourrait être d'y introduire une rationalité différente : celle du point de vue de la santé du sujet.

Le médecin du travail est un veilleur placé par le législateur dans l'entreprise pour repérer et signaler tous les risques pour la santé, si possible potentiels, et conseiller tous les membres de la communauté de travail sur leur prévention, du seul point de vue de la santé du sujet.

En fait la directive européenne est destinée aux services experts de l'employeur en matière de gestion des risques professionnels.

Sans faire de procès d'intention, ce n'est peut être pas un hasard si une partie des employeurs soutient que cette directive s'appliquerait uniquement aux médecins du travail alors qu'elle les astreint à conférer aux spécialistes de leurs services experts en matière de gestion des risques professionnels un statut d'indépendance qu'ils sont loin de posséder actuellement.

Nous en voulons pour preuve la conception particulière que les dirigeants d'une entreprise nationale ont de cette indépendance : « Le Service Général de la Médecine du Travail est constitué d'experts scientifiques qui sont soit des ingénieurs (...) soit des médecins. Ces derniers ne pratiquent pas d'acte médical dans le cadre de leurs activités au SGMT. Il en résulte que ces experts scientifiques, ingénieurs ou médecins, sont soumis à la hiérarchie de l'entreprise, en l'occurrence le « médecin-chef » qui valide leurs travaux. Leur indépendance est celle spécifique à tout expert, sans rapport aucun avec l'indépendance du médecin dans ses actes médicaux. De la même manière, leur déontologie est celle spécifique à tout expert ». La subordination à l'employeur est ici totale. En effet, être le collaborateur d'un employeur c'est plus que lui être subordonné comme tout salarié : c'est lui être attaché personnellement. Ce lien de subordination entraîne une diminution de l'indépendance qui devient bornée par la volonté du responsable, c'est ce type de lien qui lie l'expert à son « manager » dans le système néolibéral actuel. Cela n'a rien à voir avec une coopération. Cette absence de marges de manœuvre implique qu'aucun médecin du travail puisse être le collaborateur de quiconque.

● ● ● ● ● ● ● ●

1 - Souligné par nous.

Les différentes dérives de l'INRS(2) illustre aussi cette position des employeurs.

Il est donc urgent que la directive soit appliquée aux services de gestion des risques pour la santé dépendant des employeurs, que ceux ci aient un statut interne (services de sécurité des grandes entreprises par exemple) ou extérieur aux entreprises (INRS par exemple).

L'introduction des méthodes de la communication managériale et en particulier la notion « d'image de l'entreprise » dans le fonctionnement de ces services experts de gestion des risques professionnels aggrave leur mise sous subordination.

Il n'est pas question de dénigrer l'intérêt de ces services ou de mépriser la compétence professionnelle de ces experts, mais ils n'ont ni le même rôle, ni le même statut réglementaire et déontologique que les médecins du travail.

Créer des services de santé au travail, qui amalgameraient service de prévention du point de vue de la santé du sujet et service de gestion des risques professionnels, seraient une erreur méthodologique et sans doute politique grave.

INTERVENTION SPÉCIALISÉE EN MÉDECINE DU TRAVAIL — NATURE DE L'ÉTUDE, ORGANISATION DES SERVICES ET CONTRÔLE SOCIAL —

Le concept de pluridisciplinarité, baleine blanche des promoteurs institutionnels de la santé au travail, est des plus flous : tout le monde en parle, certains prétendent l'avoir rencontrée, personne ne sait comment elle est faite.

Le but de cette contribution est d'explorer ce concept dans ses principes et dans son application à la fois à l'intérieur des services de médecine du travail et pour des coopérations extérieures, non seulement pour des interventions situées mais aussi pour des coopérations plus larges, par exemple dans le cadre de l'institut de veille sanitaire.

La question du contrôle social qui s'adosse, en particulier, à la déontologie du droit de regard du patient sur l'acte médical, y compris en santé publique, conditionne l'exercice des médecins du travail et les structures de médecine du travail.

DU CONTRÔLE SOCIAL ET DE SON IMPORTANCE

Dans l'état actuel, pour un médecin du travail coopérer sans précaution avec les spécialistes de la gestion des risques professionnels(3) comporte un risque de perte d'indépendance, par mise sous subordination de l'employeur. La clé de voûte pratique d'une telle coopération, si elle doit exister, est la stricte définition du domaine d'intervention et les obligations en matière d'accès et de contrôle des salariés, c'est-à-dire principalement l'application du contrôle social.

Par contrôle social on désigne la surveillance, par le comité d'entreprise ou son équivalent, de l'administration, de l'or-

ganisation et du fonctionnement du service médical du travail, prévue à l'article R. 241-3 du Code du travail et les dispositions concernant l'embauche, le licenciement et les observations sur le rapport annuel du médecin, prévus aux articles R. 241-31 et R. 241-33 du Code du travail.

Relèvent aussi de ce contrôle la rédaction par le médecin d'un plan d'activité en milieu de travail et d'une fiche d'entreprise transmis au CHSCT, ainsi que l'application des dispositions des articles 13 et 14 du décret du 28 décembre 1988. Il est donc exercé non seulement par le comité d'entreprise mais aussi par le CHSCT pour les questions pratiques de prévention.

Le contrôle social n'est pas seulement une obligation réglementaire et possède également des finalités déontologique et technique. Il compense en partie dans l'exercice de la médecine du travail l'absence de libre consentement du salarié à l'acte médical en lui substituant un accord collectif annuellement renouvelé, légitimant l'action du médecin du travail. Cet accord donne acte de la confiance de la communauté de travail au médecin.

Le contrôle social institue donc un indispensable droit de regard des salariés sur la prévention de leur propre santé. Il permet ainsi au médecin de percevoir les souhaits en matière de santé des salariés, de les éclairer du point de vue de leur santé afin qu'ils puissent individuellement ou collectivement la préserver.

Il concourt à l'indépendance du médecin en apportant un contrepoids au pouvoir de l'employeur sur son salarié, le médecin du travail. Plus encore, puisqu'il est réglementairement institué avec la participation de l'employeur et des représentants des salariés, son exercice est l'occasion d'un débat social structuré sur les questions de santé au travail.

Cette intervention dans les espaces de délibération de la communauté de travail sur les questions de santé prend actuellement de plus en plus d'importance dans l'exercice en médecine du travail. Sa spécificité, son caractère fondateur de la professionnalité des médecins du travail, ses liens aux pratiques cliniques individuelles demanderait à eux seuls un travail particulier en commun et se situent aujourd'hui hors des limites de notre sujet.

Lorsque le champ d'activité des spécialistes avec lesquels le médecin construirait des coopérations n'est pas celui de la prévention du point de vue de la santé du sujet, le recours au contrôle social s'impose, que cette coopération se déroule avec des spécialistes internes ou extérieurs à l'entreprise.

Le support réglementaire de cette démarche est constitué par l'article 13 du décret n° 88-1198 du 28 septembre 1988. La coopération est confiée au contrôle du médecin du travail et formalisée par une convention après consultation du comité d'entreprise.

● ● ● ● ● ● ● ●

2 - Nous faisons ici allusion aux positions de cet organisme au sujet de l'amiante, des éthers de glycol, de l'aluminium, de la sélection génétique des salariés.

3 - cf. paragraphe précédent.

Le contrôle auquel se livre le médecin du travail est double. Il s'agit d'un contrôle sur la qualité scientifique qui ne doit pas effectivement être sous-estimé, mais également, et cela revêt une très grande importance dans ce cas de figure, d'un contrôle du seul point de vue de la santé du sujet (et non par exemple du point de vue de la productivité ou de la gestion des risques) qui relève à la fois de la déontologie médicale mais aussi de règles de métiers spécifiques, fondatrices d'une éthique professionnelle, véritable déontologie de la médecine du travail.

Le contrôle social du comité d'entreprise ou de l'organisme qui en tient lieu réglementairement s'exerce alors par l'intermédiaire de la responsabilité du médecin du travail. Cela légitime, si il en était besoin, le contrôle qu'il exerce et lui laisse donc le choix des moyens pour l'assumer.

INTERVENTION SUR UNE POPULATION SITUÉE : LE CAS DE LA COOPÉRATION À L'INTÉRIEUR DU SERVICE DE MÉDECINE DU TRAVAIL

Lors de ce premier découpage dans le champ des activités coopératives possibles entre médecins du travail et spécialistes du champ de la santé au travail, celui de la **prévention du point de vue de la santé** et celui de la **gestion des risques**, a été mise en exergue l'importance du contrôle social. Celle-ci va se confirmer lors de l'examen des conditions nécessaires à l'existence des coopérations avec d'autres spécialistes non médecins du travail mais, cette fois-ci, situés eux aussi du côté du champ de la prévention du point de vue de la santé.

Un second découpage concerne la nature des groupes sur lesquels porte l'étude pluridisciplinaire.

Deux situations sont alors à considérer : l'activité coopérative peut s'intéresser à une population particulière **non située** (par exemple celle des opérateurs de saisie sur écran) ou porter sur un groupe bien déterminé **situé** dans une communauté particulière (par exemple celle des opérateurs de saisie de l'entreprise Untel).

Seule la seconde démarche est évoquée avec précision par la note d'orientation du ministère du Travail pour une réforme prochaine de la médecine du travail. Elle précise que les « *experts seront embauchés et travailleront sous la responsabilité des médecins du travail* ». Cette orientation laisse supposer que le rôle de coordination des services de médecine du travail serait confié au médecin du travail. Cela confère-t-il à ces spécialistes, non médecins du travail, les garanties déontologiques et d'indépendance de l'exercice médical dans ce domaine? En pratique, on connaît les pressions que subissent, en réalité, les médecins du travail.

Toutefois l'indépendance du médecin repose pour une part sur la nature médicale c'est-à-dire individuelle de son activité. Elle est aussi fondée réglementairement sur les processus de contrôle social, pour un groupe de salariés identifié.

Il faut à ce sujet rappeler, car on a observé des transgressions, que le véritable contrôle social ne s'exerce pas sur des institutions mais uniquement sur des pratiques individuelles.

Dans le même esprit et pour concourir à leur indépendance, à partir du moment où les experts sont intégrés en permanence au service de santé au travail il serait approprié que leur activité technique personnelle soit contrôlée socialement dans des formes semblables

Ainsi c'est en particulier dans le cadre des CHSCT et, de façon plus formalisée, dans le plan annuel d'activité en milieu de travail, que le médecin, s'appuyant sur des observations faisant appel soit à une clinique particulière, soit à des premières investigations en milieu de travail, va éclairer les débats sur les questions de santé au travail en apportant son témoignage et proposer des démarches d'investigation complémentaire.

La nature de la coordination qu'il pourrait exercer dans le cadre des coopérations avec d'autres spécialistes du champ de la santé au travail doit être précisée.

Les principes fondateurs d'une coordination efficace sont aux antipodes d'une mise sous subordination technique. L'article 68 du Code de déontologie médicale impose à tout médecin de respecter l'indépendance professionnelle des membres des professions de santé. N'est-il pas directement transposable à cette situation ?

Devant le contrôle social le médecin du travail aura donc la responsabilité de la proposition des actions coopératives et de leur coordination lorsqu'elles ont pour sujet un groupe de salariés appartenant à son secteur. Il répond en outre personnellement de son activité de médecin du travail.

Intervention sur une population située : le recours aux spécialistes extérieurs

Le recours à des spécialistes extérieurs ne met pas à l'abri des difficultés. La coopération avec des spécialistes extérieurs peut-elle reposer entièrement sur eux en se fiant, par exemple, à leur réputation scientifique ?

Cela peut conduire à prendre un double risque :

- celui d'un défaut d'éthique de leur interlocuteur qui peut être circonvenu par un employeur abusif (amiante) ou se conformer aux désirs du bailleur de fonds ;
- celui d'une démarche « scientifique » qui s'éloigne de l'attitude professionnelle privilégiant le point de vue de la santé des salariés.

La méconnaissance, l'incompréhension, voire les préjugés vis-à-vis des rapports sociaux peuvent inciter, parfois, à intervenir du seul point de vue qui fournisse une référence directe, celui de la « Science ».

Le choix par le médecin de l'organisme et des spécialistes ne met que partiellement à l'abri du déficit de compétence scientifique mais ne confère aucune autre garantie, en particulier sur le versant de la professionnalité. Le conventionnement s'impose alors dans son intégralité.

INTERVENTION SUR UNE POPULATION NON-SITUÉE : LE RÉSEAU DE SANTÉ PUBLIQUE

La situation est encore plus complexe pour une pluridisciplinarité s'exerçant sur une population non située précisément (par exemple, étude dans le cadre d'un réseau de santé publique) car en fait cette population est la résultante de groupes de salariés identifiés.

Le médecin du travail ne peut donc répondre devant le contrôle social dont il relève que de sa responsabilité personnelle par rapport à la collectivité de travail et celle des études sur la santé au travail qu'il coordonne. Il ne peut répondre de la totalité de l'étude. Il y a ici un déficit de contrôle social.

C'est pourquoi, dans l'esprit de l'article 13 du décret n° 88-1198 du 28 septembre 1988(2) le conventionnement de l'étude par son coordonnateur scientifique dans le cadre du contrôle social de chaque groupe identifié de salariés paraît être indispensable.

Si cette étude se déroulait dans un cadre dépassant une seule entreprise, il serait souhaitable que soit défini une participation des salariés ou de leur représentants au contrôle de l'étude. On peut imaginer que ce contrôle soit confié dans le cas d'une étude régionale ou nationale à des structures du type des Commissions régionales de médecine du travail ou du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

POSER LA QUESTION DU FINANCEMENT

La question du financement et de sa gestion devient, à ce stade, incontournable.

Celui qui finance, de nombreux exemples sont disponibles en médecine du travail, prétend, en général avoir un droit de propriété sur les conclusions de l'étude. Il peut par ce biais l'interrompre, l'entraver, en séquestrer ou en transformer la publication. L'affaire récente du devenir de l'enquête INRS sur l'aluminium a défrayé il y a peu la chronique. Accepter que le financement par les employeurs du système de prévention lui confère un droit de gestion exclusif des services de médecine du travail et à travers eux, sur les coopérations qui s'y développent, le place en situation d'être juge et partie. C'est introduire le loup dans la bergerie. Le Comité permanent amiante nous montre que même des syndicalistes peuvent se laisser prendre au piège.

La question de la gestion du financement des coopérations et des réseaux constitue donc une question préalable à toute démarche.

L'avenir de la prévention de la santé au travail est conditionné par l'impérieuse nécessité pour les médecins du travail de travailler en coopération entre eux et avec d'autres spécialistes. La constitution de réseaux et le travail d'élaboration qu'ils permettent sont devenus des passages obligés pour entreprendre un travail coopératif.

Ce travail n'est pas limité à l'abord collectif des questions de santé au travail mais se déroule aussi dans le cadre des pratiques cliniques.

Nous avons exploré ici les conditions pratiques des coopérations avec d'autres spécialistes et la place incontournable du contrôle social dans leur déroulement.

Les avancées dans ce domaine se sont produites à l'initiative des médecins du travail, sans moyen, sans temps, confrontés à l'hostilité de certains employeurs et à l'état de faiblesse entretenu du contrôle social.

