

L'homme qui tombe*

« Dégraisser le personnel de 7 % chaque année, c'est une personne sur quinze qui part. Cela signifie, au quotidien, que dans les bureaux qui vous entourent, un salarié au moins ne sera plus là l'année prochaine. » Depuis 2002, selon l'étude menée par l'Observatoire du stress, chaque salarié de France Télécom change de poste tous les vingt-sept mois en moyenne – une personne sur trois changerait d'affectation tous les dix-neuf mois – et de lieu de travail tous les trente mois.

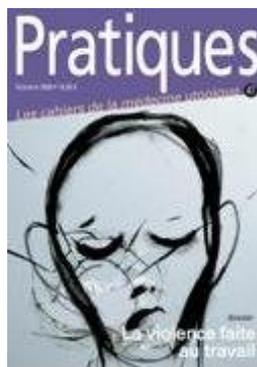
Dans les bureaux qui les entourent, un salarié au moins ne sera plus là l'année prochaine. Le technicien de Troyes qui s'est planté un couteau dans l'abdomen lors d'une réunion après avoir appris la suppression de son poste. La jeune femme de 32 ans, qui venait d'apprendre qu'elle changeait de chef d'équipe et s'est défenestrée d'un immeuble parisien du groupe. Elle n'a pas survécu à ses blessures. Jean-Michel, qui a fini par se jeter sous un train. Il avait 54 ans et était père de trois enfants. C'était un technicien aux compétences pointues et reconnues dans le secteur des satellites. À Jean-Michel, le chef a dit : « Il faut changer de métier. » Dans sa dernière lettre il écrit : « Il n'y a pas d'accompagnement, à part vers la sortie. » « Je suis devenu une épave, il vaut mieux en finir. » « Ça fera toujours un de moins. »

Pour les autres salariés de France Télécom, ceux qui sont toujours là, le site de l'Observatoire du stress et des mobilités forcées, qui a lancé l'alerte sur la vague de suicides, est inaccessible depuis sa création par les syndicats Sud et CFE-CGC, en 2007. Il est impossible de s'y connecter en interne. Le message qui apparaît à l'écran explique qu'il « ne présente pas, a priori, un intérêt professionnel » et le range dans « une catégorie interdite », au même titre que d'autres obscénités, comme la pornographie.

Alors comment ne pas être obscène ? L'homme qui tombe par la fenêtre a-t-il subitement perdu pied ? Qui l'a poussé ? Tombe-t-il alors qu'il était déjà plus bas que terre, tant son humiliation était grande ? Et de quel vide tombe-t-il au point de ne plus vouloir que s'effacer, faire « un de moins », ou plutôt faire tache, au pied de l'immeuble, juste une flaque dans la cour ? Ne ressemble-t-il pas comme un frère au travailleur privé d'un poumon ou d'une jambe par un accident du travail ? L'homme qui tombe veut-il juste qu'on le regarde tomber tandis qu'il se démembre, silencieusement, interminablement, sous nos yeux terrifiés ?

Dr Noëlle Lasne

* *L'homme qui tombe*, Don DeLillo, Actes Sud, 2008.



Les nouvelles formes d'organisation du travail, en méprisant l'expérience, exercent une violence inouïe sur nos corps et nos esprits jusqu'à les rendre malades, voire les tuer. Seule la solidarité, donc le recours au collectif, peut permettre à chacun de résister en exigeant le respect dû à la sécurité ainsi qu'au sens de son métier.

10 1. La souffrance au cœur du travail

12 Noëlle Lasne
Le pied
Contrats précaires : l'échec des médecins du travail.

14 Séraphin Collé
« Une descente aux enfers »
Un médecin dénonce les ravages des méthodes de management.

16 Marie Pezé
Se shooter au travail
Le travail peut provoquer des troubles psychiques graves.

22 Anne-Marie Ehster
Avant que de sombrer
Lorsque la souffrance se manifeste au travail, il faut pouvoir partir.

24 Sylvie Cognard
Une histoire de burn-out

25 Eddie Damadji
Apte... au suivant

26 Anne-Marie Waser
Retour au travail après un cancer
Travailler après et avec un cancer : le parcours du combattant.

29 Martine Lalande
Nadia
Sophie

30 Christiane Voltaire
Produire, détruire
La violence faite au travail traduit un retour à l'archaïque.

32 Philippe Lorrain
La clé à molette

33 2. Un asservissement pathogène

34 Frédéric Pierru
Le travail, angle mort de la réforme
L'hôpital-entreprise organise la déshumanisation du travail soignant.

37 Martine Lalande
Sarah

38 Philippe Davezies
Le pouvoir d'agir
Le pouvoir d'agir participe de la santé au travail.

41 Marie-France Casellas
L'art de ne rien entendre

42 Christine Paris Geneteau
Le ticket psy
Une psychologue du travail témoigne des perversités des nouvelles formes de management.

44 Noëlle Lasne
La santé des malades
Le retour d'un salarié après une maladie grave remet en cause l'organisation du travail.

48 Eric Hamraoui
La refondation du courage
La culture du risque est-elle synonyme de courage ?

50 3. Résistance et contre-attaque

51 Elisabeth Maurel-Arrighi
Manuel

Françoise Ducos
Personne n'est à l'abri

Martine Lalande
Myriam

52 Gérard Lucas
L'imperceptible déshumanisation
La violence psychologique au travail doit être reconnue par le collectif.

54 Isabelle Lagny
Inaptitude : pour quoi faire ?
L'inaptitude à toutes fonctions est-elle préférable à la démission pour protéger la santé des salariés ?

56 Anne Perraut Soliveres
Résister au désastre
Représenter les salariés exige des compétences en matière de législation du travail.

58 François Desriaux
Les nouveaux rôles du CHSCT
Le rôle des instances représentatives dans les entreprises.

60 **Santé et travail**

61 Barbara Rampillon
Les limites du CHSCT
Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail bute sur le rapport subjectif au travail.

MAGAZINE

4 **Courrier des lecteurs**

Martine Lalande – Réponse à Bertrand Riff

5 **Nouvelles de la diffusion** – Lettre ouverte... à nos chères lectrices, chers lecteurs...

6 **IDÉES**

Serge Volkoff

Travailler en vieillissant

Travailler plus longtemps ? Dans quelles conditions ?

74 **ACTU**

Marie Kayser – **Assurance maladie : la privatisation en marche**
CAPi : en débat – Remise en cause des arrêts de travail
Loi HPST votée – Tarification des maisons de retraite
Accidents de travail, pour une véritable équité
Accord sur la médecine du travail rejeté

79 **CONGRÈS DU SMG À TOULOUSE**

80 **LES MÉTIERS DU SOIN**

Isabelle Canil

Quand l'orthophoniste entre en désespoir...

82 **SANTÉ PUBLIQUE**

Jean-Pierre Lellouche

French Kiss et hépatite B

85 **SOCIÉTÉ**

Bernard Senet

Le prix des spermatozoïdes

86 **SANTÉ PUBLIQUE**

Sylvie Cognard

Salade amère

87 **COUP DE GUEULE**

Jean-Luc Boussard

Dehors !

88 **SANTÉ PUBLIQUE**

Entretien avec François Saint-André

Maire en temps de pandémie

89 **ÉCONOMIE DE LA SANTÉ**

Bernard Senet

Soigner ou classer les malades

90 **SANTÉ MENTALE**

Alain Quesney

« Du temps de la psychanalyse »

92 **REVUE DES REVUES**

Etienne Lecomte

Pour une santé publique au travail

Jean-Pierre Lellouche

Empathie dans la relation médecin-malade

62 Jean-Louis Osvath

Le travail et la loi

Pouvoir et limites de l'inspection du travail.

65 Yveline Frilay

Que de la com'

La prise en charge des troubles musculo-squelettiques est-elle réalisable ?

66 Bruno Michel

Soigner le travail

Amené à « ausculter » le travail « malade », Bruno Michel décrit les conditions nécessaires à sa guérison.

68 Laetitia Weizman

Entre thérapeutique et politique

Lorsque l'intelligence collective se met au service de la santé au travail.

70 Annie Thébaud-Mony

Tu ne tueras point

Remettre le pénal au cœur de la prévention au travail.

72 **Pour en savoir plus**

72 **FNATH**

■ À propos de l'article de Bertrand Riff « Handicap, vulnérabilité, autonomie »

Je réagis à la lecture de l'article de Bertrand Riff « Handicap, vulnérabilité, autonomie » paru dans le numéro 46 de *Pratiques*. Je suis moi aussi médecin généraliste, depuis vingt ans, et je suis des patients usagers de drogue, d'abord pour leurs problèmes de santé puisque nous n'avions rien à leur proposer pour leurs problèmes de dépendance, puis avec les traitements de substitution. J'ai commencé à les voir pour des infections, des mycoses, les grossesses... je me suis beaucoup engueulée avec eux à l'époque quand ils me demandaient des médicaments, et j'avais honte de savoir si mal leur répondre, alors que mes collègues travaillant à Marmottan trouvaient toujours une façon de faire. Puis, malheureusement, le Sida et les hépatites, qui nous ont conduits à apprendre à travailler en réseau et à oser prescrire de la morphine pour les aider à se soigner, en travaillant en collectif avec des intervenants en toxicomanie, des épidémiologistes... Le réseau nous a permis aussi de nous former, d'appréhender les différentes questions autour des usages de produits psychoactifs, le sevrage et la substitution, et de mieux comprendre les phénomènes de la dépendance. Puis nous avons commencé à intervenir à la faculté pour transmettre aux jeunes médecins ce que nous avons appris, et fait intervenir les Narcotiques anonymes, anciens toxicomanes qui se définissent comme dépendants, eux nous ont beaucoup appris sur ce qu'ils vivent et comment ils voient leur rapport aux produits et la façon de les contrôler. Au passage, j'ai pas mal lu, et rencontré des usagers actifs revendiquant leur consommation et réclamant à juste titre des politiques de réduction des risques, je lis régulièrement les articles écrits sur la toxicomanie dans la revue *Vacarme* (voir l'interview d'Anne Coppel dans le numéro d'été 2009, sur la politique répressive et ses alternatives).

Je ne comprends pas la terminologie de Bertrand Riff : je ne considère pas que les patients consommateurs de drogues sont « en héroïne » : est-on « en tabac » comme on est en jean ou « en whisky » comme en robe de soirée ? Je ne comprends pas sa classification des problèmes psychologiques des patients qu'il suit en traitements de substitution, basée sur le handicap, les accidents et la



violence. Les anciens usagers m'ont appris que chacun a une histoire complexe, qui pourrait être la nôtre, où il y a certes des fragilités et des événements, mais qui est inclassifiable. Quant à l'utilisation des drogues à un moment de la vie, je préfère la définition de Claude Olievenstein : « La toxicomanie, une rencontre entre une personnalité et un produit ». Et sur les questions psychologiques ou sociales à l'origine (?) de ces consommations, je ne me sens pas du tout qualifiée pour les définir, encore moins pour les classer, ni pour penser avoir une action thérapeutique par le seul fait de les aborder en colloque singulier. Je vois actuellement des patients depuis de longues années pour leurs traitements par buprénorphine ou méthadone et connais bien leur vie et leur passé, leur famille et leurs activités professionnelles ou de loisirs ; je ne pense pas que je les aiderais plus en cherchant à mettre à jour des histoires de vie scandaleuses ou traumatisantes. Je cherche parfois à les convaincre de voir un psychologue ou un psychiatre fiable (qui connaît l'usage

de drogues) pour les aider s'il me semble que c'est pour eux une solution, mais jamais je ne me lancerais dans des interprétations psychologiques que je ne maîtrise pas. Devant les risques de cette psychologisation, je serais presque tentée par les théories des animateurs de la Case de santé qui préconisent des consultations collectives pour certains problèmes de santé, pourquoi pas ceux autour des drogues ?

Finalement, je ne retrouve pas ma conception de la prise en charge des patients toxicomanes dans cet article qui témoigne peu, pour moi, de ce que le travail avec les usagers de drogues a apporté à la conscience et à la pratique des médecins généralistes. ■

Martine Lalande

Médecin généraliste, membre du réseau ARèS92 sida-toxicomanie-précaire

Lettre ouverte à... nos chères lectrices, chers lecteurs...

Vous prenez la peine (pour certains !) de nous écrire. Même quand vous décidez de prendre la décision, ô combien douloureuse, d'interrompre notre cheminement commun, vous prenez la peine de nous en expliquer les raisons. Nous vous savons gré de ces mots consolateurs, parfois empreints d'un brin de mélancolie :

- *Non, je ne me réabonne pas... non que les thèmes ne m'intéressent pas ou soient mal traités, mais... je ne peux pas tout lire. Oui, je sais, c'est ma faute ! Je m'en vais doucement vers une sereine vieillesse. Bon vent à toute la joyeuse bande !*
- *C'est désolant, le temps qui manque. C'est trop triste de voir s'empiler les revues pas lues. Empilées justement parce qu'elles font partie du rêve (ou utopie) de les lire... Continuez tout de même, de grâce !*

Et puis, les indéfectibles optimistes :

- *Excellente revue que je lis avec plaisir. Je conseille la lecture aux étudiants et collègues rencontrés dans ma pratique de terrain.*
- *Suite à la campagne par mail du CNGE et à la visite du site, merci de m'abonner à votre revue dont j'apprécie les articles et les billets d'humeur.*
- *Je lis avec intérêt et passion Pratiques. Continuez ! L'utopie sera un jour au pouvoir. Accélérez vos analyses et ne faites pas comme tous ceux qui confondent les soins et la santé.*

Et enfin, les critiques « constructives » :

- *C'est une excellente revue, découverte par hasard dans le cabinet du Dr... Je m'y accoutume à petites doses, n'étant pas versé dans la médecine moi-même. Sur le fond, il manque des articles « positifs », aptes à donner des raisons d'espérer. Les dessins sont bons, mais manquent de diversité.*
- *Excellent numéro sur le confort dans le soin. Mais dans les autres, trop de témoignages. J'attendais plus d'articles de fond ou d'analyses, par des sociologues, anthropologues, économistes (car j'ai tellement l'impression d'être moi-même le « nez dans le guidon »). Un format peut-être un peu trop grand pour l'emporter, la lire dans les transports.*
- *Sans « universitariser » la revue, peut-être manque-t-il quelques références dans ou en fin de texte ?*

Qu'ajouter ? Votre gentillesse, le temps précieux que vous prélevez pour nous écrire, pour simplement nous dire au revoir, font de nous vos obligés.

Croyez que vos paroles sont entendues, même si nous ne vous répondons pas individuellement. Nous comprenons vos raisons quand vous partez, en dépit de la blessure qu'occasionne toujours le départ d'une ou d'un ami. Vos félicitations compensent les heures interminables passées à s'escrimer sur des virgules, disputer d'un thème, parlementer avec un auteur, un dessinateur, un maquetiste.

Vos critiques, que vous savez accompagner de propositions, nourrissent nos débats quant à l'évolution de *Pratiques* : que faire, comment répondre à vos attentes parfois contradictoires, entre une revue typée « témoignages » et une revue faisant davantage place aux articles et analyses dits de « fond » ? C'est un débat qui agite la rédaction et nous ne sommes pas près d'avoir découvert la formule magique ! Mais nous nous y employons...

Vos idées, vos avis nous sont précieux !

Nous avons un besoin vital de cet air frais. Prenez la plume. Le site – www.pratiques.fr – est un bon support à cet égard. Tous les articles font l'objet de forums, trop peu utilisés. Donnez votre avis sur les débats, édites et autres témoignages ou interviews qui y figurent, exprimez-vous également à propos de la revue « papier ».

Site et revue papier sont appelés à des évolutions parallèles dans un avenir proche : nous envisageons, tout en respectant le format actuel des articles, d'y éditer des rubriques thématiques : santé et environnement, économie de la santé, travail et santé, psychiatrie et santé mentale figurent parmi les thèmes évoqués.

D'autres débats feront suite ; varier les formats à l'intérieur de la même revue, envisager quelque chose de nouveau, simultanément au *Pratiques* d'aujourd'hui, avec des formats d'articles plus étoffés, mais sous forme d'édition électronique ? Les options sont ouvertes. Donnez vos avis !

Travailler en vieillissant

À l'heure où l'organisation du travail use les plus aguerris, comment tenir au travail lorsque l'âge vient naturellement diminuer les capacités physiques et d'adaptation ?

■ **Serge Volkoff**, statisticien et ergonomiste, directeur du Créapt (Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail)

§Vieillessement,
§Conditions de travail,
§Santé au travail

Le débat sur les retraites, polarisé par les questions financières, fait peu de place à ce constat essentiel : la plupart des personnes qui prennent leur retraite, en France, ne sont plus au travail depuis un bon moment. Ce sont des chômeurs, des préretraités, des malades, des « inactifs ». Beaucoup de travailleurs de plus de 50 ans sont hors de la vie professionnelle, ou s'y maintiennent en posture fragile, parce que leur tranche d'âge est écartée des recrutements, délaissée lors des formations, ou invisible dans l'aménagement des conditions de travail. C'est ce troisième aspect que je voudrais souligner ici.

Il y a trente ou quarante ans, on a cru voir venir une amélioration « naturelle » de la qualité de vie au travail, qui éviterait l'usure et ouvrirait une gamme plus large d'emplois à des salariés de tous âges. Les progrès techniques, le développement du secteur tertiaire, l'élévation des qualifications, laissaient présager un travail moins éprouvant, moins parcellisé, libéré des pressions hiérarchiques. Mais depuis lors, cette vision optimiste n'a été confirmée ni par les enquêtes statistiques, ni par les recherches en sciences humaines et sociales, ni par l'expérience des acteurs sociaux et des praticiens.

Les mutations que l'on a constatées en réalité sont traitées dans d'autres articles de ce numéro ; retons ici quelques principes directeurs : réactivité, flexibilité, diversification de la production, réduction des stocks, innovation rapide, effectifs « au plus juste ». En quoi ces évolutions transforment-elles (ou non) les conditions de travail, et leurs

effets à différents âges ? J'insisterai ici sur quatre aspects, qui revêtent pour les travailleurs âgés des enjeux particuliers : la persistance des contraintes physiques, l'expansion des horaires décalés, le renforcement de la pression temporelle et le développement de multiples formes d'instabilité dans l'entreprise.

Le travail manuel fait de la résistance

La « tertiarisation » n'est pas une panacée, et ce n'est pas surprenant : les métiers du tertiaire incluent les caissières de grandes surfaces, les aides-soignantes, les personnels de nettoyage, les policiers, de nombreuses autres professions dans lesquelles l'engagement corporel est important. Et dans l'industrie, la mécanisation et l'automatisation ont eu des effets plus ambivalents qu'on ne le croit parfois. Résultat : en 2005, dans l'enquête nationale sur les conditions de travail en France, plus de la moitié des salariés ont déclaré « rester longtemps debout » ; 34 % ont dit « rester longtemps dans une posture pénible », 39 % « porter ou déplacer des charges lourdes », 36 % « faire des mouvements douloureux ou fatigants » et 15 % « subir des secousses ou des vibrations ». Ces proportions étaient voisines de celles constatées à l'enquête précédente en 1998, elles-mêmes pour la plupart en forte progression par rapport aux enquêtes antérieures.

Le pire n'est pas sûr.

À chaque date, les âgés sont apparus relativement protégés par rapport à leurs cadets ; mais pour une génération donnée, le score s'aggrave d'une enquête à l'autre. Tout se passe comme si, dans chaque génération, un pourcentage important de salariés découvraient, en cours de vie professionnelle, des contraintes physiques qui jusqu'alors leur avaient été épargnées. Ce constat attire l'attention sur l'usure de l'organisme, au long de la vie de travail dans bien des métiers, et après la retraite, avec des implications en termes de mor-

Serge Volkoff a publié notamment : Gollac Michel, Volkoff Serge (réédition 2007), *Les conditions de travail*, La Découverte, Collection Repères, novembre, 121 p. ; Mardon C., Volkoff S., 2008, « Les salariés âgés face au travail « sous pression » », *Connaissance de l'emploi* (CEE), n° 52, mars 2008 ; Volkoff, S., Gaudart C., 2007, « Ages et conditions de travail : prévenir et accueillir le vieillissement », *La Revue de la CFDT* (Santé au travail pénibilités et gestion des âges), n° 81.

talité différentielle. Il interroge aussi les mécanismes de sélection sur l'âge : restera-t-il possible « d'abriter » les âgés ? Et si cette relative mise à l'abri se poursuit, sera-ce au prix d'une surexposition des jeunes ?

Le pire n'est pas sûr. Les recherches en ergonomie ont analysé les stratégies de préservation de soi, telles qu'elles se construisent au fil de l'âge. Ces stratégies, individuelles ou collectives, se développent grâce à l'expérience, et aux compétences que celle-ci permet d'élaborer : sur la tâche – par exemple sur les moyens d'éviter les gestes ou postures les plus coûteux ; sur soi-même, ses propres ressources et ses propres fragilités ; et sur les collègues de travail, les coopérations et entraides efficaces. Mais quand les contraintes sont trop fortes, ou que l'organisation de l'entreprise ne se prête pas à l'élaboration de façons de faire qui conviennent à chacun, la fragilisation ou l'exclusion des âgés dans les tâches manuelles sont difficiles à éviter.

Au travail à toute heure

Les horaires réguliers, à temps plein, diurnes, restent une norme légitime aux yeux de la majorité des salariés, mais sont en recul face à l'expansion du travail matinal, tardif, nocturne, ou en équipes alternantes. Les quadragénaires et quinquagénaires étaient jadis moins exposés que les jeunes aux horaires atypiques, mais ce n'est plus le cas aujourd'hui, en tout cas en France. Certes, ces horaires décalés peuvent être assortis de compensations (salaire, ambiance de travail, organisation de la vie personnelle) qui rendent cette situation acceptable. Mais on connaît les conséquences, souvent négatives à long terme, de ces horaires sur le sommeil, la digestion, l'appareil cardio-respiratoire, et sur la vie familiale et sociale. Ces conséquences sont parfois de plus en plus mal vécues quand l'âge avance. On sait aussi que l'activité de travail ne se réalise pas de la même manière à toute heure, qu'elle n'a pas les mêmes résultats ni le même « coût » pour les travailleurs, et là encore les vieillissants peuvent être très fragilisés.

Des aménagements sont possibles, dans le choix précis des horaires, les systèmes de rotation et de repos, le droit de faire une somme pendant une nuit de travail, la répartition des tâches d'une heure à l'autre. Mais le vieillissement de la main-d'œuvre serait une raison, parmi d'autres, de questionner la déstabilisation des normes d'horaires.

Agé, mais pressé ?

Vieillir n'empêche pas de savoir travailler à bonne vitesse, si l'on maîtrise sa tâche. Mais une chose est de ne pas traîner, une autre est de se précipiter sans cesse, et les changements dans l'organisation des entreprises développent cette deuxième exigence.

De façon condensée, disons que se mélangent des

contraintes temporelles de types différents : type « industriel », avec des volumes de travail précis, des cadences automatiques, des délais stricts, des normes de qualité... ; type « marchand » avec une adaptation permanente au client, à la file d'attente... ; ou type « domestique », avec la pression du voisinage professionnel, les coups de main à donner, la disponibilité qu'il faut démontrer. Ces contraintes, jadis disjointes et propres à chaque milieu professionnel, à présent se cumulent et s'enchevêtrent.

Or avec l'âge, et l'expérience, se développent des stratégies de travail, aptes à affronter chaque type de contrainte, mais compromises par leur cumul. Dans un modèle « industriel », rigide mais prévisible, les âgés ont appris à anticiper, mais cela devient impossible si l'atelier ou le service est sans cesse en butte à l'imprévu. Dans les modèles « marchand » ou « domestique », les anciens ont appris à utiliser habilement les temps creux ; mais ceux-ci disparaissent si en outre le travail est rationalisé et contrôlé. Dans les deux cas, il faut alors se contenter de parer au plus pressé.

Dans ces conditions, un travail hâtif accroît la prévalence de certains troubles de santé, surtout chez les âgés, et tend à les exclure. Les connaissances en physiologie et psychologie du travail, issues

“ Une chose est de ne pas traîner, une autre est de se précipiter sans cesse.

d'épreuves expérimentales, indiquent un ralentissement progressif du comportement avec l'âge, dû surtout aux attitudes de prudence et de vérification adoptées par les plus âgés, même dans des épreuves brèves. En « situation réelle », les travaux des ergonomes démontrent les effets combinés des déclin fonctionnels liés à l'âge et de la construction de l'expérience. Se met en place une gestion des contraintes de temps, selon des méthodes non pas « réservées » aux âgés, mais nettement plus développées chez eux. Cependant, cette construction de compétences spécifiques est prise dans un mécanisme contradictoire. D'une part la pression temporelle les rend d'autant plus précieuses. D'autre part, elle les rend plus difficiles, car pour anticiper il faudrait disposer de marges de manœuvre, qui se raréfient.

L'entreprise où tout bouge

« Quand les géants apprennent à danser » : cette métaphore constitue le titre d'un ouvrage américain, qui a fait date dans l'univers des sciences de la gestion. La qualité première de l'entreprise serait, désormais, sa capacité d'adaptation à un

.../...

.../... environnement mouvant. La grâce, l'harmonie, le plaisir, associés à la « danse », connotent positivement ce primat de la mobilité.

A priori ce modèle peut se prétendre en phase avec des aspirations des salariés, à tout âge. La variété du travail, les occasions d'apprendre, sont des composantes d'une vie professionnelle réussie. L'intérêt d'un changement de travail, définitif ou périodique, peut être aussi, y compris pour un salarié vieillissant, de s'abriter de contraintes pénibles, ou de réduire la durée d'exposition.

Mais des changements accélérés sont aussi un facteur de fragilisation. Dans une situation neuve, ou

Les anciens ont appris à utiliser habilement les temps creux ; mais ceux-ci disparaissent.

rare, le salarié connaît mal les risques d'accident, de fatigue, ou d'échec, et ses ressources pour les réduire sont plus faibles. En outre, des changements hâtifs, mal préparés, remettent en cause les acquis de l'expérience. Ils peuvent aussi provoquer une souffrance éthique, spécialement chez les plus expérimentés, parce qu'ils heurtent leurs convictions, les normes sociales auxquelles ils adhèrent, ou la conception du travail bien fait développée par leur groupe professionnel. Mieux vaut donc prendre des distances avec l'idée, trop répandue, selon laquelle le changement serait par essence porteur d'une valeur positive. La « résistance au changement », spécialement celle attribuée aux salariés expérimentés, peut avoir de solides fondements.

Les salariés âgés, une catégorie à part ?

La plupart des préoccupations, que l'on a décrites ici en termes très généraux, ne sont pas spécifiques aux âgés. Une amélioration d'ensemble des conditions de travail resterait la voie la plus sûre pour limiter l'usure professionnelle, élargir les marges d'action dans l'affectation des salariés de différents âges, accroître les possibilités d'élaborer des stratégies pour se préserver et construire sa santé. Les âgés pourraient alors éviter des sollicitations qui accentuent leurs déficiences poten-

tielles. Et les plus jeunes ne seraient pas exposés à des facteurs de vieillissement accéléré.

Mais la prise en compte de l'âge est intéressante aussi parce qu'elle incite à comprendre que les salariés sont, simplement, différents les uns des autres, et que ces différences s'accroissent quand le parcours de vie, et avec lui le parcours professionnel, s'allongent. La question est alors de concevoir des situations de travail, et d'apprentissage, où des personnes très différentes les unes des autres puissent tout de même se trouver à leur place, et tirer pleinement profit de leurs expériences, elles-mêmes diverses.

Cela implique de ne pas imposer aux hommes et aux femmes au travail des contraintes extrêmes (efforts trop violents, horaires trop perturbants, urgences trop fréquentes...), mais aussi de donner, ou de redonner, aux travailleurs, individuellement et collectivement, les moyens de choisir des façons de travailler qui leur conviennent. Cela implique aussi d'adapter les itinéraires professionnels, en favorisant des parcours cohérents, porteurs d'expérience. Ce qui supposerait à la fois une certaine variété dans les situations vécues – donc d'éviter une stagnation professionnelle – et des temps de « respiration » propices au déploiement de réflexions, personnelles et collectives, sur ces situations.

Si ces réflexions sont négligées, les ressources de l'expérience seront moins aisées à mettre en place, moins efficaces, moins transférables en cas de changements dans l'entreprise ou l'administration concernée. Alors se forge la condition de « vieux travailleur », qui ne renvoie pas seulement à des caractéristiques personnelles, à l'âge en particulier. Le parcours professionnel, sa longueur, sa pénibilité, mais aussi la façon dont le travail actuel tient compte ou non des spécificités d'un quinquagénaire expérimenté, c'est tout cela qui entre en ligne de compte. Or un « vieux travailleur », perçu comme tel par ses collègues et la hiérarchie dans l'entreprise, et par lui-même bien souvent, préférera accéder dès que possible au statut plus enviable de « jeune retraité ». La prolongation de la vie professionnelle, que nous évoquions au début de ce texte – ne serait-ce que la possibilité pour chacun de travailler jusqu'à sa retraite – se joue dans le champ de l'expérience, de son élaboration et de son statut. ■

La violence faite au travail

La violence s'exerce sur les corps des travailleurs en dépit de la modernisation des outils, mais également sur leur équilibre psychique par la dévalorisation de leurs compétences et une organisation du travail de plus en plus pathogène.

Aujourd'hui, ceux qui ont un travail en font trop et sont malmenés par des exigences qui débordent du cadre des métiers qu'ils ont appris et souvent les dépassent. Les nouvelles formes de management organisent la parcellisation des tâches, la mobilité des personnes, leur isolement et le dénigrement des valeurs collectives.

Dans le privé, l'individu est mis en face de son incapacité à tenir les objectifs fixés et se retrouve seul face à son « échec ». Dans le public, et en particulier dans les secteurs de l'éducation, de la santé, du social et de la justice, l'improductivité résulte très souvent du manque de moyens et de la mise en échec des personnes par un changement radical d'objectifs. Elle accompagne et cautionne la volonté libérale de casser le service public en faisant la preuve que celui-ci ne répond pas aux nouvelles exigences d'« efficacité ». Il ne s'agit plus seulement de faire face à un « échec » personnel, mais de participer, malgré soi, à la destruction d'un système fondé sur la « liberté, l'égalité et la fraternité » des citoyens.

La souffrance au travail résulte d'une perte d'estime de soi liée à l'impuissance ressentie face à la démolition des valeurs professionnelles et morales par un management déshumanisé et déshumanisant. Il ne s'agit donc pas de dégâts collatéraux, mais bien d'une volonté d'asservir davantage les travailleurs en les mettant en échec au cœur même de leurs valeurs personnelles et professionnelles.

On veut nous faire croire que notre vision de nos métiers est passéiste, qu'il faut passer à autre chose. Il en résulte un déni des compétences spécifiques des acteurs, un mépris de leur expérience entraînant un sentiment de perte de sens qui affecte chacun dans sa vie. Cette crise des valeurs et cette souffrance ne sont pas inéluctables et ne céderont pas par la magie des numéros verts...

Ce numéro veut interroger les mécanismes de déstabilisation de ce « management » au service des nouveaux paradigmes libéraux et imaginer des ripostes qui permettent de restaurer l'image de soi des travailleurs pour élaborer ensemble une résistance à la déshumanisation de la société.

BR
EF
SS
DO
D



Pratiques donne sa place dans le dossier à un artiste graphique. Il n'est pas chargé de l'illustrer, mais en est un auteur. Pour cette première, nous avons naturellement pensé à Eloi Valat, qui préside au graphisme de nos couvertures depuis le n° 19.

