

LA VISITE PÉRIODIQUE, ESPACE DE DÉBAT INITIAL SINGULIER SUR LE TRAVAIL

OU COMMENT J'AI DÉLAISSÉ LE TIERS TEMPS CLASSIQUE DE TERRAIN D'ATELIER POUR PRODUIRE UN TIERS TEMPS AU CŒUR DE LA « VISITE PÉRIODIQUE » ...

La visite périodique : un temps privilégié pour penser et dire ses difficultés au travail, pour verbaliser ses stratégies pour que le travail se fasse ?

Mon travail de prévention des TMS dans les ateliers commencé en 1985 m'a fait comprendre au fil des années passant le savoir pertinent des opérateurs sur ce qui leur faisait contrainte à leur poste de travail. Tout mon temps passé dans l'observation des gestes de l'individu travaillant ne m'apportait que des pistes à performance limitée pour améliorer les conditions de travail sur le poste. Il m'a fallu dix grandes années pour lâcher l'idée que je devais apporter, seule ou avec d'autres experts, des solutions, dans cette croyance là où j'étais ou bien acceptais qu'on me mette, d'être l'individu, seul sachant ou le plus sachant, dans cette sphère-là de la santé au travail !

Ces échecs m'ont appris que j'avais à portée de main ou bien plutôt à portée de parole l'individu le plus compétent qui soit pour parler du travail et des conditions de son travail ; l'opérateur du travail au sens large du terme, c'est à dire celui qui fait le travail à l'extrémité de là où le travail sort, qu'il soit opérateur de production de produit, ou opérateur de production de tâches administratives, ou opérateur de prescription du travail, ou opérateur de conception du produit, ou opérateur de direction d'entreprises. Ces échecs m'ont appris que j'avais, moi, médecin du travail de terrain cette place stratégique et exceptionnelle de pouvoir avoir accès à la parole de tous ces individus, tous forcément opérateurs et experts à la fois, dans la spécificité de leur situation de travail, là, au moment de la fameuse visite médicale que la loi nous demande de faire.

Après avoir rejeté la visite annuelle (VA) au point de n'en avoir fait aucune pendant toute une année pour privilégier le tiers temps qui passait souvent à la trappe, je me suis rendue compte que l'étendue de notre mission sur le terrain était telle que faire du tiers temps à cent pour cent ne me permettait pas de répondre à la mission impossible qui m'était confiée, c'était le temps du début de la pluridisciplinarité et

du début de mon apprentissage de la « clinique médicale du travail » dans la problématique des TMS .

Je prenais conscience que la VA revisitée et réorganisée dans un objectif préventif et non exclusivement médico-légal était un puissant levier de changement individuel puis collectif.

Quant je dis changement, je parle aussi de mon changement personnel puisque, au fur et à mesure, des consultations médicales, ma compétence sur la réalité du travail s'enrichissait par cette altérité des savoirs entre le salarié et moi ; encore fallait-il laisser la place au salarié pour penser et dire et moi pour prendre la place pour répondre à ce penser et à ce dire, s'agissant du travail, avec ce savoir spécifique et limité de médecin du travail conscient de l'élargissement possible de ce savoir par cet échange de compétences et de savoirs quand le salarié me parle de lui et de son travail.

Ce risque-là, de laisser la place à l'autre dans le penser et le dire, est en réalité très limité ; c'est le risque d'un échange dans l'authenticité de deux êtres, sur le travail, deux êtres qui essaient de reconstituer la réalité du travail dans cet espace de confiance qui peut parfois être de confiance s'agissant d'un espace médical facilitant le dire.

Fort de ce constat et dans la suite de cette action de prévention des TMS, j'ai pris l'habitude d'échanger au cabinet médical avec le salarié porteur d'un TMS plutôt que de me déplacer sur le terrain pour comprendre avec lui ce qui lui faisait contrainte, avec comme objectif la diminution d'au moins une contrainte (la plus pertinente issue du débat salarié-médecin) dans l'objectif de retrouver un équilibre dans la situation de travail et donc un équilibre de santé. Cette façon de faire m'a appris la variabilité des causes des TMS, la cause efficiente restant très variable selon l'individu, cela multipliait les possibilités de changement et les actions possibles, la suite de l'action étant ensuite relayée à un IPRP ou un acteur de l'entreprise ou plus simplement au salarié devenu son propre acteur de prévention.

C'est à cette époque-là que je me suis rendue compte de l'importance et de la pertinence du vécu, de la dimension non bio-mécanique des TMS et de l'intérêt à prendre en compte les contraintes verbalisées par les opérateurs du travail. Cette diversité-là, si riche devait-elle croupir dans le carcan du secret médical ? Il me semblait que ma mission c'était aussi de restituer ça, que ça sorte du service médical parce que c'était de la matière à travailler avec les autres compétences de l'entreprise et qu'il fallait entrer dans le champ de l'organisation et du relationnel. Je me suis donc attelée à cette tâche de restituer à l'entreprise la verbalisation des contraintes des opérateurs du travail par familles de contrainte et par collectifs de travail.