Privilégier le travail coopératif naissant de réseaux, entre médecins du travail et spécialistes de ce champ est une urgence. Pour cela des dispositions réglementaires doivent être promulguées. Elles doivent permettre de :

- fournir aux médecins du travail les moyens techniques en particulier en temps pour constituer les réseaux et travailler en coopération,
- leur assurer les moyens de leur indépendance en particulier au plan du financement et de la gestion des services de médecine du travail.
- assurer les conditions réglementaires et pratiques d'un contrôle social recentré sur la représentation des salariés.

Si les déclarations de principe n'étaient pas suivies de décisions qui aillent dans ce sens, il faudrait en conclure qu'aucune volonté politique réelle n'était présente. En cas d'aggravation des indicateurs, les victimes pourraient alors mettre légitimement en cause la responsabilité de la représentation nationale.

Alain Carré



2 - « À titre expérimental et en vue de développer les actions que le médecin du travail conduit sur le milieu de travail dans les domaines mentionnés aux articles R. 241-41 (1°, 2°, 3°) et R. 241-58 du Code du travail, des conventions peuvent prévoir le recours, sous le contrôle du médecin du travail, à des personnes ou des organismes, publics ou privés, spécialement qualifiés en matière de prévention des risques professionnels, de sécurité ou de conditions de travail.

Ces conventions sont passées, après consultation, selon les cas, du comité d'entreprise ou de l'organisme de contrôle mentionné à l'article R. 241-14, entre d'une part, l'employeur ou le président du service médical du travail interentreprises et, d'autre part, les organismes ou personnes mentionnés à l'alinéa qui précède. Le ou les médecins du travail concernés ou, le cas échéant, le ou les délégués des médecins du travail mentionnés à l'article R. 241-27 sont associés à la préparation de la convention.

Les modalités selon lesquelles la convention peut recevoir application dans une entreprise adhérente sont précisées par le document prévu à l'article R. 241-25 du Code du travail ».

SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL ET MÉDECINE DU TRAVAIL LA QUESTION DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ

La directive du Conseil des communautés européennes du 12 juin 1989 « concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail » prescrit de confier la prévention des risques du travail pour la santé à des « services de santé au travail ». Ce texte, si il fixe le cadre général de tels services, laisse une grande latitude aux états quant à la forme et au fonctionnement de ces structures. Toutefois cette directive impose des garanties d'indépendance pour tout spécialiste du champ de la santé au travail.

Certains employeurs, sans doute en référence au principe « qui paye, possède », considèrent les futurs services de santé au travail comme placés sous leur contrôle. La médecine du travail n'en serait plus qu'une des composantes. Par exemple, dans un de leurs projets, une partie de l'activité du médecin en milieu de travail serait dévolue à des techniciens sans statut réglementaire et sous la subordination exclusive de l'employeur. Cela aurait pour effet de contourner le statut réglementaire de la médecine du travail et l'affaiblirait immanquablement.

Or, dans notre pays c'est à des « services médicaux du travail » que le législateur s'appuyant sur un consensus social a confié le système de prévention des risques du travail pour la santé.

Confier la responsabilité de ces questions à un médecin déontologiquement indépendant est une garantie théorique de sa pertinence. L'existence, entre salarié et médecin, d'une relation de patient à médecin, institue la confiance indispensable au recueil d'éléments confidentiels qui seraient inaccessibles dans tout autre cadre institutionnel. De plus la communauté de travail est, en principe, assurée que la prévention sera l'objet d'une action bienveillante et exercée dans l'intérêt exclusif de la santé du salarié.

En réalité on sait que l'institution connaît actuellement des difficultés.

Certains employeurs ont en effet tendance à tirer la médecine du travail vers une gestion de la santé au profit exclusif de l'entreprise en la faisant dériver vers une « médecine d'entreprise » subordonnée et fonctionnant dans une perspective de sélection et de performance.

Dans une note d'orientation récente(1), prélude à une réforme, le ministère du Travail reconnaît l'insuffisance du contrôle qui devrait s'exercer sur la gestion de type commercial et comptable que les employeurs imposent généralement à la médecine du travail. Cette note constate également la dégradation de la qualité de la couverture des salariés ainsi que son application inégalitaire en particulier dans les PMI-PME. Le

ministère implique dans ces dysfonctionnements l'affaiblissement voire l'absence d'application effective du contrôle que les salariés devraient réglementairement assurer sur l'institution (dans le cadre du contrôle social des comités d'entreprise ou d'établissement et des commissions de contrôle mais aussi dans les CHSCT). Il signale également l'insuffisance des garanties d'indépendance pour les médecins du travail.

Sur les mêmes arguments, des médecins du travail regroupés en association(2) estiment que les employeurs ont fait la preuve de leur « inaptitude à promouvoir, coordonner, diriger la médecine du travail ». Ces médecins en concluent que la gestion de la médecine du travail doit être retirée aux employeurs d'autant que certains de ceux-ci abusent de ce privilège pour faire pression sur l'indépendance professionnelle des médecins.

Considérant que le droit à la santé est un droit constitutionnel et le droit à la santé au travail une garantie légale et constitue, par conséquent, une question d'ordre public, ils proposent que le service de santé au travail ait un support public et décentralisé. Ils se défendent de vouloir « nationaliser » le système de prévention de la santé au travail.

On peut en effet imaginer que ce service public soit assuré par les structures actuelles à condition toutefois que le contrôle social y soit effectif et rééquilibré et l'indépendance des médecins du travail renforcées. Ils proposent en fait de conserver les structures de base actuelles en le rattachant à un système 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) et soumises également à contrôle social.

Ils estiment aussi que ce contrôle social, une des bases de la légitimité de leur exercice médical et générateurs des débats indispensables aux prises de décision dans le domaine de la prévention des risques pour la santé, doit être rééquilibré au profit de leurs patients, les salariés.

Ils réclament enfin des garanties supplémentaires d'indépendance s'appuyant sur un statut réglementaire et contractuel unique et homogène de médecin du travail.

Car, l'indépendance professionnelle des spécialistes du champ de la santé au travail est la condition préalable de l'efficacité d'un système de prévention des risques du travail pour la santé.

• • • • •

1 - Note d'orientation à l'attention du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels sur la réforme de la médecine du travail, Direction des relations du travail, juin 1998

2 - Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat, Association Santé et Médecine du Travail, Éditions SYROS, mai 1998.

La directive européenne en fait une exigence.

Le contexte du service de santé au travail impose une réflexion sur les moyens de l'assurer.

L'évolution des questions de santé au travail et leur complexité, leurs liens étroits avec l'organisation du travail actuelle rend nécessaire l'intervention des spécialistes du champ de la santé au travail autres que les médecins du travail. Le succès de ces services dépendra de la transformation de la multidisciplinarité actuelle encore balbutiante (action parallèle de différents spécialistes vers un même but), en une véritable pluridisciplinarité (action en coopération de différents spécialistes vers un but commun).

La question de l'indépendance professionnelle ne peut être disjointe du contexte de la pluridisciplinarité et par conséquent des coopérations qui y concourent et de la coordination qu'elle impose.

Coopérer c'est agir ensemble. Coordonner ce n'est pas ordonner ensemble, c'est ordonner un ensemble. De ces deux définitions découle la nature même des deux démarches.

Si coordonner peut se faire avec le consentement des individus qui font l'objet de la coordination et si celle-ci peut être l'objet d'un contrôle, cela peut être légitime.

Coopérer, agir ensemble, passe par une démarche volontaire, car l'efficacité de la coopération qui implique des coactivités en interaction est conditionnée par la confiance à l'intérieur du groupe. Comme le rappelle Chr. Dejours(3), la place de la confiance est centrale dans le travail.

C'est grâce à elle que se développent les conditions de la visibilité en particulier à l'égard d'autrui dans les rapports de parité. « *Il n'y a pas de collectif qui ne soit fondé sur la dynamique de la confiance entre les membres de ce collectif* ». C'est « *la condition sine qua non de la coordination et de la coopération* ». « *La confiance s'inscrit (...) dans une dynamique de suspension, de mise en latence des rapports de force* ». « *La confiance ne repose pas sur des ressorts psychologiques mais sur des ressorts éthiques* ».

Cette confiance repose donc sur le respect de l'autre : respect de son indépendance, accessibilité au déroulement de l'action, clarté sur les démarches et les résultats.

Elle naît aussi de la part de valeurs communes qui permettent d'agir dans la même direction. Il s'agit ici de créer une communauté de valeurs explicite ou implicite.

À l'intérieur d'un corps de professionnels, cette communauté de valeur s'organise autour des principes qui fondent la pratique. Mais aussi de façon pragmatique par ce qu'on sait des pratiques de l'autre et également dans l'action commune.

La communauté de valeur se construit ou se déconstruit également au cours de l'action de coopération elle-même. Si la méfiance apparaît, la coopération est compromise.

C'est en effet, au cours de l'action que se constituent les règles de métiers. Ces règles formelles et informelles construites et partagées par les membres d'une équipe ou d'un collectif sont plus ou moins explicites dans leur formulation et or-

chestrent les différentes façons de travailler à partir de débats permanents sur le comment faire et comment faire ensemble.

L'action en coopération s'articule en partie autour de règles de métiers existantes et les nourrit en retour. Ces règles se fondent aussi sur des légitimités d'action qui relève de la morale professionnelle, la déontologie.

On constate combien la coopération professionnelle est complexe et fragile.

Nous faisons la différence entre coopération de tous les jours, de professionnels ayant à travailler ensemble habituellement et la coopération plus ponctuelle dans un but précis.

Autant dans le premier cas la confiance se constitue mais aussi se joue à chaque instant, autant dans le second une formalisation est souvent nécessaire

Cela impose qu'avant de coopérer puis au cours de l'action elle-même, une analyse des principes qui la fonde, de ses buts, de ses moyens soit entreprise.

L'enjeu est à la mesure des difficultés car il s'agit ici d'obtenir que le total soit supérieur à la somme des parties.

La coordination de professionnels ne peut se concevoir sans leur coopération, elle implique donc, pour le coordinateur éventuel d'avoir éclairci entre lui et les autres professionnels la question de l'action et de ses principes et d'accepter les bases sur laquelle se fondent la coopération.

Cette activité normative nécessite obligatoirement un « espace de discussion » c'est-à-dire un espace où peuvent être formulés librement et surtout publiquement des avis éventuellement contradictoires.

Le fait que ces démarches se construisent en milieu de travail impose également des garanties pour les salariés qui en sont les sujets. Le contrôle social en fait partie et de ce fait participe à l'indépendance professionnelle des spécialistes de ce champ. Le risque, comme nous l'avons évoqué plus haut en exposant certains projets des employeurs, est ici celui d'un détournement du système de prévention des risques du travail pour la santé vers des objectifs gestionnaires en utilisant des spécialistes dont l'indépendance serait contrainte par une subordination exclusive aux employeurs.

Un premier découpage du champ de la prévention au travail implique donc à ne pas faire de confusion entre champ de la prévention des risques pour la santé (service de santé au travail) et celui de la participation à la gestion de ces risques ou à leur arbitrage (par exemple, service de sécurité)(4). De graves méprises ont eu lieu dans ce domaine (service de médecine du travail intégré au service de sécurité par exemple). Un cadre réglementaire spécifique aux intervenants dans le domaine de la santé au travail doit donc être promulgué. Il est nécessaire d'y définir leur statut en précisant, en particulier, leur domaine d'intervention et leurs obligations en matière d'accès et de contrôle des salariés.



3 - Chr. Dejours, *Le facteur humain*, QSJ, PUF, 1995

4 - cf. Ph. Davezies, *Revue Santé et Travail*, n°21, p. 46.

Un second découpage concerne la nature des groupes sur lesquels porte l'étude pluridisciplinaire.

Deux situations sont alors à considérer : l'activité coopérative peut s'intéresser à une population particulière non située (par exemple celle des opérateurs de saisie sur écran) ou porter sur un groupe bien déterminé situé dans une communauté particulière (par exemple celle des opérateurs de saisie de l'entreprise Untel).

Seule la seconde démarche est évoquée avec précision par la note d'orientation du ministère du Travail du point de vue de l'indépendance des experts. Elle précise que les « experts seront embauchés et travailleront sous la responsabilité des médecins du travail ». Cette orientation confirme que le rôle de coordination des services de santé au travail serait confié au médecin du travail.

Cela confère théoriquement à ces services les garanties déontologiques et d'indépendance de l'exercice médical. En pratique, on connaît les pressions que subissent les médecins du travail.

La légitimité de cette coordination par le médecin repose sur la composante individuelle de son activité médicale qui traite des éléments de la santé en référence à une collectivité de travail. Elle est aussi fondée sur les processus de contrôle social, pour un groupe de salariés identifié. Il faut à ce sujet rappeler, car on a observé des transgressions, que le véritable contrôle social ne s'exerce pas sur des institutions mais uniquement sur des pratiques individuelles.

Ainsi c'est en particulier dans le cadre des CHST et, de façon plus formalisée, dans le plan annuel d'activité en milieu de travail, que le médecin, s'appuyant sur des observations faisant appel soit à une clinique particulière, soit à des premières investigations en milieu de travail, va éclairer les débats sur les questions de santé au travail en apportant son témoignage et proposer des démarches d'investigation complémentaire.

Nous avons examiné plus haut les principes fondateurs d'une coordination efficace. Elle est aux antipodes d'une mise sous subordination technique. L'article 68 du code de déontologie médicale impose à tout médecin de respecter l'indépendance professionnelle des membres des professions de santé. N'est-il pas directement transposable à cette situation ?

Devant le contrôle social le médecin du travail aura donc la responsabilité de la proposition des actions coopératives et de leur coordination lorsqu'elles ont pour sujet un groupe de salariés appartenant à son secteur. Il répond en outre personnellement de son activité de médecin du travail.

Dans le même esprit et pour concourir à leur indépendance, à partir du moment où les experts sont intégrés en permanence au service de santé au travail il serait approprié que leur activité technique personnelle soit contrôlée socialement dans des formes semblables.

La situation est plus complexe pour une pluridisciplinarité s'exerçant sur une population non située précisément (par exemple, étude dans le cadre d'un réseau de santé publique) car en fait cette population est la résultante de groupes de salariés identifiés.

Le médecin du travail ne peut donc répondre devant le contrôle social dont il relève que de sa responsabilité personnelle par rapport à la collectivité de travail et celle des études sur la santé au travail qu'il coordonne. Il ne peut répondre de la totalité de l'étude. Il y a ici un déficit de contrôle social.

C'est pourquoi, dans l'esprit de l'article 13 du décret n° 88-1198 du 28 septembre 1988(5), le conventionnement de l'étude par son coordonnateur scientifique dans le cadre du contrôle social de chaque groupe identifié de salariés paraît être indispensable.

Si cette étude se déroulait dans un cadre départemental le contrôle social existant à ce niveau (éventuellement dans le cadre de l'agence départementale de médecine du travail) devrait y être associé. On peut imaginer que ce contrôle soit confié dans le cas d'une étude régionale ou nationale à des structures 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*

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

5 - opus cité, p. 36

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 des représentants des instances locales du patronat, des syndicats départementaux de salariés qui y sont en majorité ; pourraient y être représentées des associations de victimes. Ce conseil d'administration aurait pour mission de gérer les agences départementales en utilisant le fonds national alimenté par le financement 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.