« L'œuvre de l'artiste allemand George Grosz m'a révélé le dessin. Je représente un monde de personnages cabossés, douloureux, de grotesques et de monstres. J'ai exposé, en mars 2007, à la Bibliothèque historique de la Ville de Paris un Journal de la

Commune, panorama en 70 images/affiches de la révolution de 1871.

À la suite de cette exposition, le Journal de la Commune a été publié aux éditions Bleu autour. J'ai dessiné ensuite un Enterrement de Jules Vallès à paraître en février 2010 aux mêmes éditions. »

La souffrance au cœur du travail

Des troubles musculo-squelettiques au suicide, en passant par tous les états d'une souffrance personnelle et collective, c'est bien le travail qui est au cœur de la tourmente. Il convient de ne jamais l'oublier et de démonter patiemment les mécanismes qui affectent un travailleur au cœur même de sa santé physique et psychique.

L'usure des corps du fait des tâches répétitives, leur empoisonnement avéré par des substances chimiques cancérogènes n'est hélas pas nouvelle, mais on est en droit de s'inquiéter du mépris des employeurs pour ces dégâts que la science a mis à jour.

Jamais auparavant on n'avait vu autant de décompensations sociales et psychiques graves. Le travail peut donc rendre « fou » et tuer en toute impunité si la victime (ou ses représentants) ne font pas la preuve de la responsabilité de l'employeur. Lorsque du fait de la perte de sens du travail à accomplir la construction de l'identité au travail fait défaut, c'est tout l'édifice qui s'écroule.

Des soignants et des analystes du travail exposent les différentes formes d'atteintes à la santé et les pistes pour protéger les travailleurs des méfaits du travail. —

Le pied

Contraint de travailler pour gagner sa vie et sommé de mettre fin au plus vite à ses arrêts de travail, le salarié précaire met le plus souvent en échec le médecin du travail.

I Noëlle Lasne, médecin du travail

§Corps,
§Souffrance au travail,
§Inégalités sociales,
§Condition féminine

C'était, je crois, il y a quinze ans. La dernière fois que j'ai ressenti ce que je ressens aujourd'hui en examinant le pied de Madame Gérard. Je travaillais dans un centre médico social de Médecins sans frontières en France. J'examinais une femme d'une trentaine d'année qui marchait depuis un an sur un pied cassé. Refus de soins pour absence de protection sociale « à jour ». Droits « à justifier ». Impossibilité de faire exécuter le moindre mouvement à cette cheville bloquée pour toujours. Ankylose avec déformation, douleurs jour et nuit, séquelles définitives. Je me souviens d'avoir eu envie de hurler, et de tout dévaster autour de moi. D'avoir demandé à cette femme de revenir tant j'étais incapable de produire une réponse. D'avoir haï les médecins et la médecine. D'avoir désherbé avec rage la totalité du jardin en rentrant et de m'être bloqué le dos pour plusieurs jours...

Un accident accidentel

Madame Gérard a 57 ans. Elle a l'insigne chance d'avoir du travail. Elle fait partie des élus autorisés à faire le ménage pour un salaire de misère, à laver par terre, gratter les tables, monter et descendre les escaliers, assurer trois services de restauration, retourner deux fois par jour cent cinquante chaises en bois pour le ménage du réfectoire, et se plier en deux pour nettoyer les sanitaires de l'école. Elle a une hiérarchie attentive aux conditions de travail, elle porte des chaussures de sécurité qui lui conviennent, dispose de gants de toutes sortes et d'un lave-vaisselle à glissoirs qui évite la manutention des paniers. Elle ne ramasse plus les feuilles dans la cour, car une équipe est désormais affectée à cette tâche, elle a suivi une formation sur l'utilisation des produits ménagers, une autre sur « Gestes et postures ». Le jour où elle a fait une chute sur un escalier, qui n'était pas glissant et qui était doté de bandes antidérapantes, elle ne portait pas de charges, ne courait pas, et n'avait pas

été bousculée par un enfant. Il ne manquait pas non plus de personnel ce jour-là. Ça s'appelle un accident et c'est accidentel. Il n'y a pas de coupable ni de responsable, c'est comme ça.

Souffrir au travail ?

Madame Gérard est contractuelle. Elle a été embauchée un peu plus d'un an auparavant. Elle est seule avec deux grands enfants au chômage. Antérieurement, elle a été pendant vingt ans cuisinière dans la restauration et a travaillé des années dans l'imprimerie : elle est usée jusqu'à la corde et a enfin trouvé ce travail – moins dur et moins menacé – si elle parvient à passer le cap de sa titularisation.

Elle consulte aux urgences de l'hôpital où sont conduits tous les salariés ayant un accident de travail, dans un service d'orthopédie notoirement connu pour le caractère catastrophique de ses prises en charge. Elle est reçue par un médecin anonyme qui lui déclare qu'elle a une entorse simple de la cheville, ne fait pas de contrôle radiologique, ni d'arrêt de travail. Rassurée de savoir que son pied n'est pas cassé, Madame Gérard, qui n'a de toutes façons aucun choix, retourne travailler malgré la douleur.

La souffrance s'installe. Lorsque je la reçois un an plus tard, elle fait donc le ménage tous les jours sur son pied blessé depuis un an. Elle avance courbée et souffre jour et nuit. Le kinésithérapeute a déclaré forfait. Le médecin traitant n'a pas fait d'exploration. Un rhumatologue lui a fait une infiltration qui lui a donné des douleurs atroces. Je peux à peine l'examiner. Elle pleure dès que je la touche. Une vague de haine me soulève. Contre son médecin, contre l'hôpital, contre mon métier. La rage m'empêche de dormir. La rage, pas la souffrance au travail. Mon travail consiste-t-il à ne faire que le constat répété des désastres annoncés ? Et si j'envoyais tout promener ? Et si je faisais autre chose que de la médecine ?

J'ai la possibilité de me poser toutes ces questions. Je peux prendre quelques jours de vacances. Je peux considérer qu'il n'est pas de mon ressort d'obtenir que Madame Gérard ait droit à un diagnostic et à des soins. Je peux démissionner et prendre un poste moins lourd. Je peux échanger avec des collègues. J'ai des alternatives, une marge pour survivre. Si les choses deviennent trop pénibles, je peux me faire aider. Je ressens comme une obscénité de m'appliquer à moi-même le terme de souffrance au travail. Je ne risque pas de perdre mon emploi. J'ai une mutuelle. Mon intégrité physique n'est pas menacée. Je ne risque pas, a priori, de partir avec un bras, un pied ou un poumon en moins du fait de mon travail, pas plus que du fait de mon origine sociale. C'est ce qui me différencie radicalement de la souffrance AU travail vécue par Madame Gérard.

Deux mois pour guérir

J'écris à son médecin traitant en lui demandant de déclarer une rechute et de prescrire un arrêt. Je la convaincs de mettre son pied au repos. Je demande une prescription de cannes anglaises. J'écris à son service pour l'assurer que son absence ne fera pas obstacle au renouvellement de son contrat, et j'ai une réponse favorable. Je peux donc rassurer Madame Gérard. Temps de la démarche : environ trois heures.

Retourner deux fois par jour cent cinquante chaises en bois pour le ménage du réfectoire...

J'écris ensuite au médecin de la Sécurité sociale un courrier de quatre pages récapitulant toute l'histoire. A ma grande surprise, je reçois un coup de téléphone. Il m'informe qu'il « accepte une rechute », mais que, dans deux mois, elle doit être guérie. La date de la guérison obligatoire au-delà de laquelle Madame Gérard sera sans ressource est donc déjà fixée. Je poursuis avec le médecin inspecteur une conversation que je pressens historique, j'ai l'impression de négocier avec le Medef. Nous sommes au mois de juillet. Les deux mois pendant lesquels elle va guérir sont donc les deux mois d'été, une période de l'année où le système de soins tourne particulièrement à vide... Je fais alors réaliser une échographie qui me revient avec un diagnostic : péri-tendinopathie avec épanchement des tendons fibulaires. La douleur s'explique. Comme je suis d'un naturel méfiant et qu'elle se plaint des épaules, je fais aussi une échographie des membres supérieurs qui m'in-

dique une rupture tendineuse de l'épaule et une épicondylite droite. Le rêve pour faire le ménage. La rhumatologue avec laquelle je travaille habituellement est en vacances. Je ne connais pas celle à laquelle j'adresse la patiente. Elle se montre très irritée de la situation d'accident du travail et demande un dépassement d'honoraires à Madame Gérard qui n'a pas un sou. Elle m'explique que la patiente doit juste poursuivre sa kinésithérapie, que les lésions sont anciennes, qu'il n'y a rien d'autre à faire. J'écris à nouveau au médecin traitant pour lui demander de mettre en route un traitement. À chaque consultation, Madame Gérard, qui boite plus bas que terre, me demande si je suis bien sûre qu'elle ne risque pas le licenciement. Temps de l'ensemble des démarches : environ quarante heures.

Vivaldi et la plateforme

Quatre mois ont passé. J'ai pris des vacances qui ont bien soulagé ma souffrance au travail, pendant que Madame Gérard restait sans soins. Madame Gérard boite un peu moins bas, le reste est inchangé, en dehors du fait qu'elle pleure de plus en plus et a pris en haine tous les médecins. Au rhumatologue qui lui a prescrit du Rivotril®, elle a précisé que ce n'était pas à la tête qu'elle avait mal, mais au pied. A son médecin traitant, elle a fait remarquer qu'il n'avait examiné son pied que deux fois en un an et demi. Elle me dit fermement qu'elle a décidé de retravailler avec les aménagements dont je lui avais parlé, qu'il le faut car elle n'en peut plus. Nous n'avons aucune réponse pour la demande de mi-temps thérapeutique que j'ai tentée auprès de la Sécurité sociale. Elle vient en revanche de recevoir un courrier incompréhensible. J'appelle. Après Vivaldi, on m'explique qu'on ne peut pas me passer la personne qui a écrit le courrier, elle ne répond pas aux appels extérieurs. Quant au dossier, on ne peut pas me dire où il en est, car le système est en cours de maintenance informatique. Je demande un médecin, bien sûr on va essayer, Vivaldi, me voilà sur la plateforme médicale, on prend mon numéro de portable pour que Monsieur le médecin inspecteur me rappelle, c'est normal puisque nous ne sommes pas entre êtres humains, mais sur une plateforme.

Je raccroche. Temps de consultation, Vivaldi compris : une heure et demi. A ce moment précis, je croise le regard de Madame Gérard. Et je comprends que je ne maîtrise plus rien de ce qui se passe sur mon visage. Elle me regarde de très loin, du haut de sa plateforme à elle, celle où l'on sait, à force de ne pas avoir le choix. Elle, elle sait ce qu'elle va faire : elle va reprendre son travail et souffrir. Elle compte sur mon aide. Il ne faut pas que je désespère. Ça ira. Elle va se débrouiller. ■

«Une descente aux enfers»

Nos expériences de praticiens, au côté de nos patients, nous permettent parfois de découvrir et d'apprendre certaines pathologies qui ne sont pas enseignées dans nos facultés...

■ **Séraphin Collé**, médecin généraliste en colère

§Médecine générale,
§Conditions de travail,
§Management

L'histoire de J. est stupéfiante et m'a fait prendre conscience du pouvoir démesuré que peut avoir une entreprise sur la santé de ses employés. Ce pouvoir, s'il n'est pas encadré par des lois appliquées dans des délais raisonnables par des règles de management, et surtout contrôlé par des contre-pouvoirs médicaux (le médecin du travail), syndicaux et judiciaires (l'inspection du travail) indépendants, peut aboutir à des dégâts qui sont parfois irréversibles.

J. a 38 ans, il est originaire de Madagascar. Arrivé en France en 1997, il a d'abord travaillé comme cantonnier pour une ville de la banlieue toulousaine. Je le connais depuis 2000, habituellement en bonne santé, il s'épanouit dans la pratique sportive avec un niveau de compétition en club en ping-pong, mais également en foot, en tennis et en karaté qu'il pratiquait dans son pays. Il a également des talents artistiques, mais en parle peu, par pudeur certainement.

“Malheureusement, le changement d'affectation s'avère être une “mise au placard” avec déclassement.

Il est très heureux de m'annoncer en 2002 qu'il a trouvé un emploi de conducteur de transport en commun pour une entreprise qui fait partie du groupe Veolia Transport. Ses deux enfants de 16 ans ½ et 15 ans le rejoignent en 2006 pour poursuivre leurs études. Ses compétences sportives lui permettent d'intégrer une équipe de sport en entreprise de Veolia environnement et il a même

gagné en mai 2008 avec son équipe une épreuve aux 3^{es} Jeux Nationaux de la Fédération Française du Sport en Entreprise de La Rochelle 2008.

Cela pourrait être le récit d'un modèle d'intégration, de progression sociale et d'accomplissement sportif dans l'entreprise, mais les nuages ont commencé à assombrir ce beau ciel serein à partir de juin 2008.

En juin 2008 apparaissent les premiers symptômes de somatisation anxieuse (eczéma de stress et colite spasmodique) que J. associe à des soucis professionnels. En effet, sa chef n'apprécie pas son statut de sportif dans l'entreprise et les résultats récents aux championnats de France qui le font côtoyer les directeurs. Il est désormais pénalisé dans les horaires de planning et doit refaire des tournées qui étaient auparavant pour les nouveaux dans la boîte.

Trois mois plus tard, les symptômes persistent et s'accompagnent d'insomnie, le diagnostic de souffrance morale au travail est fait et un courrier au médecin du travail rédigé pour qu'il puisse être changé d'affectation.

Malheureusement, le changement d'affectation s'avère être une « mise au placard » avec déclassement et J. se retrouve au nettoyage des entrepôts. Un arrêt maladie est nécessaire.

Progressivement, une dépression anxieuse s'installe avec un sentiment de dévalorisation et de culpabilité, malgré l'aide du psychiatre et le recours aux antidépresseurs et anxiolytiques.

Pendant son arrêt maladie, J. subit un « contrôle médical » de la société Securex, mandatée par son employeur. N'ayant pas répondu à la sonnerie car ne pouvant s'endormir qu'au petit matin, J. voit le versement des indemnités journalières suspen-

dues et ce malgré l'irrégularité de ce contrôle, le psychiatre ayant autorisé les sorties libres (ce fait sera reconnu par l'inspection du travail et la Sécurité sociale et finalement l'employeur).

J'ai revu en consultation J. Son état de santé m'inquiète, il sombre dans une dépression de plus en plus mélancolique envahie par des sentiments de peur, de honte et d'incurabilité. Il doit de nouveau rembourser son crédit contracté, car il n'avait pas lu qu'en cas d'arrêt maladie, l'interruption du remboursement de l'emprunt ne pouvait durer que six mois. C'était écrit en tout petits caractères. Il me dit que s'il l'avait lu, il ne l'aurait probablement pas signé. Les indemnités journalières ne suffiront pas. Il craint d'être surendetté et de finir expulsé, à la rue...

Malgré l'accord de la Sécurité sociale pour un arrêt maladie de Longue Durée (art. L324.1 du Code de la Sécurité sociale), j'ai décidé de faire une demande rétrospective d'accident de travail pour souffrance morale au travail avec dépression anxieuse réactionnelle. J'espère que le médecin-conseil entendra les arguments qui justifient cette démarche.

J'exprime ici le désarroi que je ressens à ne pas pouvoir soulager mon patient. Mais je ressens aussi de la colère, car il est victime d'un risque professionnel qui serait évitable. Les méthodes de management actuelles majorent le risque de souffrance morale liée aux conditions de travail. En PACA, en 2006, une enquête auprès des médecins du travail a montré que la souffrance morale au travail était en 2^e position des maladies à caractère professionnel signalées (22 %), derrière les troubles

musculo-squelettiques (50 %) et devant les surdités (9 %). Le conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), créé par décret le 25 novembre 2008 et installé le 30 avril par le nouveau ministre Brice Hortefeux, n'est qu'un dispositif gadget, qui ne dispose pas de réels moyens de contrainte.

Je suis en colère de savoir que les moyens de l'Inspection du Travail sont de plus en plus déficients et détournés pour la chasse aux travailleurs sans papiers.

Je suis en colère contre le changement des statuts de la médecine du travail qui ne peut plus assurer efficacement sa mission au sein des entreprises avec un accroissement du risque de perte d'indépendance et d'impartialité.

Je suis en colère contre le législateur qui a autorisé des entreprises privées comme Securex à assurer le contrôle médical et les abus que cela peut entraîner...

Je suis en colère que cela se passe dans une entreprise d'un groupe comme Veolia Environnement qui se targue, rien que pour sa branche transport, d'un chiffre d'affaires pour le 1^{er} trimestre 2009 de un milliard et demi d'euros. Une entreprise qui gère et exploite des services transport de voyageurs pour le compte d'autorités publiques, locales, régionales ou nationales (donc avec des deniers publics et les sous des usagers). Son directeur général, Cyrille du Peloux nous dit : « Les transports sont un service essentiel au maintien de la qualité de la vie ».

En tout cas, la qualité de vie de J. n'est pas fameuse actuellement... ■

1. [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/Dossier%20Suicide/\\$FILE/Visu.html](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/Dossier%20Suicide/$FILE/Visu.html)

2. http://www.sistepaca.org/print.php?nom_fichier=01b-souffrance.htm#

3. <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite-presse/dossiers-presse/brice-hortefeux-installe-conseil-orientation-conditions-travail.html>

4. <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/-Stress-les-risques-psychosociaux-.html>

5. <http://www.actuchomage.org/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=4570&mode=thread&order=0&thold=0>

6. <http://eco.rue89.com/2009/01/15/medecine-du-travail-la-plaie-toujours-ouverte-de-bertrand>

7. http://www.sudposte75.fr/IMG/pdf/Tract_4_p_securex_final.pdf

8. <http://www.veolia-transport.com/ressources/documents/fr/rapports-financiers/CP-CHIFFRE-D-AFFAIRES-1ER-TRIM-2009-0705.pdf>

9. <http://www.veolia-transport.com/fr/>

Se shooter au travail

Les pathologies de l'excès : surcharges de travail, hyperactivité réactionnelle, épuisement physique et psychique peuvent conduire à des décompensations graves.

■ **Marie Pezé**, docteur en psychologie, psychanalyste, psychosomatienne

§Maladies professionnelles,
§Souffrance au travail,
§Productivité,
§Médecine du travail

Nous sommes tous confrontés, à des degrés divers, à la prise en charge du salarié en souffrance au travail : médecin généraliste dont le patient, connu de longue date, s'effondre depuis l'arrivée d'un nouveau directeur, médecin du travail submergé par les « harcelés », managers étiquetés « pervers narcissiques », psychiatres s'affrontant à des « persécutés », avocats et juges sommés de donner réparation. Le vocable harcèlement, comme celui de stress, est devenu un terme commode pour exprimer de façon globale et lapidaire les difficultés, les contradictions, les conflits que nous rencontrons dans le monde du travail et leurs conséquences sur notre santé psychique et physique. Sans oublier les issues plus tragiques que sont le suicide sur le lieu du travail ou les sabotages et séquestrations, si médiatisées que risqueraient de nous échapper leur sens profond, le désespoir et la révolte.

De nombreux savoirs sont mobilisés pour concevoir et prescrire le travail. Le juriste rédige le contrat de travail, le chef d'entreprise fixe les objectifs, le manager les prescrit. De ce côté de l'organisation du travail, l'expérience du travail est souvent banalisée, c'est l'application des consignes, point final. Mais sur le terrain, celui qui travaille ne peut se dérober à l'urgence de l'articulation entre toutes ces exigences. Car travailler implique de sortir du discours pour se confronter au réel.

Travailler c'est d'abord « se » travailler. Le monde du travail peut permettre au sujet de rejouer, sur la scène du faire, la construction de soi. Si le travail autorise, en dépit des contraintes, un exercice inventif des compétences physiques et psychiques

du corps, il devient porteur de sens.

Travailler, c'est aussi travailler ensemble. Pour travailler ensemble, il ne suffit pas d'aligner les personnels les uns à côté des autres. La confiance se construit, mais pas à partir du partage de conceptions théoriques.

Enfin, dans le travail, le réel se fait essentiellement connaître par le rapport à l'échec. Ce rapport au réel peut être invalidé par la hiérarchie, sourde aux contradictions du travail de terrain, ou par un collectif de collègues, soudé par le partage des fraudes.

“ Pour travailler ensemble, il ne suffit pas d'aligner les personnels les uns à côté des autres.

La non-reconnaissance de la validité que le sujet entretient avec le réel est déstabilisante pour l'identité. Elle peut mener à une crise identitaire majeure avec deux issues psychopathologiques majeures : si le sujet ne parvient pas à faire comprendre les impasses de l'organisation du travail à la hiérarchie, il peut en venir à douter de ce qu'il tient pour vrai, perdre confiance en lui. Cette dépression peut prendre des formes mineures, comme l'anxiété larvée, la chronicisation du sentiment d'ennui, de lassitude, de repli sur soi ou d'insatisfaction, autant de signes avant-coureurs de la décompensation à venir.

Devant l'absence d'écoute de sa souffrance, des impasses qu'il rencontre dans son travail, le sala-

Marie Pezé est experte près la Cour d'appel de Versailles. Elle a créé la première consultation « Souffrance et travail » en 1997 au CASH de Nanterre. Elle est l'auteur de : *Le deuxième corps*, la Dispute 2002 ; *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*, Pearson, 2008.

rié peut aussi tenter de maintenir « son » discours contre le système, se retrouvant ainsi dans une véritable situation d'aliénation sociale. Il sera tôt ou tard dénoncé comme fou.

Les maladies du travail ou pathologies de surcharge

Si le travail peut être un puissant opérateur de construction de la santé, il comporte donc une dimension de souffrance. Il offre donc un champ propre à la psychopathologie qui se déploie sur tous les territoires corporels et psychologiques en lien avec le travail.

Si un clinicien digne de ce nom sait que le type de décompensation ne dépend pas uniquement du travail, mais en dernier ressort de la structure de la personnalité acquise bien avant la situation de travail, il n'en demeure pas moins évident que cette décompensation est une rencontre entre une organisation psychique spécifique et une organisation du travail spécifique. On comprend que l'analyse des situations de souffrance au travail requière des savoirs pointus, croisés et pluridisciplinaires pour faire la part entre facteurs externes et facteurs endogènes.

Si la connaissance des structures psychiques et de leur ligne de faille nous apporte un précieux socle diagnostique, la méconnaissance des conséquences de l'assujettissement des corps dans l'organisation du travail serait lourde de conséquences :

Peut-on dire à l'ouvrière qui souffre des vingt-sept bouchons qu'elle visse par minute, que de par sa structure psychique, elle ne mérite que les postes déqualifiés où le geste est pauvre ?

Peut-on dire au harcelé qui s'effondre à son poste qu'il s'est prêté à cette maltraitance et qu'il aurait pu partir plus tôt, alors que démissionner lui fait perdre tous ses droits sociaux ?

Les Françaises apporteraient-elles leur consentement pulsionnel à être payées 20 % de moins que les hommes à poste égal ?

Pour moi qui suis psychosomaticienne, comment ne pas m'interroger sur l'impact de ces organisations du travail sur le fonctionnement psychique ?

Celui du salarié qui coupe l'aile droit du poulet toute la journée dans un atelier agroalimentaire.

Celui du cadre qui doit chercher tous les matins l'espace de travail, jamais le même, où il va créer des modèles. SBF. Sans bureau fixe.

Celui de la secrétaire qu'on oblige à coller les timbres à 4 mm du bord de l'enveloppe en s'aidant d'une règle.

Sur le cadre évalué à 360° par tous ses supérieurs et ses collègues. Ses « collègues », vraiment ?

Les pathologies de la quantité

Les pathologies liées aux nouvelles formes d'organisation du travail sont essentiellement classifiées comme pathologies de surcharges :

surcharge du fonctionnement psychologique, mental, cognitif ;
surcharge du fonctionnement pulsionnel entraînant des décharges comportementales ;
surcharge du fonctionnement organique, entraînant des pathologies physiques précises.

Les pathologies psychiques :

L'état de surcharge mentale peut prendre des formes cliniques mineures, comme l'anxiété larvée, la chronicisation du sentiment d'ennui, de lassitude ou d'insatisfaction, les troubles de concentration, de logique, de mémoire, bref le stress. Avec comme corollaire l'augmentation de la consommation de psychotropes légaux ou illégaux.

L'analyse des situations de souffrance au travail requiert des savoirs pointus, croisés et pluridisciplinaires.

La surcharge mentale peut déboucher sur des crises psychiques aiguës comme les états de stress post-traumatique. Autrefois exceptionnels (hormis dans les milieux bancaires après les hold-up), ils se multiplient dans les situations d'agression contre des personnes dans l'exercice de leur travail. Le tableau de névrose traumatique est également spécifique aux salariés en situation de harcèlement moral qualifié. Dans la situation de harcèlement, la répétition pluriquotidienne des brimades, vexations et injonctions paradoxales a valeur d'effraction psychique et suspend tout travail durable de la pensée. L'impossibilité de démissionner sous peine de perdre ses droits sociaux fait barrage à la décharge sensori-motrice. La décompensation est inévitable dans cette situation d'isolement.

La surcharge mentale peut déboucher également sur des états de confusion mentale, des bouffées délirantes, si le salarié maintient seul son lien au réel du travail en face d'une équipe soudée par les fraudes. La paranoïa situationnelle peut apparaître et flamber dans un contexte professionnel pathogène. « Le contexte professionnel où se joue l'une des composantes majeures de notre identité et où s'expose constamment notre narcissisme, à travers nos investissements, nos affects et nos émotions, nous paraît receler les conditions paradigmatiques de la "mise à feu" de nos paranoïas, plus ou moins structurées ou plus ou moins dormantes. ² »

Sans oublier l'état d'épuisement professionnel ou *Burn-Out* (1974, Ginsberg). Ce terme s'appliquait initialement aux professionnels de la relation d'aide, aux soignants. L'épuisement ou l'usure

.../...

.../... professionnelle entraînent un syndrome psychologique à trois dimensions : l'épuisement émotionnel (sentiment de fatigue), la dépersonnalisation (insensibilité et réactions impersonnelles vis-à-vis des usagers) et la réduction de l'accomplissement personnel (faible sentiment de compétence et de reconnaissance de l'effort accompli dans le travail). On peut désormais le généraliser à de nombreuses professions.

Il faut enfin souligner la recrudescence des suicides sur les lieux de travail. Ces suicides « dédiacés » soulèvent la question du facteur travail dans leur étiologie.

La surcharge des comportements

La violence au travail, qu'elle soit physique ou psychologique, se généralise, tous contextes et toutes catégories professionnelles confondus, donnant à penser que le problème n'est pas lié à un environnement précis ou une catégorie professionnelle particulière. Violence organisationnelle (les comportements tyranniques, le harcèlement, la persécution d'un subalterne sont fréquents et intégrés au mode de management), violence entre collègues (viols et homicides, coups et blessures...), contre soi (suicide sur les lieux de travail...), violence contre l'outil de travail ou ses représentants (sabotage, séquestrations...) ne sont plus des faits isolés.

La surcharge des organismes

Les nouvelles formes d'organisation du travail, le flux tendu, l'intensification de la vitesse d'exécution, la cadence demandée sur de nombreux métiers, la répétitivité vide de sens du geste exécuté entraînent l'atteinte de secteurs organiques. Les troubles musculo-squelettiques sont une véritable pandémie dans toutes les sociétés industrialisées et représentent la première maladie professionnelle.

Le karoshi est l'issue fatale du surmenage, mort subite par accident vasculaire cérébral ou cardiaque chez un sujet jeune. Les études épidémiologiques américaines³ indiquent des associations significatives en termes statistiques entre trois facteurs : l'existence d'une instabilité électrique du myocarde, une vie quotidienne vécue comme un fardeau sur fond de dépression ou dans une situation décrite comme sans issue, enfin un événement à charge psychique forte, proche de l'épisode d'arythmie (moins d'une heure dans 21 % des cas).

Celui qui s'en sort dans les organisations actuelles du travail n'est pas le plus fort, ni le plus intelligent, mais le plus rapide. L'augmentation de la cadence des tâches à accomplir, leur densification, présente dans tous les secteurs professionnels, pulvérisent tous les seuils neurophysiologiques et bio-

mécaniques supportables. Ce productivisme a pour conséquence un travail en mode dégradé, souvent sans moyens suffisants qui en retour compromet la dynamique de la reconnaissance⁴.

Revenons à l'ouvrière d'usine. Elle m'explique qu'elle visse vingt-sept bouchons à la minute. Elle mime le geste devant moi. Elle dit qu'au bout de vingt minutes sur la chaîne, elles ont toutes des cloques. Que les gants qu'on leur fournit sont trop grands et qu'attrapés dans le geste, ils sont vissés dans le bouchon, ce qui ralentit la cadence.

« Comment tenez-vous le rythme ?

– C'est dur. Il y a d'abord que je n'ai pas le choix, je dois travailler. Il y a que la rage de ce travail, je fais partie des anciennes et des meilleures et que je me dois d'aller vite. Et quand je vais plus vite que le rythme, je me sens libre !! Des fois, je vais tellement vite que je ne pense plus, c'est tout. Je suis toute entière dans la répétition du geste. » Voilà, elle a tout dit sur la façon dont celui qui travaille convoque toutes ses défenses pour tenir et ne pas tomber malade.

“ Lorsque la haine devient trop forte, les ouvrières font des crises de nerfs dans l'atelier.

Sur la chaîne, la cadence est prescrite par l'organisation du travail. L'ouvrière qui visse vingt-sept bouchons par minute ne choisit pas son travail déqualifié et la pauvreté manuelle de son geste. À une certaine vitesse, l'activité de travail entre en concurrence avec la pensée. Non seulement l'activité fantasmatique est inutile, mais elle devient dangereuse. Le « silence mental » sert à ne plus penser la souffrance de ce travail-là. « Je suis devenue un robot », dit-elle en mimant encore et encore le geste de visage dont son corps n'arrive plus à se délester. L'hyperactivité est convoquée comme défense contre la souffrance venant de CE travail. L'afflux de la quantité, lui, est convoqué par l'organisation du travail. Les effets des organisations du travail hyper productivistes sont d'asseoir définitivement une emprise sur celui qui travaille par le moyen du renforcement économique : autrement dit, l'accroissement quantitatif de la pulsion d'autodestruction.

L'ouvrière dit aussi que l'hyperactivité est une voie de décharge de la violence que génère ce type d'organisation du travail. La rage, la haine, la colère, la frustration sont rapatriées dans l'accélération du geste. Lorsque la haine devient trop forte, les ouvrières font des crises de nerfs dans l'ate-

lier, il y a des brancards prévus pour ça dans les vestiaires. Elles vont s'allonger, avalent leur demi barrette de Lexomil® et laissent « retomber la vapeur ». Retour à la chaîne. Économie psychique versus économie de marché. Le sujet est condamné à des réponses comportementales.

L'ouvrière dit aussi qu'en allant plus vite que la cadence demandée, elle dégage une marge de liberté, une individualité, un triomphe temporaire. Entre la cadence prescrite et l'ivresse de l'autoaccélération, tout est réuni pour rendre l'individu esclave de la quantité. En faisant plus, l'esclave de la quantité devient athlète de la quantité.