L'outil utilisé est un questionnaire interrogeant la santé en général et la santé au travail, initialement construit avec le département « âge, santé, travail » de l'INRS, pour suivre les populations vieillissantes, et qui, dans ses questions ouvertes sur le déplaisir, le plaisir au travail, complétées par des questions sur « ce qui est difficile pour vous au travail », sur « qu'avez-vous mis en place pour faciliter votre travail, à quoi pensez-vous pour faciliter votre travail ? » se révélait être très pertinent pour interroger le travail en profondeur et en débattre avec le salarié.

Les questions sur les contraintes, le plaisir, le travail régulé ou possiblement réglable, sollicite le salarié dans un temps de réflexion personnelle juste avant son échange avec le médecin. Nous travaillons ensuite sur ses réponses dans une observation à deux de sa situation de travail et dans un temps d'action de prévention débutante qui se construit au fur et à mesure dans cet espace de clinique médicale du travail où le travail, l'équilibre de la situation de travail et l'équilibre de santé du salarié sont de manière successive et alternative au centre du débat.

Il suffisait ensuite de rassembler les situations de travail dysfonctionnantes par collectifs et de les partager avec tous les acteurs de prévention de l'entreprise (CHSCT, CE, Comité de direction, mais aussi dirigeants) et de continuer le travail avec les acteurs possibles du changement, la question du travail et de ses conditions étant mise en débat publiquement.

Le regard du médecin du travail sur les situations de travail dysfonctionnantes est singulier, cette richesse est à partager avec les décideurs du travail, chaque regard d'acteurs du travail sur les situations de travail à la singularité de la fonction de l'acteur qui les regarde et c'est une richesse dont il est périlleux pour le médecin du travail de se priver s'il veut participer à la co-construction d'une démarche de prévention, comme il me semble qu'il est périlleux ou pour le moins peu pertinent pour un dirigeant d'entreprise de se couper ou de ne pas intégrer aussi la réalité du travail issue de la production de cette altérité partagée par deux identités qui se rencontrent dans un espace médico-légal unique et obligé. Eu égard à l'évolution du travail et de ses risques qui glissent aussi dans le champ du mental et du psychologique sans

quitter le champ physique, le médecin doit faire des choix pertinents sur la répartition de son temps et privilégier ce qu'aucune autre fonction dans l'entreprise ou dans les services de santé au travail n'a la capacité de faire.

La venue d'IPRP dans l'espace de santé au travail permet au médecin de retrouver ce temps de débat confidentiel sur le travail qui n'existe nulle part ailleurs. Ce débat médico-professionnel individualisé, restitué dans son collectif à l'entreprise, est un terreau de base qui me paraît d'une richesse très pertinente pour le développement d'une démarche pluridisciplinaire de prévention, eu égard aux nouveaux risques et facteurs de risques des espaces de travail à ce jour, à l'apparition de nouvelles pathologies ou pré pathologies de type démotivation, perte du sens du travail, conflits éthiques.

Au plan pratique : contrairement à la législation actuelle, et à ma pratique ancienne, de 1985 à 1995, où je privilégiais le tiers temps dans un souci de prévention des TMS, je privilégie depuis 2000 les visites périodiques en y intégrant un questionnaire d'évaluation de santé suivi d'un entretien-débat sur le vécu du travail, les contraintes et les stratégies de régulation. Les données sont informatisées et restituées collectivement à l'entreprise.

À ce jour, je travaille avec les dirigeants d'entreprise sur leur vécu du travail et leurs contraintes partant de l'hypothèse qu'un facteur de prévention ou de risque déterminant est l'équilibre de santé au travail du dirigeant.

Mon tiers temps se poursuit donc dans ces entretiens – interviews de manager – et ce temps-là est l'occasion de restituer l'état de santé du collectif, les dysfonctionnements dans l'organisationnel et le relationnel, de travailler sur leurs attentes dans le domaine de la santé au travail.

Je dois dire que je me suis particulièrement enrichie de cet abord systématique des managers dans un débat horizontal où il est question de management et de santé, des contraintes et des attentes du manager, des offres possibles du service de santé au travail, étant habituée dans ma pratique antérieure à un abord systématique et quasiment unique du salarié, subissant vraisemblablement le courant de la législation prise au premier degré et n'intervenant auprès des dirigeants que dans des circonstances d'urgences ultimes et de soins nécessaires immédiats où il était question d'inaptitude et de restriction et où il ne s'agissait plus de conseiller mais d'interdire ou de réparer, pas très fréquemment de prévenir et, en tout cas, jamais à partir d'indicateurs de santé du collectif issus de la réalité.

À présent, je réalise en grande partie mon tiers temps dans les consultations médicales et les échanges avec les différents acteurs de prévention et je fais confiance aux compétences de santé non médicales pour travailler sur les conditions de travail de terrain classique.

Elisabeth PAGEL