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 où les salariés seraient majoritaires. En particulier, celle-ci validerait les choix de gestion du conseil d'administration ; elle serait également amenée à donner son accord pour l'embauche et/ou le licenciement du médecin du travail. 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 apparaîtrait donc comme nécessaire.

Seule la puissance publique, garante de l'intérêt général, assurerait légitimement entre les salariés une égale répartition des moyens financiers de la prévention des risques pour la santé au travail. Elle définirait les niveaux minimum des cotisations, la nature des moyens minimum mis à disposition des praticiens. Elle fixerait les critères de péréquation en fonction des caractéristiques de l'entreprise : rapport main-d'œuvre / valeur ajoutée, type de risque professionnel, nature et volume de la sous-traitance interne et externe, pourcentage d'emplois précaires, etc.

Toutefois la détermination des moyens financiers nécessaires et la gestion de l'utilisation du financement seraient effectuées au plan départemental.

Le financement des études coopératives, dont celles se déroulant dans le cadre des réseaux de santé publique, s'effectueraient sur un budget spécifique, distinct du budget habituel de fonctionnement des services.

***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*

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*

VIOLENCE AU TRAVAIL

— CONTRIBUTION À LA RÉUNION DE L'ASS. SMT DU 5 FÉVRIER 99 —

LE TÉMOIN INVOLONTAIRE

Témoin, malgré elle, des violences exercées par un chef d'atelier sur un collègue de travail, elle a beaucoup maigri à force d'insomnies.

Ç'avait été un véritable raz de marée dans cette petite entreprise qui n'avait jamais connu de conflits bruyants mais le malaise était larvé depuis longtemps et s'était cristallisé sur presque rien, un grain de sable dans les rouages des machines qui tournaient en trois huit — les hommes avec.

La peur s'est infiltrée et a départagé les opérateurs en deux camps inégaux dont le plus petit s'amenuise encore avec l'exclusion progressive de ceux qui résistent en se rendant solidaires mais avec plus de peur et/ou de honte, à chaque départ.

Pourtant, elle n'avait pas voulu ça, elle n'avait même pas souhaité prendre partie, elle n'avait seulement pas pu approuver les faits quand on l'avait invitée à le faire.

Alors la mécanique à exclure s'est dirigé vers elle : harcelée d'abord (« nous vous ferons démissionner... »), puis ignorée, brutalement gommée de la vue du patron.

Elle se sait en sursis et apprend à gagner du temps avec l'acalmie de la mise en quarantaine, en attendant la faute qu'elle va forcément commettre à son tour.

En l'écoutant, je me sens agrippée par cette violence, bien au-delà de ma responsabilité de médecin (non-assistance à personne en danger) et de médecin du travail (« éviter toute altération de la santé... »), tout simplement en tant que sujet prise à témoin d'une agression qui m'engage à agir.

Et pourtant à ma question : « *Qu'est ce qu'on peut faire ?* », sa réponse est : « *Rien !!* »

Mais déjà se dessine pour elle un ligne de fuite dont elle me rend à nouveau témoin lorsqu'elle m'explique qu'à l'abri de son placard qui lui offre un répit, elle va pouvoir chercher un autre travail

HARCÈLEMENT MORAL

Ouvrière en chaussure, redevenue intérimaire, elle raconte mais ne me regarde pas, elle ne voit plus que l'atelier dont elle a démissionné à force d'être harcelée par son entourage ; elle en tremble encore... : « *J'aurais du tenir, me durcir (...)* j'aimais mon travail et je venais d'être embauchée », elle pleure sur sa fragilité qu'elle maudit : « *Le chef m'a conseillé de voir un psychiatre parce que j'étais paranoïaque et puis m'a demandé si je savais au moins ce que cela voulait dire* ».

Et moi : « *Ce n'est pas vous qui êtes folle...* », je tente de la rassurer, y compris par l'éloge de la fuite mais elle s'entête et comme un leitmotiv répète : « *J'aurais du rester* », elle pleure...

Devant l'insupportable, j'essaie de colmater la blessure : ça sainte encore d'humiliation, d'incompréhension...

« *Paranoïaque ?* », elle m'interroge encore, en biais, comme si elle n'était pas bien sûre qu'il ne s'agissait que d'une insulte gratuite.

Elle ne se laisse pas si facilement rassurer et délibère avec elle-même me prenant à témoin comme pour reconstruire cette légitimité perdue, après avoir été si malmenée car elle ajoute : « *Sans le vouloir, en attendant dans le couloir mon entretien de "démission", j'ai bien entendu ce que mon chef de service disait de moi au directeur...* ». L'estime de soi ne se répare pas sur ordonnance.

Plus tard c'est une secrétaire que je vois pour la première fois : volubile, agitée, ses mains bougent dans une gestuelle dramatique, (elle se prend les tempes à pleine main ou se les croisent autour du cou). Elle voudrait tout expliquer à la fois et accélère le débit pour mieux dire la concurrence des tâches : « *Je dois tout faire en même temps, fax, courriers, téléphones, dossiers, etc.* » ; et en retour de ce surmenage : le mépris, l'indifférence, la non-reconnaissance du travail fourni de plus en plus vite, parce que en moins de temps pour mériter son mercredi avec les enfants. »

Elle dit encore l'humiliation d'être convoquée par ses chefs de service avec cette fausse sollicitude : « *Alors ma petite Geneviève vous allez tenir le coup ?* » Sous ce déferlement de mots, ma proposition de lui faire prendre une bouée d'oxygène avec un peu de repos, crève cette poche de chagrin contenue si fort au bureau et à la maison (« *Je ne veux pas encombrer mon mari avec ça.* »).

Une fois de plus je me sens un peu l'apprenti sorcier : que savons-nous de ce que nous provoquons : Les larmes ça lave ou ça blesse ? Ça épuise ou ça régénère ?

Cela ne nous laisse pas indemnes.

Dans l'incertitude de ce qu'il convient de faire, nous avons décidé de nous revoir et, après en avoir discuté, c'est à sa demande que j'indique sur sa fiche d'aptitude : « *À revoir dans un mois* », pour pointer la nécessité d'un suivi médical auprès de son chef de service.

Un mois plus tard, c'est une femme souriante qui rentre dans mon cabinet : elle me raconte ses deux tentatives manquées de consultation chez son médecin traitant (« *Chaque fois je me suis enfuie de la salle d'attente parce que je n'étais pas malade* ») ; mais au troisième essai, poussée par une collègue de travail et reconnue dans son besoin de repos par une pres-

cription d'arrêt de travail, elle dit le plaisir de prendre du temps pour soi : « *Savez vous ce que j'ai fait — me demande-t'elle triomphante — je suis d'abord aller chez le coiffeur, avant de pouvoir m'occuper des enfants.* »

QUELQUES COMMENTAIRES EN VRAC

Si ces histoires ne nous montrent que la partie visible de l'iceberg, elles indiquent *illico* qu'il en existe une autre immergée. Ces récits ne disent pas assez ce qui se joue en miroir dans ce lieu de parole, ce qui s'engage pendant l'écoute et dans les moindres interstices d'échange, ce qui mobilise le témoin à agir (« *avec et pour autrui* » selon la formule de Paul Ricœur). Il nous faut donc, au-delà de cette problématique de témoignage, tenter d'appréhender, de serrer de plus près notre démarche.

Puisqu'il nous faut interroger le travail pour en saisir les empreintes, à ce stade de notre questionnement, nous ne pouvons plus faire l'économie de cette recherche dans notre activité clinique et ici plus précisément appliquée à la violence qui s'exerce sur les femmes aux travail :

Nous butons toujours sur la difficulté d'attraper ce qui, résonne quand nous les écoutons parler de leur souffrance.

Si leur vulnérabilité n'implique pas le droit de penser à leur place, elle nous intime le devoir d'agir « avec et pour elles ».

Cette vulnérabilité-là nous mobilise-t'elle différemment selon qu'elle se décline au masculin ou au féminin ?

Que somme-nous capable d'entendre et de comprendre de la souffrance exprimée en tant que médecins femmes par d'autres femmes au travail, à partir de quel contenu (différencié) de nos interrogations ?

Tétanisées parfois par certaines violences qui nous renvoient à un tel sentiment d'impuissance, quel ressenti de trahison du métier et/ou de notre appartenance identitaire ?

Quelle est la part de violence incarnée, télescopée par le corps dans un raccourci « d'une chair à l'autre », qui n'aurait pas son mot à dire ?

Quel savoir convoquons-nous dans l'immédiateté (?) de la consultation. Nous comptons sans aucun doute sur nos savoirs techniques, nos savoir-faire accumulés qui ont façonné, aiguisé notre écoute... Mais, « *si cette fonction d'écoute est première et rendue possible par notre mission* » (C. Perrotin), et qui nous rend témoin et acteur : qu'est ce que je fais de ce que je suis en capacité d'entendre et de comprendre.

Dans ce huis-clos ouvert sur le collectif, dans le respect de l'intime quel espoir de changement, si mince soit-il, pouvons-nous accompagner ?

Là se trouvent les limites de notre savoir (et non savoir), dans cet « espace-temps » de délibération, confrontées que nous sommes, à cette part d'inconnu de jamais parlé, d'impensé peut-être, qui tient compte dans le même temps de ce que nous connaissons du collectif de travail et que l'on peut réintroduire dans cette relation duelle.

Si certaines règles du métier sont reproductibles, le « surgissement » lui, ne se décrète pas.

Cependant les conditions d'écoute sont de notre responsabilité, pour être en capacité d'entendre (obligation de moyens) :

dans un silence d'accueil, quand la peur nous pousse à prescrire, à recouvrir la parole du sujet « pour suturer la souffrance » (D. Vasse) ;

en se débarrassant de nos projections sur ce que l'on ignore des situations de travail que l'on croit connaître.

Denise Renou-Parent

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 journellement (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

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

L'ACTION, À QUELLES FINES ?

DU FAIRE À L'ACTION

La lecture de *La Condition de l'Homme Moderne* de Hannah Arendt, m'a amenée à réfléchir d'une façon particulière sur la relation médecin du travail / salarié.

Deux sujets se font face. Quelles conditions permettront ou pas le dévoilement ? Est-ce une question d'image ?

QUELLE REPRÉSENTATION LE SALARIÉ SE FAIT-IL DU MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL ?

A priori, le sujet en visite systématique n'a rien demandé. Au mieux, selon lui, le médecin du travail est un médecin. Il fait « déshabiller des corps » pour les examiner, palper, ausculter. De la médecine « vétérinaire », sans dialogue, sans recherche car sans motif. La demande risque bien d'être « aller au plus vite », pour en finir.

L'attente du salarié ne s'apparente-t-elle pas, au plan médical, au domaine du « faire » ? La représentation qu'il en a, et donc l'attente correspondante, ont toutes chances de s'arrêter là.

Si le sujet est malade, et si des liens semblent possibles avec le travail, il en parlera peut-être. Ce n'est pourtant pas si simple, le salarié précaire ayant le plus souvent envie d'échapper à l'inquisition. Toutefois, il a dans ce cas une représentation élargie de l'activité du médecin, de ses savoir-faire spécifiques.

Le salarié désemparé, n'ayant trouvé aucun espace de parole, ou chez son médecin impuissant à transformer la situation de souffrance liée au travail, a pu se voir conseiller de consulter le médecin du travail (par son médecin ou un collègue, le conjoint, les délégués...). Qu'attend-il alors ? Un examen clinique ? Des algorithmes médicaux faisant appel à une connaissance scientifique permettant de résoudre les problèmes (insolubles) à sa place.

Ou bien se doute-t-il que de toutes façons, c'est de la délibération à deux que viendront les potentialités de projets vers une hypothétique sortie de crise ?

QUELLE APPROCHE LE MÉDECIN DU TRAVAIL A-T-IL VIS-À-VIS DE SON PROPRE MÉTIER ?

Je vais cloisonner arbitrairement trois niveaux d'approche du métier :

L'examen du corps anatomique, du corps physiologique, biologique, s'agrément, connaissances à l'appui, d'un interrogatoire directif ne laissant place ni au temps, ni aux tergiversations du sujet qui résume à un corps potentiellement porteur de maladie. Appliqué à la médecine du travail, chez des sujets en bonne santé, et en l'absence de demande, ce type d'examen en visite systématique a tout lieu d'aboutir à du travail répétitif dont l'unique objectif serait de « faire avancer le compteur ». Nous sommes là dans un domaine d'activité dont le but est tout simplement alimentaire :

Alimentaire pour le service de médecine du travail qui doit payer son personnel. Alimentaire pour le salarié : « *Je suis apte, docteur ?* ». Alimentaire pour l'entreprise qui exige du présentéisme.

Nous sommes dans le « faire ». L'objectif n'est pas le diagnostique, mais le chiffre de visites effectuées.

Mais le médecin sait que tout humain est un sujet psychologique dont il va falloir tenir compte, et même avec lequel il va falloir compter. Il va falloir composer car si on veut faire un diagnostic, il faut donner au sujet l'envie de répondre, donc de lui faire accepter l'idée qu'il est malade, puis susciter l'envie de guérir... Appliqué au salarié en bonne santé, ce serait l'art de lui faire accepter qu'il est mortel, quand il n'avait rien demandé, quand il devra choisir entre droit au travail, au risque de perdre la santé et droit à la santé au risque de perdre son travail...

Nous avons néanmoins franchi un pas dans le colloque singulier : l'objectif est bien le diagnostique, avec ce qu'il mobilise de connaissances confrontées aux symptômes, d'hypothèses et algorithmes, pour arriver par un jeu de pistes assez ludique, à la « vérité ». Nous sommes dans l'œuvre, l'art médical, dans la solitude, la démarche diagnostique. Nous avons mobilisé du « savoir-faire ».

À un troisième niveau, le langage est source de relation où le dialogue n'est plus directif, mais où le médecin accepte le non savoir face à l'autre, l'égal avec son identité propre, porteur d'histoire singulière à jamais enracinée, ce mystère irréductible, avec ce possible dévoilement, source de questionnement à deux, de cheminement dans un débat où nul n'est censé détenir la vérité, où le temps et la patience sont les bases, les atouts pour un nouveau départ. Nul sauf le salarié, nul sauf cet autre ne peut décider de cet avenir qu'il devra, après délibération à deux, construire.

QUELLE REPRÉSENTATION LE MÉDECIN DU TRAVAIL A-T-IL DU TRAVAIL DU SALARIÉ ?

Faut-il se contenter de dire que le salarié dans l'entreprise est le plus souvent sans espace de parole, sans marge de manœuvre ? Est-il devenu simple exécutant d'objets jadis fabriqués par l'artisan mobilisant dans la solitude du savoir-faire ? Faut-il se limiter à dire que l'industrialisation a transformé l'œuvre en simple objet d'usage et consommable, et que le salarié qui le fabrique mobilise du faire ? Faut-il tirer le rideau sur les *tacit skills*, sur les savoir-faire de prudence, l'anticipation des incidents par dérogation secrète aux procédures... Pour que ça fonctionne ?