Dans d'autres catégories socioprofessionnelles, le « contrat de travail » se signe aussi autour du corps. Du côté du salarié, travail, dévouement, investissement de son énergie psychique et physique, adhésion aux valeurs promues par l'entreprise contre, du côté de l'entreprise, la promesse de réussite, d'accomplissement, de pouvoir, d'argent, de possession d'attributs phalliques. Ce troc fonctionne au-delà de toutes les espérances de communication stratégique. Proposer au salarié de devenir un héros en atteignant les objectifs qui feront la gloire et le prestige de son entreprise vient capturer notre envie de laisser une trace, d'être reconnu par nos pairs. Alors quelquefois, ce désir d'exister, d'être reconnu comme un être unique s'engouffre dans le travail, rien que le travail. Le travail devient toute la vie. Pour le clinicien du travail, la question de l'hyperactivité est importante. Soit la surcharge de travail et l'hyperactivité aliénante qui en découle sont d'origine organisationnelle. Les méthodes managériales utilisées orchestrent l'assujettissement des corps et des psychismes pour une productivité sans cesse accrue. Soit le sujet se shoote au travail comme d'autres à la drogue pour calmer son vide intérieur ou son angoisse et s'impose ses rythmes, ses exigences, ses objectifs, sans parvenir à diminuer une charge de travail qu'il juge pourtant excessive.

Les consultations spécialisées

Les consultations spécialisées dans la prise en charge de la souffrance au travail ont la particularité de permettre une prise en charge pluridisciplinaire pour des pathologies à l'interface de l'intrapsychique, du social et de l'organisationnel. Ces dossiers sont chronophages et imposent de développer des critères d'accès et des pratiques de coopération avec tous les acteurs de soin et de prise en charge, une pluridisciplinarité qui ne soit pas une compilation de spécialistes, mais la mise en commun des savoir-faire de chacun.

D'abord, mobiliser tous les acteurs de soin : Interlocuteur privilégié, le médecin généraliste connaît souvent son patient de longue date et peut

donc constater la décompensation à l'occasion, par exemple, d'une modification du management, de l'arrivée d'un nouveau directeur, de l'introduction d'un nouvel outil informatique. Les pratiques de coopération avec le médecin du travail s'avèrent indispensables.

Le médecin du travail est un interlocuteur incontournable puisque seul susceptible d'entrer dans l'entreprise, de faire l'analyse du poste de travail, et de déclarer le salarié « inapte temporaire » afin de sortir le patient d'une situation de travail pathogène. L'arrêt maladie qui en découlera est un temps thérapeutique, mais aussi un temps d'analyse approfondie de la situation et de la mise en place rapide des stratégies décidées : retour au travail avec suivi, changement de poste, départ en formation, négociation de départ, rupture conventionnelle, inaptitude définitive à tout poste...

“Celui qui s'en sort dans les organisations actuelles du travail n'est pas le plus fort, ni le plus intelligent, mais le plus rapide.”

Le psychiatre et/ou le psychologue doivent être sollicités précocement pour éviter une aggravation de la décompensation et traiter le patient par les techniques psychothérapeutiques adaptées. Un accompagnement psychologique parallèle aux démarches administratives et/ou juridiques est très souvent nécessaire. Il permet de ne pas dessaisir la personne de son histoire.

Le médecin inspecteur du travail ou MIRTMO est en position de tiers, d'appui et de conseil tant auprès du patient que du généraliste et de l'inspecteur du travail.

Le médecin conseil de la Sécurité sociale, par la circulaire Caisse nationale d'assurance maladie de décembre 1999, tient compte de cette pathologie émergente. Il doit être informé précocement des hypothèses sur l'étiologie de la symptomatologie présentée par le patient. Les pathologies causées par des violences au travail ou un processus de harcèlement peuvent être reconnues comme accident du travail ou en maladie professionnelle uniquement par le biais du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, si l'incapacité permanente partielle est supérieure à 25 %.

Le travail, un risque ou une chance pour la santé ?

Déclaré comme en voie de disparition il y a quelques années, le travail est toujours là qui nous confronte à la résistance du réel, au champ social et à cette part personnelle que nous tentons d'y

.../...

.../... faire reconnaître. Faire l'impasse sur le sens du travail reviendrait à en dénier le caractère d'activité humaine mobilisant non seulement les compétences intellectuelles et/ou manuelles du sujet, mais aussi sa personnalité tout entière, consciente et inconsciente. Le travail offre à chacun l'occasion de poursuivre son questionnement intérieur et de continuer à tracer son histoire. Le travail demeure un puissant opérateur de santé. Mais si le travail ne permet plus un exercice inventif et spontané de la sensorialité, du corporel et de

la mentalisation, s'il n'y a plus de jeu possible entre la prescription et le réel, si le vivre ensemble ne se construit plus au travail, si on ne peut plus vivre de son travail, nous sommes en droit d'avoir des inquiétudes majeures pour le fonctionnement social et psychique. Surtout quand les nouvelles formes de thérapie, les nouvelles nosographies, les nouvelles méthodes d'évaluation en psychiatrie, vont aussi vers une réduction uniformisante des tableaux cliniques et la rééducation de la subjectivité. ■

Bibliographie

- Dejours Christophe, *Souffrance en France*, Seuil, Paris, 1999
- Dejours Christophe, *Travail usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, nouvelle édition augmentée, Paris, Bayard Éditions, 2001.
- Hirata Hélène, Kergoat Danièle : « Rapports sociaux de sexe et psychopathologie du travail », in *Plaisir et souffrance dans le travail*, Tome II, AOCIP. 131-163, 1988.
- .../...

Article L230-2

I. Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

Article L. 241-10-1 du Code du travail

Si le médecin du travail constate une dégradation nette de la santé mentale et physique du sujet, en lien avec ses conditions de travail, il doit faire une étude du poste. Il peut ensuite demander un changement d'affectation ou une adaptation de poste. L'utilisation de l'inaptitude temporaire, associée à l'orientation vers le médecin généraliste pour un arrêt maladie, est

la première mesure, « faire cesser », « faire sortir », étant une urgence.

Article L. 461-4 du Code de la Sécurité sociale

Le recensement des cas de souffrance grave, de violence ou de harcèlement au travail peut se faire par la déclaration en maladie à caractère professionnel

Article L. 461-1 alinéas 4 du Code de la Sécurité sociale

Pour les salariés relevant du régime général, la déclaration se fait auprès du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. Des cas ont été reconnus en maladie professionnelle par la Caisse régionale d'assurance maladie. Pour les fonctionnaires, la déclaration en maladie professionnelle peut se faire auprès de la commission de réforme, si le salarié peut établir le lien de causalité entre la pathologie déclarée et le risque.

■ Certificats types

EXEMPLE 1

Je soussigné(e), certifie suivre Monsieur X depuis le 3 février 2002. À partir du mois de novembre 2002, la symptomatologie de ce patient s'est brutalement aggravée, au décours, selon ses dires, d'un changement de poste (de l'arrivée d'un nouveau chef de service, d'une modification de l'organisation du travail). Cette aggravation a nécessité un arrêt-maladie de tant à tant qui a permis la stabilisation de la décompensation. La prise en charge du patient a trouvé son terme, en mars 2003, après son changement de poste (après sa mutation médicale, après son licenciement, après son départ négocié de l'entreprise, après son inaptitude à tout poste dans l'entreprise).

EXEMPLE 2

Je soussigné(e) certifie suivre Madame Y depuis le 3 février 2001. Elle a présenté dans les premiers temps de sa prise en charge les symptômes cliniques d'une névrose traumatique ou PTSD, au décours d'une situation professionnelle conflictuelle alléguée. Au début de sa prise en charge, elle présentait :

- des affects de peur ou de terreur à l'idée d'aller à son travail, un état de qui-vive ;
- une angoisse aiguë avec manifestations physiques : tachycardie, tremblements, sueurs, boule œsophagienne ;
- des cauchemars répétitifs de registre intrusif axés sur... suivis de réveils en sueurs et bientôt une insomnie rebelle réactionnelle ;
- un retour diurne en boucle des scènes dites de violences, d'humiliation au travail ;
- des pleurs fréquents ;
- un désarroi identitaire portant sur la perte de l'estime de soi, avec un profond sentiment de dévalorisation et une position de justification défensive constante. Une perte inhabituelle des repères moraux : le bien et le mal, le vrai et le faux, le juste et l'injuste ;
- une restriction de la vie sociale et affective ;
- des atteintes cognitives : perte de mémoire, troubles de concentration, de logique ;
- des idées suicidaires ;
- des atteintes somatiques : amaigrissement, prise de poids, épuisement, désorganisations psychosomatiques progressives, de gravité croissante, dans les sphères fonctionnelles fragiles : ORL, cardiaque, digestive...

Après cette période de décompensation aiguë, la patiente a présenté un tableau anxio-dépressif majeur, qui perdure et qui nécessite un arrêt-maladie prolongé.

La névrose traumatique

tableau clinique spécifique aux situations de violence au travail

La névrose traumatique survient dans toutes les situations où le sujet vit une menace, réelle ou ressentie, contre son intégrité physique, ou contre l'intégrité physique de quelqu'un en tant que témoin. Elle correspond à un débordement du travail de l'appareil psychique qui, pris par surprise, n'a pu développer des mécanismes de défense et d'anticipation du danger. Il existe, pour chacun d'entre nous, des circonstances spécifiques capables en raison de leur signification personnelle, de déclencher une névrose traumatique. Il n'y a pas de proportionnalité objective entre la gravité de l'accident ou de la situation et la gravité du tableau clinique.

Le tableau clinique :

La névrose traumatique se caractérise par son début, sans période de latence, dans les suites immédiates de l'accident de travail ou de la situation de travail ayant valeur de traumatisme.

L'angoisse du patient est subaiguë avec des manifestations physiques : tachycardie, tremblements, sueurs, boule œsophagienne.

Le retour en boucle de la scène traumatisante s'impose au patient et lui fait revivre la situation traumatisante.

Les attaques d'angoisse surgissent spontanément, déclenchées par une perception analogique avec tel ou tel détail cardinal de la scène traumatique. Bruit, couleur du mur, mimique d'une personne présente, odeur particulière.

Les cauchemars intrusifs apparaissent entraînant le réveil immédiat en sueurs, en criant.

L'insomnie réactionnelle devient le moyen de bloquer la survenue des cauchemars intrusifs.

L'insomnie, la fatigue, la lutte contre les crises d'angoisse génèrent un repli social, affectif et sexuel majeur, une altération progressive de l'état général, sur tous ses versants, somatique, cognitif, psychique.

Les atteintes cognitives sont toujours présentes : perte de mémoire, troubles de concentration, de logique.

Les atteintes psychiques entraînent la perte de l'estime de soi, un sentiment de dévalorisation, de perte de ses compétences. Les pleurs, le sentiment de culpabilité, la position défensive de justification sont des signes majeurs d'effondrement anxio-dépressif, pouvant mener au raptus suicidaire.

Les atteintes somatiques sont le signe de l'atteinte des défenses immunitaires après l'effondrement des défenses psychiques.

Il existe un désarroi identitaire spécifique pour les patients subissant des situations professionnelles contradictoires où leurs difficultés de terrain n'ont pu remonter dans la hiérarchie, être reconnues et mises en débat jusqu'au traumatisme : altération des repères moraux, le vrai et le faux, le juste et l'injuste, le bien et le mal.

Le traitement :

Le travail précoce de mise en récit par des psychothérapeutes spécialisés, un suivi psychothérapique régulier, la prescription d'anxiolytiques et d'antidépresseurs sont les premiers moyens de prévention de ce syndrome. La reconnaissance de la souffrance endurée au travail par les instances administratives a une valeur symbolique forte. Le retour au poste de travail est généralement impossible pour le patient, puisque les réminiscences vont déclencher les mêmes mécanismes d'angoisse. Un changement de poste est souvent nécessaire, pensé en terme de poursuite d'une trajectoire professionnelle positive.

La prévention :

La prévention implique la connaissance du tableau clinique et son coût personnel et collectif en terme de santé publique. L'analyse des difficultés réelles du travail sur le terrain, la constitution de collectifs de travail soudés autour de règles de métier commune et de stratégie collectives de défense, évitent l'isolement subjectif au travail et par des processus de coopération peuvent aider quelqu'un en difficulté à tenir.

1. Technique apparue aux États-Unis, l'évaluation à 360°, appliquée en France depuis une bonne dizaine d'années, a pour principal objectif de fournir à une personne exerçant des fonctions d'encadrement un « feed-back » sur la manière dont son style de leadership est perçu par : lui-même (auto évaluation), son supérieur hiérarchique, ses collatéraux et ses collaborateurs (entre 4 et 6 et dans certains cas, jusqu'à 10). L'« évalué » commence par remplir un questionnaire très pointu et centré sur lui-même, rempli aussi par son supérieur, ses pairs, ses N-1..., voire parfois certains de ses clients ou fournisseurs. Basée sur un strict anonymat, l'évaluation à 360° peut être utilisée individuellement ou

collectivement, lorsqu'un groupe de cadres responsables souhaite améliorer son style de management.

2. De Beaurepaire C., Fayada C., 2001 : « Réactions paranoïaques au travail : Expérience de la consultation médico-psychologique d'une entreprise de transport ferroviaire : implications cliniques, pathogéniques et professionnelles ». Acte du 3^e CIPPT, février 2001.
3. Reich P., De Silva R.-A., Lown B., Murawski B.-J., *La mortalité par accident coronarien*, 1981.
4. Le fonctionnement en mode dégradé tente de fournir le travail jugé indispensable, dans un contexte de manque de ressources complètes ou régulières.

.../...

- Lown B., « Mental stress, arrhythmias and sudden death », *The American journal of medicine*, february, 1982.
- Marty Pierre, « Genèse des maladies graves et critères de gravité en psychosomatique », *Revue Française de Psychosomatique*, N° 1. 5-22. PUF, 1991.
- Molinier Pascale, *L'énigme de la femme active*, Payot, 2003.
- Park J., Chow YS, YI KH, Rhee KY, Kim Y, Moon YH: « Unexpected natural death among korean workers », *Journal of Occupational health*, 41(4):238-243, october 1999.
- Pezé Marie, *Le deuxième corps*, Collection Le Genre du Monde, Éd. La Dispute, 2002.
- Pezé Marie, *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*, Pearson, 2008.
- Sami Ali, *L'espace, le corps et le temps*, Dunod, 1990.

Avant que de sombrer

Lorsque le sens fait défaut et que le soutien du collectif disparaît, c'est un luxe de pouvoir sauver sa peau.

Jeanne-Marie Ehster, médecin, inspecteur du travail

§Médecine du travail,
§Souffrance au travail,
§Conditions de travail

J'avais accepté, auprès du médecin généraliste qui me suit pour une hypertension artérielle (HTA) sévère, de témoigner de mon expérience personnelle d'une situation de souffrance au travail. En fait, j'en suis incapable.

Comment témoigner de l'indicible ? Comment faire la part du rationnel et de l'irrationnel ?

Ça ne vous tombe pas sur la tête du jour au lendemain. C'est une histoire qui se construit au fil du temps et qui entremêle métier, collègues, au sens large du terme, et sujet. Oui, sujet et surtout pas victime.

J'ai dû démissionner d'un travail passionnant, que j'ai exercé pendant seize ans, pour sauver ma peau. Pour ne pas médicaliser un problème social. Pour ne pas glisser dans la dépression dont je me sentais dangereusement proche.

Médecin, en charge d'une consultation sur la souffrance au travail, je suis théoriquement bien placée pour évaluer les dégâts et mettre en œuvre les stratégies pour faire face, en l'occurrence partir tant qu'il en est temps.

Mais quel luxe de pouvoir démissionner ! Cela suppose que l'on a trouvé un autre emploi. Combien de salariés ont cette chance, passés 50 ans, de quitter un emploi en en ayant trouvé un autre ? Certes, pas aussi intéressant sans doute, mais il faut savoir ce que l'on veut.

Je suis passée par toutes les phases.

Quand on est passionné par son travail, on ne compte ni son temps ni sa peine. Que dis-je « peine » : il ne s'agit pas de peine, mais de plaisir. L'hyperactivité, c'est stimulant. Les pathologies qui vont avec aussi, hélas !

– HTA sévère : certes il y a des facteurs de risque, mais il suffit que, confortablement assise, j'évoque mes difficultés professionnelles pendant 30 minutes pour voir ma tension atteindre les 20/10. La rédaction de

ce non témoignage, tranquillement installée chez moi, m'a valu une soirée de céphalées et un passage de 13/8 à 16/10,5.

– Deux accidents ischémiques transitoires, dont l'un m'a conduit aux urgences ophtalmologiques, comme par hasard une heure avant une réunion que je pressentais comme potentiellement houleuse. Mais initialement, je n'ai fait le lien qu'avec mon HTA.

– Des troubles musculo-squelettiques (TMS) du membre supérieur droit en lien avec un usage du clavier et de la souris d'ordinateur, sans réelle maîtrise de l'outil, vite, vite.

– Des cervico-lombalgies. Après un recours infructueux au rhumatologue et kiné, parce qu'il faut être vite en forme, j'ai eu recours à l'ostéopathe. D'une consultation une fois tous les deux ans, il y a treize ans, je suis passée à trois fois par an pour désormais souffrir quasiment tous les jours. Certes, j'ai vieilli mais... en vacances les douleurs disparaissent.

Mais finalement, ces pathologies de surcharge, j'arrivais à m'en accommoder tant que je ne consultais pas la généraliste dans le cadre du suivi de mon HTA. Là, sans raison et uniquement là, je lâchais les vannes, incapable de retenir les larmes, attribuant cet état à mon inquiétude d'un éventuel accident vasculaire cérébral. J'étais une très mauvaise malade, évitant d'aller la voir : c'est l'avantage et l'inconvénient d'être médecin, je fais mes ordonnances.

Puis est arrivée l'insomnie. Première nuit blanche de ma vie, pleine forme le lendemain. Que s'est-il passé ? Quelques jours plus tard, nouvelle nuit blanche. Mais là, je sais ce qui s'est passé. Depuis un an, les relations de travail se sont dégradées avec le service voisin. Là où toutes les portes des bureaux restaient ouvertes, désormais, on se claquemure. On

s'observe, on s'épie, le régime de la rumeur s'installe. Un collectif se construit, permet de faire face. Mais des dossiers que j'avais initiés me sont retirés. Sans rien en dire, simplement l'information me permettant un suivi ne m'arrive plus. Mais j'ai une bonne nature, je positive : c'est pas mal non plus de lever le pied, d'avoir du temps. Mais le secrétariat du service va lui aussi être pris à partie et bientôt, je suis toujours aussi débordée, mais parce que je passe 40 % de mon temps à remplacer un secrétariat défaillant. Ça n'arrange pas les TMS, mais ça améliore grandement ma compétence dans le domaine.

Très vite, dans cette fonction, j'ai eu le sentiment de n'être qu'un leurre pour ceux qui m'emploient.

Ces tensions conduisent à une réflexion sur le métier. Qu'attend-on de moi ? En attend-on seulement quelque chose ? Quelle est mon utilité sociale ? Petit à petit le doute s'installe : ce n'est pas nouveau. Très vite, dans cette fonction, j'ai eu le sentiment de n'être qu'un leurre pour ceux qui m'emploient, un spécialiste de la santé utilisé pour afficher une politique par ailleurs inexistante. Mais suite à la loi de santé publique de 2004, la question est devenue plus vive : salariée de l'Etat, j'ai cru qu'enfin le travail accompli dans notre coin, avec mon collègue (dans la région, nous n'étions que deux médecins dans la structure qui nous emploie) allait trouver un écho. Ce que je n'avais pas anticipé, et qui s'est produit dans plusieurs régions, c'est que, le dossier de la santé au travail devenant plus chaud, certains se sont mis à penser que des médecins n'étaient pas à même de le traiter : seuls les juristes avaient la légitimité pour en traiter, en responsabilité. Une responsable s'est récemment étonnée auprès de moi qu'un médecin se pose des questions de stratégie de santé publique, de politique et de responsabilité de l'État. Pour ce cadre supérieur, un médecin ne pense que malades et maladies. Elle a d'ailleurs la même vision des ingénieurs : seuls les juristes pensent, les autres mettent en œuvre ce qu'ils ont appris.

Toutes les difficultés se mêlent et les troubles du sommeil s'installent. Avec eux les troubles de l'humeur. Moi qui ne connaît quasiment pas la colère, au point de me souvenir de chaque épisode de ma vie où je l'ai vécue, plusieurs fois, je vais me trouver débordée par cette émotion. Je vais donc me résigner à recourir aux somnifères pour éviter les

dérèpages. C'est ce nouveau palier dans les troubles qui va me conduire à répondre à des offres d'emploi, mais sans grande conviction : comment trouver plus intéressant ce que je fais ?

Et puis mon collègue va partir à la retraite. Ça faisait treize ans que nous travaillions ensemble, en ayant en général la même analyse des dossiers. Plus personne avec qui échanger, construire du sens, s'assurer du bien fondé des postures professionnelles prises. Brusquement, dans ce milieu devenu hostile au fil des dernières années, je vais me sentir seule, vulnérable. Alors que j'avais fait la fine bouche sur des postes proches de mon domicile, là je vais prendre le premier qui passe, à 90 kilomètres de chez moi, car je me sens perdue. En rentrant du travail, je suis secouée de sanglots sans larmes, d'autres fois je pleure sans savoir pourquoi alors que je ne pense même pas au travail. Le soir plutôt qu'un médicament, pour me détendre je vais me mettre à l'apéritif : c'est plus agréable, plus convivial.

Stop.

La démission remise, reste à faire le deuil du boulot tout en faisant son temps de préavis. Expliquer sans tirer sur personne, sans se plaindre de trop que l'on part parce qu'on en peut plus. Certains croient que je fais ma mauvaise tête, une sorte de coup de force pour une revanche. Ça me rassure sur ma capacité à faire illusion. Néanmoins, à certains moments, je suis dans l'incapacité de contrôler les larmes : pourquoi à ce moment-là, devant ceux-là ?

Depuis quinze jours, je suis en congés et dans une semaine, ce sera le pot de départ. Car quand même, on ne peut pas partir comme une voleuse, après seize années d'activité dans un établissement. Si ce n'est pour moi, au moins pour la fonction que j'occupais.

J'arrive enfin à écrire ceci alors que la commande date de plus de trois mois. Totalement inhibée : j'ai relu Laborit. La perte du sens. Ne plus pouvoir y croire. Ramer, prendre des coups (j'occupe un poste un peu exposé), mais pour quoi, pour quelles avancées ? Je travaillais dans le champ de la santé au travail, mais je n'arrive plus à croire à l'utilité de mon travail. Je ne suis pas seule dans cette situation, environ 20 % de démissions parmi l'ensemble de mes collègues dispersés sur le territoire. Au moins, je ne culpabilise pas, je ne suis pas seule à souffrir même si peu avouent partir pour des motifs professionnels. Dans n'importe quelle entreprise un tel turn over devrait amener à poser la question du risque psycho-social.

Je me croyais solide comme un roc avec un tel instinct de survie que jamais je ne pourrais me laisser atteindre par la dépression. J'y ai échappé, je prends la fuite avant que de sombrer.

Ciao ! ■

Histoire d'un Burn-out

I **Sylvie Cognard**, médecin généraliste

Années 2003/2004. De l'intérieur, je souffre intensément des remaniements qui se répercutent sur ma façon de prendre soin des patients qui s'adressent à moi. Cette façon que j'ai d'exercer mon métier en me donnant à fond. Petit à petit, lentement mais sûrement, la protection sociale des patients que je prends en charge se réduit comme peau de chagrin. Je sais bien que si les soins que je leur prodigue ne sont plus remboursés, ils ne viendront plus comme avant. J'essaie pourtant de faire comme avant, avec la paperasse et les tracasseries, le temps que je passe à prendre soin d'eux se rallonge. Je finis par faire des semaines de soixante heures, car il faut rajouter le temps que je passe à les défendre ces fameux droits. Ce temps professionnel bouffe peu à peu mon temps personnel et familial, la tension devient insupportable. Ma mère, qui vit à nos côtés, s'enfoncé dans la démence, mon couple en souffre. Ma vie tant professionnelle que personnelle commence à ressembler au radeau de la méduse, ça prend l'eau de partout... Infection ORL qui vire au cauchemar, rupture du tendon d'Achille. Il me faut quitter le navire, il en va de ma santé, de ma vie. Mais avant de quitter le navire, je veux dire pourquoi je le quitte. J'écris comme un hurlement mon déchirement. Parallèlement, j'entreprends un travail d'analyse pour tenter de comprendre ce qui m'advient.

Avril 2005. Mon bouquin paraît. Excellent accueil auprès du grand public, des usagers du soin, des travailleurs sociaux, des infirmières. Accueil beaucoup plus tiède de mes confrères. Je sens confusément que je dérange. Aucun ne me le dit vraiment, mais il me semble qu'ils expliquent mon décrochage de plaque et mon épuisement par mes

problèmes personnels sur lesquels je reste pourtant très discrète. Ils ne peuvent pas concevoir que ce soient les profonds changements que l'on veut appliquer à notre pratique qui m'ont fait craquer. Il semble malséant de penser que la marchandisation du soin, aspect politique, soit responsable d'une intense souffrance ressentie au travail. Il faut que ce soit mes problèmes personnels, c'est plus « glamour ». La « pauvre fille », entre sa mère démente et son mari qui ne supporte plus ses investissements professionnels et militants, il y a de quoi craquer !

Années 2006/2007. Je mets en musique mon départ, je mets les bouchées doubles au boulot, cherche et trouve de jeunes professionnels pour me remplacer. Je ne veux pas partir comme une voleuse. Ma mère intègre une maison de retraite médicalisée.

2008/2009. Je me redresse. Mes nouveaux investissements professionnels me comblent. Je continue de militer pour une juste reconnaissance du métier de médecin de famille et pour la défense des droits sociaux des usagers du soin et de la santé. Je vais être grand-mère, la confiance en l'avenir de mes enfants me redonne l'espérance, qu'un temps j'avais perdue.

Certes, problèmes professionnels et personnels se sont conjugués pendant mon « Burn-Out ». Mais je revendique que ce sont bien les profondes modifications imposées à la pratique de mon métier, par des lois iniques et seulement comptables, qui en sont l'origine première. Considérer que ce sont mes problèmes personnels qui seraient à l'origine de mon épuisement serait mépriser l'intelligence de la réflexion collective et politique à propos de notre système de santé. ■

Apte... Au suivant !

■ **Eddie Damadji**, patient

Depuis trente-cinq ans, je travaille comme peintre en bâtiment (intérieur) à Paris et dans la région parisienne. Quand l'entreprise dans laquelle j'exerçais a fait faillite, j'ai rencontré des problèmes pour me faire réembaucher : les patrons préfèrent des ouvriers plus jeunes. Alors je me suis orienté vers les intérim. Ce qui m'a permis de découvrir d'autres boîtes de peinture, des grandes, des moyennes et des petites, et les conditions de travail dans ces entreprises-là. J'ai connu des travailleurs qui traînent depuis des mois, voire des années avec des maux comme le mal de dos, le gonflement des genoux, les difficultés à lever le bras, etc. Ils considèrent ça comme les « risques du métier », et point final. Ce n'est pas à la visite médicale annuelle que l'on détecte ces maux. Ces visites sont pour moi une simple formalité où l'on s'empresse de noter « Apte » après les divers examens. Mais une fois, je suis tombé sur un médecin du travail, une femme, qui m'a sérieusement examiné, et j'étais très étonné. Cela ne s'est pas produit depuis des années.

Les chefs de chantier, qui sont en relation permanente avec les ouvriers, savent lesquels souffrent du dos, du genou, etc.

Un exemple : dans une entreprise où j'étais en mission pour trois semaines, le commis a fait livrer un lundi matin du matériel de peinture : tines de peinture de 25 kg, sacs d'enduit de 15 kg, sacs de plâtre fin, des gazelles, des matériaux d'échafaudage, des escabeaux, etc. Il s'agit de les monter, à dos d'homme, jusqu'au cinquième étage. Le travail consistait à transformer des chambres de bonnes en bureaux.

Avant de commencer à monter ce matériel, le chef

lance des ordres aux ouvriers : « Doudou, lessive-moi les portes » ; à un autre : « Toi Philippe, continue à rouler le mur ». Il vient de désigner deux peintres : l'un a le mal de dos, l'autre souffre des genoux ; ils ne peuvent transporter du matériel assez lourd. C'est à nous les autres de faire ce genre de boulot. Selon les besoins, un peintre peut passer, le même jour, d'un type de travail à un autre ; il peut travailler tantôt debout, tantôt à genoux, tantôt en hauteur sur une gazelle, un escabeau ou échafaudage. Là, il faut monter, descendre, monter...

Le rôle du chef consiste à répartir le travail, et à veiller à son exécution. Il n'est pas habilité à donner le conseil à ces deux handicapés d'aller consulter un médecin pour voir si celui-ci peut engager le processus de reconnaissance de maladies professionnelles.

Quant à ces deux ouvriers, par manque d'information, il ne leur vient pas à l'esprit de consulter un médecin. Même informés, ils n'y vont pas parce qu'en s'absentant, ils donnent du travail supplémentaire à leurs collègues. Or le plus souvent, le temps presse, il faut impérativement finir le travail à une date précise : livrer à temps. Pour cela, les ouvriers n'aiment pas manquer à l'appel. C'est mal vu par les chefs mais aussi, malheureusement, par leurs collègues de travail.

Ainsi nombre d'ouvriers du bâtiment traînent, à longueur d'années des maux qui, diagnostiqués, peuvent entrer dans le cadre de maladies professionnelles. Encore faut-il faire la démarche d'aller voir son médecin traitant. ■

Retour au travail après un cancer

Lorsque les dispositifs d'aménagement du poste de travail font défaut, la reprise du travail après un cancer devient le parcours du combattant.

■ **Anne-Marie Waser**, sociologue au Lise (CNAM)

§Arrêt de travail,
§Droits,
§Conditions de travail,
§Exclusion

Dans le monde du travail, la santé et, plus particulièrement, la maladie des travailleurs n'est pas pensée, car elle ne se négocie pas entre les partenaires sociaux. Elle est difficile à quantifier autrement que par des jours d'arrêts maladies et des coûts économiques liés à ces arrêts. Elle n'est guère prévisible et a des effets très différents sur la capacité de travail selon les individus. De leur côté, les salariés ou indépendants subissent la maladie et ses effets sur le travail, les relations au travail et hors du travail. Selon leur statut, le type de contrat de travail qu'ils ont signé et leur ancienneté, certains ont des droits et les connaissent, d'autres n'en ont pas ou peu, d'autres encore ne les connaissent pas ou ne cherchent pas à les connaître et prennent sur eux. Faire valoir ses droits, être pris en charge, être aidés revient pour certains à afficher leurs faiblesses. Déjà diminués par la maladie, ils supportent seuls les efforts que suppose le retour au travail. Pourquoi ?

Le salarié malade n'est plus considéré comme fiable, on le croit moins performant que lorsqu'il était en bonne santé, on lui réserve une place à part. Le défaut ou la faiblesse des collectifs de travail est une des causes de l'impossible retrait momentané d'un des salariés. La crise de l'emploi amplifie l'anémie des collectifs ainsi que le management moderne qui, en réponse aux multiples contraintes qu'il affronte, a développé des conditions de mise au travail et de mobilisation des salariés apparemment plus valorisantes pour les individus, mais qui les coupent de leur rapport altruiste à la société (Linhart, 2009).