En réalité, l'ergonomie nous a ouvert la voie et offert tout un registre de discussion où le savoir du médecin laisse place à la parole du salarié. Le poste de travail transcrit de façon restrictive dans le dossier médical nous laisse le plus souvent insatisfaits et les prises de notes qui l'accompagnent auront du mal à trouver place dans le dossier informatisé : critiques par rapport à l'organisation contraignante ; réel du travail qui résiste et questions sans réponse ou aux réponses fluctuantes, notamment par rapport à la qualité dite « totale » ; auto-contrôle diagnostiquant les rebuts toujours revenus en l'absence de mobilisation des services concernés pour résoudre les problèmes. Et nous n'avons encore rien dit des petits carnets de notes tenues secrètes, jalousement gardées dans la poche de la veste, sur le cœur, et partagées à plusieurs.

Les groupes de progrès fonctionnent parfois, quand la plainte des salariés est entendue, quand leurs propositions sont prises en compte. Mais la prudence est de règle, et le silence, par peur des représailles, permet de soit-disant réunions d'information parachutant des messages venus d'en haut comme par hasard. Tous ne sont pas dupes : « ...les échanges se font toujours dans le même sens ! »

En réalité, tout ça ne va pas sans un questionnement la plupart du temps douloureux. Et la psychodynamique du travail a encore enrichi les potentialités du colloque singulier : prudence, silence au poste.

Souffrance dans la solitude du monde du travail. Confidences en consultation, inconstantes.

Toujours est-il que le colloque singulier s'étoffe à partir d'un capital de connaissances patiemment engrangées permettant les échanges où l'autre émerge soudain et nous « convoque » à la délibération.

QUELLE REPRÉSENTATION LE SALARIÉ A-T-IL DE SON PROPRE TRAVAIL ?

Lui seul pourrait en parler. Même si « l'activité qui consiste à symboliser par le langage, l'expérience du travail est dyssymétrique, et beaucoup plus développée pour ceux qui sont du côté de l'encadrement, des ingénieurs et des concepteurs que pour ceux qui sont du côté des ouvriers, des techniciens et des employés ». Tout au plus, diront-ils, qu'ils font « par habitude » ou que c'est répétitif, ennuyeux (le faire). On peut noter néanmoins leur indignation quand le métier s'envole (bâtiment), ou en l'absence de reconnaissance (savoir-faire). Mais l'action de s'indigner, garante de l'estime de soi conservée, dépasse-t-elle le fort intérieur et le tête à tête en consultation ? Atteint-elle l'espace public ? Réclament-ils pour autant des lieux de parole et de délibération en entreprise ?

REQUISITS POUR UNE RENCONTRE

Quelle représentation le salarié a-t-il de son travail et quelle représentation a-t-il de l'idée que le médecin du travail peut tenter de s'en faire ?

Quelle représentation avons-nous de notre métier et quelle représentation avons-nous de l'idée que le salarié peut s'en faire ?

Nous voici au carrefour où la confrontation pourra peut-être déboucher sur la rencontre. Tout dépend à la fois de l'image qui s'est construite au fil du temps, elle-même résultat de pratiques basées sur des règles de métier, règles acceptées et vraisemblablement discutées dans l'entreprise, par les salariés et leur représentants ; ces mêmes règles qui dérangent parfois les directions étonnées, interpellées... Le médecin du travail, sans pouvoir, simple conseiller, doit tenter « d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail »... Mais déjà cette phrase les « chagrine » ! Il faut donc y référer, persister, car sinon le décret de 88 tendra de plus en plus à devenir une réelle utopie !

La rencontre, on le voit, dépendra de la confiance qui nous sera ou non accordée. Elle dépend de notre image... de celle que les autres s'en font ! Savons-nous faire des diagnostics et si la pathologie est professionnelle, la prévention des récurrences a-t-elle été mise en place ? Quelle est donc notre capacité d'ouverture à chaque consultation. Savons-nous garder secrètes les confidences qui nous sont livrées au cabinet médical ? Respectons-nous nos promesses ? De silence, ou de prise de parole dans l'espace public interne à l'entreprise. C'est selon ! Selon la capacité de l'autre à dire, faire dire et débattre dans l'espace public.

La rencontre, basée sur la confiance, a de multiples manières de voir le jour.

OSCILLATIONS

Le colloque singulier sera ce que les deux interlocuteurs face à face voudront bien en faire. Il va de soi que le sujet en slip dans le déshabilleur n'attend rien et le médecin qui l'accueille

est dans le registre du faire. Un bon dialogue commence par un face à face où chacun est l'égal de l'autre. Mettre en évidence la spécificité du métier, ne serait-ce pas démarrer la rencontre suscitant la parole de l'autre sur son métier et sur le réel du travail...

En fait, il n'y a pas de recette. Il est de multiples façons « d'entrer en relation ». L'autre est peut-être venu en parler... Parler de lui, de sa santé, de ses difficultés dans le travail, d'une indicible souffrance !

Prendre le temps de ne pas imposer de rythme, accéder à la cadence de l'autre, voire la ralentir. Adopter une attitude ouverte, offrir une disponibilité sans faille... Loin de la problématique du compteur !

Nous voyons bien l'oscillation se faire, selon notre propre disponibilité, selon la demande de l'autre, entre le faire, le savoir-faire de la conduite diagnostique et l'action.

LE COLLOQUE SINGULIER UNE ISSUE À LA SOLITUDE

La consultation peut être simple routine vide de sens, ou au contraire le lieu de dévoilement d'une solitude, celle d'un être confronté au vide de l'existence, quand nous n'avions encore nullement mesuré sa détresse.

Si on se réfère à Levinas — *Le Temps et l'Autre* — (l'ai-je bien compris ?), la solitude est la condition même de l'exister « relation intérieure par excellence », garantissant l'unité du sujet en tant qu'être. Cette solitude permet la liberté du commencement, la maîtrise de l'existant sur l'exister. La solitude a deux facettes, l'une proche du désespoir de l'abandon, rééquilibrée en quelque sorte par « une virilité et une fierté et une souveraineté ». Dans la souffrance, la solitude tend vers le tragique, le temps d'arrêter, le sujet devient passif, mais aussi sans refuge, sans fuite possible.

« Il y a dans la souffrance, en même temps que l'appel à un néant impossible, la proximité de la mort. » Le sujet a basculé dans la solitude, du côté du désespoir.

Mais « ...seul un être arrivé à la crispation de sa solitude par la souffrance et à la relation avec la mort, se place sur un terrain où la relation avec l'autre devient possible... »

Comme une dernière chance saisie, comme pour combattre encore, combattre la mort ; nous appréhendons sans doute mieux à travers cette approche, la plus grande facilité des femmes à échanger sur le thème de la souffrance. Leur vie rythmée par le temps, leur lucidité quant à leurs limites (se savoir mortelles sans prendre peur), les rendent plus perméables à l'émergence du désespoir, du sentiment d'échec, de défaite de l'autre. Si cette idée de « la mort qui rode » ne nous a pas effleurés, l'abandon de l'autre qui se dévoile ne sonne-t-il pas temporairement le glas du combat ?

Ce perçu, l'acceptation que nous en faisons, sont-ils du côté du féminin maternant ? Assurons-nous le repos du guerrier (de la guerrière). Acceptons-nous la résurgence de l'enfant ? Soignons-nous les plaies de l'âme ?

Si l'étape première après dévoilement de l'autre permet l'accompagnement, la compassion, l'intropathie ; l'entretien change de rythme et de style (présentation de soi) au fil du temps.

J'assume toujours de dire à celui-là, celle-là (parfois si désemparés par leur propre souffrance) que j'entends bien la douleur exprimée. Manière aussi de pouvoir la regarder, l'apprivoiser comme faisant partie d'eux-mêmes, en l'instant, comme le **résultat** d'une situation anormale, déstabilisante, illégale, injuste...

Les récits qui nous sont faits, le plus souvent dans l'intimité du colloque singulier, apparaissent tout d'abord par bribes, où alternent, dans la rationalité dramaturgique prédominante, des faits concrets, des ressentis, des interprétations.

Si l'accueil initial fait à l'autre, notre capacité première d'attitude ouverte, permettent le déversement chaotique de la plainte, il paraît utile de séparer assez vite du magna initial, au-delà de la compassion, ce qui s'apparente au rationnel, ou du moins aux faits objectifs. Ce matériau semble fil conducteur d'un récit qui s'étoffe, le sujet construisant devant nous sa propre représentation, se réappropriant sa vie et le sens à lui donner, pour aujourd'hui et pour demain.

LA DÉLIBÉRATION DE L'INDIVIDUEL AU COLLECTIF

Faut-il en rester à l'approche individuelle, au colloque singulier ? Le (la) laisser repartir et « passer au suivant » ?

Ces histoires sont prégnantes et nous accompagnent. Elles tissent l'histoire de l'entreprise, de la société, et celle du sujet. Le sujet ! Le sujet a-t-il requis le silence ? Le sujet nous a-t-il demandé de rencontrer la direction ? Le sujet a-t-il convoqué les délégués du personnel, le responsable des ressources humaines, le conjoint avec l'infirmière et le médecin et dans un orage cataclysmique, *drive-t-il* tout le monde dans une monumentale et salutaire (solitaire) colère ?

Où allons-nous ? Sommes-nous toujours « agis » ? La plainte, l'appel au secours, sont autant de demandes auxquelles on ne peut se soustraire.

C'est comme une promesse C'est comme le besoin d'agir, poussés par un sentiment de malaise, de renoncement qui menace, de trahison insoutenable. Notre silence nous semble inacceptable... et nous rendrait coupables. La honte ne serait pas loin. Pas de faux semblant.

Pas de dérobade par rapport à notre jugement intérieur. « *La sagesse sera peut-être d'accepter que l'insondable ne doit pas me dévorer, ne doit pas m'engloutir. Je dois donc limiter ma culpabilité à ce que j'aurais pu faire et que je n'ai pas fait.* » (Paul Ricœur). La suite va faire des emprunts éhontés à Paul Ricœur — *Du Texte à l'Action* —. Autant agir, prendre des initiatives ! Selon Paul Ricœur, l'initiative serait : « *premièrement je peux (potentialité, puissance, pouvoir) ; deuxièmement je fais (mon être, c'est mon acte) ; troisièmement j'interviens (j'inscris mon acte dans le cours du monde : le présent et l'instant coïncident) ; quatrièmement, je tiens ma pro-*

messe (je continue de faire, je persévère, je dure) » ... Puisque « l'attente utopique désespère l'action », « les attentes doivent être déterminées, donc finies et relativement modestes, si elles doivent pouvoir susciter un engagement responsable ».

QUELLES RAISONS D'AGIR ?

« L'idée d'éthique est plus complexe que celle de moralité, si l'on entend par moralité la stricte conformité au devoir sans égard pour le désir », « Le raisonnement pratique n'est que le segment discursif de la phronésis. Celle-ci conjoint un calcul vrai et un désir droit sous une norme, un logo, qui ne va pas sans l'initiative et le discernement personnel », « Aucun privilège n'est accordé à la catégorie des motifs dits rationnels par opposé aux motifs dits émotionnels !... », « Notre analyse ne met aucune coupure entre désir et raison mais tire du désir lui-même, lorsqu'il accède à la sphère du langage, les conditions mêmes de la raison délibérante. »

LES RÈGLES D'ACTION : PAS DE RÉTENTION NORMATIVE

Si nous tenons compte de l'autre, si l'action est orientée vers l'autre, on évitera sans doute de vouloir faire le bonheur des

autres à leur place, Il nous reste à réfléchir sur les fins et référer à des normes publiques, à agir sans dissimulations. Rendre l'action lisible conduit à l'écriture possible, et à la médiatisation d'une liberté assumée collectivement, Quel modèle pour agir ? Quelle amplitude de sens dans notre orientation actuelle, qui nous fait passer ainsi, impérativement de l'individuel au collectif ?

Si l'action clinique est dans l'incomplétude, notre métier en quête de sens s'enrichit de la confrontation de nos processus pluriels et nous sort de la solitude du métier, L'institution permet-elle le « pouvoir d'agir ? ». Mais c'est là délibérer sur les moyens et non sur les fins ! Alors prudence ! Qu'en pensent les partenaires sociaux ? Quelle place du politique ?

L'exemple qui suit, *Le lendemain, elle était toujours debout*, montre dans son agir expressif « démesuré », que l'espoir demeure. Il se situe du côté du sujet citoyen. Le médecin du travail aura été un moyen parmi d'autres.

Jocelyne Machefer

LE LENDEMAIN, ELLE ÉTAIT TOUJOURS DEBOUT

Avis aux lecteurs

Ce récit intervient après cinq ans de pratiques dans une entreprise particulièrement dure, quand on exerce le métier de médecin du travail. C'est un peu la suite d'une histoire relatée dans le livre Des médecins du travail prennent la parole, et intitulée « Stratégies pour la déclaration des accidents du travail » (p. 128-132). Le rapport de force s'est progressivement inversé, et curieusement, alors que le responsable des ressources humaines avait demandé (sans résultat) un changement de médecin du travail après le CHSCT musclé des accidents du travail non déclarés, celui-ci affirme aujourd'hui au service de médecine du travail que nos relations sont bien meilleures !

Ce récit n'est pas « la vérité ». Il est néanmoins sincère. J'y ai maintenu la chronologie des faits, ces phrases qui « nous traversent » et qui restent gravées de manière subjective, comme de bien entendu !

Il est aussi complet que possible, sans ambition pédagogique ni tentation de généralisation. Mais cette aventure n'est pas le fruit du hasard. J'y ai employé tour à tour la patience, la réflexion qui me guidera vers des attitudes stratégiques, à long terme, « l'intuition » qu'il faudrait entendre comme tenter le geste, le mot, l'attitude, qui se révéleront a posteriori, justes, efficaces (phronésis ?).

Il en va souvent ainsi lors du dévoilement de l'autre qui se dit, révèle ses défaillances et trébuche sans tomber ou pour mieux se relever.

Comment expliciter, donner du potentiel de sens à partir d'une telle expérience ?

MADAME RIGUEUR aime beaucoup son travail.

Employée administrative depuis trente ans dans cette entreprise de la chimie, elle est à l'aise dans les dossiers, les colonnes de chiffres, les relevés quotidiens des heures de présence du personnel et des rythmes de production. Très appliquée, méthodique, concentrée, elle est au service de l'entreprise ; dévouée, elle forme même les stagiaires.

Elle est prudente et n'a absolument pas confiance dans le responsable des ressources humaines (RRH) qui en 1992 déjà, a failli la muter à l'atelier, sans raison fondamentale. Elle avait eu un nouveau problème de santé et s'était absentée de plus en plus. Le RRH l'avait finalement appelée chez elle lors d'un nouvel arrêt de travail et l'avait sommée de reprendre rapidement. Sinon, elle irait en production. Je ne connais pas cet épisode, mais le médecin du travail présent à l'époque me dit : « Elle est mignonne. Ils lui en ont vraiment fait voir. Elle a morflé, pauvre petite mère. » Je n'en sais pas plus sur elle. Seulement que les délégués, à l'époque, l'ont aidée et qu'elle a gardé son poste.