Être employé, c'est prendre en charge une partie des charges de travail, mais aussi des contradictions organisationnelles, des dysfonctionnements, des manquements managériaux, des erreurs des collègues, etc., car la santé de l'entreprise prime-

rait. Se présenter à son poste de travail diminué par la maladie, avec pour objectif de se ménager est pour certains, y compris ceux qui reviennent au travail avec un cancer, antinomique avec cet état d'esprit qui vise à se donner pour accroître la compétitivité de son entreprise. Du coup, celui qui est malade au travail n'a de choix que d'essayer de rendre sa maladie indécible et de maintenir sa productivité. S'il n'y parvient pas, il sera tôt ou tard mis à l'écart et les sanctions en seront d'autant plus fortes qu'il est dans une situation précaire et qu'il ne peut mobiliser que peu de ressources propres.

“ Faire valoir ses droits, être pris en charge, être aidé revient pour certains à afficher leurs faiblesses.

Les ressources que les personnes malades revenant au travail parviennent à mobiliser pour faire face à cette double épreuve – stabiliser leur état de santé et tenir leur poste – relèvent de la sphère personnelle ou familiale (aides, ressources financières de proches, assurances ou capitaux privés, etc.), mais également de collectifs (collègues, associations, etc.) ou de dispositifs d'aide publique offerts à certains salariés seulement. Parmi les questions abordées par l'étude intitulée *Travailler avec un cancer* (voir encadré ci-dessous) une retient particulièrement notre attention dans cet article : quelles sont les raisons qui poussent les salariés atteints de cancer, ayant droit aux congés de longue durée ou à un mi-temps thérapeutique, à

ne pas en demander le bénéfice, à hésiter à le faire ou encore à négocier ce droit ?

Protégées par leur contrat de travail, toutes les personnes interrogées et qui étaient en emploi au moment du diagnostic de leur cancer ont repris dans l'entreprise qui les employait, mais pas toujours au même poste. Retourner au travail, retrouver ses marques, réaliser ses tâches apparaît comme une première étape importante pour sortir de la maladie. Cependant, l'inquiétude liée à l'incertitude sur leurs capacités à reprendre leur activité professionnelle – inquiétude accrue lorsque l'activité est nouvelle –, aux répercussions d'une absence prolongée et à l'effet du regard des autres conduit certains à l'isolement, d'autres à nier la maladie et ses effets en faisant comme si rien ne s'était passé. Sans la mise en œuvre de dispositifs d'aide, comme le mi-temps thérapeutique, le retour au travail se solde dans bien des cas par de nouveaux arrêts car, puisant dans leurs propres ressources, les personnes s'épuisent au travail alors que leur santé est encore fragile. Pour être efficace, le mi-temps thérapeutique, pourtant plébiscité par les salariés malades et les médecins, doit être mis en place de façon concertée avec l'entreprise. Or, c'est rarement le cas.

Prendre sur soi

Malek décide, après un arrêt de huit mois pour soigner la maladie d'Hodgkin qu'il a déclarée à l'âge de 30 ans, de diminuer drastiquement ses investissements au travail. Le « plaisir » au travail, dans la vie en général est son nouveau fil directeur. Accroché à ce principe afin de ne plus faire comme avant le diagnostic – « travailler comme un malade » – Malek, technicien en CDI dans une grande entreprise dans le service de gestion de la production qui « est bordélique (...) pas organisé du tout » décide de quitter son travail à seize heures. Avant son cancer, il restait parfois jusqu'à vingt-trois heures pour débrouiller les problèmes chroniques du service dans lequel il avait des responsabilités, sans pour être reconnu cadre. Il a repris à plein temps dans ce poste où il était en échec avant sa maladie et met « un point d'honneur » à n'avoir jamais bénéficié de dispositif d'aide aux malades. Il n'est plus malade. Il ne veut pas entendre ceux qui lui parlent de mi-temps thérapeutique. Désormais, concernant la charge, les objectifs et les horaires de travail « c'est [lui] qui décide ». Conscient que sa hiérarchie compte sur lui pour reprendre ce service, il indique à son chef qu'il est prêt à quitter l'entreprise s'il trouvait à redire. Préserver sa santé au travail relève donc du rapport de forces.

Limiter les horaires de travail n'a changé en rien le problème de procédure auquel il s'était déjà heurté et qui l'avait amené à se surinvestir. Pour résister à la fuite en avant dans l'activisme qui le

hante, quelques mois après sa reprise, il décide de postuler sur un poste dans un service « mieux organisé » selon les informations qu'il a pu glaner auprès de ses collègues. Il quitte son poste, « un travail impossible », sans pour autant chercher à faire partager ce constat avec ses supérieurs hiérarchiques. Un autre s'y épuise.

Prendre et décider seul de ses droits

Dans la plupart des cas, l'obtention d'un mi-temps thérapeutique se fait sans accord écrit, ni même discussion sur les tâches à réaliser. La demande, qui très souvent se fait directement du salarié convalescent à son supérieur hiérarchique, débouche sur une discussion concernant les horaires de travail. Rarement le type de tâche, la charge de travail ou les objectifs sont abordés. Il est sous-entendu que le salarié fera ce qu'il pourra, c'est-à-dire son maximum. De plus, sans la médiation d'une tierce personne, le médecin du travail en l'occurrence, le contrôle des horaires n'est pas suivi sur la durée du dispositif. Les questions qui importent sont organisationnelles : à qui et comment donner le travail non réalisé du fait de l'absence du salarié convalescent ?

Le défaut ou la faiblesse des collectifs de travail est une des causes de l'impossible retrait momentané d'un des salariés.

Laure, 38 ans, après un cancer du sein qui l'éloigne deux ans de son travail d'archiviste dans une banque, reprend à mi-temps thérapeutique et demande à sa chef de service de travailler tous les matins. Elle n'en parle pas au médecin du travail pourtant sur place. .../...

Travailler avec un cancer

L'étude pluridisciplinaire menée par une équipe du Centre d'études de l'emploi, financée par l'Institut national du cancer et l'Association pour la Recherche sur le cancer, analyse les dispositifs d'aménagements des conditions de travail des personnes ayant repris une activité professionnelle après un cancer et repère les ressources mobilisées par ces dernières pour « tenir ensemble » santé et travail. Le volet qualitatif de cette étude achevée en janvier 2009 s'appuie sur les récits biographiques centrés sur la reprise ou la poursuite d'activité de vingt-neuf personnes. Elles ne sont en rien représentatives de celles qui reprennent une activité professionnelle après un cancer, mais elles offrent une diversité de situations professionnelles. En effet, treize sont employées, sept cadres intermédiaires, six cadres supérieurs, trois indépendants et une est exploitante agricole. Cette étude a été réalisée par Karine Chassaing (ergonome), Christine le Clainche (économiste), Noëlle Lasne (médecin du travail), Anne-Marie Waser (sociologue).

.../...

La visite de pré-reprise est une formalité. La demande de Laure est acceptée : elle fera ce qu'elle pourra car la société qui l'emploie en CDI n'est pas parvenue à résoudre un problème organisationnel lié à l'implantation d'un nouveau logiciel et au changement du modèle de management. Le retard dans la mise à jour des dossiers des clients, déjà important avant son congé maladie, s'est encore accru par le fait que les deux archivistes, totalement débordées pour rechercher les dossiers ou les courriers des clients, n'ont pas le temps de les ranger. Au lieu de rechercher des dossiers rangés dans les archives, ils sont obligés, du fait de la désorganisation structurelle de l'entreprise, de chercher les dossiers, qui peuvent être sur une pile posée sur un bureau parmi une centaine de collaborateurs. Durant les premières semaines de reprise, Laure se raisonne et parvient à quitter son travail à midi. Mais rapidement ensuite, elle ne « supporte pas » de laisser son travail inachevé et prolonge ainsi ses demi-journées de travail pour traiter les urgences et ne pas laisser ses tâches à sa collègue. Du coup, Laure quitte son travail bien souvent après midi.

Frustrée, irritée par du travail mal fait, portant sur elle le mécontentement des clients et la désorganisation de l'entreprise, elle replonge dans une activité frénétique qu'elle avait déjà connue avant le diagnostic de son cancer. Comme avant le cancer, elle rentre à nouveau « énervée » à la maison. Son mari et ses enfants réagissent en l'incitant à demander un poste assis dans un autre service. Laure n'est pas convaincue qu'un poste à l'affiliation lui convienne mieux en raison des objectifs et indicateurs de performance auquel ce service est désormais soumis. Sans en parler, ni à sa chef, ni au médecin du travail, elle en fait tout de même la demande à la direction. Au bout de quelques mois, Laure obtient ce poste très différent de celui qu'elle avait aux archives et décide seule de mettre un terme à son mi-temps thérapeutique. Une façon de montrer sa reconnaissance envers la direction pour ce nouveau poste qui est une promotion sociale pour elle. Sous pression, dans un métier totalement nouveau pour elle, elle ne tient que trois mois et demande à retourner aux archives. Le retour aux archives à plein temps, sous la même pression, se solde en quelque mois par un nouvel arrêt pour « dépression » par son médecin traitant. Son mari, qui vient de s'installer comme restaurateur, l'incite à démissionner, elle pourrait « aider dans la salle ou s'occuper des achats ». Inquiète pour son avenir, déstabilisée par les conseils bienveillants de proches ou de professionnels distants car non impliqués dans l'organisation du travail de son entreprise, Laure évolue vers une stratégie de repli : préparer un concours de la fonction territoriale afin de se mettre à l'abri des pressions du secteur privé et préserver ainsi sa santé.

Cette succession de fuites en avant ou de replis stratégiques montre que l'absence de discussion

avec des responsables de l'entreprise sur les capacités de travail, les difficultés organisationnelles, les rythmes de travail, ne fait que déplacer et aggraver la question de la pression que les salariés convalescents ne tolèrent plus une fois de retour. Le cas présenté ci-dessous montre que, pour discuter avec la hiérarchie des problèmes rencontrés dans le travail, il faut des ressources supplémentaires, car tout se passe comme si pour obtenir un accord concerté sur ses droits, une négociation – explicite ou implicite – devait se faire.

Des droits négociés pour parvenir à un équilibre

Lise, 44 ans, est cadre commerciale dans une grande entreprise. Elle reprend à mi-temps thérapeutique treize mois après le diagnostic d'un cancer du sein. Sans que le médecin du travail de l'entreprise ne soit consulté, elle accepte les objectifs du nouveau poste que lui propose sa hiérarchie. Selon Lise, son chef a anticipé le fait qu'elle ne puisse pas donner le meilleur d'elle-même dès la reprise et qu'il lui faudrait

“Celui qui est malade au travail n'a de choix que d'essayer de rendre sa maladie indicible et de maintenir sa productivité.”

un temps pour assimiler les changements dans l'organisation et les produits. « J'ai de la chance d'avoir un manager qui est très humain, qui a respecté... (...) sa mère a été aussi atteinte d'un cancer du sein ». Tout se passe dans ce cas comme si, à cette compréhension de la part de son « N + 1 », correspondait le fait qu'elle accepte sans rien dire ce nouveau poste « présenté comme un priorité », mais moins stratégique que celui qu'elle a dû laisser au moment où elle partait en congé maladie.

Après le mi-temps que son médecin n'a pas prolongé, ressentant encore la fatigue, Lise voulait se « donner toutes les chances de guérison (...) j'ai cette épée de Damoclès ». Elle décide en accord avec son mari, un cadre salarié d'une autre grande entreprise, de prendre un temps partiel « on pouvait se le permettre ». Ce temps libéré lui permet de récupérer, « faire autre chose (...) du yoga, lire (...) s'occuper des enfants, de la maison », mais aussi de refaire l'équilibre entre ce qu'elle peut donner à l'entreprise et ce qu'elle lui a donné et lui donne. En effet, en bonne gestionnaire des ressources dont elle et son conjoint bénéficient et responsabilisée par les coûts liés à son congé maladie et à son traitement, pour

Bibliographie

- Chassaing K., Le Clainche C., Lasne N., Waser A.-M., *Travailler avec un cancer. Regards croisés sur les dispositifs d'aménagement des conditions de travail et sur les ressources mobilisées pour tenir ensemble travail et santé*, rapport de recherche du Centre d'études de l'emploi remis à l'ARC et l'INC. Diffusion restreinte, 2009.
- Le Corroller-Soriano A.-G., Malavolti L., Mermilliod C., *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*, Drees-Inserm, coll. Études et statistiques, La Documentation française, 2008.
- Linhart D., *Travailler sans les autres*, Seuil 2009.
- Waser A.-M., « Travailler malgré le cancer, un privilège ? », *Santé & Travail*, n° 66, avril 2009.

l'entreprise et la Sécurité sociale, elle estime qu'il ne faut « pas coûter plus cher », « qu'il faut savoir être raisonnable ». Elle accepte de lâcher des avantages. À temps partiel, elle renonce de fait à l'ambition qu'elle avait pourtant de devenir « top manager ». Les nombreux jours de missions, la disponibilité totale ou presque que suppose cette fonction ne sont plus compatibles avec cet équilibre qu'elle vient de trouver. En renonçant explicitement à ses ambitions, elle n'est plus, vis-à-vis de ses homologues, une concurrente à ces postes tant convoités. Ces ajustements entre ce qu'elle a

reçu, ce qu'elle a donné et ce qu'elle rend semblent être une des conditions de l'acceptation des malades par les non malades en milieu ordinaire. Ne pas être promu, se voir retirer des responsabilités, renoncer à ses ambitions corroborent un des résultats de l'enquête « La vie deux ans après le diagnostic de cancer » de la Drees qui établit que 42 % des patients, qui avaient un emploi et moins de 58 ans au moment du diagnostic, ont le sentiment que leur cancer les a pénalisés de façon significative dans leur activité professionnelle. —

Nadia

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

Nadia a du s'arrêter quatre mois pour un accident vasculaire à 38 ans. Pas de mi-temps thérapeutique près de chez elle, elle reprend à temps plein, mais sa chef la tarabuste, lui reproche des erreurs qu'elle n'a pas faites. Elle supporte un temps puis décide de réagir, écrit au directeur pour parler de ce harcèlement, et dénoncer d'autres dérives (tabac, alcool) chez ses chefs. La déléguée du personnel la soutient, mais juste après elle craque, a des cauchemars, les vertiges reprennent. Je lui fais un arrêt de travail et déclare une maladie professionnelle pour stress au travail, ce qui permet de déclencher une enquête par l'Assurance maladie. Bien sûr, cette maladie professionnelle a peu de chances d'être reconnue, mais peut-être que cela permettra de poser le problème. En attendant, le médecin du travail, vu en pré-reprise après six semaines d'arrêt de travail, demande un reclassement qui sera certainement possible car c'est une grosse entreprise... Mais ce sera peut-être loin de chez elle. —

Sophie

Sophie craque, elle travaille depuis quinze ans et a toujours été irréprochable à son poste de responsable des achats dans un grand magasin. Mais on lui demande toujours plus et surtout d'exiger le maximum des personnes qu'elle encadre. Elle ne supporte plus les pressions, ne dort plus, pleure tout le temps, a mal au dos et à la tête. Son mari et sa fille sont inquiets. Je déclare une maladie professionnelle pour « harcèlement » et un arrêt de travail qui se prolonge, car elle sombre dans une dépression. Elle débute une psychothérapie et des antidépresseurs et le médecin conseil accepte la prise en charge à 100 % et l'arrêt de maladie « jusqu'à avis contraire », mais pas la maladie professionnelle, qui a quand même déclenché une enquête. Six mois après, Sophie commence à se reconstruire et attend le verdict de sa direction (licenciement ? demande d'inaptitude ?), car elle n'y retournera pas. Heureusement, elle a une mutuelle qui compense son salaire, mais elle ne sait pas comment elle retrouvera du travail à 50 ans... —

Produire, détruire

La guerre reste un modèle de référence dans le monde du travail.

■ **Christiane Vollaire**, philosophe

§Immigration,
§Guerre,
§Violence,
§Travail

C'est une photographie de Bruno Serralongue, de 1 m 25 sur 1 m 58, contrecollée sur aluminium. Elle s'intitule « Passer en Angleterre, Accès terminal transmanche, Calais, 2007 ». À mi-hauteur, la ligne presque horizontale du haut d'un talus la coupe en deux. Des fleurs jaunes à l'avant-plan, une broussaille, de l'herbe. La ligne verticale d'un pylône électrique au tiers droit, et les parallélépipèdes horizontaux de camions circulant derrière la glissière de sécurité. Devant la glissière, dans l'espace de ciel nuageux laissé entre deux camions, une silhouette se détache nettement. Sur la droite, autour du pylône, quatre autres silhouettes : deux debout, inscrites dans la ligne du camion de devant ; deux assises, inscrites dans la ligne de la glissière de sécurité. Il n'y a rien d'autre, sur la photo, que cette implacable géométrie, dans laquelle les corps sont inscrits. Corps des migrants, clandestins, qui attendent le container dans lequel ils pourront se glisser.

Les silhouettes sont celles d'hommes jeunes, droits. Ils viennent du Moyen-Orient, ils ont emprunté les filières des passeurs. Ils tentent de transgresser les barrages de l'espace de Schengen pour aller chercher du travail en Angleterre.

C'est un texte de Roberto Saviano : « Les biens ont des nationalités multiples ou bâtardes. Ils naissent pour moitié dans le centre de la Chine, puis sont assemblés dans quelque banlieue d'Europe de l'Est. Ils sont conçus et développés dans le nord-est de l'Italie, fabriqués dans les Pouilles ou au Nord de Tirana, puis se retrouvent dans quelque entrepôt européen. Les marchandises possèdent par essence un droit de libre circulation qu'aucun être humain n'aura jamais. Toutes les portions de route, tous les itinéraires officiels ou accidentels débouchent sur Naples. ¹ »

Circulation des hommes, circulation des choses

Ce que la photo de Serralongue nous fait visuellement éprouver dans cette géométrie d'un *no man's land*, d'un espace d'attente et de transit où des corps désœuvrés attendent de pouvoir exister, à l'abandon devant un défilé de containers pleins qui font circuler les choses, le texte de Saviano

nous le dit autrement, dans cette géographie de l'emploi clandestin et sous-payé, produisant cette prolifération incontrôlée de marchandises dont la plupart n'auront pas de destination : « Alors les grandes entreprises délocalisent leur production à l'est, en Roumanie, en Moldavie et en Orient, en Chine, pour bénéficier d'une main d'œuvre à bas coût. Mais ça ne suffit pas. Les marchandises produites à bas coût doivent être vendues sur un marché auquel de plus en plus de gens accèdent, grâce à des emplois irréguliers, à quelques économies et en comptant chaque centime. Les inventus augmentent et les marchandises, originales ou contrefaites, à moitié contrefaites ou semi-originales, entrent en silence. Sans laisser de trace. ² » À cette incalculable déperdition d'énergie des hommes répond l'inanité de la circulation des choses qui oppose un déni à la valeur même du travail.

“ Les marchandises possèdent par essence un droit de libre circulation qu'aucun être humain n'aura jamais.

R. Saviano

C'est un extrait de la *Guerre des Gaules* de Jules César : « César, pour les raisons que j'ai dites, avait décidé de franchir le Rhin. (...) Aussi, en dépit de l'extrême difficulté que présentait la construction d'un pont, à cause de la largeur, de la rapidité et de la profondeur du fleuve, il estimait qu'il devait tenter l'entreprise. (...) Dix jours après qu'on avait commencé à apporter les matériaux, toute la construction est achevée et l'armée passe le fleuve. (...) Après dix-huit jours complets passés au-delà du Rhin, estimant avoir atteint un résultat suffisamment glorieux et suffisamment utile, il revint en Gaule et coupa le pont derrière lui. ³ »

Dix jours d'un travail harassant, souvent mortel,

pour tailler les poutres, descendre dans le fleuve, enfoncer les pieux, placer les crampons au milieu de la violence du courant, dix jours de fabrication et de montage d'un monument d'ingénierie complexe, pour une vague razzia et un retour-éclair aboutissant à la destruction immédiate de ce qui vient d'être si dangereusement construit.

La guerre, dégradation de la valeur travail

Il existe ainsi, dès l'origine, une dévalorisation constitutive de l'idée même de travail, que le rapport à la guerre vient confirmer : la guerre est ce qui nous dit l'inanité de la valeur travail, c'est-à-dire l'inanité d'un modèle de légitimation de la propriété dans un régime violent qui est celui de l'appropriation par la destruction. Le chef de guerre qui fait travailler ses soldats et ses esclaves à l'édification d'un pont qu'il va détruire, est le même qui écrit quelques pages plus loin : « César, reprenant sa campagne de dévastation, disperse de tous côtés un fort contingent de cavalerie qu'il avait tiré des cités voisines. On incendiait les villages, tous les bâtiments isolés qu'on apercevait, on massacrait le bétail ; partout on faisait du butin. ⁴ »

On voit bien ici comment le massacre et le butin vont de pair (et par butin, il faut entendre essentiellement les populations « vendues à l'encan », selon la formule de César, comme esclaves). On détruit pour s'approprier, et l'on s'approprie ce qu'on a détruit, puisque la « campagne de dévastation » vise le territoire même qu'on veut acquérir. De cette épuisante course à la destruction, on sait qu'elle n'aura pas de fin : quand s'achève le récit de la *Guerre des Gaules*, c'est celui de la *Guerre civile* qui commence. Et la violence qu'il a expérimentée sur les « barbares », César l'appliquera à ses propres concitoyens.

Un système qui prône à la fois la flexibilité du travail et le blocage du processus migratoire, exhibe de lui-même ses propres contradictions.

On arrive mal à concilier le modèle de socialité, d'ordre, de rigueur, d'intelligence stratégique qui nous est fourni comme le modèle romain, avec les actes de sauvagerie extrême, de brutalité totalement irrationnelle, qui nous sont décrits dans le même temps, par le même auteur, avec les mêmes protagonistes. Et de ce point de vue, le modèle césarien nous apparaît bien comme un paradigme très contemporain : celui pour lequel la domina-

tion est une finalité qui excède toutes les autres, y compris celle de l'intérêt économique. Pour cette société policée, commerciale, économiquement avancée, le fruit du travail n'est cependant que le prétexte à de nouvelles appropriations. La guerre n'a de sens qu'en vue de la prochaine guerre, et la production en vue de la destruction.

Marchés financiers et politique de la terre brûlée

Or cette politique de la terre brûlée apparaît de plus en plus, dans notre actualité la plus proche, comme celle des marchés financiers qui régulent le monde du travail. Puisque là où la rivalité est posée en principe de comportement, c'est le principe de solidarité qui disparaît. Une politique d'entreprise, dont la finalité est la satisfaction des actionnaires au détriment des salariés, vise bien à remporter une guerre financière par la destruction de ses soutiens économiques. Elle détruit les ponts qu'elle a fait construire.

C'est un texte de Simone Weil, du 10 juin 1936. : « Forcer. Forcer encore. Vaincre à chaque seconde ce dégoût, cet écoëurement qui paralysent. Plus vite. Il s'agit de doubler la cadence. Combien en ai-je fait au bout d'une heure ? 600. Plus vite. Combien, au bout de cette dernière heure ? 650. La sonnerie. Pointer, s'habiller, sortir de l'usine le corps vidé de toute énergie vitale, l'esprit vide de pensée, le cœur submergé de dégoût, de rage muette, et, par-dessus tout cela, d'un sentiment d'impuissance et de soumission. Car le seul espoir pour le lendemain, c'est qu'on veuille bien me laisser passer encore une pareille journée. ⁵ »

Quel mode de rationalité présente donc ici l'archétype fordien de l'organisation du travail, pour aboutir à cette totale absurdité d'une désorganisation de la vie, dans un rapport de soumission absolue ?

C'est un texte de Zygmunt Bauman, publié en 2007 : « Les « migrants économiques » (ceux qui suivent le précepte du « choix rationnel » tant vanté par les néolibéraux, et qui essaient donc de gagner leur pain là où c'est possible au lieu de rester là où c'est impossible) sont ouvertement condamnés par ces mêmes gouvernements qui s'efforcent de faire de la « flexibilité de la main d'œuvre » la vertu essentielle de leur électorat et qui exhortent les chômeurs vivant sur place à « monter sur leur vélo » pour

aller où le travail se trouve. ⁶ »

Ce que pointe Bauman, c'est précisément le double langage et la contradiction interne qui caractérisent l'omniprésence du discours néolibéral. Et c'est l'irrationalité même de la prétention rationnelle qu'il stigmatise, ouvrant ainsi une nouvelle voie à l'analyse contemporaine du processus de soumission que Simone Weil, philosophe engagée comme ouvrière en usine, décrivait dans son expé-

.../...

.../... rience des années trente. Un système qui prône à la fois la flexibilité du travail et le blocage du processus migratoire, exhibe de lui-même ses propres contradictions

Quoi de neuf ?

On le voit, l'inanité contemporaine d'un rapport pervers au travail n'est nullement une absolue nouveauté. Elle est au contraire inscrite dans l'histoire des hommes, dans l'histoire même de l'organisation de la production, intrinsèquement liée à celle de la destruction.

L'histoire « événementielle », l'histoire des guerres, n'est nullement opposable à l'histoire du vécu quotidien, à ce que Hésiode appelait, au VIII^e siècle av. J.-C. « les travaux et les jours ». Elle en est au contraire le schéma sous-jacent, et la violence des rapports de production est à l'aune de celle des rapports de destruction.

Les réfugiés, essentiellement afghans ou pakistanais, qui attendent en haut d'un talus d'autoroute, au milieu de nulle part, le camion qui les fera passer en Angleterre, ne sont pas seulement l'effet de surface des antagonismes au sein des pays orientaux. Ils sont aussi le produit des guerres que l'Occident produit et alimente. Et le symptôme de la profonde structure, permanente et intemporelle, d'un usage du travail lié à ce que César appelait « le butin » : les esclaves, prises de guerre, qui devaient servir à la production incessante des choses à détruire. Ceux qui construisent, au péril de leur vie, le pont qu'on va saborder. C'est un texte de John Locke, écrit en 1690 : « Encore que la terre et toutes les créatures inférieures soient communes et appartiennent en général à tous les hommes, chacun pourtant a un droit particulier sur sa propre personne, sur laquelle nul autre ne peut

avoir aucune prétention. Le travail de son corps et l'usage de ses mains, nous le pouvons dire, sont son bien propre. Tout ce qu'il a tiré de l'état de nature, par sa peine et son industrie, appartient à lui seul. ⁷ »

Ce qui s'exprime en cette fin du XVII^e siècle, c'est un autre discours sur le travail, un discours qui en montre la puissance d'émancipation, la faculté qu'il donne à un sujet de se construire et de se reconnaître. Mais ce discours de la modernité, né dans le contexte économique de la constitution des États-nations en Europe, n'est toujours pas parvenu à briser la conception antique d'une activité laborieuse liée à l'esclavage et aux rapports de domination. Dans le contexte néo-libéral de globalisation, c'est cette vieille tradition antique qui ne cesse de se manifester, et c'est elle encore qu'on doit combattre, lorsqu'on dénonce les formes les plus contemporaines de liquidation de la valeur travail.

En ce sens, la violence faite au travail, loin de manifester un progrès, ne fait que traduire, sous des formes nouvelles, un retour à l'archaïque, par l'assimilation du rapport de travail à un rapport de guerre. Et la lutte contre ces violences n'est pas seulement une nécessité morale : elle relève d'un vrai concept émancipateur de la modernité. ■

- 1. Roberto Saviano, *Gomorra*, Gallimard, 2007, p. 17.
- 2. *Ibid.*, p.28-29.
- 3. Jules César, *Guerre des Gaules*, Gallimard, Folio, 1981, p. 159-160.
- 4. *Ibid.*, p. 250.
- 5. Simone Weil, *La Condition ouvrière*, NRF Gallimard, 1951, p. 221.
- 6. Zygmunt Bauman, *Le Présent liquide*, Seuil, 2007, p. 59.
- 7. John Locke, *Traité du Gouvernement civil*, Garnier-Flammarion, 1992, p. 163.

La clé à molette

Philippe Lorrain, médecin généraliste

Octobre 2008. J'avais hésité à appeler le SAMU : il se tenait la poitrine et « soufflait », incapable de parler. Il avait fallu attendre plus d'un quart d'heure pour qu'il puisse commencer à expliquer, par bribes. Mécano dans un grand garage, ça n'allait plus depuis des mois. Il avait fini par accepter l'idée d'un licenciement économique, mais le patron était revenu sur le protocole d'accord et ne proposait plus qu'une « rupture amiable » avec des indemnités bien moindres. Il a refusé et le patron a menacé de l'avoir « pour faute ». Il a éclaté.

De semaines en semaines, qui finissent par faire des mois, je le vois régulièrement, tente de traiter diabète et hypertension, conséquences de la prise de poids, dix kilos en moins de six mois. Il dort mal, se lève la nuit pour vider le frigo, annulant les efforts de la journée. Un dossier l'ac-

compagne toujours, qu'il présente comme preuve : des lettres recommandées, l'inspection du travail, la procédure aux Prud'Hommes. Son dossier grossit, lui aussi qui va de plus en plus mal. « Un homme qui ne travaille pas, c'est quoi? ». Il n'est pourtant pas en état d'y retourner. Janvier 2009. Il reçoit une feuille de paye « vierge » et la Sécu lui suspend le versement des indemnités journalières pour raison administrative. Je le revois un lundi, il « souffle » à nouveau. Il faudra encore plusieurs minutes pour que ça sorte. Il s'est présenté au travail le matin : le chef d'atelier ne lui a pas adressé la parole, ne lui a rien donné à faire. Puis le patron est descendu : « Qu'est-ce que tu fous là, toi? ».

« Là, je vous jure docteur, la clé à molette, si je l'avais eue à la main, je la lui aurais foutue au travers de la figure ».

Je signe un nouvel arrêt de travail : son but est évidemment thérapeutique pour mon patient, mais probablement indispensable à la sécurité du patron. Peut-être même a-t-il un intérêt économique pour une entreprise qui cherche à diminuer sa masse salariale... ■

Un asservissement pathogène

Tous les observateurs s'accordent à mettre en cause l'organisation du travail dans la souffrance exprimée par les travailleurs. La mobilité instaurée dans la philosophie de l'entreprise, mais aussi la complexification des tâches imposées, les cadences trop élevées, le management par des cadres polyvalents et incompetents, les pressions des institutions ou des clients se traduisant par des injonctions paradoxales aux salariés aggravent leurs conditions de travail. *A fortiori*, le déni par les entreprises de cette souffrance, associé à un renforcement de la culpabilisation du travailleur souffrant, en renvoyant le problème à la sphère privée, l'empêche de se saisir des arguments inscrits dans les lois du travail. Les employeurs, pressés par le marché ou les institutions qui les mandatent, se comportent en bourreaux et organisent le travail sur un mode guerrier. Les institutions se transforment en systèmes d'oppression en toute inconscience des effets produits tant sur les personnes que sur les résultats. Nous assistons à une dégradation généralisée de la qualité du travail en même temps que de ses valeurs, contribuant à déposer les acteurs du sens même d'une part conséquente de leur vie. —

Le travail, angle mort de la réforme

Les nouvelles méthodes managériales du travail entraînent des souffrances qui ne seront pas prises en compte dans la réforme du système de santé.