UN SIPHON L'ENTRAÎNE

Je la connais depuis cinq ans, pour ses rires et son sérieux mêlés, le besoin de reconnaissance, l'estime de soi. Elle me semble un peu seule... « À l'usine, on a du mal à avoir des amis ! » Avec la jeune infirmière, elle va confier sa fragilité, ses défaillances puis ses larmes apparues courant 95, et dues en partie à une mutation tout à fait inattendue. En effet, sans explication, sans critique particulière et « sans avoir vu le coup venir » pour anticiper, elle se retrouve dans un autre service. Il a fallu céder le poste à une autre qui l'avait désiré... Peut-être bien en faisant elle-même des plans sur la comète, et pour maintenir plus longtemps la tête hors de l'eau, en prévision de futures suppressions de postes... (interprétation...)

Comme toujours, le RRH et le chef de service ont agi d'un coup, sans préalable et sans prémices, en l'absence de reproches.

Ça lui a pris la tête ! La décision est devenue sanction, et face à son dévouement, une injustice évidente. Pourquoi elle ? Pourquoi l'autre avait-elle autant le droit de prendre sa place quand elle en avait si peu qu'elle n'osait revendiquer le moindre débat.

La voilà meurtrie ; Pourquoi encore elle ? Elle dort mal et commence à se fatiguer... Elle maigrit. Il faudrait se reposer, pouvoir dormir. Il faudrait s'arrêter un peu. Le médecin traitant s'inquiète. Elle tient.

Elle résiste car si elle s'arrête, c'est terrible comme ça la hante, elle craint d'être mutée à l'atelier... « Ils ont bien failli y arriver en 92 ! » De petits arrêts en visites de pré-reprise, je vois les traits de plus en plus tirés ; le visage se fane, le regard est triste et les pleurs s'installent. Un siphon est là qui l'entraîne, irrésistiblement... Si elle s'arrête, elle va se retrouver sur une machine. Si elle ne s'arrête pas, la spirale l'entraîne de plus en plus bas.

Les arrêts se succèdent trop courts. Mais elle doit reprendre, car en son absence, si le travail est distribué pour une part, — une salariée intérimaire à mi-temps assurant l'autre moitié —, le moins urgent s'entasse quand même sur son bureau.

À chaque retour, la charge de travail s'accroît du retard grandissant et la fatigue empire ; elle et sa rigueur n'arriveront à bout de cette accumulation, et bientôt viendra la peur de se retrouver en atelier, qui la hante, la fatigue et l'empêche de dormir...

Pendant ce temps j'aurais appris à l'écouter, elle et sa vie, sa sphère privée, ses frères et sœurs... et ces histoires anciennes qui lui reviennent de la petite enfance. Il faudrait mettre ça en travail avec un spécialiste. Autour de cette enfance aujourd'hui encore très prégnante même si tenue à distance, et qui revient malgré tout à la surface, jusque et y compris dans les rêves.

Le médecin traitant, se sent aussi impuissant que moi, visiblement et me contacte. Nous voyons bien que Mme Rigueur s'est installée entre lui et moi, et qu'à tour de rôle nous remplaçons la mère disparue, elle qui fut si longtemps la confidente, qui accueillait sa fille quand tout allait mal. Quand ça faisait trop mal. Mme Rigueur sait bien que sa lutte quotidienne pour rester à la hauteur, échapper à la critique, être infaillible, et donc garder son poste, l'a épuisée et fragilisée davantage encore...

Je sais aussi qu'elle a parfois des idées de suicide, sans projet réel. Mais au volant de sa voiture, parfois, elle a du mal à se maîtriser, quand ça va mal.

Avec l'accord de Mme Rigueur, un long arrêt de travail sera prescrit et un rendez-vous pris avec le spécialiste. En partant, Mme Rigueur persiste et signe : « C'est sûr, ils vont me mettre à l'atelier quand je vais revenir. »

Je me souviens avoir été très ferme ce jour là. On n'est jamais sûr de rien, en effet. Alors, il faut anticiper. Il faut s'y préparer. « Je pourrais — lui dis-je — appeler l'inspecteur du travail maintenant et lui demander vos droits. Mais vous allez avoir du temps ; alors, s'il vous plaît, faites ! » Elle est partie avec le numéro de téléphone et l'adresse de l'inspecteur du travail, me faisant cette promesse. Et de mon côté, je me suis engagée à l'aider le moment venu, si besoin avec l'appui des délégués mais surtout avec les éléments de droit qu'elle aura glanés d'ici là.

Je lui demandais en quelques sorte de s'assumer, de sortir du cocon et de cette relation maternante oscillant entre médecin du travail et médecin traitant.

Le pacte est conclu.

INTERLUDE

La paix fut de durée modérée. Le RRH s'ennuie sans doute ?

Déjà, au cours de ses petits arrêts répétés, il l'avait appelée à la station de sports d'hiver, où elle était partie avec l'accord de la CPAM, pour prendre l'air... Pour savoir si elle reprenait bientôt ! Sic !

Il m'appelle pendant les consultations. Long préambule... C'est mauvais signe ! Prononce son nom « Mme Rigueur »

Aïe ! Ca fait déjà mal avant le « verdict » qui claque comme un coup de fouet. Et vlan ! Elle ira en production ! Mon estomac ! Misère !

Je me ramasse sur mon siège, écrasant mon creux épigastrique et là, recroquevillée, je balance par téléphone interposé : « *Je ne vous sens pas bien sur ce coup là !* » Il ne comprend pas. Moi non plus. Je ne sais pas bien ce que je veux dire.

Je répète, froidement : « *Je ne vous sens pas bien sur ce coup là.* » Et je complète ma formule brève et un peu décalée, d'une autre presque méprisante : « *Franchement, vous me décevez beaucoup ! Je ne suis vraiment pas fière de vous.* »

Et pour finir, polie : « *Excusez moi de vous le dire, mais vous êtes vraiment nul ! Et en plus, je peux vous prédire une tentative de suicide. Et ça, vous l'aurez bien cherché. Je sais que je n'ai pas d'ordre à vous donner, je sais que je ne peux m'en empêcher, mais vous allez faire une grosse bêtise.* »

« *Bien, Docteur !* », dit-il avant de raccrocher.

De l'infirmière ou de moi, qui eut le plus mal au ventre, je ne sais. Ce ne fut pas une compétition dans la douleur, mais l'attente au fil des semaines, dans la crainte..., qu'il « le fasse quand même ! »

Que peut-on contre la bêtise ? Que peut-on contre les décisions arbitraires ? Comment protéger les boucs émissaires ?

Je me concentre. Surtout ne pas en parler à Mme Rigueur. La laisser en paix. La laisser reprendre des forces. Prier ? Ça, je ne sais pas faire !

Noël approche. Mme Rigueur doit venir chercher son cadeau à l'usine (un panier gami). Elle viendra dire un petit bonjour à l'infirmière. Je promets de venir lui serrer la main, lui offrir mes vœux. Mais j'informe l'infirmière qu'elle ne rentrera pas au cabinet médical. Elle n'est pas inscrite sur la liste et n'a pas demandé de consultation. Est-ce une dérobade ?

Pour moi, non. Je ne suis ni l'amie, ni la mère, et malgré tout à sa disposition, sans susciter ni devancer pour autant les demandes.

Le RRH a appris l'imminence de son passage. Il m'appelle, pendant la consultation. Long préambule. C'est mauvais signe !

- « *Mme Rigueur* », dit-il... Non d'une pipe, mon estomac ! Je me ratatine littéralement sur mon siège, autour de mon estomac en vrille, et le menton à dix centimètres du plan de travail, j'écoute.

- « *Puisque Mme Rigueur vient en consultation, je tiens à la saluer. Qu'elle passe en mon bureau !* »

- « *Vous ne pouvez pas lui fiche la paix, NON !* »

Il s'indigne à son tour; prétend qu'il a le droit de la rencontrer. Je m'étonne que les salariés en arrêt de travail puissent ainsi être convoqués au service du personnel, pendant les périodes de suspension du contrat. Je précise que pour ma part, je la saluerai à l'infirmierie et qu'elle n'entrera pas au cabinet

médical, en l'absence de motif de consultation. Elle n'a pas encore envisagé de reprendre, signe qu'elle a encore besoin de soins. Le mieux est de la laisser se ressourcer.

Si le RRH n'a pas réussi à me convaincre de la légitimité d'un entretien au bureau du personnel pendant l'arrêt de travail au cours de ce quart d'heure d'échanges téléphoniques, ces mêmes quinze minutes ne m'auront pas permis de l'empêcher de la convoquer.

Il sera néanmoins aussi bref que possible et essaiera d'être accueillant. Selon le compte rendu de Mme Rigueur, il n'aura rien dit de spécial.

- « *N'empêche* — précise t-elle — *dès qu'il m'a appelée chez moi, ce midi, pour me dire de passer, je me suis sentie pas bien. Je ne lui fais pas confiance. Je le connais trop.* »

AU BUREAU DU R AIR HACHE

Mme Rigueur « reprendra » un mois plus tard, avec une visite de pré-reprise en fin d'après-midi. Elle passera néanmoins avant au bureau du RRH. Celui-ci désire me rencontrer avant son arrivée. Débordée de tâches diverses et variées, je passe en milieu d'après-midi, détendue et je m'assois en m'excusant de mon audace, c'est-à-dire avant d'y avoir été invitée.

J'apprends alors que Mme Rigueur va reprendre, ce n'est pas un scoop. Long préambule, c'est mauvais signe... Et le verdict claque à moitié, comme un coup de fouet avorté ; il balbutie : « *Elle ira en production !* »

Je n'ai même pas un haut-le-cœur, pas le moindre trouble digestif, ni douleur épigastrique. Je réponds calmement : « *Mme Rigueur a le choix entre deux attitudes, si elle en a la force. Elle traitera le sujet en terme de droit. Sinon, on peut craindre le pire.* »

Le RRH argumente. « *Je sais — dit-il — que les intérimaires ont tendance à pulvériser les temps pour se faire remarquer, mais là, la remplaçante fait le travail en trois quarts d'heure.* »

Ma réponse est sobre et toujours très calme : « *Le travail de Mme Rigueur temps plein a été en partie répartie entre ses collègues. L'intérimaire à mi-temps fait les tâches répétitives, ne demandant pas de connaissances particulières et spécifiques à la vie de l'entreprise. De même, quand ma secrétaire n'est pas là, la remplaçante fait la routine. Et elle s'ennuie. Et doit se demander comment ma secrétaire peut paraître aussi débordée ! De plus quand l'intérimaire n'y arrive pas, on déplace quelqu'un temporairement pour lui donner un coup de main. Enfin, Mme Rigueur a vu le travail non urgent s'accumuler, jamais personne n'est venu l'aider et l'intérimaire ne l'a certainement pas résorbé.* »

Notre RRH hésite et change d'argumentation. En fait, c'est à cause de ses absences qu'elle va devoir être mutée ; ça gêne trop le fonctionnement du service. Je m'étonne. Le personnel intérimaire par définition, n'est-il pas là pour suppléer aux absences ? ?

« *Oui mais — dit-il — la formation est longue et si on doit changer d'intérimaire à chaque fois, on perd deux mois.* »

Je m'étonne qu'elle fasse en trois quarts d'heure ce qu'elle a mis deux mois à apprendre (c'est ahurissant, mais je ne suis même pas agitée, plutôt fatiguée. Il est vraiment nul !) Il se sent coincé. Alors, soudain il bascule et m'annonce que la direction étudie pour elle un poste au labo, d'abord à mi-temps, puis à temps plein, avec sans doute des tâches administratives et des tests de contrôle de laboratoire.

Je respire, me voilà rassurée. Il aura essayé jusqu'au bout, et si je n'avais rien dit, elle aurait eu « droit » à son poste sur machine... Mais la direction semble hésiter, pour quelle raison ? Juridique ? Humaniste ? Bref ! J'ai vu le chef d'atelier pas très loin et demande au RRH de l'inviter à nos échanges.

Pourquoi donc cette mutation, en réalité ? Pourquoi ne garde-t-elle pas son ancien poste ? Le chef d'atelier s'embourbe un peu et finit par reconnaître la difficulté de formation du personnel intérimaire, et aussi que le retard s'est accumulé et qu'il n'a jamais demandé d'aide quand Mme Rigueur s'enlisait, car ça pouvait attendre, et qu'ainsi le retard a fini par être insoutenable. Il reconnaît que ça a contribué à la faire basculer.

Il connaît le diagnostic. Dépression. Pour lui, c'est à cause du conjoint. C'est pratique ! « *Je ne suis pas un spécialiste — précise-t-il — mais je connais le problème. Ma femme a toujours déprimé* » (à cause de quoi, de qui... Il n'a pas l'air de se poser la question). Mais il n'en démord pas Sa maladie la ralentit et elle manque d'attention, de concentration.

Comment vérifier tout ça ? Quelles preuves ? Quels documents à l'appui ? J'ai conscience qu'il mène la barque. Que le RRH ne peut qu'écouter, qu'il a peu de marge de manœuvre, et que s'il louvoie, hésite et bascule dans ses décisions face à moi, la pression des chefs d'atelier doit être bien plus efficace. Mais qu'elle ne va pas dans le même sens que moi.

J'évoque le labo. Ce n'est pas le problème du chef d'atelier ; bien sûr, facile !

Je repars à moitié rassurée. Mme Rigueur n'ira pas en production, je la croise en sortant du bureau. Elle arrive le visage tragique. Je lui souris et lui serre la main avec bonne humeur. Elle est « verrouillée » hors d'atteinte Je m'en vais.

DÉCIBELS POUR UN SOLO

De retour au cabinet médical, je passe à la routine d'une visite annuelle. Tout va bien. La visite suivante sera un fiasco. Je n'arrive pas à me concentrer. La salariée elle-même prend un air malheureux et dit : « *La pauvre* ».

Nos regards se croisent. Soupir. Je me sens triste. Car la porte de l'infirmerie a claqué un grand coup et nous avons entendu les sanglots, d'abord étouffés, puis prolongés, puis de plus en plus amples. Je crois que les murs ont tremblé de ses cris de désespoir et de douleur.

Je me suis excusée du manque de concentration. La consultante était pétrifiée, solidaire dans la souffrance. Dès qu'elle

fut partie, j'ai décroché le téléphone et annoncé au RRH : « *Je ne sais pas ce qui s'est passé avec Mme Rigueur dans votre bureau, mais ma responsabilité de médecin m'interdit de la laisser repartir avec sa voiture. Je crains trop un acte désespéré. Elle repartira en ambulance. Je vous tiendrai au courant.* »

En salle de repos, l'infirmière consolait Mme Rigueur effondrée en travers du lit, pieds au sol et corps tordu, secouée de sanglots rauques. Parfois, les bras balayaient l'air, un mouchoir en papier chiffonné au bout des doigts, misérable fanion, ridicule drapeau blanc fripé et détrempe. L'infirmière était calme et paisible. Mme Rigueur très tendue ; les cris de détresse accompagnaient son chagrin sans bornes.

J'ai pris le relais en rassemblant mes idées. Assise au bord du lit, je lui ai demandé de s'installer confortablement. Nous l'avons allongée. Elle s'est immédiatement recroquevillée en position fœtale. J'ai des théories sur le contact avec le sujet en consultation : pas question de contact ! Seul, l'examen clinique exige le contact.

Avec Mme Rigueur, on ne se pose pas de question. On prend la main, et on serre ensemble le fanion chiffonné. On caresse les cheveux, on berce, on masse les épaules. On parle doucement. Des mots brefs, entre les cris : « *Je comprends votre douleur ! Je suis là et la partage.. vous êtes tellement mal, qu'il n'y a pas place pour les mots. Pas de mots pour dire...* » ... « *Ces cris sont un langage* » ... « *J'entends que vous souffrez* » ... « *Je comprends* »

Un peu plus tard. « *Je ne sais pas ce qui s'est passé dans le bureau.* » Hurlements, agitation, pleurs.

« *Vous souffrez trop, vous n'avez pas les mots, c'est normal. J'attendrai.* » Hurlements, sanglots, agitation.

« *Quand vous aurez un peu moins mal, vous allez commencer à trouver les mots, vous me direz quand vous pourrez.* » Les oreillers commencent à voler. Le pieds heurtent les barreaux du lit. Le poing frappe la cloison.

« *Je sens une évolution — les paroles s'adressent autant à l'infirmière qu'à elle-même — cette violence me montre que vous commencez à vous défendre. C'est bien.* » Nous oscillons entre sanglots, cris et vols d'oreillers. Aucune violence à notre égard. Les décharges de violence, défoirer, sont sans mauvaise intention.

« *Mais que s'est-il donc passé ?* »

« *Ah ! Les salauds ! Ils m'ont bien eue ! Je ne retournerai pas à mon poste. Les salauds ! Les salauds !...* » Cris, agitation.

« *Mais que vous ont-ils dit ? Qu'ont-ils promis ?* » Cris, désespoir, long désespoir, début de fourmillement des mains qui font mal...

« *Vous parlerez quand vous pourrez. Essayez de ne pas respirer à petits coups, si possible. C'est ça qui favorise la spasmodie.* » ... « *Prenez votre temps. Respirez. Mais j'ai besoin de savoir.* »

Avec le temps j'apprends que le RRH lui a dit : « *Vous ne retournez pas à votre poste. On ne sait encore où vous irez. Il*

faudra demander une prolongation d'arrêt de travail. » (sic)

Avec le temps, j'expliquerai ce qui m'a été promis à moi. « *J'ai pu éviter l'atelier, les machines. On m'a promis pour elle un poste au labo.* » Elle n'accepte pas et s'exclame, non sans humour : « *Pourquoi pas aux mélangeurs !* ». C'est-à-dire le poste le plus dur, le plus noir de l'établissement. L'infirmière éclate de rire et moi avec.

Mais les oreillers intergalactiques repartent et les mains crispées sur la couverture arrachent de multiples pelotons, peluches qui jalonnent le sol et s'agglutinent sur sa jupe, son pull. Elle en recrache même un peu puis entre en négociation de but en blanc : « *Ils ne m'auront pas. Je veux mon poste. Mon poste n'a pas été supprimé. Mon poste n'a pas été supprimé. Il n'a pas été supprimé.* »

Entre deux répétitions, je lui fait remarquer la nouvelle étape franchie : « *Vous êtes toujours dans la douleur, mais vous intercalez du rationnel. Cette phrase en est la démonstration. vous progressez. C'est bien.* »

« *Je sais désormais — lui dis-je — que vous ne voulez pas aller au labo. Je ne savais pas. Alors, quand il m'en a parlé, je n'ai rien dit. Maintenant, je sais. D'accord.* »

Pleurs, phrases hachées, mais claires et précises : « *Je veux mon poste. Mais pourquoi ? Je veux en finir. Moi, je veux en finir, en finir.* »

Ne désespérons pas. Patience. Bientôt alternent les phrases suicidaires et le désir de résister : « *Je veux en finir ; les salauds. Il ne m'auront pas. Je veux mon poste.* »

Je m'en vais faire le point avec le RRH. Il décroche immédiatement, lisant sur l'écran l'origine de l'appel. C'est nouveau. Et je vais droit au but, comme d'habitude. De sa part, aucune esquive. C'est bon signe ! Car il entend les cris, depuis plus d'une demie heure et se terre, visiblement dans son bureau : « *C'est elle que j'entends ? — s'enquiert-il, hypocrite — Ça a l'air terrible ! Je n'aurais jamais dû la faire venir dans mon bureau. J'ai eu tort. Je le regrette.* »

« *Par contre — lui dis-je — c'est à vous de lui indiquer le poste futur, si vous souhaitez la muter. Pas à moi ! Et en plus, vous ne lui avez rien dit ! Pourquoi n'avez-vous pas parlé de cette proposition du labo ? Vous lui dites qu'elle perd son poste, et pour l'enfoncer encore plus, vous la laissez sans information donc sans espoir. Quoi de pire que le vide ?* » ...

« *C'est vrai, je n'ai pas voulu aller trop vite. Le projet n'est pas encore vraiment structuré.* »

« *De ce fait, j'ai dû lui expliquer moi-même. Mais ça ne marche pas. Elle n'est pas d'accord. Elle espère retrouver son poste. Pensez-vous pouvoir la rencontrer à l'infirmierie et pour le moins vous excuser des ces informations tronquées, lui redonner espoir, montrer que l'entreprise pense à elle et prépare quelque chose au labo à son intention ?* » Il est spontanément d'accord, s'excuse encore.

Je lui propose d'en parler à Mme Rigueur, de la préparer à son arrivée. Car elle est encore recroquevillée dans la douleur et très agitée. Je lui ferai signe. Il attend. Il comprend.

De retour à l'infirmierie, l'infirmière, sage et sérieuse, la calme en la maternant. Mme Rigueur parle de plus en plus. Les mains crispées et douloureuses, la parole hachée. Et elle répète inlassablement : « *Mon poste n'est pas supprimé, je veux mon poste.* » Alternant avec « *Je veux en finir.* »

À peine ai-je le temps d'annoncer la venue du RRH quand elle le voudra, qu'elle a déjà passé la vitesse supérieure, ce qui lui vaut de nouveau mes encouragements. Elle vient en effet de demander les délégués.

« *Vos progrès sont spectaculaires. Je suis fière de vous.* »

« *Mais il est tard — s'étonne l'infirmière —, ils vont être partis !* »

Mme Rigueur, qui n'avait pas jugé utile dans un premier temps d'être accompagnée par les délégués pour se rendre au bureau du RRH, avait néanmoins préservé ses arrières, préparé sa défense. Elle nous fournit en hoquetant le nom et prénom du délégué, le numéro de hall où il se trouve. « *Il est d'après-midi — précise-t-elle encore —, il est là jusqu'à 22 h.* »

Le délégué arrive rapidement à son secours, très éprouvé par le spectacle « *Calme toi* », lui dit-il, l'appelant par son prénom. Erreur ! Les hurlements reprennent, les sanglots, les cris.

Je passe à l'explication de texte : « *Mme Rigueur vous parle, Elle souffre tellement qu'elle n'a pas les mots pour le dire, C'est un langage. Laissez la dire. Après, elle pourra parler.* »

Effectivement, Elle va intercaler des phrases brèves et stéréotypées : « *Mon poste n'est pas supprimé, je veux mon poste, ils n'auront pas ma peau, les salauds. Déjà en 92, ils avaient essayé...* » Pleurs...

Le délégué s'approche, s'assoit sur la chaise au bord du lit, lui prend la main et la maternelle, lui parle doucement, la rassure. « *On va s'en occuper.* »

Mais un peu débordé par une hypothétique négociation, il demande du renfort et nous voilà avec le délégué syndical. Grand et massif, il s'approche à son tour d'un air doux et la maternelle. Il essaie de comprendre, lui prend la main et promet à son tour.

« *On est là, on va s'occuper de toi.* » Tous les deux impressionnés, ils demandent aussi si on pourrait trouver un calmant, peut-être... « *Je crains — lui dis-je —, de trop la calmer et de la museler quand elle a besoin d'une confrontation avec le RRH.* » Ils comprennent fort bien mes réticences prudentes. Je profite d'une accalmie pour proposer de faire monter le RRH. Qu'il explique, qu'il s'explique sur cette suppression de poste. Qu'il s'excuse sur l'absence de proposition de solution, alors que la direction réfléchit à une possibilité de poste au labo.

Les délégués acceptent, tout en précisant qu'il sera difficile de négocier ce soir. Mais ça permettra d'organiser le lendemain.

« *Allo ! M. Hache ? Mme Rigueur reprend ses esprits. Elle serait prête à vous entendre. Mais d'ores et déjà, elle a fait appel aux délégués du personnel. C'est son droit. Elle se protège !* »

« Achch ! — dit-il. J'interprète, mes paroles l'ont atteint physiquement. L'estomac peut-être ? — Oui ! Bon ! J'y vais. »

« Nous vous attendons. »

Deux heures après le premier entretien, les revoilà face-à-face. Et quel face-à-face !. Mme Rigueur s'est assise d'un bond au bord du lit. Elle le regarde bien en face. Et la voilà qui vocifère avec véhémence, tape du poing sur le matelas, hurle ses reproches, retrace l'histoire, pointe du doigt les injustices, quand effectivement elle est trop bonne et accepte toujours les stagiaires. « Mais c'est trop facile — lui dit-elle —, on les forme, et après, ils prennent votre place. » Comme nous avons trouvé le temps long !

Mais l'argumentation est infaillible. Elle refuse l'atelier, elle refuse le labo. Elle veut son poste. Il n'a pas été supprimé. On n'a rien à lui reprocher Pourquoi s'acharne-t-on toujours sur elle ? Pourquoi faut-il toujours se battre, les yeux exorbités, elle hurle la plupart du temps. Elle argumente méthodiquement. C'est imparable. Il n'y a place pour aucune intervention. Pas plus du RRH que des DP, de l'infirmière ou du médecin. À la fin, elle a tout ficelé et il ne me reste plus de solution. Si on la force à aller sur les machines ou au labo, ça finira mal, dit-elle.

J'interviens enfin. « Je ne vois pas comment j'arriverais à la déclarer *apte* aux machines ou au labo. Ce serait trop risqué. Je ne peux prendre cette responsabilité. » En terme de droit, je ne sais pas où on va, et je le précise à haute voix.

Mais elle ne nous a pas laissé le choix. Si elle perd son poste encore une fois... « Plutôt mourir ! »

Le RRH prend le large en silence, sort son portable, appelle le directeur sur l'autoroute (retour de vacances). J'en profite pour me pencher vers elle et lui dire, autant qu'aux délégués, à l'infirmière : « Vous avez été très forte. Bravo. Vous avez trouvé les mots justes, l'explication est claire. C'est admirable. »

La spasmophilie menace. Nous calmons les ardeurs inspiratoires. L'infirmière m'accompagne au placard. Calcibronat° ? Equanil° ? « C'est pas possible — lui dis-je —, si on la pique, c'est d'une telle violence ! Je ne peux pas ! » En disant ça, le plus dur est de ne pas me mettre à pleurer. Nous refermons chacune une des portes du placard, avec la même détermination.

Mme Rigueur progresse, malgré tout. Les délégués attendent. La voilà soudain qui pense à nous. Et qui s'excuse : « Je vous fais de l'embarras. Oh laissez moi ! Je vous embête. »

« C'est gentil — lui dis-je —, de penser à nous en de telles circonstances ! Comme si vous n'aviez pas assez de soucis. » Nous rions de la savoir mieux.

Mais elle persiste et signe : « Voilà deux heures et demie que je suis partie. Mon mari va s'inquiéter. Il faudrait le prévenir. »

« Je vais y aller. Je vais lui annoncer que vous partirez en ambulance. » J'appelle, résume l'entretien catastrophe de sa femme avec le RRH. Le mari reste calme et aimable, mais ferme.

Au téléphone : « Je commence à être fatigué de ces histoires. Notre vie est envahie par les agissements de cette entreprise et les conséquences désastreuses sur ma femme. Ca n'arrêtera donc jamais ? Je n'ai vu ça nulle part ailleurs. Je vous prévient : on vient à deux pour ramener la voiture, mais ma femme, pas question. J'y suis déjà allé en 1992. C'est trop dangereux de conduire quand elle est comme ça. Vous demanderez une ambulance. »

« Je suis d'accord avec votre position et votre proposition m'intéresse — lui dis-je — C'est la plus sage. »

Mais il continue : « C'est de la persécution et du harcèlement. Je vous prévient, je porte plainte dès ce soir. »

« Pourquoi pas », lui dis-je.

Il arrivera rapidement. Le RRH est à nouveau parmi nous après avoir exposé l'affaire au directeur qui se rapproche de chez lui au volant de sa voiture et réfléchit. Il va rappeler... Le mari frappe à la porte, entre et demande : « Y a-t-il un M. Hache dans la salle ? » Balayant la pièce du regard, il le reconnaît, le pointe du doigt et l'air mauvais lui dit : « C'est pas la première fois. En 92, vous teniez un bout du brancard et le directeur actuel tenait l'autre extrémité ; et moi, comme un c..., je marchais devant pour ouvrir les portes ! Et bien, c'est fini, tout ça. Je porte plainte. C'est du harcèlement, ça ne va pas se passer comme ça ! » Il entre dans la salle de repos ; sa femme, cris et pleurs mêlés, est secouée de sanglots, de spasmes. Il s'indigne. « Je veux un rendez-vous avec le directeur. »

« Oui, bien sûr » dit M. Hache.

« Je veux un rendez-vous demain matin. »

« Naturellement » balbutie, M. Hache.

« Demain à 9 heures ! »

« Bien ! » Le RRH sort son portable et prend la fuite

EN AVANT... MARCHÉ ?

Le mari me regarde avec confiance et me demande s'il y aurait un médicament. J'ose une explication des plus sincères : « Nous avons parlé, l'infirmière et moi, mais nous n'avons pas réussi à nous décider à lui faire une injection. C'est un geste d'une rare violence, qui calme l'assistance, mais qui serait pour elle, à mon avis, comme une grande claque pour lui "fermer la gueule". Excusez-moi ! Mais ça, je ne suis pas d'accord ! J'ignore si ma position est médicale ou alors politique. Toujours est-il qu'elle a pu balancer ses quatre vérités à M. Hache, ce qui n'aurait pu se faire avec un injection. Et le problème non résolu l'aurait entraînée dans la chronicité. » Le RRH rentre et, sous une nouvelle charge du conjoint, devient cramaisi.

J'en profite pour rejoindre Mme Rigueur et l'informer que son mari est venu chercher la voiture. « Mais il va vous laisser là », lui dis-je, sur un ton ultra confidentiel. Elle se fige, l'oreille tendue, le regard fixe, attentive. J'explique : « Nous allons appeler une ambulance, nous aurons la preuve que

lorsqu'on arrive au bureau du RRH en forme, on repart en brancard. »

Voilà bientôt trois heures que ça dure. Mais alors surgit de sa mémoire un courrier du spécialiste dans son sac à mon intention. Je lui remets son sac à main. La lettre du spécialiste est là, brève, courtoise, ouverte sur une possible reprise à mi-temps, face à la nette amélioration de Mme Rigueur !!