Frédéric Pierru, sociologue, CNRS, Institut de Recherche Interdisciplinaire en Sciences Sociales (IRISSO), Paris IX

§Bureaucratie,
§Conditions de travail,
§Personnel soignant,
§Hôpital

Il peut sembler paradoxal qu'à l'heure de la célébration de la valeur « travail », les conditions dans lesquelles il est réalisé soient quasiment absentes des vifs débats publics autour du système de santé et de sa réforme. Certes, le slogan du « travailler plus pour gagner plus » ne doit pas abuser ; il renvoie davantage à l'utopie (néolibérale) d'une société de pleine activité – dans laquelle l'activité, si dégradés soient son statut, sa rémunération, ses conditions de réalisation, est toujours préférable à l'inactivité de l'« assisté » – qu'à la volonté de revenir à une société de plein emploi, dans laquelle le travail, à plein temps, est le support de solides droits sociaux et politiques¹. Néanmoins, une telle absence surprend. En effet, les dix dernières années ont vu le thème long-temps refoulé de la dégradation des conditions de travail acquérir une publicité indéniable, même si c'est très souvent sous des formes d'expression individuelles et pathologiques (le « harcèlement moral », etc.) qui font obstacle à la saisie de ses causes sociales et organisationnelles. Cependant, cette publicité nouvelle ne semble guère avoir atteint le débat public sur la croissance des dépenses de santé. Seuls les initiés savent, par exemple, que la branche AT/MP verse une somme forfaitaire à la branche maladie du régime général au titre de la non ou sous-déclaration des maladies professionnelles et des accidents du travail, légalement pris en charge par les cotisations des seuls employeurs. Tout se passe comme si, une fois encore, les entreprises s'efforçaient d'externaliser les coûts d'entretien et de « réparation » de la main-d'œuvre vers les salariés eux-mêmes, ainsi sommés de prendre financièrement en charge les conséquences sur leur santé de l'intensification du travail, dont le coût social a été évalué à environ 3 % de la richesse nationale² ! Une telle somme (56 milliards d'euros pour 2007 !) devrait quand même se retrouver pour partie dans le fameux « trou de la Sécu »,

au titre de la prise en charge, par exemple, des troubles musculo-squelettiques (dont le nombre explose), des dépressions (idem.) ou encore des cancers professionnels, dont on sait qu'ils sont très largement sous-estimés. Pourtant, quand il s'agit de lutter contre la « dérive » des dépenses, rien, ou si peu, ne concerne la prévention et l'amélioration des conditions de la santé au travail. Pire, lorsqu'est invoquée la forte croissance du poste des indemnités journalières, c'est pour mieux stigmatiser les « abus » et les « fraudes » de français décidément paresseux ou tire-au-flanc, lovés dans les plis douillets d'un État providence obèse qu'il conviendrait de soumettre à une diète rigoureuse. Autrement dit, au lieu d'attirer l'attention sur une des causes majeures de la progression des dépenses de santé, le thème de la forte augmentation des indemnités journalières sert, au contraire, à remettre en cause les protections du travail, les protections sociales (franchises, augmentation de tickets modérateurs, etc.) comme les protections juridiques (« assouplissement » du code du travail). Un tel retournement anti-social est aussi observable en ce qui concerne les conditions de travail des personnels de santé, hospitaliers en particulier.

Les personnels hospitaliers victimes de la bureaucratie ?

Certes, les nombreux rapports officiels qui ont préparé la dernière réforme de l'hôpital évoquent le découragement et la démotivation des personnels – ce qui se traduit concrètement par l'augmentation tendancielle de l'absentéisme, des conflits sur le lieu de travail, voire des démissions – ainsi que les multiples expressions, individuelles et collectives, des souffrances au travail. Mais cette évocation, loin d'amener leurs auteurs à s'interroger sur la dégradation des conditions de travail, est au service d'un récit moder-

nisateur dans lequel les personnels hospitaliers seraient d'abord les victimes, souvent consentantes, de la bureaucratie hospitalière. Les rigidités « bureaucratiques », voilà la cause véritable des problèmes rencontrés par les soignants. L'insuffisance de moyens humains, matériels et financiers, les rémunérations peu attractives, la dérégulation, en amont, de la médecine de ville qui engorge l'hôpital en aval, l'empilement des réformes, source d'injonctions contradictoires et d'attentisme, la « politique » (si tant est que ce mot ait un sens en France) désastreuse de régulation de la démographie des soignants ne rentrent finalement que très peu en ligne de compte

Les rigidités bureaucratiques, voilà la cause véritable des problèmes rencontrés par les soignants.

pour expliquer la « crise » de l'hôpital. Aussi, point n'est besoin d'augmenter les moyens financiers, comme l'a rappelé le président de la République au début de l'année 2009, qu'il juge suffisants. La solution est à rechercher plutôt dans une meilleure organisation de l'hôpital, qui lui permettrait d'entrer dans l'ère de la modernité des organisations « flexibles », « responsables », « autonomes », « dynamiques », « gérées » de façon « optimale ». Bref, il faut faire de l'hôpital une entreprise, libre de s'organiser, libre de recruter, libre d'affecter ses moyens humains et matériels en fonction du « marché » local de soins, avec à sa tête un vrai « patron » et un vrai « conseil d'administration ». Il peut paraître étrange que les réformateurs prennent comme modèle, pour moderniser les services publics, les entreprises alors même que les enquêtes des économistes, des sociologues, des ergonomes aboutissent à la même conclusion : la réorganisation des entreprises au cours des années 1980 et 1990 a été synonyme, pour les salariés, de pressions accrues en matière de productivité et de performance, d'individualisation du rapport au travail, d'insécurité grandissantes, d'injonctions contradictoires, de stress, etc. qui, in fine, ont participé de la montée des souffrances au travail, notamment de nature psychosociale. Le fait est que ceux qui pensent ces réorganisations, dans le privé comme dans le public, connaissent de moins en moins la réalité du travail des salariés. Les rapports qui inspirent les réformes de l'hôpital sont ainsi rédigés par de grands architectes de plus en plus ignorants du vécu des agents opérationnels et qui, ainsi libérés du principe de réalité, peuvent donner libre cours à leurs « visions hyper-rationnelles et idéales de la réorganisation, mais largement coupées des réalités administratives, des cultures des administrations fusionnées

et des enjeux réels de politiques publiques³ », celles qui circulent dans des cénacles de plus en plus internationalisés.

Moins de statuts (protecteurs), moins de règles, moins de promotions à l'ancienneté, moins de hiérarchie et plus de contrats, plus d'évaluations, plus de « souplesse » dans l'affectation des agents qui se doivent de cultiver leur « polyvalence » et leur « flexibilité », plus de rémunération au mérite, plus de management par objectif : telle est la nouvelle panacée. On comprend le désarroi de ces grands réformateurs lorsqu'ils voient celles et ceux qu'ils veulent « libérer », « dynamiser », « récompenser », « épauler », « motiver », « mobiliser »... se mobiliser, en effet, mais contre leurs préconisations pourtant censées vouloir leur bien. Serait-ce là pur masochisme ? Ou alors une énième manifestation de ces fameuses « résistances au changement » qui servent d'explication passe-partout lorsqu'on est confronté à l'échec ? Ou, bien plutôt, ces refus répétés sont-ils motivés par de vraies raisons, des raisons non « rationnelles » du point de vue gestionnaire, mais pourtant « raisonnables » au sens de justifiées et justifiables ? C'est ici que le sociologue est socialement utile : loin de se satisfaire du discours de la hiérarchie des porte-parole autorisés du changement nécessairement positif, nécessaire car positif, il va voir de quoi il en retourne vraiment dans le monde social et tente de donner un sens à ces refus, à ces résistances, à ces mobilisations. Or, en l'espèce, du côté de l'AP-HP, qu'observe-t-il ?

Vers la déshumanisation de l'hôpital par la gestion ?

Ne nous attardons pas sur l'augmentation des cadences, liée à l'effet ciseaux entre, d'un côté, des services hospitaliers (et surtout les plus généralistes d'entre eux) qui font figure d'ultimes recours pour des catégories modestes « chassées » de la médecine de ville où les soins sont de moins en moins bien pris en charge par l'Assurance maladie (dépassements d'honoraires, franchises, etc.) et, de l'autre, des pénuries locales de personnels ainsi que des ressources insuffisantes. Les personnels soignants sont confrontés, comme les salariés des entreprises, au renforcement des contraintes organisationnelles, sur les délais et les rythmes, rendant le travail moins prévisible et moins maîtrisable, donc potentiellement source de souffrances psychosociales. Tant que ces cadences accrues leur donnaient le sentiment de pouvoir préserver la qualité des soins dispensés aux patients, elles demeuraient supportables. Mais le renforcement continu des contraintes budgétaires met à mal cet arbitrage : nombreux sont les soignants qui estiment aujourd'hui ne plus avoir les moyens de respecter à minima leurs normes professionnelles, bref de pouvoir faire du « bon boulot ». Pire, l'imixtion, au cœur de la relation soignante, de critères de « rentabilité », avec la T2A, est perçue comme

.../...

.../... un grave facteur de corruption de l'éthique professionnelle. Le patient devient un coût (qu'il faut transférer à d'autres) ou une source de revenu (qu'il faut à tout prix conserver). Dans tous les cas, il se voit donner un prix, une valeur monétaire, qui le rend plus ou moins intéressant, car rentable. C'est une véritable révolution, car pendant longtemps coexistaient à l'hôpital deux hiérarchies, médicale et administrative, qui s'efforçaient de coexister pacifiquement. Dans le meilleur des cas, les « administratifs » se battaient contre la tutelle pour arracher les moyens demandés par les soignants. Reste que les questions d'argent pénétraient assez peu l'univers des services hospitaliers. Avec la T2A, tout change. Univers médical et univers gestionnaire tendent à fusionner. Les soignants doivent faire eux-mêmes les arbitrages gestionnaires, et, au besoin, rationner les soins, car il en va de la « rentabilité » de leur pôle. On comprend que la charge psychologique et morale de leur travail s'en est trouvée considérablement alourdie.

Ce contexte de « flux tendus » et de montée en puissance des impératifs gestionnaires aboutit à transformer profondément le rapport que les soignants entretiennent avec leurs missions. Ainsi, Philippe Askenazy montre que si les infirmières déclarent de plus en plus porter de « charges

“ Les personnels soignants sont confrontés, comme les salariés des entreprises, au renforcement des contraintes organisationnelles.

lourdes », c'est parce que les patients sont désormais perçus par elles en ces termes, ce qui atteste de souffrances éthiques et de la difficulté à entretenir de bonnes relations soignant-soigné⁴. Nos propres enquêtes mettent en évidence un phénomène que le sociologue Axel Honneth a appelé le « déficit de la reconnaissance », corollaire de la « réification » qui « conduit à se percevoir ainsi qu'à percevoir les partenaires de leurs interactions et les biens de l'échange sur le modèle d'objets, et donc à se rapporter à leur monde environnant d'une façon qui, là encore, est uniquement celle de l'observation »⁵. Ainsi le patient, normalement sujet d'attention et d'investissement de la part des soignants, devient un objet « lourd », bref une « charge » voire même, s'il refuse de se plier aux impératifs du processus de production, un « problème » source de désorganisation pour le service. De même, la « réification » renvoie au sentiment de l'infirmière de ne plus être considérée par sa hiérarchie comme une personne, mais comme une « ressource humaine » dont il faut optimiser

l'emploi, bref un « pion » (un terme qui revient souvent au cours des entretiens) dans un jeu dont les règles, obscures et changeantes, sont définies par des puissances de plus en plus lointaines (direction, tutelle). On pourrait multiplier les exemples d'un phénomène qui touche aussi les relations entre collègues. Dans tous les cas, la réification transforme les sujets en objets, rend toujours plus hypothétiques l'engagement et l'investissement dans la relation de soins, de *care* disent les anglo-saxons, qui lui sont pourtant indispensables. Au contraire, la rationalité gestionnaire suppose un certain détachement, non seulement à l'égard du service et des collègues (il faut savoir être « polyvalent » et accepter les réaffectations), mais aussi à l'égard du patient, qui devient un coût à minimiser ou une ressource à maximiser.

Plus généralement, l'empilement désordonné des indicateurs, des règles, des outils de gestion (T2A, assurance qualité), des protocoles, autant d'instruments censés instiller plus de « rationalité économique », de « prévisibilité », de « qualité », viennent violemment percuter des mondes professionnels longtemps dominés par les valeurs d'engagement, de vocation, d'autonomie, d'autorégulation. La culture de l'oral doit céder le pas à celle de la « traçabilité » écrite. Celle de l'autocontrôle à celle de l'évaluation, non seulement en fonction de la « qualité » (telle que définie par les spécialistes de la qualité, les « qualiciens »), mais aussi du coût des soins. Contrairement à ce que prétendent les réformateurs, l'entrée en gestion de l'hôpital ne peut que se traduire par la bureaucratisation croissante du contexte de travail, laquelle donne le sentiment aux soignants d'être dépossédés de la maîtrise des conditions matérielles et même du sens de leur activité. On retrouve ici le paradoxe de la modernité magistralement identifié par le sociologue Max Weber : le prix à payer pour une plus grande efficacité ou rationalité (économique) des activités sociales est celui du « désenchantement du monde », de la « perte de sens » pour les individus. Dans toutes les organisations, publiques et privées, le renforcement des contraintes de compétitivité (pour le privé) ou d'équilibre budgétaire (face à une demande croissante, pour le public) à court terme s'est traduit par une seconde vague de rationalisation du travail afin d'en augmenter la productivité⁶.

Les promesses non tenues de la « modernité » managériale

Bien que le « nouvel esprit du capitalisme⁷ » ait revendiqué les valeurs de l'autonomie et de la flexibilité dans un travail qui s'effectuerait désormais en équipe et/ou en réseau, la réalité à laquelle ont été confrontés de nombreux salariés, dans les hôpitaux notamment, a été toute autre : hausse de la quantité de travail, par ailleurs de plus en plus complexe, pression temporelle, injonctions contradictoires,

contrôles à distance via les outils informatiques, conflits accrus avec les collègues et la hiérarchie alors même que les collectifs de travail, protecteurs, ont eu tendance à se déliter. Les sciences sociales, et pas seulement les sociologues, s'efforcent de dévoiler la part (sociale) maudite de la « modernisation » des organisations que les hérauts du management occultent. Des sociologues, comme François Dupuy ou, dans un autre registre, Richard Senett ont ainsi montré que la « débureaucratiation », qui sert d'étendard à nos réformateurs, loin de toujours libérer les salariés aboutit souvent à les asservir un peu plus. Le premier montre que les nouvelles méthodes managériales, à base de projets, de contrats et d'indicateurs de performance, ont multiplié, pour les cadres en particulier, les sources d'insécurités, de conflits et le stress⁸. Le second a pointé trois déficits sociaux majeurs des organisations ainsi « modernisées ». Le néo-management affaiblit la loyauté des salariés, supposés interchangeable, à l'égard de l'institution et de sa direction, en allongeant la distance sociale entre la base et le sommet ; il mine la confiance informelle au sein des équipes, car l'interconnaissance suppose de la stabilité et du temps, ce que ne permettent pas des organisations de plus en plus court-termistes et axées sur la polyvalence des salariés ; enfin, il dévalorise l'expérience détenue par les salariés au profit de savoirs gestionnaires décontextualisés imposés par des

directions persuadées, à tort, que les batteries d'indicateurs de gestion leur suffisent à superviser en temps réel le travail des salariés⁹. Ce constat décrit bien les dynamiques que nous avons pu observer à l'hôpital. Entre l'utopie de l'hôpital entreprise d'un côté, la complexité et l'ambivalence des changements observables sur le terrain de l'autre, il y a loin, très loin de la coupe aux lèvres. Mais peut-être ce décalage n'est-il pas qu'involontaire et qu'il cherche aussi à dissimuler, aux yeux mêmes de celles et ceux qui la subissent, les effets délétères de la rationalisation gestionnaire. ■

- 1. Robert Castel, « Vive le travail et les travailleurs ! », *Le Monde*, 9 juillet 2008.
- 2. Philippe Askenazy, *Les désordres du travail*, Paris, Seuil, 2003.
- 3. « La réforme de l'État : continuités et ruptures. Entretien avec Philippe Bezès », *Esprit*, 12, décembre 2008, p. 90.
- 4. Philippe Askenazy, « Un regard économique sur la santé au travail », *Regards croisés sur l'économie*, n° 5, avril 2009.
- 5. Axel Honneth, *La réification*, Paris, Gallimard, 2007, p. 107.
- 6. La première vague a été celle de l'organisation scientifique du travail ou taylorisme, à compter du premier tiers du xx^e siècle.
- 7. Luc Boltanski, Eve Chiappelo, *Le Nouvel Esprit du Capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999.
- 8. François Dupuy, *La fatigue des élites*, Paris, Seuil, 2005.
- 9. Richard Senett, *Le travail sans qualités*, Paris, Albin Michel, 2008.

Sarah

■ Martine Lalande, médecin généraliste

Sarah, après son troisième enfant, a choisi de travailler dans une maison de retraite comme auxiliaire de vie. Mais les conditions de travail sont très difficiles, vingt toilettes le matin avec l'aide-soignante, elle a de plus en plus mal au dos. « Attention à l'accident de travail » lui dis-je, et c'est ce qui se produit, après avoir soulevé une personne de plus. Arrêtée en accident de travail, elle tente de se reposer, mais souffre encore beaucoup juste avec le ménage et les enfants, et ne voit pas comment elle pourrait reprendre ce travail. De plus, elle n'aime pas l'ambiance au boulot, où les directeurs changent tout le temps. Elle voudrait que le médecin du travail la déclare inapte. Celui-ci m'appelle pour m'en dissuader, il pense qu'elle risque de perdre des droits, qu'il vaut mieux demander un reclassement et elle aura des indemnités si on ne lui trouve pas un poste dans l'entreprise. ■

Le pouvoir d'agir

Les dérèglements organisationnels ont un impact certain sur la santé des salariés. Ils doivent retrouver le pouvoir d'agir.

■ **Philippe Davezies**, enseignant-chercheur en médecine et santé au travail à l'université de Lyon

§ Conflit social,
§ Management,
§ Souffrance au travail,
§ Hiérarchie

T rès généralement, les salariés expriment leur souffrance au travail sous la forme d'un conflit interpersonnel avec leur supérieur hiérarchique. L'affrontement est extrêmement personnalisé, alimenté par le recours aux catégories psychiatriques : pervers, paranoïaque, etc. Pour chacun des deux protagonistes, c'est la personnalité de l'autre qui pose problème. Abordée de cette façon, la situation ne peut que s'aggraver. L'utilisation des catégories de la clinique psychiatrique dans le champ social dégrade le débat social et constitue une impasse pour la clinique. En effet, il ne s'agit pas d'une relation affective qui justifierait de circonscrire l'analyse aux deux personnes et aux résonances fantasmatiques du conflit, dans la perspective des approches familialistes. Il s'agit d'une relation de travail, c'est-à-dire médiatisée par le rapport à des objets extérieurs : le client, le planning, le dispositif technique, etc. Si les deux personnes s'affrontent, c'est au nom d'un rapport différent à ces objets. Le conflit pourra dégénérer, réactiver les failles psychopathologiques des adversaires et justifier d'une prise en charge psychologique, il n'en demeure pas moins que l'affrontement aura opposé deux types de rapport au travail, et que laisser cet aspect de côté réduit les chances d'une issue favorable. En somme, ce type de situation ne peut pas être abordé sur la base des seuls modèles de la conflictualité intrapsychique. L'affrontement est aussi la traduction d'une conflictualité sociale qui possède ses propres logiques. Ce qui est présenté comme un conflit entre deux individus est, la plupart du temps, l'expression d'un conflit beaucoup plus général entre logique du travail et logique managériale.

Du côté du travail, la dimension centrale est celle du développement

La situation la plus fréquente est celle où le salarié entre dans un travail qu'il n'a pas particulièrement choisi. Au départ, s'il aborde l'objet, c'est parce que cela lui a été prescrit. La prescription fixe le but du travail. Cependant, le but ne permet

pas de comprendre les enjeux émotionnels de l'activité. Ceux-ci relèvent d'une autre dimension ; ils sont liés aux mobiles de l'investissement. Par exemple, le besoin d'un salaire. Il y a donc bien deux dimensions distinctes : le but qui est social, imposé de l'extérieur, facile à décrire, et le mobile qui est personnel, qui correspond aux besoins que le salarié espère satisfaire en prenant cet emploi, et qui est pour partie obscur. Cependant, la situation ne va pas en rester là. Lorsqu'il arrive sur son poste de travail, le salarié est confronté à la résistance de l'objet. En tant qu'objet particulier, celui-ci se démarque de l'objet-type décrit par la consigne, il manifeste ses différences, sa versatilité. Pour en venir à bout, il faut apprendre à sentir, à anticiper, à prévenir les mouvements à travers lesquels l'objet manifeste son idiosyncrasie, et même à en tirer profit. Mais ce processus ne se réduit pas à l'acquisition d'une capacité technique. L'objet apparaît de plus en plus habité d'enjeux sociaux. Pas seulement les exigences du chef, mais les enjeux pour tous ceux dont l'activité est concernée d'une façon ou d'une autre par cet objet. Par exemple, les copains en aval sur la chaîne, la maintenance, le service commercial, le client... La perception de ces enjeux sollicite la sensibilité du travailleur et suscite en lui le besoin de répondre. De nouveaux mobiles apparaissent donc, générés par le travail, et qui poussent au développement de l'activité. Alors qu'au début, il s'efforçait de produire un bien ou un service conforme aux ordres du chef, il se donne de nouveaux buts qui lui sont propres. Alors qu'à l'entrée du travail, il ne visait qu'un intérêt personnel (obtenir un salaire et une place), l'expérience du travail le porte au-delà de lui-même, sur des enjeux qui le tournent vers autrui. Il est engagé dans un processus d'humanisation du travail. Conformément à la formule de Ricœur, il se présente comme porteur d'une proposition de monde. Le développement de l'activité déborde donc nécessairement la consigne. Il noue ensemble, de façon de plus en plus étroite, les dimensions objec-

Une partie des publications de **Philippe Davezies** peut-être consultée sur www.philippe.davezies.free.fr

tives, sociales et psychiques de la situation. Mais c'est précisément ce qui en fait le caractère potentiellement conflictuel. En effet, face à ce processus d'appropriation, il y a la froide logique du rapport salarial dont la formule est justement « ton activité ne t'appartient pas ».

Propositions techniques, sociales, subjectives, d'un côté ; exigences du marché de l'autre

Or, cette tension inhérente au rapport salarial s'est terriblement exacerbée au cours des dernières décennies. Il est aujourd'hui reconnu que le mouvement de libération du capital amorcé par Ronald Reagan et Margaret Thatcher a conduit à une émancipation des logiques financières vis-à-vis des logiques sociales, mais aussi des logiques productives. Il faut cependant rappeler l'autre volet de cette politique : la libération du capital s'est accompagnée d'une attaque contre le travail. Les mesures mises en œuvre à l'époque avaient été expérimentées au Chili, sous Pinochet. Elles se sont accompagnées d'un affrontement délibéré avec le mouvement syndical (à l'occasion de la grève des contrôleurs aériens aux États-Unis et de la grève des mineurs en Grande-Bretagne). La crise financière n'est donc qu'un des volets d'un mouvement qui s'est traduit par une augmentation considérable de la pression sur le travail. Un profond déséquilibre s'est installé dans le rapport capital-travail. Le point de vue abstrait appuyé sur les exigences financières a pris le pas sur le rapport sensible au travail. Les hiérarchies issues du métier ont été remplacées par des managers. Les évaluations du travail sont devenues de plus en plus extérieures, fondées sur des indicateurs de débit, puis plus simplement encore sur des indicateurs de rentabilité. Il s'est développé, sur la qualité, un discours tout à fait dissonnant : d'un côté, la qualité totale certifiée au client ; de l'autre, l'exigence de produire sans s'embarrasser des détails que, de toutes façons, le manager n'est pas en mesure de percevoir.

Le juste nécessaire

Il peut arriver que ce qu'ajoutent les salariés, en termes d'humanisation du travail, apparaisse commercialisable, ce sera alors prescrit, moyennant un supplément, dans une perspective de segmentation du marché. Mais plus souvent, ce sera combattu comme temps perdu et dilapidation de ressources réduisant d'autant la rentabilité. Pour le management, « l'excellence, c'est le juste nécessaire ». Ne pas en faire plus que ce qui est nécessaire pour vendre.

Ce mouvement de pression sur le travail s'est manifesté partout. Il n'est pas nécessaire de recourir à une quelconque perversion des individus pour en rendre compte. Prenons n'importe quel service administratif devant répondre au public.

Le chef doit le faire fonctionner avec des effectifs tirés au plus juste. Pour faire face à l'ampleur de la demande, il a intérêt à ce que ses agents ne s'apessantissent pas trop sur les dossiers : il faut débiter, et pour cela standardiser autant que possible les réponses. Il est donc mis en position de lutter contre l'engagement positif de ses agents dans leur travail – contre leur travail d'humanisation. L'agent qui rend un service non explicitement prescrit à l'usager peut à tout moment se voir interpellé : « Tu n'as que ça à faire ?! » Ce mouvement peut être poussé très loin. Ainsi, sur un poste d'accueil du public dans une structure administrative, nous avons constaté qu'à l'ouverture du dossier informatique, une ligne rouge commençait à se déployer au bas de l'écran pour rappeler à l'employée tout le temps qu'elle avait déjà passé avec la personne...

“ La pathologie est due à l'amputation du mouvement à travers lequel le salarié tente de se manifester comme humain... et non comme un simple rouage.

Dans un tel contexte, tout dépend de la marge d'autonomie dont bénéficient les salariés. Lorsqu'ils disposent d'une autonomie importante, l'enjeu est d'arriver à concilier les attentes de la hiérarchie en matière statistique avec l'humanisation de leur activité. Cela demande en général d'être en pleine possession de ses moyens. Dans ce contexte, la pression se focalise sur les salariés qui, pour une raison ou pour une autre, personnelle ou organisationnelle, ont du mal à satisfaire à la fois les deux exigences. Ils se trouvent alors confrontés à une attaque contre ce qu'ils mettent d'eux-mêmes dans le travail. Le potentiel d'incompréhension est alors considérable. Il est à l'origine du profond désarroi qui accompagne les manifestations anxio-dépressives. Il explique aussi ce constat répété par les cliniciens du harcèlement moral : on ne sait pas bien pourquoi, mais la personne harcelée est généralement une personne qui possède un sens du travail bien fait.

Prendre sur soi

Tout cela est à l'origine d'une souffrance fortement médiatisée dans la mesure où elle concerne des catégories autrefois préservées : employés administratifs, techniciens, ingénieurs, cadres..., toutes catégories qui disposent d'un espace d'investissement important et sont attaquées dans leur façon de l'occuper. À côté, il y a le continent silencieux des salariés qui ne disposent que d'espaces d'expression réduits. C'est le cas classiquement des tra-

.../...

.../... vaux taylorisés. Ces secteurs ont, eux aussi, été touchés par les processus d'intensification. Les espaces déjà réduits ont encore été resserrés¹. Dans ce contexte, le salarié doit lutter lui-même contre sa propre subjectivité. « Il faut prendre sur soi », dit-on, en milieu ouvrier. Il faut contenir la souffrance liée au fait de ne pas pouvoir répondre à ce qui, dans la situation, appellerait un développement de l'activité. Cela produit un type de fonctionnement dans lequel le salarié exprime peu ses émotions. Or, il est établi qu'en pareil cas, les réactions de stress sont modifiées dans le sens d'une activation des processus inflammatoires (stimulation des cytokines pro-inflammatoires, et réduction de la réponse en cortisol du fait de la répression psychique). La pathologie se manifeste alors sous forme de manifestations dépressives à expression somatique, de troubles musculo-squelettiques – qui constituent aujourd'hui le principal motif de pathologie professionnelle – et d'atteintes cardio-vasculaires.

Dans les deux cas, la pathologie est due à l'amputation du mouvement à travers lequel le salarié tente de se manifester comme humain et non comme un simple rouage. L'erreur du discours victimologique est d'attribuer à la victime une position passive et d'effacer ainsi son mouvement propre. Dans le conflit, ce sont bien deux perspectives actives qui se sont heurtées. Lutter contre la dévalorisation, réamorcer le processus de développement impliquent d'aider la personne à renouer avec ce qu'elle prétendait jouer dans le travail, à se réappropriier les dimensions affirmatives de son engagement, et à penser le conflit. Cela suppose de revenir, avec elle, aux moments où son développement s'est enrayé, de lui permettre de réfléchir aux circonstances précises où elle s'est vue attaquée et n'a pas été en mesure de penser, ni de soutenir sa position. La situation s'est en effet dégradée à travers une série d'affrontements portant sur des points précis et à travers lesquels s'exprimaient deux

conceptions du travail. Revenir sur ces événements localisables en temps et en lieu permet d'aider la personne à exprimer pourquoi, au nom de quelle expérience, il était important pour elle de faire A au moment où son chef attendait B, voire C. Et, très généralement, l'analyse montre qu'il y avait de bonnes raisons, dans la situation particulière, pour faire A. Mais penser le conflit n'implique pas seulement de penser sa propre position, il faut aussi penser celle de l'autre. Et il apparaît généralement que le chef, dans sa position, avait aussi des raisons pour attendre B. La pathologie est la conséquence d'une absence de discussions entre des acteurs qui abordent chacun la situation à partir d'une perspective située, donc partielle. Seulement, dans cette confrontation, le chef possède un avantage : son discours est simple, fondé sur des indicateurs préfabriqués, faciles à exposer et répétés quasiment à l'identique d'une entreprise à l'autre. Le point de vue de l'agent est au contraire difficile à exprimer : il doit être produit à partir d'un rapport sensible au réel qui mêle des dimensions hétérogènes et qui n'est que partiellement conscient. L'élaboration de son point de vue est donc un enjeu majeur. Il s'agit de reprendre la dynamique de développement en la déplaçant, du niveau de l'activité où elle a été interrompue, vers celui de la réflexion sur cette activité, ses contradictions, dilemmes, conflits, afin de reconstituer la capacité à penser sa position, à s'en expliquer auprès des proches et à la défendre face à la hiérarchie. Ce mouvement qui renoue avec le développement du pouvoir d'agir est alors le mouvement même de la santé. ■

■
1. Le processus d'hypertaylorisation grâce aux nouvelles technologies est bien illustré par l'évolution du travail sur les plates formes logistiques. Voir <http://philippe.davezies.free.fr/download/download/Voice%20picking%20rapport.pdf>.

L'art de ne rien entendre

Qui perd le sens perd la raison.

■ **Marie-France Casellas-Ménière**, ex-assistante sociale de l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques)

ACTE I

Trente-six ans d'exercice du métier d'assistante sociale, dont les dix-sept dernières années dans la même institution. Une fin à la « sauve qui peut » avec un départ à la retraite dans un certain sens « anticipé » au niveau de mes besoins propres. Cent soixante trimestres de cotisations au compteur, la seule porte de sortie, pour se sauver de la surdité totale d'une association qui se tortille dans tous les sens pour ne pas reconnaître le besoin de ses adhérents. Embauchée en 1992 pour 5 000 adhérents, et toujours un seul poste en 2009 pour 15 000 adhérents.

ACTE II

Longtemps vous expliquez, vous montrez le besoin, vous faites des rapports d'activités circonstanciés qui montrent, chiffres à l'appui, le besoin. Il ne se passe rien. Vous ne faites plus de rapports d'activité, on ne vous dit rien non plus. Vous laissez tomber un certain pan de votre travail, il ne se passe rien non plus. On passe par tous les états émotionnels : la colère, la gentillesse, l'agressivité, l'insulte au passage aussi, il ne se passe rien. Vous dépensez beaucoup de salive, vous expliquez aux uns et aux autres, on vous regarde, jamais on ne vous dit que vous avez tort, mais cela ne va jamais plus loin.

Quoi que vous fassiez, il ne se passe RIEN, vous n'êtes même pas sanctionnée. Pas sanctionnée, mais pas de promotion non plus, quand même !! On se dit peut-être que si on se jetait du dixième étage peut-être que là, il se passerait quelque chose (ce que malheureusement certains font).

ACTE III

Alors, pour tenter de résoudre malgré tout le problème, même si elle ne le reconnaît pas (c'est comme dans le paradoxe du crétois : il n'y a aucun problème, mais on va y chercher des solutions), l'association essaye beaucoup de choses. Elle fait comme dans un certain pays où il n'y avait aucun chômage, puisque les chômeurs n'étaient pas comptés. Un jour, sans que vous en soyez informée, l'information de votre service n'apparaît plus dans la revue des familles. Mais cela ne marche pas, le besoin est toujours là, il déborde et arrive toujours jusqu'à vous.

On vous dit de prendre des stagiaires pour « vous faire aider », comme si former des étudiant(e)s ne demandait pas du temps et de l'énergie. On vous dit de former des

bénévoles, ce qui est déjà fait, mais en restant dans la limite d'une formation « raisonnable » et pas dans le but de former des sous-assistantes sociales. On veut aussi que vous appreniez à d'autres professionnels (en l'occurrence des psychologues) à répondre aux besoins sociaux des familles. Dis-moi ce que je réponds à M^{me} Trucmuche, pour que je sache répondre aux autres, comme si c'était possible... Rien de tout cela ne marche, tout le monde le sait, mais tout le monde continue à se tortiller à trouver des solutions qui nient toute la réalité du travail, des demandes et des besoins.

ACTE IV

Pourquoi cela ne marche pas ? Tout simplement parce qu'être assistante sociale, c'est un métier et qu'à vouloir le nier, on s'y casse le nez. Mais l'institution s'enferme. Elle va embaucher une collègue, qui, après celle qui part à la retraite devra, pour résoudre le problème, limiter son savoir-faire en n'ayant plus les familles en direct, elle ne devra répondre à leurs demandes que par bénévoles interposés, ce qui est sensé réduire la demande ! C'est absurde, cela n'a aucun sens, cela va à l'encontre de tout le métier, cela ne marchera pas, mais il y encore des acteurs pour jouer dans la pièce.

ÉPILOGUE

Pourquoi je ne me suis pas jetée du dixième étage ? Juste parce que j'ai eu la « grâce » de toujours croire dans le travail que je faisais, que je n'ai jamais douté du service que je rendais et que j'ai pris (arraché) la liberté de concocter un contrepoison (en prenant bien sûr sur mon temps et ma vie personnelle), celui de m'occuper d'artistes souffrant d'un trouble psychique et d'être à l'origine d'une association, Artame Gallery, qui est aujourd'hui reconnu groupe d'entraide mutuelle. C'est ce qui m'a fait rester et tenir : « Du sens, c'est-à-dire un horizon discernable, un système de références, un fondement quand ce n'est pas, plus modestement, une simple raison de vivre, de survivre et d'espérer », Yves Barel, *La quête du sens. Comment l'esprit vient à la cité*, Seuil, 1987. ■

Marie-France Casellas-Ménière
est coordonnatrice du Groupe
d'entraide mutuelle Artame Gallery.

§Assistante sociale,
§Santé mentale,
§Souffrance
au travail

Le ticket psy

La « psychologisation » de la souffrance au travail des salariés par les dirigeants, en niant la responsabilité des problèmes d'organisation, contribue à la violence faite au concept même de travail.

Entretien avec **Christine Paris-Geneteau**

Propos recueillis par **Sylvie Cognard**

§Médecine du travail,
§Management,
§Souffrance au travail

Pratiques : Les nouvelles politiques managériales font-elles souffrir le « concept » de travail ?

Christine Paris-Geneteau : On a atteint une espèce de point d'orgue. Des directives intéressantes sur le plan éthique ont été données, mais sont inapplicables. Les employés sont dans une double contrainte : « Faites ce qu'on ne vous donnera pas les moyens de faire et que de toute façon, vous ne pourrez pas faire... » C'est insupportable, ahurissant. Plus ça va, plus on embauche des dirigeants qui sont de parfaits gestionnaires, mais pas des gens de terrain. Comme ça, ils ne voient pas ce qui se passe en réalité, mais ils peuvent dire ce qu'ils pensent ou veulent penser de ce qui se passe. Tout mon travail de restitution est en fait réécrit pour que ça puisse rentrer dans des cases, des grilles, des référentiels. Cela n'a plus rien à voir avec la réalité, mais ainsi remaniés, mes écrits correspondent à ce que veulent les tutelles et les instances. C'est très beau sur le papier, mais ça ne sert à rien. Je m'aperçois en fait que les décideurs utilisent ma fonction pour avoir un regard sur le terrain où ils ne veulent pas mettre les pieds.

Les dirigeants refuseraient-ils la réalité du terrain ?

Je vais donner un exemple : aux urgences d'un CHU, la direction a acheté des PTI (Protection Travailleur Isolé) parce que les salariés se font souvent agresser physiquement, surtout la nuit. La direction a pris conseil dans l'industrie pour acheter ce matériel. Imaginons que dans une usine, un mec se prend un outil dans la figure et tombe par terre. Si au bout de deux minutes, il n'a pas bougé, son PTI se déclenche. Sauf que le PTI est nominatif. Alors dans un service hospitalier, on sait que Dr X, médecin urgentiste est en difficulté, mais on ne sait pas où il est, ni ce qui se passe. J'ai dit aux dirigeants : « Le PTI, ça met les salariés en colère. Vous leur avez donné un équipement très coûteux, mais ça ne marche pas ! Ils ne se sentent

pas plus en sécurité qu'avant. En plus, il arrive que le PTI se déclenche tout seul pour rien, comme un Tamagotchi. » Les dirigeants m'ont répondu : « Nous, on a fait une étude de marché et c'est le PTI le plus intéressant. » Je me retrouve donc avec mon PTI sur les bras. Et je me fais engueuler par les salariés qui me disent : « Vous commencez à nous emmerder avec vos conneries ! » et la direction qui me dit : « Ça commence à bien faire, vous dites que ça ne marche pas, mais nous on a fait pour le mieux pour nos employés. » C'est un truc de fous, mais voilà comment ça fonctionne.

Qu'est-ce qui, à votre avis, permet de tenir aux salariés soumis à ces injonctions paradoxales ?

J'ai constaté que de deux choses l'une : soit les gens pètent les plombs et ils se « cassent », soit les gens s'installent dans des transgressions tranquilles et individuelles qui leur permettent de se regarder dans la glace tous les matins. Par exemple dans un service de soins palliatifs : « On me dit de faire vingt toilettes en deux heures. Je ne peux pas ! M^{me} Machin ne veut

Les gens s'installent dans des transgressions tranquilles, individuelles et invisibles.

pas faire sa toilette. Eh bien, on ne la fera pas et on va quand même cocher la case. » Les gens fonctionnent comme des électrons libres, il n'y a plus de collectif. Les transgressions individuelles sont invisibles, puisqu'il n'y a personne pour voir les choses sur le terrain. Le week-end, il n'y a pas de médecin, pas de cadre dans le service, l'administrateur de garde est on ne sait où. Les gens qui bossent font donc comme ils l'entendent. M^{me} Machin ne veut pas faire sa toilette, on la laisse tranquille, elle sera contente, on aura gagné un peu de temps et on n'aura bous-

Christine Paris est psychologue du travail dans un cabinet de conseil, d'audit et de formation, auquel les entreprises font appel. Son activité consiste d'une part à un travail d'accompagnement des salariés et d'autre part, à une activité de conseil auprès des employeurs.

culé personne. Tout le monde se sentira mieux. Je vois bien que l'on n'arrive pas à fédérer autour d'un référentiel. Les gens individualisent énormément leur pratique.

Dans vos suivis individuels, parvenez-vous à aborder ce sujet de la transgression ?

Oui, surtout quand je leur dis par exemple que je comprends très bien que l'accompagnement de patients atteints d'Alzheimer, cela relève, par rapport à l'institution, d'une forme de transgression. Il suffit que je dise ça pour que tout sorte. Les salariés me confient qu'ils s'arrangent avec la règle ; que c'est ça qui leur permet de tenir, que sinon ils deviendraient

Le « ticket psy », c'est le même principe que le ticket restaurant.

fous, au régime où on les mène. La hiérarchie ferme les yeux, « pas vu, pas pris » et ceci à tous les échelons ! C'est comme une « culture souterraine » qui fait que tout le monde sait, mais que personne ne dit rien parce que tout le monde sait aussi que le travail ne serait pas tenable sans transgression.

Finally l'autogestion ne pourrait-elle pas être une alternative ?

Peut-être, en tout cas dans les petites structures comme les EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), c'est le personnel qui fait tourner la « boutique »...

Pouvez-vous nous parler des « tickets psy » ?

Les « tickets psy » sont offerts par la direction d'un groupe hôtelier sur lequel j'interviens. Chaque mois, on vous donne un petit carnet avec des tickets restaurants et des « tickets psy ». C'est le même principe que le ticket restaurant, vous donnez votre ticket au psy pour qu'après il puisse être payé. Dans les hôtels, les réceptionnistes s'en prennent plein la tronche vers 18 heures lorsqu'il y a un afflux de clients. Elles ne sont pas suffisamment nombreuses pour faire face. Je connais bien le problème puisque je descends dans ce type d'hôtels pour mon boulot. Ces employées-là souffrent, mais plutôt que d'embaucher du personnel, on leur donne des « tickets psy »...

Avez-vous pu vous entretenir avec des salariés qui ont utilisé ce type de tickets ?

Les seules personnes à qui j'en ai parlé disent qu'elles ne veulent pas s'en servir, parce qu'après

on se retrouve stigmatisé par les collègues, comme : « Ah toi, tu vas chez le psy ! » Alors que les dirigeants, eux, ça les arrange.

Y a-t-il un équivalent dans le service public ?

Au CHU par exemple, ce genre de proposition est moins lisible, plus subtile. De l'argent a été donné aux hôpitaux, charge à eux de voir comment ils voulaient l'utiliser. Beaucoup ont embauché des psy, des cliniciens que les soignants peuvent venir voir si besoin. Mais ce sont des professionnels qui sont à l'intérieur de l'institution. Les salariés ne veulent pas voir ces gens-là, ils préfèrent venir me voir moi, parce que je viens de l'extérieur. En clair, la direction dit aux salariés : « Si vous n'allez pas bien, vous avez un psy, vous pouvez aller le voir. Maintenant si vous n'allez encore pas bien après, il ne faut pas venir vous plaindre. » Si le salarié dit qu'il va mal à cause des problèmes d'organisation, la direction lui répond qu'il ne sait pas s'adapter et qu'il n'a qu'à aller voir le psy. Je suis peut-être un peu lapidaire, mais franchement c'est comme ça !

On a l'impression qu'aujourd'hui si les salariés souffrent au travail, on leur renvoie qu'ils ont des problèmes personnels. On ne dit jamais que c'est l'organisation du travail qui amène la souffrance et que cette souffrance peut retentir sur leur vie personnelle. On les envoie voir un psy et on attend du psy qu'il leur dise : « Vous ne pouvez pas vous adapter à votre travail parce que vous avez des problèmes personnels. »

J'adhère bien à ce constat. Je pense au livre de Canoui et Mauranges sur le SEPS (Syndrome d'épuisement professionnel des soignants) qui a été écrit en 1999¹. Les auteurs font la différence entre la dépression et le SEPS. Les gens qui font une dépression ont des renforcements positifs dans leur environnement, mais ils ne les voient pas. Par contre, les gens qui souffrent de SEPS n'ont pas de renforcements positifs dans leur environnement et c'est pour cela qu'ils ne vont pas bien. Si l'on introduit des renforcements positifs, toute la symptomatologie se lève. Je souscris bien à ça. Je travaille depuis un an dans une maison de retraite toute neuve où les conditions de travail sont super agréables, cependant les salariés sont en grande souffrance parce que la directrice les traite comme des chiens. Je lui ai proposé de travailler sur sa façon de parler. Après une phase de refus de ma transcription du problème de la souffrance de ses employés, elle a finalement accepté. C'est certain qu'elle aussi est prise dans des injonctions qui à mon avis peuvent expliquer sa manière de parler, elle a certainement très peur de ne pas avoir de réponses. ■

1. *Le burn out – Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*, Pierre Canoui Aline Mauranges, Anne Florentin, Annie Barois (Préfacer), Michel Cloup (Préfacer), Masson, 1999.

La santé des malades ¹

L'assimilation entre travail et santé est une idée toute faite qui a la vie dure.

Noëlle Lasne, médecin du travail

§Organisation du travail,
§Aménagement de poste,
§Conditions de travail

Le concept très en vogue de « promotion de la santé » contribue à faire croire qu'il existe d'une part les bien portants au travail et, d'autre part, ceux qui, affligés d'une pathologie grave, n'y ont pas leur place.

La santé comme préliminaire à toute entrée dans le monde du travail, à toute efficacité professionnelle, à toute productivité, est une idée reçue qui résiste à toutes les réalités vivantes : aujourd'hui, on travaille avec un diabète insulino-dépendant, une sclérose en plaques, une polyarthrite rhumatoïde, une psychose maniaco-dépressive, un cancer. Etant donné son caractère épidémique, le cancer est la pathologie qui illustre le mieux cette réalité.

Le prix du travail

Monsieur A. est manutentionnaire dans une équipe destinée à organiser les festivités d'une collectivité, et à effectuer des déménagements : toute l'année, il monte des podiums, déménage et remet en place les deux cents sièges amovibles de la salle des fêtes, dresse des estrades pour les concerts de quartier, transporte les armoires, les tables et les chaises des écoles avant rénovation. Il a 38 ans, il fait ce travail depuis quinze ans. Il a une petite fille de 6 ans. Lorsqu'il est atteint d'une tumeur cérébrale maligne, qui se manifeste par des troubles de la vue, il se fait opérer très rapidement, reste douze jours à l'hôpital et reprend son travail deux mois après, à plein temps. Il raconte à son chef d'équipe, avec lequel il a de bonnes relations, l'intégralité de ses problèmes médicaux. Son chef d'équipe lui dit qu'en cas de « coup de barre », il peut à tout moment rentrer chez lui, après le lui avoir signalé.

Un an plus tard, je reçois Monsieur A. comme médecin du travail. Il est épuisé. Son visage est creusé, vieilli prématurément. Il attend dans l'angoisse une prochaine consultation, qui comme les précédentes, et comme les suivantes, doit lui indi-

quer s'il y a une récurrence et en particulier un risque de cécité. Nous parlons de cette fatigue qui l'écrase, de ces soirées où il ne peut plus s'occuper de sa fille, de sa femme qui s'éloigne. Il exprime très clairement la volonté qu'il a eu de revenir très vite, après la maladie, à la situation la plus normale possible. Mais lorsque je lui propose de se reposer trois mois, il acquiesce immédiatement. Il n'est pourtant plus en traitement, et la tumeur n'est pas revenue. Il n'est, en quelque sorte, plus malade, et pourtant, il est incapable de continuer à travailler.

“ Il n'est en quelque sorte, plus malade, et pourtant il est incapable de travailler.

Au titre de cette maladie grave, M. A. aurait pu demander un congé longue maladie de trois mois renouvelable, en restant payé à plein salaire. Ce congé, sur l'avis d'un expert, aurait pu être renouvelé sans difficulté, et être suivi d'un mi-temps thérapeutique. Il aurait pu également bénéficier d'un aménagement de poste, en obtenant par exemple, avec l'accord de son chef de service, de faire pendant quelques mois un travail administratif, au lieu de soulever des armoires. Ces dispositifs lui étaient accessibles, mais il n'en a fait aucun usage.

Monsieur A. est très jeune. Il n'a jamais été gravement malade et n'a donc aucune raison de connaître ces dispositifs. Il n'a pas reçu le courrier l'informant qu'une demande de congé longue maladie était possible. Aurait-il reçu ce courrier qu'il se serait posé, comme tous les salariés des questions non mentionnées par cette lettre : cette période de congé longue maladie est-elle déduite de sa retraite ? Ce congé longue maladie ne risquerait-il pas de lui faire perdre son poste, auquel il est

attaché, et sur lequel on pourrait le remplacer facilement puisqu'il s'agit d'un emploi non qualifié ? Et qui aurait pu répondre à ces questions ?

Son médecin traitant aurait pu le lui conseiller, mais aucune loi n'oblige un salarié en arrêt de travail pour maladie à revoir son médecin traitant avant de reprendre son activité.

Le médecin du travail aurait pu juger que cette reprise n'était pas possible, mais il n'y avait plus de médecin travail depuis huit ans dans l'entreprise à la date à laquelle M. A. est tombé malade, et il n'y a jamais eu d'assistante sociale. Une situation banale...

Enfin, il n'est pas certain que M. A. ait accepté de différer sa reprise de travail, car moralement, il a grand besoin de se sentir en activité et devient très vite dépressif quand il se repose.

Au final, M. A. se repose un mois, il fait tous les jours une sieste de plusieurs heures, va chercher sa fille à l'école, et revient transformé. Il ne peut plus bénéficier d'un temps partiel, car dans la fonction publique, celui-ci ne peut faire suite qu'à un arrêt de travail de plus de six mois. Il y a à présent une sorte de décalage installé entre les besoins médicaux de M. A. et les dispositifs dont il n'a pas usage, et qui sont adaptés à un autre temps de sa maladie. M. A. se reposera si son chef de service le lui accorde. Entre temps, ce chef de service a changé. M. A. est tributaire d'une situation ou l'arbitraire domine. Il ne peut plus faire usage de ses droits.

Comme M. A., des milliers de salariés reprennent « prématurément » leur travail au sens où personne ne les a aidés à évaluer leur capacité à effectuer ce travail sans payer le prix fort, en négociant avec l'entreprise un poste adapté.

Travailler plus pour gagner moins

M^{me} C. elle aussi est au travail. Elle est soignée depuis deux ans pour un cancer du sein récemment métastasé aux poumons. Elle est maintenue en équilibre par le seul traitement d'hormonothérapie. Éducatrice depuis vingt-cinq ans, elle fait tous les jours une cinquantaine de kilomètres pour se rendre sur son lieu de travail. Ceci par tous les temps, été comme hiver, dans une région où les tempêtes sont fréquentes.

Comme beaucoup de gens de la fonction publique, elle a demandé un temps partiel pour disposer d'une journée par semaine pour se reposer. Elle l'a obtenu. Mais sa charge de travail, elle, est restée intacte. Elle a en charge le suivi éducatif d'une vingtaine de familles, en entretien et à domicile, exactement comme quand elle travaillait à plein temps et n'était pas malade. Elle effectue donc plus de travail en moins de temps, et de surcroît ses revenus ont diminué. En tant que médecin du travail, témoin tardif de ce parcours, j'interviendrai auprès de son chef de service pour

que sa charge de travail diminue réellement, et que le nombre de situations que M^{me} C. peut traiter soit revu à la baisse.

Cette question de la charge de travail est centrale. Car elle met en jeu, non seulement le sort de la personne elle-même, mais aussi de celui de ses collègues. Qui fait le travail habituellement fait par un salarié qui se trouve en poste aménagé ? Qui accomplit les fragments de tâches qui restent à faire ? Qui porte ce qui ne peut pas être porté par un salarié blessé au travail ou atteint par la maladie grave ?

Comment faire si les malades ne meurent pas ?

Dans de très nombreux cas, et chaque fois qu'on laisse seul le salarié malade dans son environnement, ce sont ses collègues qui assurent ce travail supplémentaire. Les résultats à terme sont catastrophiques : surcroît de travail et donc accélération du rythme et du stress, mauvaise intégration de la personne qui reprend son travail et se sent rapidement coupable, arrêts de travail intempestifs de certains salariés en manière de représailles, etc. La gestion de la mise en place d'un aménagement de poste pour un salarié en difficulté, qu'il soit ou non atteint d'un cancer, inclut toujours la gestion des conditions de travail des autres salariés. En témoigne le contre exemple qui va suivre, véritable inversion opérée par l'entreprise pour éliminer une salariée malade.

Deux pour le prix d'une ou l'antireclassement

Chef de projet dans une entreprise informatique qui emploie 45 000 personnes, cette femme d'une cinquantaine d'années est victime d'un méningiome. Certes, il ne s'agit pas d'une tumeur cancéreuse, mais dans certains cas, il faut subir des radiations, en plus de la chirurgie cérébrale. Deux mois après son intervention, elle reprend le travail, inquiète d'avoir laissé en plan, en tant que chef de projet, bon nombre de collaborateurs et de clients, et d'avoir fait perdre du temps à l'entreprise et le temps c'est de l'argent. Mais son poste a été repris immédiatement par quelqu'un de plus jeune, ayant moins d'expérience qu'elle, ce qui veut dire aussi : quelqu'un qui coûte moins cher. On la met dans un petit bureau en face des toilettes apparenté à un placard où elle n'a ni ordinateur ni téléphone. Au bout d'un mois de ce régime, elle n'a toujours rien à faire. Elle prend rendez-vous avec la directrice des ressources humaines et lui raconte tout. Elle lui explique surtout qu'elle va bien, qu'elle est encore vivante et ne va pas mourir incessamment, et qu'elle souhaite travailler. De cet entretien résulte une mis-

.../...

.../... sion d'un mois, qui s'arrête aussi brutalement qu'elle avait commencé. Puis on l'envoie sur une fin de projet vouée à l'échec, et qui échoue. Elle est consciente d'avoir été placée dans une situation humiliante pour elle, mais elle s'accroche. Elle fait une pause de trois jours pour son traitement de rayons, car on lui a dit que ce n'était pas fatigant... Puis elle demande à retourner sur le terrain, c'est-à-dire à travailler à nouveau chez les clients comme consultante. C'est ce qu'elle faisait au début de sa carrière, vingt-cinq ans plus tôt. Son ordinateur en bandoulière, elle sait qu'elle s'astreint ainsi à des déplacements fréquents et à de longues journées de travail. Mais un problème se pose pour la direction : son salaire est proportionnel à son expérience de chef de projet. Afin de ne pas la payer grassement alors qu'elle n'occupera qu'un poste de consultante, on ne modifie pas son salaire, mais on lui confie le travail de deux consultantes. Ainsi l'entreprise n'est pas déficitaire, au contraire : le poste de M^{me} D. est occupé par quelqu'un de moins bien payé, et en plus, M^{me} D. fait le travail de deux personnes sans avoir besoin d'être supervisée...

“ Tout salarié malade au travail exige de fait une modification de l'organisation du travail.

Pendant dix-huit mois, M^{me} D. fait le travail de deux personnes et des journées de quinze à dix-huit heures, en serrant les dents. Son mari est alors victime d'un accident vasculaire cérébral et se retrouve en fauteuil roulant. Elle s'arrête de travailler pour lui, s'occupe de sa convalescence et s'aperçoit alors qu'elle va beaucoup mieux lorsqu'elle ne travaille pas. Elle s'aperçoit aussi qu'elle est très fatiguée. Elle acquiert du recul par rapport à tout ce qui s'est passé, à la manière dont elle a été traitée. Elle décide de ne jamais remettre les pieds dans son entreprise, et de créer sa propre entreprise. La direction des ressources humaines sollicite alors mon avis de médecin du travail sur son « aptitude » à son poste. On envisage en effet de la licencier pour absences fréquentes... Ce qui me permettra de préciser qu'elle est « apte au poste de travail d'une seule personne ».

Dans cette entreprise, quiconque a un cancer ou fait un infarctus est considéré comme mort et son poste est déclaré vacant. Le cas de M^{me} D. n'est donc pas une exception. Mais ce qui est remarquable dans son histoire, c'est que non content de ne pas lui faire de place à son retour, on finit par lui donner deux places pour elle toute seule, afin de ne pas rompre l'unité et la logique comptable de l'entreprise. Comment faire si les malades

ne meurent pas ? Comment faire pour que l'addition tombe juste, si les chefs se mettent à occuper des postes de subalternes ? Il suffit de multiplier leur charge de travail par deux, puis de les licencier pour absentéisme.

La double peine

M^{me} G. est une ancienne comptable licenciée économique, qui intègre tardivement la fonction publique. Elle verbalise les stationnements gênants dans une grande ville de province, règle la circulation aux carrefours et devant les écoles. Un métier pas toujours de tout repos puisqu'elle a subi plusieurs agressions. Elle est en contrat à durée déterminée pour un an. Elle a quatre heures de transport par jour pour aller travailler.

À 52 ans, elle est atteinte d'un cancer de la thyroïde. Elle subit deux interventions chirurgicales successives, puis un traitement par l'iode radioactif. On accepte de ne pas la remettre sur la voie publique immédiatement, elle ne piétine donc plus debout au milieu des voitures. Mais ses horaires, eux, sont restés inchangés. Une semaine sur deux, elle se lève à 4 heures 30 pour aller travailler, et une semaine sur deux elle rentre à 21 heures. Elle se sent en permanence épuisée, cumule les infections, et ses dosages thyroïdiens sont très instables. Elle s'endort dès qu'elle s'assoit dans le train. Lorsque je la rencontre, un prochain contrôle l'attend car on a détecté une anomalie suspecte sur la radio. De surcroît, le renouvellement de son contrat est remis en question. Elle a besoin de travailler encore plusieurs années et s'en sent incapable. Elle est au bord de tout lâcher.

Est-elle malade ? Est-elle guérie ? Est-elle en rémission ? Aucun mot ne me convient lorsque je la regarde compter sur ses doigts les trimestres qui lui manquent pour prendre sa retraite. Avant d'être malade, avant d'être au travail, elle est en guerre, elle est victime de la violence et de la cécité d'une organisation sociale du travail qui prétend maintenir au travail des gens bien plus âgés qu'elle, des seniors bronzés, sereins et bien portants, sans modifier un iota de ses objectifs ni de son fonctionnement. Qui cela peut-il gêner que la saisie informatique des conventions dont est chargée M^{me} G. se fasse l'après-midi et non le matin ? Personne ne peut le dire, mais tout le monde affirme que c'est impossible.

Nous discutons longuement de ce qui lui conviendrait : un changement d'horaire, pour qu'elle ne travaille que l'après-midi ne serait-il pas plus judicieux ? Mais elle craint surtout d'être licenciée. Finalement, nous demandons et obtenons ensemble un prolongement de son aménagement de poste à l'identique. Elle fait une chute sur une plaque d'égout qui lui vaut une entorse et un mois d'attelle. Il est probable que, trop fatiguée pour suivre ce rythme, M^{me} G. demandera sa retraite

pour invalidité. Ce qui signifie qu'elle touchera une somme inférieure à celle qu'elle aurait dû toucher. Elle aura donc été doublement pénalisée.

M^{me} G représente l'ensemble des salariés exclus de ces dispositifs de maintien dans l'emploi : les salariés en contrats à durée déterminée, les contractuels dans la fonction publique, les vacataires et les intérimaires, les contrats aidés de toute sorte, mais aussi les personnes travaillant à leur compte. Ceux là seront fortement pénalisés et financièrement et médicalement, car s'ils ne veulent pas mettre en danger leur emploi, ils n'ont d'autre solution qu'ignorer leur maladie ou qu'écourter leur convalescence. Il y a les cancers en col blanc et les cancers en col bleu. Les catégories ont simplement changé. Aujourd'hui, les cols bleus, ce sont les contrats précaires, ceux qui n'ont droit, comme le dit Robert Castel, qu'à une forme « dégradée » de travail qu'ils n'ont plus, de surcroît, le droit de refuser.

Tout aménagement de poste, même minime, fait la preuve que l'on peut changer l'organisation du travail

Chaque salarié peut craindre les répercussions d'une absence prolongée sur la possibilité de conserver son poste, la peur d'une déqualification, la perte d'une promotion espérée depuis longtemps, un conflit avec ses supérieurs ou avec son équipe, une conséquence financière sur sa retraite. Dans un contexte où l'âge de la retraite s'éloigne, où l'on vieillit au travail, et ce quel que soit l'âge auquel on a commencé à travailler et quelle que soit la pénibilité des différents métiers que l'on a exercés, ce sont les inégalités sociales, et non les droits de chacun, qui font la loi.

Si le combat est incertain et ardu, c'est que pour l'entreprise, tout salarié malade au travail exige de fait une modification de l'organisation du travail. Voilà pourquoi il est de loin préférable, soit qu'il s'en aille (démission, retraite) ou qu'il travaille comme s'il n'était pas malade (forcing, surmenage, ou au mieux, guérison rapide). S'il s'accroche, l'entreprise peut tenter de le faire disparaître, comme dans le cas que nous mentionnons d'une chef de projet, que l'entreprise commence par ignorer, puis tente d'épuiser à la tâche, avant de la licencier purement et simplement. Tout aménagement de poste, tout reclassement obtenu pour un seul individu entame doublement la logique de l'entreprise : d'abord parce que, comme on le voit dans de nombreux cas, un aménagement de poste, même minime, pour une

seule personne, oblige à repenser le travail d'une équipe : il modifie donc l'organisation collective du travail. Il oblige à repenser des questions d'effectif, de plannings, d'espace, de projets. Et surtout, il fait la preuve que l'on peut changer l'organisation du travail.

On comprendra que la négociation est reine et que le salarié a besoin d'y être aidé.

Car peu importe que l'on bénéficie ou non d'aménagements de postes et que l'on maintienne un effort permanent d'adaptation à sa nouvelle situation, la question est : à quel prix ? Peu importe que l'on garde ou non le secret impossible du cancer, que l'on parle ou que l'on ne parle pas de son cancer sur son lieu de travail, la question est : à quel prix ?

Qui fixe le prix ? Ce qui apparaît central au carrefour de ces analyses croisées est la question de l'arbitrage. Rien ne peut sortir de bon d'un face-à-face isolé entre le salarié et l'entreprise. L'existence d'un tiers qui va arbitrer les priorités en fonction de ses compétences est indispensable. Ainsi pour l'aménagement de poste et la nouvelle définition du poste de travail, ce tiers doit prévoir la nouvelle répartition des charges de travail. Ce n'est pas uniquement aux collègues de s'arranger entre eux, mais au responsable du service d'assumer une nouvelle redistribution des tâches et du temps de travail. Sans arbitrage, on laisse libre cours aux arrangements aléatoires, alors que c'est dans la durée que ces salariés ont besoin de soutien. Le second risque de l'absence d'arbitrage est le rapport de force direct et le conflit frontal qui peut conduire à la démission. Les risques de cette violence ont un impact direct sur la santé du salarié et sur ses risques de rechute.

Le médecin du travail peut, s'il le souhaite, jouer un rôle de premier plan en étant présent auprès du salarié, à conditions qu'il accepte un dialogue conflictuel avec toutes les parties. Ces nouveaux travailleurs que sont les patients cancéreux menacent la logique et l'intégrité de l'organisation du travail, non pas parce qu'ils sont malades, mais parce qu'ils sont au travail et parce qu'ils sont la preuve vivante et incarnée que l'organisation du travail peut être modifiée. Si la montée et la banalisation des contrats précaires se confirment, ils perdront les seules marges de manœuvre que leur laisse aujourd'hui le droit du travail, et en seront les premières victimes. ■

■

1. Titre d'une nouvelle de Julio Cortazar dans *Tous les feux le feu*.

La refondation du courage

On confond aujourd'hui courage et fuite en avant. À la sagesse des règles du métier se substituent endurcissement et culture du risque.