« Eh bien — lui dis-je —, il serait surpris, le spécialiste de vous voir dans cet état. »

« On m'a bien démolie — dit-elle épuisée — Moi qui revenais bien. J'allais bien » Sanglots. Le RRH qui a assisté à ma lecture silencieuse, est gêné, de plus en plus coincé. Un vrai traquenard. Les DP silencieux assistent à l'apaisement maintenant réel de Mme Rigueur.

J'en rajoute une couche face à l'assistance rassemblée. *« Voyez. Si on avait pratiqué l'injection, on pourrait dire qu'elle a agi un peu lentement. Mais qu'elle est efficace. Et pourtant, nous lui avons simplement donné le temps d'exprimer sa douleur et ensuite aménagé un espace de parole. Les mots ont eu le même effet. »* Ils sont tous d'accord.

Quelque temps plus tard, le mari est pris de panique. Elle est si calme, la tête au pied du lit, abandonnée, les yeux fermés, qu'il dit dans un souffle : *« Vous êtes sûre qu'elle respire encore ? »*

« Oui ! — lui dis-je — Les yeux clignent sous les paupières. » Les DP secouristes avaient même contrôlé le souffle et pris le pouls carotidien.

Nous nous acheminons vers un transport. Le mari suggère l'hôpital. J'argumente pour une clinique spécialisée. Brusque réveil. La voilà assise qui gronde encore. *« Je rentre chez moi. »*

Je deviens brusquement intransigeante. Je saisis les épaules, et explique fermement : *« Vous allez rencontrer un médecin de garde, qui va juger si vous rentrez chez vous ou pas. Vous avez besoin d'une prescription par un médecin traitant, au minimum pour la nuit. »*

« Pas le Docteur X... — dit-elle — Il va me faire interner. Non ! » Lamentations. *« Je veux mon médecin, Il consulte encore à cette heure-ci. »* Quelle lucidité ! J'appelle. Je résume la situation au médecin traitant.

Le RRH est à côté de moi. Je n'en rajoute pas, mais le récit est assez complet : *« Mme Rigueur allait mieux. Elle s'est présentée au bureau du RRH et en est ressortie effondrée. Elle avait perdu son poste. Le RRH ne proposait rien à la place. Manque de dialogue, c'est certain. Puisque je savais, moi, qu'il se préparait quelque chose pour elle au labo. Maladresses ? »* Le RRH dit : *« Hum ! »*

J'explique les étapes bruyantes, mais constructives par lesquelles est passée Mme Rigueur. Douleur, désespoir / Ebouche de lucidité balbutiée / Stratégie de défense, protection par l'appel aux délégués / Souci des autres, du conjoint / Participation du conjoint à un rendez-vous le lendemain.

Le médecin l'attend. Me demandant simplement si le conjoint suivra l'ambulance. J'assure que oui sans lui avoir de-

mandé son avis. Nous revoilà tous face-à-face, dans la pièce à côté. Mme Rigueur repose seule dans la salle de repos.

Le RRH a eu l'accord du directeur.

Le lendemain, à 9 h, les DP viendront assister le conjoint, qui rencontrera direction et RRH. Si elle le peut, Mme Rigueur participera, assistée de l'infirmière, si nécessaire.

Le RRH me suggère alors, à l'attention et la demande du directeur, un document écrit. *« Nous avons failli faire une visite de pré-reprise — lui dis-je —, mais quatre heures après l'entretien avec vous, je n'ai pas encore eu le temps de l'envisager. »*

En cet instant, ma position est claire. Elle n'est apte ni en production, ni au labo. C'est trop risqué. Mais nous sommes toujours en période d'arrêt de travail. Sur un plan légal, je n'ai pas à prendre position par écrit. En d'autres circonstances, je le ferais avec plaisir, c'est-à-dire dans un objectif positif, associant les différents partenaires dans les recherches de solutions constructives. En ces circonstances, ce que j'aurais à écrire pourrait se retourner peut-être contre moi, mais en tous les cas, se retournerait assurément contre l'entreprise. Je ne prendrai donc pas position par écrit... D'ailleurs, la visite de pré-reprise n'ayant pas eu lieu, je serais en totale illégalité. Le RRH abattu est bien d'accord, et cette fois reconnaissant.

Bien entendu, le conjoint demande alors qui paiera les frais de transport. Je me tourne vers l'infirmière : *« Mme Rigueur ne se rendant pas à l'hôpital mais chez son médecin traitant, les frais ne seront pas pris en charge par la CPAM, n'est-ce pas ? »* Elle acquiesce. Je me tourne alors vers le RRH : *« Il me semble qu'en la circonstance l'entreprise devrait assumer les frais de transport. C'est la moindre des choses, n'est-ce pas ? »* M. Hache s'empresse de montrer un peu d'humanisme et d'assumer la prise en charge. Très bien.

Les ambulanciers arrivent. M. Hache les accueille d'un air déconfit. M. Rigueur, qui en est toujours aux démarches juridiques, me demande alors un certificat médical. *« Bien sûr. Il est quand même 21 h 30 et j'ai une heure de trajet. Alors... peut-on attendre un peu ? »* Il a ma promesse.

Mme Rigueur est partie. Son mari m'a promis de suivre l'ambulance chez le médecin traitant.

Avant de quitter l'entreprise, j'explique que le mari m'a demandé un certificat et que devant autant de témoins, j'aurais du mal à me rétracter. Il me répond, KO au dernier round : *« De toute façon, avec le bon d'ambulance, il ne va déjà pas se gêner, c'est sûr. »*

DÉLIBÉRATION DANS UN ESPACE PUBLIC ÉLARGI

L le lendemain matin après une nuit blanche, elle est arrivée, pas forcément souriante, avec son son mari.

Au bureau du directeur, elle fut « soutenue » par la présence du délégué syndical et de l'infirmière, renvoyée derrière la porte par le RRH, puis invitée à entrer par le directeur.

Le mari s'est emporté. Le directeur l'a calmé : « *Vous êtes dans mon usine. Alors, vous arrêtez ou vous sortez.* »

« *Mais — répondit le mari —, mettez-vous à ma place. Votre femme vous raconterait le harcèlement qu'elle vit à son travail, vous trouverez ça normal vous ?* » Mme Rigueur a pu exposer clairement son ressenti et argumenter longuement.

Le délégué syndical a sermonné sur l'absence de dialogue et la négligence, le mépris avec lequel on déplaçait parfois les salariés sans égard au service rendu, sans précaution, sans ménagement.

Le directeur a présenté le projet au labo avec sérénité et respect. Une mission de deux mois pendant le mi-temps thérapeutique avec, si ça lui plaît, possible temps plein au labo au service contrôle par la suite, sous réserve de formation. Sinon, elle pourra retourner tout simplement au poste antérieur. Elle choisira elle-même.

Le labo fut présenté : nouvelles orientations / nouvelle équipe / projet d'extension...

PRÉ-REPRISE

Huit jours plus tard, la pré-reprise put enfin avoir lieu. Mme Rigueur ne fut pas convoquée au bureau de M. Hache. La connaissant depuis cinq ans, je fus très surprise de trouver quelqu'un de « neuf » en face de moi, visage lisse, sourire décontracté, expression d'une grande paix intérieure, (sagesse ?)...

Je me suis étonnée et elle m'a expliqué qu'elle avait appris à parler. Que maintenant elle trouvait normal de dire aux autres ce qu'on avait à leur dire. Que c'était pour elle un grand changement nécessaire et qui s'était en quelque sorte imposé à elle. Sans peur.

J'ai voulu lui expliquer que je savais depuis plusieurs mois ce qui menaçait d'arriver. J'ai retracé les rencontres avec le RRH,

pour le dissuader d'une décision injuste. Je lui ai dit mon mal être de n'avoir pu le lui dire. Mais je pensais alors que ça l'aurait « détruite » sans qu'elle puisse se défendre. Que j'avais fait le pari qu'elle se préparait, qu'elle y arriverait et je m'étais engagée à l'aider. Je n'aurais pas renoncé.

J'espérais aussi l'appui des délégués. Elle n'en a pas été choquée. Elle a considéré que par mes confrontations au RRH, j'avais aussi participé d'un bout à l'autre. Mon action, silencieuse à son égard, avait été réelle et avait obligé le directeur par RRH interposé, à envisager d'autres projets pour elle.

ÉPILOGUE

J'ai rencontré le directeur. J'ai exposé mes soucis par rapport à ce RRH « sans psychologie » qui fait autant de dégâts que ses hésitations bornées le permettent. Je n'ai pas enfoncé le RRH. Pour moi, les chefs d'ateliers sont autant de chefs d'entreprises cloisonnant l'usine en camps retranchés. Les chefs d'ateliers n'échangent plus le personnel « défaillant ». C'est chacun pour soi. Le RRH n'a aucune marge de manœuvre et ne peut que s'aligner sur la décision de chacun d'entre eux. Certains sont humains, d'autres plus pervers. C'est le sujet de notre prochaine rencontre.

La mise à plat des règlements de compte après AT-MP, les petites tyrannies, le « travail au corps », les postes attribués de façon injuste, sans égard au handicap, à l'âge, à l'usure... Pour soumettre sous la pression, avec des sourires qui sont autant d'hypocrisie, voire de sadisme ! Bien sûr, il faut produire.

Bien sûr, les statistiques sont là, qui disent que le chef « fait son boulot ». Mais le directeur semble enfin s'intéresser aux moyens employés pour y parvenir... à suivre.

Jocelyne Machefer

BILAN DU FONCTIONNEMENT DE L'ASS. SMT

— POUR L'ANNÉE 1998 —

L'ÉVÉNEMENT MAJEUR a été la sortie du livre *Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat*. Cet ouvrage contribue largement à la reconnaissance de notre association dans le champ santé / travail par les professionnels, syndicats et politiques. Il constitue une vraie base d'appui à la diffusion de nos idées et atteste de la cohérence de notre réflexion.

Nous avons également publié *Les Cahiers du SMT n°11* en mai, diffusé à 2 500 exemplaires. Et *Les Cahiers n°11bis* en octobre, textes préparatoires au congrès, tirage 200 exemplaires.

RÉUNIONS TENUES

Précarités et violence femmes le 6 juin 1998 à Paris.

Aux 25^{èmes} journées nationales de médecine du travail à Strasbourg, les 23 et 26 juin 1998, avec deux communications et la tenue d'une table de presse.

Groupe épidémiologie le 3 octobre 1998.

Congrès de l'ASS. SMT, des 7 et 8 novembre 1998, Nantes.

Nous étions plus d'une centaine, généralistes et médecins du travail, réunis à Nantes. Pour certains il s'agissait de retrouvailles de vingt ans, du temps où nous cohabitons avec le SMG au sein de l'Union Syndicale de la Médecine. Puis nos stratégies avaient divergé. Le SMT s'était transformé en association, se recentrant sur une réflexion éthique sur la médecine du travail et nos pratiques professionnelles. Le SMG se retrouve aujourd'hui dans la même dynamique.

Si le temps consacré à nos problèmes spécifiques fut réduit, le travail en commission avec les généralistes a permis d'échanger sur nos pratiques. De faire le constat qu'il existe une zone commune entre nos deux métiers. Comment refonder nos pratiques ? Nous devons imaginer des prétextes de rencontre afin de construire des points de vue communs à nos règles de métier.

Entre autre, l'idée est venue, d'un séminaire commun autour de l'arrêt de travail. La synthèse de ces travaux paraîtra en juin 99 dans *Les Cahiers SMT n°13*.

Participation au collectif « Pour une autre médecine du travail » qui réunit FNATH, FMF, FNMF, Association L. 611-10 (inspecteurs du travail), SUD, CGT, SNMEG, SNPMT, SMT.

Conférence de presse du 26 juin 1998, réunions de septembre 1998 et du 18 décembre 1998.

DÉCISIONS D'ORGANISATION

Le congrès a également procédé aux élections du bureau et au renouvellement du conseil d'administration.

Président : Dominique Huez

Vice-président(e)s : Alain Carré — Jocelyne Machefer — Nicolas Sandret

Secrétaire : Alain Randon

Trésorier : Jean-Noël Dubois

Conseil d'administration : Pierre Abecassis (21) ; Fabienne Bardot (49) ; Patrick Bouet (86) ; Josiane Crémon (38) ; Georgette Delplanque (49) ; Jacques Desheulles (95) Annie Devaux (42) ; Paul Ladouceur (75) ; Nicole Lancien (72) ; Gérard Lucas (44) ; Brigitte Pangaud (75) ; Denise Parent (49) ; Marie Pascual (94) ; Gilles Seitz (75)

RÉUNIONS PRÉVUES

Réseau Violences-Femmes :

Paris le 19 juin 1999 — contacter le secrétariat de l'Ass. pour connaître le lieu —

Congrès de l'Association Santé et Médecine du Travail :
Novembre 1999 au CREPS de Chatenay-Malabry

Thèmes retenus : - la réforme de la médecine du travail
- les 35 heures et les règles de métier
- violences faites aux femmes au travail

Adresser vos textes préparatoires à Alain Randon — 25 rue Edmond Nocard 94410 St Maurice (disquette sous format PC ou Mac, Word 6) — avant le 15 octobre 1999

Journée de Printemps : Paris en mars 2000,

« L'évaluation des risques », préparer vos textes...

Alain Randon

ATELIER SOUFFRANCE PSYCHIQUE

TEXTE INTRODUCTIF

— ORGANISATION DU TRAVAIL, SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET CLINIQUE MÉDICALE —

Le 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 actuel 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'assis-

ter 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.

RENCONTRE ASS. SMT / SMG

Nous partons d'un constat d'impuissance face à la souffrance exprimée dans les cabinets des médecins généralistes, avec la question concernant la part qui revient à la situation de travail, notamment aux risques de l'organisation du travail et quelles conceptualisations faire de cela.

Il est important de différencier souffrance psychique et état psychosomatique. Le médecin du travail insiste sur les effets du management qui entraîne un système de concurrence entre les l'entreprises donc précarisation, sous-traitance et densification du travail.

La conséquence en étant l'autonomie contrôlée, c'est-à-dire l'isolement des salariés, « responsabilité propre » des salariés mais avec un contrôle (et impasse des moyens).

Donc les marges de liberté, les marges de manœuvre sont en chute libre et retentissent sur la liberté psychique, entraînant un vécu d'isolement et de culpabilité .

Au niveau de l'encadrement « tout est permis » pour le bien de l'entreprise, c'est la prégnance de l'idéologie de virilité, de la fin, c'est-à-dire le bien de l'entreprise justifie les moyens, la pression sur les salariés d'où des risques de harcèlement, de dénigrement voire de terreur sur les salariés qui sont en exécution. Cela entraîne un isolement, un silence des salariés qui ne vont pas bouger, d'où l'intérêt de définir une clinique de la santé au travail, c'est-à-dire un espace de liberté donné au salarié pour comprendre et permettre de comprendre le contexte dynamique et social de ce qui se passe, c'est l'écoute compréhensive, il s'agit de comprendre en respec-

tant les positions défensives, il s'agit d'une dialectique entre le singulier et l'individuel et le collectif afin que les médecins du travail interviennent dans les espaces publics de l'entreprise avec l'idée de reprendre collectivement les changements au travail et, pour travailler, pour aboutir à cela reste la confiance à établir. Pour les salariés, le fait de parler et de donner sens dans l'espace du cabinet peut déclencher une parole plus facile.