Eric Hamraoui, maître de conférence en philosophie à la Chaire de Psychanalyse-Santé-Travail du CNAM (Paris)

§ Courage,
§ Organisation du travail,
§ Risque

Autrefois défini comme vertu ancrée dans l'affectivité, le courage est aujourd'hui conçu comme simple compétence au sein des nouvelles organisations du travail et de la société. Dans un monde où l'idéal s'est mué en norme, les attributs du courage, au même titre que ceux de la subjectivité humaine, font actuellement l'objet d'une redéfinition en profondeur. Pressé par les obligations d'objectifs, l'individu doit s'affirmer capable de dépasser en permanence ses propres limites. Il évolue dans un univers où ce qui relève du seul mouvement de fuite en avant se donne à voir comme vie, où la passion du risque passe pour signe de courage.

Cette association du courage et de la passion du risque, dans la société et au cœur de l'entreprise, s'intègre dans un système d'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés. Dans ce système où l'acte de production ne peut plus se prolonger en métier, en l'absence de discussion sur les règles de celui-ci et d'un engagement du corps, selon des modalités irréductibles aux gestes attendus d'un sujet exclusivement rationnel, le courage – ici de voir son effort tenu en échec – ne trouve plus à s'exprimer comme force d'une expérience sensible.

Traditionnellement défini comme grandeur d'âme ou encore, comme générosité (Descartes) et sensibilité, le courage est devenu synonyme d'endurcissement et d'impavidité. Cela, dans un contexte où le risque est non seulement considéré comme critère de reconnaissance de la valeur intrinsèque des individus, mais encore comme principe de hiérarchie entre eux.

Associé à une virilité comprise comme capacité à demeurer impassible devant sa propre souffrance et celle infligée à autrui, le courage se trouve aujourd'hui opposé à la peur du changement et à celle suscitée par les nombreuses situations à

risque qui se rencontrent dans le monde du travail. Opposition que certains intellectuels, dont le philosophe Michel Lacroix, interprètent en tant que marque de l'« émergence d'un véritable idéal de vie courageuse, qui plonge ses racines au plus profond de l'imaginaire contemporain ». En effet, selon Michel Lacroix, « aux valeurs hédonistes de Mai 68 se substituent les rêves héroïques »...

À la thèse du « courage réinventé », soutenue par Michel Lacroix, nous opposons celle d'une éviction du courage de son lieu de définition traditionnel. Le courage n'est plus, en effet, associé à la sagesse et à « la science des choses à craindre ou à désirer » (Platon). Il constitue l'une des vertus cardinales de la « société du risque » où la crise – tant au niveau individuel que collectif – est devenue institution. Ayant cessé d'habiter son lieu de définition sensible et rationnel, le courage n'en est plus que l'occupant insensible, « viril » et « risquophile ».

“ La passion du risque passe pour signe de courage.

Comme le montre Sidi-Mohammed Barkat, il s'agit, dans le cadre de la mise en place de l'évaluation individuelle des performances, de « construire la fiction d'un sujet comme identité permanente » et image de la toute-puissance¹. Or, ce sujet se trouve maintenu « à l'écart du mouvement de la vie, interprété désormais comme la manifestation d'un agir incompatible avec les exigences de la raison ». Exigences qui sont, en l'occurrence, celles imposées par les rationalités logique et instrumentale auxquelles l'homme « courageux », agissant dans les sphères de l'entreprise ou de la politique, se soumet comme à une absolue nécessité.

Mais cette éviction de la vie est, comme le montre le même auteur, héritière d'un système institutionnel issu des structures du capitalisme parlementaire, dont le coup de génie, au sens le plus terrifiant du terme, est d'être parvenu à donner à la mort la figure de la vie ! Hier, dans le contexte de l'Algérie coloniale, avec l'invention de la mort au monde, réduisant l'indigène à une présence sans existence sur la terre où il est né². Aujourd'hui, au sein du nouveau rapport de travail, en empêchant les sujets d'éprouver la vie portée par leur propre activité, et de percevoir la fausse vie (ou mort travestie³) – plutôt que la mort en tant que telle – qu'ils mènent ainsi comme principal danger à affronter.

La mort dont il est ici question n'est pas la mort totale, mais une mort indéterminée, dilatée dans le temps, un état où la seule animation se donne à voir comme vie. Travestissement permis grâce à l'usage d'artifices permettant de soutenir l'activité de corps non détruits, mais où la vie est refoulée et contenue, et qui sont réduits à l'état de somme d'énergie.

Un cœur continue pourtant de battre dans ces corps-opérateurs, d'être présent dans leur topographie. Mais il cesse d'être le lieu d'affirmation de la dimension sensible de l'homme qui le relie aux autres et aux choses. La conscience et le cerveau, qui en est le support neurologique, sont devenus les seuls critères de définition de l'homme et de sa vie, et l'ex-

tinction de leur activité signe seule le passage de la vie à la mort⁴.

Le sujet de la « démocratie du risque » est ainsi fondamentalement définissable en tant que « sujet cérébral » dont la vie et les actes ne sont plus inspirés par le cœur – siège de ce que les Grecs appelaient *thumos*, courage qui est à la fois ardeur et mesure –, et qui fait fi des limites de son corps. Il est engagé dans une course folle après un infini qu'il ne saurait atteindre. L'épuisement qui en résulte est un temps rendu supportable par la promotion de l'image de soi et la valorisation du courage viril. Promotion et valorisation dont l'effet politique majeur est l'occultation à bon compte de la réalité de la lâcheté structurelle d'un système qui laisse chacun seul face à ses responsabilités et le suppose toujours capable de poser la limite permettant de lui éviter l'épuisement, la maladie ou la mort. ■

- 1. Sidi Mohammed Barkat, « L'évaluation, le travail et la vie », *Évaluation du travail, travail d'évaluation* (collection Le travail en débats – série séminaire Paris 1, juin 2007), coordonné par F. Hubault, Toulouse, Octarès, 2008, p. 3-12.
- 2. Et non uniquement masquée ou cachée.
- 3. Sidi Mohammed Barkat, *Le corps d'exception. Les artifices du pouvoir colonial et la destruction de la vie*, Paris, Éditions Amsterdam, 2005.
- 4. Éric Hamraoui, « La mise en avant du critère cérébral de la mort : un changement de paradigme », *Champs somatiques*, à paraître.

Le pesant charriot porte une énorme pierre ;
Le limonier, suant du mors à la croupière [...]
Victor Hugo
Les Contemplations – Mélancholia



Résistance et contre-attaque

Dans un paysage dévasté, il ne suffit pas de comprendre le phénomène pour réparer les dégâts, ni pour infléchir une organisation du travail mortifère. Il n'est pas acceptable de laisser le travail altérer notre équilibre vital, ni de nous laisser domestiquer par un marché mondial qui a fait la preuve de son inconsistance et de son cynisme.

Des solutions existent, à portée de notre main, dans les lois qui régissent le travail et responsabilisent les employeurs, les obligeant à mettre à l'abri du danger physique et psychique les employés dont ils ont la charge.

Les avancées du droit du travail ne sont pas négligeables, encore faut-il les connaître et s'en emparer. Si toutes les instances qui sont en charge des questions posées par le travail (délégués du personnel, comité d'entreprise, comité d'hygiène et de sécurité, médecine du travail, inspection du travail, consultations de souffrance au travail...) étaient davantage soutenues et sollicitées, la défense des droits individuels et collectifs aurait davantage de chances d'aboutir. En la matière, rien n'a jamais été facile ni donné. Il s'agit déjà de nous appuyer sur ce qui existe, rien de moins, pour redresser la tête et refuser collectivement la logique productiviste. ■

Manuel

■ **Elisabeth Maurel-Arrighi**, médecin généraliste

Manuel travaille en intérim, ses épaules, son dos attestent que le bâtiment, c'est dur, je voudrais bien déclarer tout cela en maladie professionnelle, mais sa boîte d'intérim risque ne plus lui confier de mission. En plus, il est plutôt secret, réservé, comme si on était encore du temps de la dictature de Salazar. Il n'a ni syndicat, ni copain, alors je calcule avec lui, on se rapproche du moment de la retraite. Je pourrai alors le mettre en arrêt de travail pour maladie professionnelle, il sera mieux payé qu'en maladie, et ça continuera un peu même avec sa retraite. En attendant, nous bricolons, entre anti-inflammatoires, antalgiques, anti-dépresseurs et arrêt de travail. L'an dernier, il a

eu la « chance » de se fracturer un doigt, ça a fait plus d'un mois d'arrêt en accident du travail. Ici, comme souvent, il me semble qu'il ne suffit pas de connaître la loi. Il faut voir si dans les rapports de force précis, on a des chances que la justice soit défendue. Ici, qui va obliger son employeur à lui trouver un poste aménagé ? Par contre, il est très utile de connaître tous les dispositifs de contournement possibles. Il me semble qu'en tant que généraliste, il faut revêtir un costume de stratège, avec des outils sociologiques, juridiques, psychologiques pour trouver les ruses, les tactiques et les stratégies qui aideront le mieux le patient. ■

Personne n'est à l'abri

■ **Françoise Ducos**, flûtiste

Sylvain, professeur titulaire d'une Ecole de Musique à Rayonnement Communal d'une banlieue du « 9-3 » a été reçu à la fin de l'année par sa directrice. Il lui a été reproché un nombre d'élèves insuffisant en regard de son temps complet. On lui a proposé d'accepter de passer de son plein gré ou pas à temps partiel. Loin d'évoquer les raisons de départ de jeunes élèves ou d'adolescents rebelles, d'envisager des activités nouvelles qui mettraient mieux et différemment en valeur les qualités artistiques et pratiques du musicien, la direction cherche à se débarrasser et à culpabiliser l'artiste

maladroit. On peut espérer que Sylvain, très apprécié sur le plan artistique par des élèves plus motivés et par l'ensemble de ses collègues, saura faire reculer le licenciement économique. Il doit rebondir en saisissant le syndicat adossé au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail pour faire respecter son décret de titularisation, le temps de trouver des fonctions complémentaires au sein de l'établissement. Connaître les rouages de la protection syndicale locale, communiquer et solliciter la solidarité de ses collègues lui permettront peut-être de garder son emploi. ■

Myriam

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

Myriam a plusieurs maladies (asthme grave, diabète, pancréatite...) et travaille à la mairie pour pas beaucoup plus que le SMIC. Ayant été très malade (elle ne respire pas bien l'hiver et ne veut pas aller à l'hôpital pour ne pas laisser son fils de 10 ans), elle a épuisé ses droits à l'arrêt maladie, puis au mi-temps thérapeutique. Elle reprend à temps plein, ne pouvant survivre avec un demi-salaire. Ses conditions de travail changent : elle n'est plus jamais à l'accueil, mais coupe et agrafe des papiers dans un petit local sans fenêtre. Elle a mal au dos et aux mains, et ne comprend pas pourquoi elle fait un travail que les autres se répartissaient avant. Le médecin du travail alerté affecte une deuxième personne handicapée pour l'aider, mais

celui-ci l'engueule quand elle ne va pas assez vite. Elle ne veut plus se plaindre de peur d'être déclarée inapte et de perdre son poste. Elle aimait son travail, mais se sent déclassée et dévalorisée par l'indifférence de ses collègues. Son problème de santé a été l'occasion pour le service de réorganiser le travail en inventant un travail à la chaîne... Elle en est consciente, mais se sent démunie pour se défendre. Pour elle, ce sera une stratégie à petits pas, des arrêts de travail et jours pour enfant malade pour récupérer, un soutien semaine après semaine... et ce sont surtout des vacances auprès de sa famille qui lui redonneront des forces pour accepter de revoir le médecin du travail qui lui cherchera un autre poste... ■

L'imperceptible déshumanisation

La violence au travail a toujours existé, et le droit du travail n'en permet pas l'élimination totale.

I Gérard Lucas, médecin du travail

§Violence,
§Souffrance au travail,
§Médecine du travail

Certes, les violences physiques, les conduites de harcèlement moral ou de discrimination relèvent d'une jurisprudence dissuasive, mais il persiste d'autres formes de violences moins visibles qui n'en sont pas moins cause de grandes souffrances. On a des échos des contraintes qui pèsent sur les statuts précaires de la grande distribution, chez les employés des services à la personne, dans certaines entreprises des travaux publics ou dans des usines. Mais l'environnement de travail peut aussi être psychologiquement destructeur pour des salariés sans agresseur identifié

Aline, la quarantaine, travaille depuis vingt ans avec un statut de fonction publique comme adjointe administrative dans une ville provinciale. Il y a quelques années, elle a pu s'orienter par choix dans un service qui traite du logement. Avec un statut durable, une mission noble, une efficacité reconnue à la tâche, pas de contrainte physique ni horaire et une communication plutôt facile, elle ne figure pas parmi les personnes à risque a priori. Les nouveaux dispositifs sur le droit au logement impliquent l'instruction de situations de populations démunies. Aline est au secrétariat de la petite unité mise en place pour ce nouveau droit avec quatre personnes. C'est elle qui doit vérifier que les dossiers sont complets avant de les remettre au technicien qui les instruira et présentera ses avis à la commission. Les dossiers ne sont pratiquement jamais complets, les demandeurs dans la précarité, le délai d'un mois s'avère difficile à tenir. Très vite, les dizaines de dossiers quotidiens s'avèrent plus longs que prévus à défricher, les contacts de demande de complément doivent être précis et individualisés pour être compris. Elle part plus tard le soir pour ne pas prendre de retard dans l'expédition des lettres de relance, elle repousse des journées de

congé, sa chef d'unité est désolée de ne pas avoir de renfort à lui proposer, les techniciens de l'instruction n'ont pas de temps non plus pour la constitution des dossiers, elle ne prend plus de pause pour descendre fumer une clope au milieu de chaque demi-journée, son compteur horaire dépasse les récupérations possibles. La tension s'accumule pendant des semaines, des mois, sa fille préadolescente demande sa présence, son mari ne revient que les week-ends. Elle prend quand même une semaine de vacances non sans avoir alerté sur des tâches de réception indispensables en son absence. À son retour elle retrouve sans commentaire un retard d'une semaine à combler, elle ne quitte son bureau qu'après 19 heures, elle pleure parfois. Quelques jours plus tard, sa hiérarchie ajoute à ses tâches la tenue du tableau de bord des instructions et des commissions, elle proteste qu'elle ne peut pas en faire plus, sans réponse. Dans la nuit du vendredi au samedi, elle est hospitalisée en urgence pour une tentative d'autolyse par prise de médicaments. Sérieux. Quarante-huit heures de réanimation, plusieurs semaines d'hôpital psychiatrique et un traitement antidépresseur. Pour le psychiatre qui la suit, il ne fait aucun doute que le travail est en cause, surinvestissement sans perspective de fin et sans reconnaissance.

Le service est désolé d'être lâché ainsi en pleine surcharge, une nouvelle secrétaire est recrutée avec en plus une vacataire pour assurer le remplacement d'Aline. La reprise du travail est possible deux mois plus tard. Les collègues qui appréciaient son efficacité n'avaient pas pensé à une décompensation à cause du travail, mais elle était peut-être fragile par ailleurs ? La chef d'unité a enfin obtenu ainsi un poste supplémentaire. La hiérarchie supérieure n'avait pas pris en compte les appels tant que ça tenait, la dimension du travail à faire était empirique, il n'y

a de toute façon pas d'agent en réserve. La révision générale des politiques publiques (RGPP) est une modernisation qui demande aux administrations de faire avec moins de fonctionnaires, même si de nouvelles dispositions demandent du travail supplémentaire.

Personne n'est responsable, personne n'a agressé personne. Le résultat est attendu sans appréhension du travail de la personne.

Une prise de conscience collective de l'unité et des autres unités de service a permis d'élaborer collectivement un tableau de l'évolution des charges de travail. Beaucoup ont compris le risque de banalisation de la déshumanisation au travail et de délaissement de la personne par des oeillères sur les résultats.

Aline a repris le travail dans la même équipe, comme si sa décompensation avait été une alerte et une expérience pour tous.

Fabien est un ingénieur en électronique de 32 ans dans une entreprise privée et conçoit depuis quatre ans des installations de sécurité dans des grandes entreprises ou des aéroports, par exemple. Le secteur est en développement, les réalisations de Fabien sont appréciées, il y a de plus en plus à faire, mais sa situation de semi-célibataire est compatible avec un investissement horaire important en déplacements en Europe et il s'estime correctement rémunéré. L'équipe de quatre ingénieurs demande du renfort ou au moins des techniciens qualifiés pour les aider. La direction leur offre un directeur adjoint à la production. Ses collègues sont sur la défensive, pas lui. Il abandonne donc une partie de la gestion administrative et des contacts avec les clients. Peu à peu, les devis et la planification du travail lui échappent, les dispositifs et les matériels choisis sont inadéquats. Des installations doivent être

différées, il prend conscience que son directeur adjoint ne maîtrise pas le domaine technique. Il demande des correctifs dont les spécifications sont mal respectées, tous les contacts passent par le directeur adjoint. Il se découvre mis en cause dans les échecs de réalisation en raison d'une mauvaise communication. Il doute, il va mal, il s'énerve d'un rien, il en rêve ou plutôt en cauchemar. En six mois, il devient démotivé, il rembarre sa copine, dans son sport de vol libre il s'engage à fond au point de prendre des risques. Il finit par consulter un médecin qui lui prescrit un antidépresseur, quand même pas lui ! Il se reprend, il reprend tous ses mails et ses lettres, ses plans, ses algorithmes, tout est bon, il reprend confiance en lui, il n'a rien à se reprocher, il comprend qu'il a été victime de tentative de récupération de son savoir-faire et de rétention d'information, il fait un dossier des échecs d'installation avec toutes ses spécifications qui n'ont pas été suivies, et il le communique à la hiérarchie supérieure et en copie à ses collègues. Il reçoit enfin des gages de reconnaissance et une assistance qu'il maîtrise. Il arrête rapidement ses médicaments...

Quand il en parle quelques mois après, il n'en revient pas de ne pas avoir vu ni su se défendre à temps contre la manipulation de récupération, il aurait pu tout foutre en l'air. Mais il comprend aussi que le directeur adjoint n'est qu'un pion de la stratégie de la grande boîte financière pour récupérer les savoirs et les savoir-faire et se passer des hommes et des femmes qui les portent.

La reconnaissance du facteur travail dans des souffrances et la prise de conscience du collectif du travail des enchaînements managériaux vers la déshumanisation sont indispensables à la guérison et la reprise du travail. ■

On peut aussi trouver, sur le site Karlotta, la carte de France des « consultations de prise en charge de la souffrance au travail » (sur le mode de la consultation de Nanterre où travaille Marie Pezé) :

www.karlotta.com/set.html

Inaptitude : pour quoi faire ?

L'inaptitude à toutes fonctions est un moyen de faire cesser la souffrance du salarié en garantissant ses droits. Mais elle pourrait disparaître du Code du travail.

■ **Isabelle Lagny**, médecin du travail

§Inaptitude,
§Souffrance au travail,
§Conditions de travail

La décision d'inaptitude à tous les postes de l'entreprise, d'apparition récente, est relativement rare. Moins de 1 % des décisions rendues annuellement par les médecins du travail. Ce type d'inaptitude a cependant considérablement augmenté après 2000¹ en lien avec l'explosion de la souffrance au travail. Taboue au sein de la profession, elle signe en effet un échec de la prévention de la souffrance et de la tentative de transformer la situation ou « poste » de travail. Cette décision du médecin du travail a été suivie constamment, dans mon expérience entre 1997 et 2007, d'effets positifs rapides et nets sur la santé mentale et physique des personnes en grande détresse du fait du travail. Il a fallu pour cela qu'elle soit portée par un souhait fort et déterminé du salarié à couper le lien avec l'entreprise et encadrée par le respect de certains principes éthiques et d'une méthodologie éprouvée. Dans ces conditions, je remarque qu'aucun suicide sur cette longue période n'est survenu dans ma collectivité². J'ai pourtant été amenée à suivre plusieurs milliers de salariés individuellement. Des écrits ultérieurs reçus de ces personnes me confortent dans l'idée que cette décision a probablement contribué à la prévention de suicides du fait du travail³. Les situations de grande détresse s'étant multipliées nettement en France après 2000⁴, deux éléments essentiels existent encore dans le Code du travail pour une action efficace des médecins du travail au niveau individuel⁵ : pouvoir du médecin du travail d'obtenir (d'exiger dans les grandes entreprises) un aménagement de poste favorable à la santé du salarié, ou en cas d'impossibilité, pouvoir de le faire sortir de manière raisonnable du poste

ou de l'entreprise, tout cela grâce à la coopération de l'inspection du travail. Dans mon expérience, ces outils légaux ont participé de manière déterminante à prévenir de graves détériorations de la santé, dont certains suicides dont on parle tant aujourd'hui. Il faut bien comprendre que les salariés qui les ignorent sont en détresse, car ils se sentent pris au piège entre l'idée de démission et celle de continuer à supporter au travail l'insupportable. Ainsi leur simple évocation devant le patient a eu constamment un effet thérapeutique immédiat. Ils se sentent en effet d'un coup replacés au cœur d'une action possible. Sous-estimer la valeur de cette décision, sous le prétexte de privilégier une vision de la prévention en santé au travail principalement collective et primaire, serait

“ Les salariés se sentent pris au piège entre l'idée de démission et celle de continuer à supporter l'insupportable.

donc une grave erreur au plan éthique et professionnel. Et faute qu'il y ait eu un débat sur cette question, les négociations actuelles sur la réforme de la santé au travail risquent de déboucher sur une perte de ce pouvoir singulier du médecin du travail qui laissait jusqu'à présent au salarié en grande souffrance la possibilité d'une fuite raisonnée de la situation pathogène sans perte de ses droits (indemnités de licenciement et allocations Assedic) et, aussi, sans effacement des traces de la

pathogénicité supposée de la situation de travail. Ce dernier aspect est éminemment important pour le salarié au plan symbolique pour aller mieux, et au plan juridique pour se défendre. Or à l'initiative du Medef, de nouvelles définitions de l'aptitude et de l'inaptitude semblent se dessiner dans les négociations actuelles dans lesquelles le respect de la physiologie humaine et la préservation de la santé des travailleurs n'apparaît plus comme la base de ces décisions. La perte du sens de la décision d'inaptitude ou d'aménagement de poste en faveur de la santé du salarié constituerait donc une attaque sans précédent contre le droit à la santé au travail. On détruirait le dernier rempart contre le pire pour la personne en grande souffrance. La décision d'inaptitude à tous postes de l'entreprise (cette entreprise et pas une autre) est en effet actuellement défavorable à l'image et à la responsabilité juridique des grandes entreprises soupçonnées ainsi de ne pas avoir mis en

œuvre (alors qu'elles en avaient les moyens) toute leur capacité à empêcher les situations de travail pathogènes des individus les plus en difficulté ■

-
- 1. Fréquence passée de 0,5 à 2 pour mille à l'ACMS entre 1993 et 2004 (Rapport 2005 du président de l'ACMS, service de santé au travail d'Ile de France où l'on suit environ 1 million de salariés du secteur privé).
- 2. Taux de décès par suicide en France dans la tranche 24-74 ans en 2005 : hommes 33,4/100 000 et femmes 12,1/100000. Source : CépiDc Inserm.
- 3. On estime à plus de 400 par an l'incidence des suicides dus au travail en France (chiffre sous estimé).
- 4. Marie Pezè, *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*, Éd. Village Mondial, 2008.
- 5. Aménagement de poste : L4624-1 et Inaptitude au poste : Art. R4624-31 du nouveau Code du travail. Noter que le médecin de prévention de la fonction publique ne dispose ni de ces pouvoirs, ni d'une inspection du travail venant en appui à leur mission.

Depuis les années 90, de nombreux médecins du travail sont la cible de maltraitance, intimidations et menaces de plus en plus fréquentes provenant généralement de grandes entreprises en réaction à une posture active de prévention et d'aide aux salariés en souffrance¹. Plusieurs entreprises ont d'ailleurs lancé une offensive d'un nouveau type en France depuis 2002 contre certains médecins du travail suite à ces décisions d'inaptitude à tous les postes qu'ils avaient prononcées ou à d'autres actions de leur part qui mettaient en visibilité des organisations du travail et des méthodes de management pathogènes. Il s'agit de plaintes adressées à l'Ordre des médecins ainsi que de menaces de licenciement. Le CNOM² en 2004 a conseillé aux médecins du travail concernés d'atta-

quer en retour ces entreprises au pénal pour dénonciation calomnieuse. Une telle procédure a été entamée en 2007 et a abouti pour cette première fois en 2009 à un échec. Considérons que ce n'est qu'un début et que d'autres initiatives construiront une jurisprudence réellement favorable aux médecins du travail dans leur action de prévention du suicide et des autres atteintes graves à la santé des travailleurs. ■

-
- 1. Dorothee Ramaut, *Journal d'un médecin du travail*, Éd. Le Cherche-Midi, 2006.
- 2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Voir à ce sujet l'article d'Alain Carré, « Plainte des employeurs contre les médecins du travail », *Les cahiers SMT* n° 21, p.67.



Résister au désastre

Comment faire face à la désorganisation du travail et la souffrance qui en résulte quand les instances élues usent leur énergie à se disputer le pouvoir ?

■ **Anne Perraut Soliveres**, praticien-chercheur, cadre infirmier supérieur

§Syndicat,
§Résistance,
§Souffrance

Il n'est certes pas dans mon propos de généraliser ma propre expérience d'élue dans un hôpital, et encore moins de dénigrer un syndicalisme dont je n'ai cessé de défendre les valeurs et l'importance pour le collectif face au piège de l'individualisation. Au contraire, je voudrais alerter ici l'ensemble des protagonistes afin que les droits au travail, chèrement acquis ne tombent pas les uns après les autres dans les oubliettes de nos incompétences. Il s'agit d'un constat personnel, dans un lieu déterminé, cependant cette longue expérience (trente-cinq ans) m'a aidée à comprendre bien des raisons qui nous amènent aujourd'hui à constater les irréversibles dégâts d'une évolution déshumanisante de l'organisation du travail.

J'ai été syndiquée à la CGT dès mon entrée à l'hôpital. J'ai ensuite été régulièrement réélue dans les différentes instances (comité d'entreprise, délégués du personnel, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) tant que je suis restée dans le collège des employés. Après ma nomination dans la catégorie « cadres et agents de maîtrise », mon étiquette a été un obstacle conséquent que j'ai parfois franchi en étant élue « suppléante », c'est-à-dire pouvant m'exprimer, mais n'ayant pas le droit de vote ni le crédit d'heures qui va avec la charge de « titulaire ».

Le comité d'entreprise

Mon premier mandat de déléguée au comité d'entreprise a été une prise de conscience brutale des enjeux de pouvoir personnels qui animent une majorité d'élus et qui leur font souvent négliger le sens même de leur mission. Cette première expérience, j'étais alors d'une timidité malade, m'a très tôt permis de comprendre les stratégies employées par

les différents protagonistes. Du vieux routier du syndicalisme chrétien (il avait l'âge que j'ai aujourd'hui...), véritable bible des articles de loi qui régissaient les instances représentatives de cet hôpital privé à but non lucratif participant au service public, mais qui restait d'une consensualité on ne peut plus molle, à la foule des autres élus qui se contentaient d'écouter, voire posaient ce que le directeur appelait « la bonne question » qui lui permettait de rebondir et d'emboliser la réunion en légitimant son propos. Moi, j'attendais un blanc dans la discussion et j'essayais de risquer une question « qui fâche », la bouche sèche et le cœur battant, et me faisais renvoyer brutalement dans les buts de mon ignorance... sans que quiconque ne vienne à mon secours. Il n'y avait guère de place pour le débat et encore moins pour l'opposition dans ces échanges convenus. C'est pourtant ce syndicaliste qui m'a montré la voie pour clouer le bec à notre directeur, espèce de mélange de séduction, de paternalisme, de mépris de la contradiction qui poussait l'art de la manipulation au paroxysme. C'est au cours d'un travail sur le règlement intérieur du comité d'entreprise, que j'avais proposé comme une formation, que j'ai engrangé les quelques arguments et surtout la connaissance des articles de lois, assortis de leur numéro... dont j'allais abondamment me servir par la suite. L'observation que ce directeur répondait systématiquement à côté de mes questions me poussait à les reposer indéfiniment au cours de la même réunion, exaspérant tout le monde, ce qui l'a amené à me dire un jour après la quatorzième reformulation de la même question... « Vous ne renoncez jamais Madame S. ? », ce à quoi j'ai répondu, vaillante, « Jamais ! » Il a fini par me répondre, excédé, mais ce fut le début d'une relation, certes conflictuelle,

Anne Perraut Soliveres est l'auteur de *Infirmières, le savoir de la nuit*, Paris, PUF, 2001.

mais plus équilibrée, voire d'une certaine estime de sa part. J'en ai surtout déduit que seule l'insistance, la ténacité, la résistance jusqu'à l'usure de leurs propres arguments (et de leur patience...) avait des chances d'infléchir les certitudes de certains dirigeants. Aujourd'hui, trois directeurs plus tard, le tableau est exactement resté le même, bien que les contraintes administratives, les stratégies individuelles et les caractères diffèrent considérablement. Les élus du comité d'entreprise continuent à préférer s'occuper de l'organisation des loisirs, commission qu'ils s'arrachent, la plus amusante et surtout la plus populaire. Les informations sur le fonctionnement de l'entreprise tombent souvent dans un silence patient, sauf lorsqu'ils touchent directement les intérêts de l'un ou de l'autre. Le caractère de l'entreprise n'y est pas pour rien, puisque étant à but non lucratif, soumise à des contraintes indiscutables, il n'y a pas grand-chose à négocier.

Résistance et compétence

À la décharge de mes camarades, il faut être doté d'une sacrée conviction pour ne pas lâcher prise face aux arguments de la direction, elle-même prise dans les contradictions de tutelles aux consignes incompréhensibles et changeantes. Je peux également comprendre que la plupart d'entre eux soient inquiets pour leur propre tranquillité, car il ne manque pas de moyens de pressions pour les faire taire. J'ai bien entendu subi moi-même quelques dommages en passant dans les turbulences de mes refus d'obtempérer, mais j'ai aussi gagné en souplesse, en intelligence tactique et même l'estime de mes adversaires, malgré une résistance qui n'a jamais faibli, voire se renforçait à mesure que je comprenais les enjeux. Le secret n'en est pas un : les arguments sont disponibles, inscrits dans les lois et leurs interprétations par les protagonistes divers. Encore faut-il avoir le courage de s'atteler à ces lectures barbantes, souvent complexes, voire incompréhensibles par le commun des mortels, et la compétence de les utiliser à l'instar de nos « adversaires ». Personne ne semble prendre la mesure de ces réalités, pas même les formations syndicales de base qui insistent davantage sur le principe de la « force d'opposition au tôle » que sur la nécessité d'acquérir les compétences pour élaborer des stratégies de résistance réalistes.

Le CHSCT

Lors de mon dernier mandat au CHSCT, j'ai encore mieux compris comment, sous le prétexte de remplir le document unique sur les risques au travail, l'essentiel du temps et de l'énergie des élus était absorbé par les tâches répétitives, la soumission aux référentiels, le tout noyé dans les multiples informations de la direction et la mise à jour des rubriques. Le peu

Acquérir les compétences pour élaborer des stratégies de résistance réalistes.

de temps restant (quatre réunions seulement par an sont obligatoires en dehors d'une situation d'urgence) étant occupé par les différentes visites sur site des installations nouvelles (la lingerie, par exemple, ayant été dotée d'une machine défectueuse, a mobilisé la totalité du temps). J'étais, là encore, suppléante d'un titulaire qui n'a jamais assisté aux réunions (mais qui bénéficiait du crédit d'heures). Nous étions en permanence trois élus sur sept face au directeur et au médecin du travail. Ce mandat avait d'ailleurs fort mal commencé, les élections ayant été contestées par le syndicat dont la candidate n'avait pas été élue. Cette situation inédite nous a obligés à nombre de procédures et a abouti à une convocation au tribunal qui l'a débouté. Le résultat principal a été le gel de cette instance pendant six mois...