Interviennent également aussi les modes d'organisation du travail avec des changements techniques, de nouvelles technologies. Très souvent, il ne s'agit pas de changements liés aux technologies elles-mêmes, mais au fait que ces technologies soient en service de but politique (ex : RATP, Air France) et aux services de logiques économiques, c'est-à-dire la rentabilité à court terme. Le but est uniquement financier.

On retombe dans la notion de perversité, de guerre économique, « un mal pour un bien » ; des exemples sont donnés : France Télécom avec la notion de « double injonction », « d'injonction paradoxale » dans cette entreprise. La confiance nécessaire pour travailler se gagne sur des ressorts éthiques, c'est-à-dire sur la capacité de voir cette souffrance et d'en faire une clinique de la santé, une clinique de la résistance au travail.

Pour les généralistes que faire de ce qui est dit par le médecin du travail ?

Nous savons qu'il existe des pressions sur les médecins du travail pour les transformer en médecins d'entreprise, c'est-

à-dire ne pas veiller à la santé des salariés mais « à la santé » de l'entreprise, c'est-à-dire à ses profits.

Il faut évaluer ce que fait le médecin du travail de la part du médecin traitant, parfois le médecin du travail est ressenti comme un cadre comme un autre d'autant plus que l'entreprise est importante, d'autant plus qu'il s'agit d'un service autonome.

Nous constatons tous une intériorisation de la honte, quand on a un travail « *on ne doit pas se plaindre* ». Les généralistes sont aussi interpellés par ce qui motive la demande des arrêts de travail et en tous les cas voient le travail à travers la résistance au travail, c'est-à-dire l'arrêt de travail lui-même.

Il y a une nouvelle culture, celle du respect des défenses par rapport à la souffrance au travail et consolider la confiance ; les médecins généralistes ont à interpellier les médecins du travail pour qu'ensuite, ensemble, ils puissent en référer, en témoigner à l'espace publique, la réflexion doit se faire ensemble.

Un témoignage est donné dans le sud de la France concernant la violence en entreprise et tous les problèmes de secrets qui entourent cette souffrance et la honte qui en découle. Exemple : une personne atteinte de sclérose en plaques qui ne veut pas parler des violences qu'elle subit y compris au médecin du travail.

Les relations médecin du travail et médecin généraliste : il est dit que les arrêts de travail ne sont pas demandés — bien au contraire — par les personnes. il y a un travail à faire là-dessus sur les arrêts de travail, leur signification par rapport à une non-demande des gens ce qui entraîne une externalisation des coûts de la part de l'entreprise vers la collectivité. On sait qu'il existe aussi une sous-déclaration de pathologie au travail, piste donc de travail entre médecin du travail et méde-

cins généralistes à ce niveau là, avec cette notion qu'il y a à faire au niveau des maladies professionnelles non déclarées, des accidents du travail non déclarés, des arrêts de travail non faits, etc., avec les dérives possibles. Exemple de la RATP, où une étude psychosociologique a été récupérée dans le domaine de la « psychologie », d'où l'intérêt pour les médecins traitants de savoir s'il existe un collectif de médecins du travail auquel ils doivent s'adresser. Le retour peut se faire au niveau de l'entreprise par le médecin généraliste qui peut jouer sur l'image que peut renvoyer cette entreprise en dénonçant les méthodes utilisées dans cette entreprise.

Est également évoqué pêle-mêle, les conséquences de la démarche qualité sur la productivité, le contrôle vis-à-vis des salariés et des sous-traitants avec le passage sous les fourches caudines de la relation client-fournisseur.

Les points de relais dans l'entreprise sont les syndicats et les CHSCT. Sont évoqués aussi les risques d'épuisement des cadres, champions du « refoulement » les certificats des médecins traitants qui peuvent avoir des conséquences catastrophiques pour les salariés par les contre-indications portées sur ces certificats (qui n'ont pas de valeur sur le plan juridique), le retentissement sur les enfants avec le décalage par rapport à la souffrance psychique (il n'y a pas de cloison entre la santé mentale dans l'entreprise et le retentissement dans l'espace privé), le suivi des intérimaires, la souffrance liée à la précarisation. Peut-être serait-il intéressant d'envisager également une intervention auprès des « caisses » pour exprimer la nécessité thérapeutique « des arrêts de travail » ?

L'axe de travail doit se faire sur le métier lui-même et à la demande du salarié.

Patrick Bouet, Odile Riquet

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 12 et 71

ATELIER TRAVAIL EN RÉSEAU

TEXTE INTRODUCTIF

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

LE POINT DE VUE DE LA SANTÉ

Pour 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 dûes 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 NAÎTRE 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 inventaire 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 cancérrogènes.** 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 cancérrogènes. 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.

AGIR DANS LA CITÉ

L'action du médecin dans l'espace public est légitime, nécessaire et partie intégrante de sa mission. L'évolution actuelle de la société ne rend malheureusement légitime qu'un regard privé, c'est-à-dire subordonné à des donneurs d'ordre, sur les événements et ici la santé. La mission du médecin lui impose au contraire de sortir des faux prétextes de la confidentialité concernant tout ce qui a à voir avec l'entreprise pour agir comme professionnel. C'est plus en mettant les questions de santé en visibilité sans apporter de caution d'aucune sorte aux choix légitimes ou non des entreprises, qu'ils participeront à leur amélioration.

Ce qui se passe dans l'entreprise est considéré comme relevant de l'espace privé. Or, la santé s'y construit et parfois malheureusement s'y perd. La santé au travail est une branche de la santé publique. Rendre compte de la réalité des atteintes professionnelles hors de l'entreprise c'est fournir des indicateurs de santé publique pour un canton, une région, une catégorie spécifique de travailleurs...

Prévenir ces phénomènes implique d'en faciliter la « visibilité sociale » hors de l'entreprise. Il s'agit pour nous, en rendant visibles les conséquences socio-professionnelles en matière de santé au travail des choix politiques, d'alimenter l'indispensable débat qui devrait les guider.

RENCONTRE ASS. SMT / SMG

- TRAVAILLER EN RÉSEAU, PRATIQUES COOPÉRATIVES -

Médecine générale et médecine du travail sont deux mondes qui se côtoient peu, voire qui s'ignorent.

Méfiance et suspicion réciproque sont décrites : untel n'appellera pas le médecin du travail pour éclaircir un problème de santé : « *J'ai peur de contacter le médecin du travail, je ne suis pas sûre de qui j'ai au bout du fil* » ; untel, après avoir fait plusieurs courriers au médecin traitant à propos d'une pathologie professionnelle, finit par solliciter une entrevue et se retrouve face à face avec le soignant... et l'employeur...

Et pourtant, l'un dit que, ce qu'il attend du médecin du travail, c'est que ce dernier l'informe, le renseigne sur le travail pour mieux comprendre la santé, et l'autre dit, que le soutien du généraliste, lorsqu'il faut sortir quelqu'un du travail pour mettre au repos le corps ou la tête, est indispensable.

À l'horizon, un point de rencontre semble être possible et sans doute nécessaire.

Comment en arriver là quand on comprend que les approches de l'individu, dans chaque discipline ne se croisent pas. Les uns s'intéressent au sujet au travail, les autres au sujet dans la ville et dans la famille et aucun pont ne relie cette continuité d'une même vie. Chacun méconnaît les difficultés de l'autre et le salarié-patient en est la victime. Pourtant chacun sait que le travail peut être pathogène mais aussi thérapeutique.

Les médecins généralistes parlent de leur expérience du réseau. Ces réseaux ont vu le jour « grâce » au débordement des hôpitaux et à l'urgence à traiter les problèmes de SIDA et de toxicomanie, de services aux personnes âgées. Cette situation a permis des déblocages financiers de la part de la DGS avec la mise en place de formations spécifiques et une organisation en, quelque sorte, prescrite. Donc, travailler en réseau, cela a consisté à organiser un système qui permette à quelques professionnels participant à des soins donnés aux malades à être le plus efficace possible en terme de santé et

de coût. Dans tout cela on sent une certaine solitude et surtout une absence de coopération s'appuyant sur des règles de métier débattues collectivement. L'officialisation de réseaux informels efficaces a eu des effets pervers, avec parfois même perte d'efficacité, même si elle constitue un premier pas vers une politique de santé publique. Le réseau officiel comporte toujours le risque de mise en fichier.

Les médecins du travail, parlent, eux, plus volontiers de leur expérience vers des pratiques coopératives dans le sens d'une démarche commune s'appuyant sur une relation de confiance et orientée vers un objectif commun : comprendre et accompagner le sujet dans la construction de sa santé au travail. Leur expérience de la pluridisciplinarité concerne des partenaires du monde du travail, techniciens des CRAM, ergonomes, etc.

Les médecins du travail parlent de ces pathologies nouvelles, liées au travail, et qui ne sont pas prises en compte par les thérapeutes :

- pathologies d'hypersollicitations,
- souffrances psychiques,
- pathologies liées à la précarisation.

Qui ne sont pas prises en compte parce que ce qui se passe au travail n'est pas connu, parce que santé et travail est une thématique qui n'est pas ou peu abordée en médecine générale. Cependant que les problèmes de santé liés au travail pèsent pour environ 50 % sur le contenu de la clinique ordinaire du généraliste. La connaissance des relations santé-travail ouvre donc d'autres perspectives de lecture sur la psychosomatique. Cela peut aussi aider à résoudre certaines impasses thérapeutiques.

Le point de rencontre se situe donc à ce niveau, il faut arriver à travailler et à définir des règles professionnelles entre médecins généralistes et médecins du travail à partir du terrain.

Ce travail sur l'élaboration des règles et de valeurs partagées mutuellement constituera le socle commun permettant de parler vers l'extérieur, de mettre en visibilité sociale l'existence des atteintes à la santé liées au travail.

COMMENT EN ARRIVER LÀ ?

Il semble que les passages obligés soient constitués par :

- des rencontres débattant du médico-règlementaire :
- la surveillance post-professionnelle,
- les déclarations de maladies professionnelles,
- la visite de pré-reprise,
- la nouvelle jurisprudence qui demande au médecin du travail et au médecin généraliste de prouver qu'il a bien donné l'information,
- les postes allégés, avec le piège qu'ils représentent pour les médecins généralistes, pas toujours au fait de certaines pratiques d'entreprise.

Ces rencontres pourraient être organisées localement et de manière très officielle par les institutionnels : médecins-inspecteurs régionaux, sociétés et instituts de médecine du travail. D'ores et déjà, cela semble possible dans certaines régions, qui pourraient servir de régions-tests. À l'intérieur de nos réseaux déjà existants, il est néanmoins souhaitable de prévoir, en plus, des rencontres annuelles pour faire le point de ce qui évolue dans le champ santé-travail, compte-tenu de l'évolution observée en quinze ans en terme de clinique médicale.

des courriers remis ou envoyés, non cachetés, aux salariés lors des différentes visites médicales par le médecin du travail décrivant le travail, les possibilités d'aménagement, les marges de manœuvre, les avis spécialisés demandés. En symétrique, les médecins généralistes pourraient utiliser la même pratique. Par ailleurs, compte-tenu de l'exclusivité de la « littérature médicale » qui envahit les cabinets de médecine générale, on peut considérer qu'il serait du devoir du médecin du travail de renseigner le médecin généraliste sur les procédures médico-légales dont relèvent les cas des salariés orientés.

mais aussi par la mise en place de formations communes rompant avec l'assujettissement à la toute puissance de la thérapeutique et à son lien avec le financement de la formation continue. Il s'agit d'un contre-modèle à imaginer qui permette d'ouvrir des lieux de formation ou d'information sur l'effet du travail ou bien du non travail sur la construction ou l'altération de la santé. L'autofinancement devrait être une incontournable condition.

PROPOSITIONS ?

Pourquoi pas un projet d'ouvrage ? Une histoire écrite à deux mains pour présenter un regard commun sur une clinique de rencontre autour de santé-travail et santé-social.

Pourquoi pas des apports réciproques aux différentes revues : SMT et SMG ?

Annie Deveaux, Fabienne Bardot

ATELIER PRÉCARISATION ET VIOLENCES FAITES AUX FEMMES AU TRAVAIL

TEXTE INTRODUCTIF

La 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 (« *Surtout 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

A
n
n
o
n
c
e
s



— Prix : 195 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 1999

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

Nom : Adresse :
.....

PROJET DE PLATE-FORME POUR UNE RÉFORME DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL*

À PROPOS DES MISSIONS DES MÉDECINS DU TRAVAIL

- Éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail et promouvoir l'amélioration des conditions et de la santé au travail.
- Accès et maintien dans l'emploi sans discrimination en excluant toute médecine de sélection.
- Élargir la couverture à toutes les formes de travail salarié et non salarié.
- Participation aux missions de veille sanitaire en santé au travail.
- Permettre la visibilité sociale des effets du travail sur la santé.

À PROPOS DU FINANCEMENT

- Il est à la charge exclusive des entreprises puisque ce sont elles qui génèrent le risque.
- Un financement complémentaire pour les missions de recherche en santé travail sera assuré si nécessaire (caisses de prévoyance — fonds sociaux de réserve)...
- Les cotisations s'assoient sur un plancher minimal défini réglementairement et prenant en compte le rapport main-d'œuvre/valeur ajoutée, la branche professionnelle, le volume d'emploi précaire et la sous-traitance.
- Un contrôle de la gestion par l'État est mis en place.

À PROPOS DE LA STRUCTURE

- Mise en place des « agences spécifiques » départementales de la Médecine du travail chargées de l'administration et de la gestion regroupant tous les exercices actuels de la Médecine du travail (services interentreprises, autonomes, Fonction Publique d'État, Fonction Publique Territoriale, Médecine du travail du Personnel Hospitalier, Agriculture).
- Maintenir et organiser des services médicaux locaux au plus près des bénéficiaires chaque fois que possible dans l'entreprise. Le contrôle social y sera exercé par les instances représentatives du personnel et par des commissions interentreprises spécifiques.
- Pour les entreprises excédant la taille départementale, le contrôle social est coordonné par les instances représentatives du personnel.

À PROPOS DE LA GESTION

- Suppression de l'exclusivité de la gestion patronale.
- L'agence départementale sera administrée par un conseil d'administration composé d'une majorité de représentants de salariés. Y participeront également les employeurs, les associations de victimes (FNATH, ANDEVA...). Les médecins du travail devront y être entendus avec voix consultative au conseil d'administration ou à travers une instance spécifique.
- Les représentants de l'État pourront participer avec voix consultative au conseil d'administration.

À PROPOS DE L'INDÉPENDANCE

- Assurer l'indépendance des professionnels de la Médecine du travail.
- Renforcer l'indépendance des médecins du travail particulièrement en instituant un délit d'entrave.
- Création, à l'intérieur des agences départementales de Médecine du travail, de plateaux de compétence en santé au travail.
- Créer un statut, pour les infirmier(e)s et les professionnels des plateaux de compétence, en santé au travail qui garantisse leur indépendance technique.
- Des instances de coordination des politiques de santé au travail seront mises en place notamment au niveau départemental et régional.



* Texte en débat dans le collectif « Pour une autre médecine du travail »