Voter utile

Il y a pourtant des solutions à la portée de n'importe qui. Ces instances dont sont dotées les entreprises de plus de cinquante salariés ont des moyens qu'il convient de connaître pour les utiliser de façon optimale. Il faudrait d'abord que les employés soient plus exigeants avec eux-mêmes et, plutôt que dénigrer « les syndicats qui ne font rien », les solliciter, les informer et les soutenir dans leurs actions quand celles-ci vont dans le bon sens. Pour cela, il faudrait déjà qu'ils votent aux élections professionnelles (le quorum est rarement atteint au premier tour...) et se préoccupent de leurs droits avant que d'irréversibles dégâts les atteignent. Il est clair que les stratégies des votants échappent à la rationalité lorsqu'ils font arriver en tête des voix des personnes parfois très populaires, mais ne participant jamais ni aux réunions ni à un quelconque travail syndical au long cours. J'ai d'ailleurs moi-même été récemment sollicitée par un de ces élus, d'un syndicat « opposé », gentil garçon au demeurant, dont je suis allée défendre, sans état d'âme, les intérêts auprès de la direction. Que dire d'un syndicat qui met et remet sur ses listes des personnes qu'il ne forme pas et qui n'ont aucune compétence en matière de droit du travail ? Sans compter ceux qui découvrent qu'ils sont sur les listes et à qui on n'a rien demandé... et qui parfois sont élus...

Il faut cesser de penser que nous ne pouvons rien dans cette évolution délétère du monde du travail, nous avons les moyens de redresser la tête, mais pas seul, chacun dans son coin. C'est dans le collectif que se trouve la solution, pour tenir au quotidien, pour trouver des stratégies de résistance, pour faire face aux pressions qui s'exercent. La solidarité n'est pas un vain mot, il s'agit d'en retrouver le sens. ■

Les nouveaux rôles du CHSCT

Les pouvoirs d'intervention des CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) devraient permettre aux élus de peser davantage sur les conditions de travail afin de préserver la santé des salariés.

Entretien avec **François Desriaux**, rédacteur en chef de la revue *Santé et Travail*

§Syndicat,
§Prévention,
§Santé au travail

Des mandats syndicaux en concurrence

Si le CHSCT, Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, peut paraître pour certains une instance aux pouvoirs limités, c'est d'abord lié à une première faille. Le CHSCT n'existe que dans les entreprises de plus de cinquante salariés. Cela écarte beaucoup de Petites et Moyennes Entreprises (PME), et de Très Petites Entreprises (TPE), où les conditions de travail sont loin d'être toujours bonnes. Dans les entreprises de plus de dix salariés, les délégués du personnel sont amenés à reprendre le rôle du CHSCT.

Rappelons brièvement le cadre des trois mandats syndicaux.

Le CE, comité d'entreprise, s'occupe de la vie sociale, culturelle, des colonies de vacances. Il assure aussi maintenant un rôle extrêmement important de contrôle économique de l'entreprise : il peut mandater un expert qui a les mêmes prérogatives qu'un expert comptable, en cas de réorganisation de l'entreprise. Si l'employeur reste maître de ses décisions et de ses choix (délocaliser ou non), le CE a un vrai pouvoir de contrôle et de proposition.

Les DP, délégués du personnel, interviennent pour la prise en charge des questions individuelles des salariés, comme le temps de travail, les relations hiérarchiques, les congés, les formules RTT (réduction du temps de travail)... Le CHSCT est donc, lui, l'instance qui s'occupe de la santé au travail.

La deuxième raison qui fait dire à certains que le CHSCT est l'institution représentative qui fonctionne le moins bien est liée à l'effondrement du syndicalisme, dont la désaffection d'adhérents et de militants empêche qu'il y ait des candidats pour les trois fonctions. Les élus cumulent les mandats,

mais, de fait, la concurrence entre les mandats fait que souvent c'est le CHSCT qui en fait les frais.

De plus, l'élection au CHSCT se fait de façon indirecte, non pas au suffrage universel comme pour le CE et les DP, mais par désignation par le collège des élus du CE et des DP. L'enjeu électoral est donc moins important.

Enfin, entre la prégnance des questions d'emploi et de pouvoir d'achat, et le mode d'élection, les conditions de travail ne sont pas les priorités des organisations syndicales. Les militants les plus expérimentés s'occupent du CE ou deviennent délégués, tandis que ce sont les novices et ceux qui sont « obsédés » par la sécurité qui sont présentés au CHSCT.

De nouveaux champs d'intervention

Pourtant, la santé au travail est un enjeu énorme à bien des égards. Même si des secteurs à hauts risques comme les mines ou les hauts-fourneaux de sidérurgie ont fermé, les conditions de travail ne se sont pas améliorées. L'affaire de l'amiante ne doit pas faire oublier qu'il existe environ deux millions et demi de salariés qui sont exposés à des cancers professionnels. L'enquête SUMER (Surveillance médicale des risques) et l'enquête nationale sur les conditions de travail ont montré que, d'une part, la pénibilité physique n'a pas disparu et que, d'autre part, sont apparus de nouveaux risques avec ce que les experts appellent l'intensification du travail. Les entreprises ont fait la chasse aux sur-effectifs, aux temps morts et ont fait des efforts considérables pour rationaliser le travail. Résultat, la charge de travail a augmenté, les contraintes de temps se sont aggravées. Les salariés doivent en permanence se dépêcher, gérer l'urgence, interrompre fréquemment une tâche

pour en entreprendre une autre, encore plus urgente... Et progressivement, leurs marges de manœuvre se sont réduites et les temps de « respiration », pendant lesquels on peut penser son travail, échanger avec ses collègues sur la façon de faire, ont disparu.

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) ont explosé et les troubles psychiques n'ont cessé d'augmenter. On parle aujourd'hui de suicides et de souffrance au travail. Tout cela a aggravé la

Les élus n'utilisent pas toutes les nouvelles possibilités qu'offrent le Code du travail et la jurisprudence récente.

souffrance au travail.

Enfin, la question du maintien de l'emploi des salariés vieillissants va devenir un problème majeur. Les corps et les esprits sont particulièrement malmenés. Les gens vont devoir travailler plus longtemps, avec le risque d'inaptitude. Il y a incompatibilité entre l'état de santé des gens qui vieillissent et les exigences des postes.

Pour tout cela, le CHSCT a un rôle crucial à jouer.

L'expert prévu par le Code du travail

Alors que la tâche est immense, les élus n'utilisent pas toutes les nouvelles possibilités qu'offrent le Code du travail et la jurisprudence récente. En effet, il y a des changements récents qui renforcent le pouvoir du CHSCT. Selon le Code du travail, le CHSCT doit être consulté sur tout projet important « modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail » (art. L. 4612-8) et sur tout « plan d'adaptation établi lors de la mise en œuvre de mutations technologiques importantes et rapides » (art. L. 4612-10). Cela peut concerner l'introduction d'une nouvelle machine, un passage en horaire 2/8, l'augmentation des cadences, la sous-traitance de telle ou telle activité, ainsi que bien sûr que la plupart des projets de restructuration.

Lors d'une procédure de consultation sur un plan social, il revient au comité d'entreprise d'apprécier le projet sous l'angle économique, organisationnel et social. Au CHSCT de s'attacher à comprendre les incidences sur les conditions de travail des salariés qui restent en activité. Que va-t-il se passer pour ceux qui restent ? Ils vont devoir faire le même travail avec moins de personnel. C'est une question méconnue que la revue *Santé et Travail* vient d'aborder dans un dossier intitulé : « Restructuration, les conditions de travail trinquent aussi ». Avec ce dispositif, le CHSCT peut

mandater un expert agréé par le ministère du Travail, qu'il se choisit lui-même, dont il définit la mission et son périmètre. C'est une avancée considérable, car quelqu'un d'étranger à l'entreprise y entre et donne son avis. L'employeur peut ne pas en tenir compte, mais cet avis est un élément important de la négociation.

La jurisprudence au secours de la prévention

Un autre élément qui renforce le rôle du CHSCT est l'arrêté Snecma du 5 mars 2008 de la Cour de cassation. La Snecma voulait modifier l'organisation de l'une des ses entités. Le CHSCT a rendu un avis négatif en s'appuyant sur une expertise qui avait révélé un accroissement des contraintes imposées aux salariés, une aggravation du risque lié au travail isolé ou encore l'insuffisance du dispositif d'assistance. Mais, comme souvent, l'entreprise s'est contentée de respecter le formalisme de la consultation du CHSCT et a passé outre son avis. Le CHSCT est allé en justice. La Cour de cassation a estimé dans son arrêt que la nouvelle organisation « était de nature à compromettre la santé et la sécurité des travailleurs concernés » et a contraint l'entreprise à revenir à l'organisation précédente. Cette décision est importante d'un triple point de vue. D'abord, elle souligne que les magistrats considèrent que l'obligation de sécurité de résultat, qui s'impose à l'employeur depuis les arrêts « amiante » de 2002, s'applique non seulement à la réparation des risques, mais aussi à leur prévention. Ensuite, cette décision confirme que les questions d'organisation du travail et de santé psychique font partie du champ de la santé et de la sécurité au travail et, à ce titre, relèvent bien de la compétence des CHSCT, qui voient là leur rôle renforcé. Enfin, on retiendra que l'employeur n'est plus complètement maître chez lui. Le pouvoir d'organisation du chef d'entreprise ne tient que tant qu'il ne remet pas en cause un principe qui lui est supérieur : la santé et la sécurité de ses salariés. À l'époque de cet arrêt, nous avions d'ailleurs titré qu'il s'agissait d'« un coup de pouce des juges à la prévention ».

Faire appliquer la réglementation

En France, la réglementation en matière d'exposition aux produits toxiques a évolué dans le bon sens, elle est l'une des plus sérieuses des pays industrialisés. Il existe beaucoup de dispositifs très contraignants. Le vrai problème est que la réglementation n'est pas respectée. L'un des rôles du CHSCT est de connaître la réglementation, de la faire connaître et la faire appliquer, y compris, s'il faut pour cela employer la force, c'est-à-dire faire venir l'inspection du travail, engager devant la justice des actions face à des mises en danger d'autrui, inciter les victimes à déclarer des maladies professionnelles et à enga-

.../...

.../... ger des procédures en faute inexcusable de l'employeur devant les tribunaux des affaires de Sécurité sociale pour obtenir un procès et une indemnisation de leurs préjudices. Évidemment, ceci n'est pas simple, car la crainte de subir les représailles de l'employeur est bien réelle lorsque le salarié est toujours en poste dans l'entreprise. Mais cette menace tombe dans le cas des cancers professionnels, par exemple, car souvent, comme l'affaire de l'amiante l'a montré avec ses dizaines de milliers de procédures judiciaires, les victimes ont quitté l'entreprise.

Créer un climat, mettre le travail en débat

Il appartient au CHSCT de favoriser un climat de confiance, à la fois en décomplexant les salariés de faire valoir leurs droits, et en suscitant des discussions sur l'organisation du travail, et sur le contenu des tâches.

On voit trop de CHSCT qui se transforment en gendarmes.

Mais trop souvent, on voit des CHSCT qui se transforment en véritables gendarmes, où les élus font des tournées d'inspection avec la hiérarchie, dans le but de faire respecter les consignes de sécurité et de vérifier que les équipements individuels de protection sont bien portés. Cela coupe le CHSCT de sa base sociale. Souvent, si les gens ne respectent pas les consignes, c'est qu'elles sont incompatibles avec les exigences du travail.

Ce qu'il faut, c'est permettre à chacun de s'exprimer, c'est discuter collectivement du travail et de son organisation, des difficultés que cela génère pour faire du bon travail – non pas dans le sens de ce que la hiérarchie en attend, mais de ce que les pairs, les collègues en pensent – des compromis que les salariés sont amenés à faire. Au lieu de cela, des CHSCT se transforment en psychologues et recherchent la mise en place de solutions pour traiter les gens « fragiles » ou ceux qui n'ont pas réussi à s'adapter », comme les n° verts ou les cellules d'écoute. Ce n'est pas le rôle du CHSCT et bien souvent ça ne règle rien, parce que ce qui rend les gens malades, c'est le travail, donc c'est le travail qu'il faut soigner en priorité.

La peur et la honte

Les questions de l'emploi et des conditions de travail sont extrêmement liées. On ne résoudra pas le problème du chômage en créant des postes de mauvaise qualité. La rareté de l'emploi va de pair avec des postes de travail difficiles à tenir. « Pourquoi le travail fait-il souffrir ? » : à cette question qui est le thème d'un numéro de la revue, on peut répondre que ce sont le resserrement des contraintes de temps, la disparition des marges de manœuvre, le poids d'un travail extrêmement prescrit. C'est la peur et la honte, comme l'enquête Samotrace¹ l'a mis à jour. La peur de mal faire, de perdre son travail et la honte de mal faire son travail. Par exemple, à l'hôpital, les conditions de travail sont devenues une vraie plaie. Comment écouter quand on est seul pour s'occuper de vingt personnes âgées ? On pose le plateau et on le remporte, même si la personne n'a pas pu manger toute seule. Les gens ont conscience que ce qu'ils font, c'est mal. Mais comment faire ? De même, dans les centres d'appel téléphonique, c'est la règle des 20/80 qui domine. On règle les 80 % des appels qui ne posent pas de problèmes, et tant pis pour les 20 % plus complexes où les salariés pouvaient mettre en valeur leur savoir-faire. Répondre à une question complexe n'est plus rentable, on l'évacue. De même, dans les chaînes de production, on a limité les déplacements, soi-disant pour améliorer la qualité, de fait pour augmenter les cadences. On a enlevé les temps de marche qui permettaient de souffler.

Le CHSCT doit aussi s'atteler à cet appauvrissement du travail. C'est un mandat difficile. Mais de même que le CE s'est longtemps contenté d'organiser les colonies de vacances et les fêtes de Noël, et a mis du temps à prendre en compte sa mission de contrôle économique, de même l'expertise du CHSCT s'est développée ces cinq dernières années en incluant les risques psychosociaux. Les salariés vont tellement mal que les élus ont été obligés de s'y atteler. ■

1. Enquête menée par un réseau de médecins du travail sur le mal-être au travail des salariés : www.invs.sante.fr/publications/2007/samotrace/samotrace.pdf

Le magazine *Santé et Travail*

- une référence pour les acteurs de la prévention des risques professionnels ;
- une revue pratique pour aider les élus des CHSCT, les médecins du travail, les médecins généralistes ;
- des enquêtes, de l'actualité, des reportages, des rubriques régulières sur la réglementation, la toxicologie, un dossier approfondi ;
- un acteur de santé publique, un élément moteur notamment

dans la prise de conscience du scandale de l'amiante, une publication trimestrielle à avoir dans toutes les salles d'attente de cabinets médicaux, et les bibliothèques des locaux syndicaux

Rédaction *Santé et Travail* : service information de la Mutualité française, 255, rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15 – Tél. : 01 40 43 33 70. Abonnements : 12 rue du Cap Vert 21800 Quetigny – Tél. : 03 80 48 10 25 – www.santé-et-travail.fr

Les limites du CHSCT

La secrétaire du CHSCT d'une clinique privée souligne la difficulté de cette instance à intervenir dans la reconnaissance du risque psychosocial induit par l'organisation du travail.

■ **Barbara Rampillon**, secrétaire CHSCT (Comité d'hygiène, sécurité et conditions de travail)

Notre comité s'est très tôt intéressé à la prévention du risque psychosocial au sein de l'établissement. Après plusieurs formations, journées d'étude, échanges, lectures, droits d'alerte, nous avons acquis une connaissance théorique, voire pratique de ce risque, mais nous pensons que le CHSCT n'est pas assez armé pour mener une véritable prévention primaire de ce risque, notamment en terme de propositions d'organisation du travail.

Une aide-soignante me décrivait une de ses dernières gardes où elle était en pleine forme le matin et avait fait son maximum pour faire son travail. Lors d'entrées de patients non prévues, une responsable lui a dit d'aller plus vite, d'en faire plus sans tenir compte du travail déjà effectué. Elle m'a répété plusieurs fois qu'elle travaillait à fond et que ce manque de considération du travail effectué l'avait blessée au point qu'elle n'en a pas dormi la nuit. Elle a aussi insisté sur le choix imposé par l'organisation du service. Comment faire lorsqu'on vous demande de faire tout sauf du soin !

Dans le service de restauration, un climat délétère s'est installé depuis quelques années. Plusieurs indicateurs nous ont alertés fortement et nous avons prévenu la direction en vain : suicide (à domicile), altercation sur le lieu de travail, appel au secours auprès d'élus du personnel, tension entre les équipes de travail... Nous avons fait des enquêtes, usé du droit d'alerte et d'inspection, mais la direction ne veut rien savoir. Les salariés, très précaires et très fragilisés, ne sont pas sensibles à nos arguments et ne peuvent même pas se réunir tellement le climat est tendu. Cela ne favorise pas le travail revendicatif collectif. Il faut noter que les salariés sont pour la plupart des anciens. Mais l'externalisation du service dans un groupe national de restauration a bouleversé l'organisa-

tion et les salariés : management flou, pas de véritable responsable identifié, baisse de qualité des repas fournis ont entraîné la baisse de l'estime des salariés.

La restructuration des services de chirurgie, avec une nouvelle répartition des pathologies, entraîne de nouvelles façons de travailler, des process de soins différents, de nouveaux protocoles. La polyvalence est l'un des gros problèmes : on déplace les gens d'un service à l'autre, parfois deux fois par jour, en partant du principe que des soins infirmiers restent des soins infirmiers. Quid du contenu du travail, du lien avec le patient, de l'expérience acquise dans un service, en termes de connaissance des pathologies, des procédures, des protocoles, de l'équipe, des médecins... ? En tant que membre du CHSCT, nous savons identifier les problèmes, mais nous sommes incapables de relier de façon objective le ressenti des soignants et l'organisation du travail. Que faudrait-il mettre en place pour permettre de recréer du lien, de la solidarité, du contenu positif ? Nous en parlons avec les salariés qui sont d'accord avec nous, mais nous n'arrivons pas à relier leur mal être à cette perte d'identité, concrètement. Etre force de proposition, c'est là notre difficulté. Comment intervenir face à l'absence de réflexion sur le contenu professionnel, le métier, les raisons pour lesquelles nous faisons telle ou telle chose et pas une autre, permettre aux salariés de se réapproprier ce contenu et de le revendiquer ? Les organisations du travail nous déposent de ce bien précieux, du sens que nous voulons donner à notre travail, c'est ce qui crée la « souffrance au travail ». En tant que CHSCT, il nous manque des outils de décodage du lien entre le contenu du travail, le métier et la prévention du risque psychosocial pour proposer une démarche de prévention efficace. ■

§Syndicat,

§Conditions de travail,

§Souffrance au travail

Le travail et la loi

La santé physique et mentale en danger : l'inspection du travail intervient pour faire appliquer la loi, mais elle prend peu en compte les risques psychosociaux liés à l'organisation du travail.

■ **Jean-Louis Osvath**, inspecteur du travail, 16^e section des Hauts-de-Seine

§ Droit, législation,
§ Médecine du travail,
§ Souffrance au travail

La question de la santé des travailleurs est redevenue une question centrale du droit des relations individuelles et collectives du travail¹. Il n'est donc pas étonnant de constater que le volume des plaintes des salariés auprès de l'inspection du travail à propos de leurs conditions de travail, et plus particulièrement celles en rapport avec la santé physique et mentale, n'a fait que croître ces dernières années.

Les permanences des inspecteurs et contrôleurs du travail, lorsqu'ils reçoivent des salariés, prennent connaissance de leurs courriers ou leurs appels téléphoniques, mais également des éléments qui remontent des entreprises lors de leurs contrôles ou des réunions de CHSCT, font ressortir des éléments dont la gravité tend à augmenter. Les phénomènes de dépressions graves, burn out, agressions contre les collègues ou l'utilisateur ou contre soi (suicide) ou contre l'outil de travail, dérives éthiques comme l'adhésion aux pratiques de harcèlement moral contre des subordonnés, troubles musculo-squelettiques, mort subite au travail, sentiment de mal être et de souffrance au travail, etc., illustrent une évolution préoccupante de la dégradation de la santé physique et mentale au travail.

Cela est exprimé souvent par des formules comme « je suis harcelé » ou encore « ils nous mettent du stress » et peut aller parfois jusqu'au suicide.

S'appuyer sur la loi

Lorsqu'un salarié, un représentant du personnel ou encore la famille de la victime d'un suicide vient faire état de la situation qu'il a vécue, avec son propre ressenti, l'inspecteur ou le contrôleur du travail qui les reçoit ne pourra agir qu'avec les outils dont il dispose et dans le cadre de ses prérogatives. C'est, pour l'essentiel, le Code du travail et plus particulièrement les articles qui prévoient une sanction pénale en cas d'infraction à la réglementation, et parfois le Code pénal en cas de sui-

cide ou tentative de suicide, lorsque les conditions permettent d'établir le lien avec le travail et qu'un certain nombre d'éléments de preuves existent. D'autres moyens comme la lettre d'observation ou les interventions en CHSCT offrent également des possibilités d'intervention, mais ne présentent pas de caractère contraignant auprès de l'employeur.

Nous sommes donc conduits, lorsque le salarié s'adresse à l'inspection du travail, à informer celui-ci de l'ensemble des droits et moyens d'agir vis-à-vis des faits qu'il relate, à l'aider à exprimer ces faits, en lui rappelant le cadre dans lequel l'inspection du travail peut agir, ainsi que de la confidentialité de la plainte. L'action sera d'autant plus efficace qu'il aura pu associer l'ensemble des interlocuteurs auxquels il peut s'adresser : le médecin du travail avec la possibilité de consultation en dehors de la visite périodique, si nécessaire, les délégués du personnel et plus particulièrement le CHSCT compétent pour les conditions de travail. Les consultations spécialisées dans la prise en charge de la souffrance au travail, la procédure prud'homale éventuelle et l'assistance par un conseil sont également d'autres moyens d'action. Il ne s'agit pas de renvoyer le problème vers d'autres, mais d'agir dans le cadre de nos prérogatives, en complémentarité avec d'autres car les questions de santé relèvent d'un ensemble d'acteurs.

Contextualiser la situation

Le salarié, qu'il est parfois urgent de retirer de la situation dans laquelle il se trouve, pourra, s'il le souhaite, s'adresser par écrit à son employeur à propos des faits qu'il subit, tout en adressant copie de son courrier à l'inspecteur ou au contrôleur du travail. Cette action revêt comme premier intérêt de lever la confidentialité de la plainte par la publicité qu'en a donnée le salarié. Il est très souvent souhaitable, par ailleurs, en cas d'arrêt de travail ou lorsque cela arrive après un suicide, ou une

tentative de suicide, d'obtenir que soit effectuée une déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle, datée notamment à partir du dernier évènement connu qui a précédé cet arrêt et l'a motivé.

Tant pour la procédure que nous pourrions être conduits à diligenter que pour une meilleure compréhension par le salarié de ce qui lui arrive, une des conditions essentielles à des suites pertinentes sera d'aider à contextualiser la situation : les exigences du travail, son organisation, le « management » des relations de travail, leur décalage avec les valeurs et attentes des salariés en matière de travail et de reconnaissance, les changements qui interviennent dans le travail.

En effet, les modes d'organisations du travail sont structurés sur l'individualisation (entretiens annuels avec des objectifs chiffrés de performance à atteindre), le management (responsables interchangeable d'une entreprise à l'autre et de moins en moins compétents sur le plan technique), les procédures écrites qui succèdent à d'autres procédures écrites. À cela s'ajoutent les « reportings » sur des outils informatiques, à des fins statistiques, le pilotage par l'aval (demandes du public ou du marché prises en charge directement par le salarié), ou encore la sur-taylorisation du travail par l'utilisation de l'informatique avec, dans certaines professions, des salariés directement branchés par des oreillettes à un ordinateur qui programme la charge et l'organisation du travail. Parfois, ce sont des centres d'appel qui vous fixent directement, sur votre ordinateur, les rendez-vous que vous devez effectuer, qui vous indiquent où vous en êtes par rapport à l'objectif qu'on vous a fixé, ce qui vous permettra d'obtenir la part variable de votre salaire. Toutes ces situations, comme celles également où l'on vous demande d'être autonome et en même temps de respecter à la lettre le prescrit, sont très souvent décrites comme étant à l'origine des souffrances exprimées par les salariés, alors que les discours sur la qualité et sur la communication qui accompagnent ces évolutions reflètent bien souvent leur absence criante.

Des enquêtes difficiles

Des groupes de travail ont été mis en place et des guides méthodologiques ont été élaborés pour aider l'action des agents de contrôle. Cependant, un certain nombre de difficultés perdurent pour appréhender pleinement et dans toute sa dimension ce problème à partir des prérogatives de l'inspection du travail et l'on ne parvient pas toujours à trouver des réponses satisfaisantes, la situation continuant à se dégrader.

Le fait que les enquêtes nécessaires soient souvent longues, chronophages et incertaines quand aux suites qui y seront données, ne favorise pas leur réalisation. Parfois, le salarié qui a retrouvé un meilleur état de

santé se rétracte et ne veut plus entendre parler de cette affaire. Les difficultés, qui peuvent provenir du manque de clarté des salariés pour exprimer les circonstances à l'origine de leur souffrance, s'ajoutent à la nécessité d'assurer, dans le même temps, les autres priorités de contrôle, obéissant, de plus en plus, comme dans la plupart des entreprises, à des objectifs de production de chiffres. L'inspecteur du travail, lorsqu'il participe aux réunions des CHSCT traitant des risques psychosociaux, est souvent confronté à des présentations interminables de diapos par des experts suite à des enquêtes générales, véritables bulletins météo de la souffrance au travail qui mentionnent des dizaines et des dizaines de pourcentages sur l'état de santé dans l'entreprise sans que l'on ne sache bien à quoi cela va servir, car elles n'amènent rien de plus que l'on ne savait déjà. Les autres solutions préconisées sont souvent la mise en place de numéros verts, de tickets psys, d'observatoires et autres ersatz de l'accompagnement de la solitude organisée.

Remettre le travail au centre

On peut en partie expliquer les difficultés par le fait que les réponses à apporter aux demandes qui tournent autour de la santé mentale sont plus complexes à mettre en évidence que celles qui relèvent de la santé physique. La part des facteurs propres à l'individu et celle des facteurs extérieurs ne sont pas faciles à discerner, notamment pour des agents dont ce n'est pas le métier. Mais alors que tout le monde n'est pas à égalité non plus sur le plan individuel, vis-à-vis des cancers professionnels par exemple, la pluralité des causes possibles n'empêche pas de maintenir la responsabilité du chef d'entreprise ou de ses délégués. Il doit en aller de même pour la santé mentale.

Il est parfois urgent de retirer le salarié de la situation dans laquelle il se trouve.

La première des questions, vis-à-vis du salarié et de l'ensemble des parties concernées, sera donc de remettre le travail et son organisation au centre. Car il y a bien souvent une lutte permanente des directions d'entreprises pour faire sortir le problème de l'entreprise, d'en faire un problème individuel (un salarié dépressif, ou un mauvais travailleur) ou encore intra-personnel, entre deux salariés, avec très souvent le licenciement de celui qui se plaint et s'estime victime, pour éliminer le problème.

Tout en assumant le fait de parfois ne pouvoir intervenir qu'en deçà de la demande sociale, à chaque fois que cela est possible, il nous faut aussi mettre en

.../...

.../... œuvre notre pratique habituelle d'observations écrites. L'écrit permet le rappel à la loi et aide à sortir ces situations du non-dit. Rappeler l'employeur à ses obligations, y compris par la voie pénale, en évitant de s'en tenir à l'informel, viser la responsabilité de la personne morale en cas de harcèlement moral, ou encore invoquer la complicité de l'employeur avec des faits commis par un de ses subordonnés sont les autres actions possibles.

L'amélioration du dispositif législatif entourant la question des risques psychosociaux, qui apparaît aujourd'hui bien souvent comme insuffisant ou inadapté aux situations rencontrées, peut participer à un progrès.

L'obligation de sécurité de résultat

La notion de santé mentale a été introduite dans le Code du travail à partir de 2002, ce qui est relativement récent. Elle y figure dans plusieurs articles, notamment celui sur l'obligation générale de santé et de sécurité qui incombe aux employeurs et dont la jurisprudence a affirmé l'obligation de résultats en matière civile. Elle est mentionnée également pour l'enquête des délégués du personnel ou encore dans les prérogatives du CHSCT. Un seul article recouvre une sanction pénale en cas d'infraction et permet à l'agent de contrôle d'engager des poursuites lorsque les conditions

matérielles le permettent, à savoir celui sur le harcèlement moral, avec toutes les ambiguïtés qu'il recèle. Parmi celles-ci, il y a le fait que cet article n'est abordé, notamment dans les jugements des tribunaux, qu'à travers un traitement intra-personnel de la situation de travail. Le caractère « malveillant » intentionnel sera imputé à un individu donné, sans que les causes et donc les responsables, personnes civiles ou morales, à l'origine de la situation, ne soient mises en cause ou sanctionnées en cas de manquement à l'obligation de résultat. Concrètement, il permet de poursuivre un intermédiaire qui agit dans le cadre de l'organisation du travail prescrite par l'employeur, sans qu'il ne soit fait référence à cette organisation. S'il est vrai que dans un certain nombre de circonstances, on pourra relever des actes malveillants intentionnels de la part de l'employeur ou d'un supérieur hiérarchique, on enregistre, dans la plupart des cas, des faits qui relèvent de l'organisation du travail elle-même. Il devient nécessaire aujourd'hui, que l'obligation de sécurité de résultat qui découle de la jurisprudence civile trouve à s'appliquer également au plan pénal et que la loi soit modifiée en ce sens. ■

■
1. Pierre-Yves Verkindt, professeur à l'Université Lille 2, in *Jurisprudence Lamy*, n° 239, p. 3.



Que de la com'

La prise en charge des troubles musculo-squelettiques est un sujet à la mode. Mais qu'en est-il dans la réalité de la vie des salariés ?

Yveline Frilay, médecin généraliste

Combien d'entre nous devraient se réjouir d'entendre sur les ondes une campagne de communication sur les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS). Cette campagne avise les travailleurs que les TMS liés au travail existent, que « c'est douloureux et... cela affaiblit l'entreprise ». Les employeurs peuvent les prévenir. « Employeurs, vous pouvez agir contre les TMS et pour votre entreprise. TMS, la prévention, on s'y met tous. » Simple effet de communication, car dans la réalité...

Cette cadre supérieure d'une grande banque nationale en crise me réclame un certificat médical pour un siège ergonomique. Crise oblige, les bureaux ont déménagé, sur une surface plus petite, les meubles et sièges ont été remplacés par du mobilier neuf. Pour obtenir un siège confortable, adapté au poste de travail, le règlement préconise qu'un certificat médical rédigé par le médecin traitant est nécessaire. Que font le CHSCT, le médecin du travail pour les employés lors de l'achat du mobilier ? Ne faudrait-il pas agir en amont ? Devons-nous conseiller à chaque employé de demander un certificat médical à son médecin traitant à titre préventif, pour être en conformité avec la campagne de prévention (d'autant qu'on ne préconise pas une visite en médecine du travail) ?

Cette campagne de communication sur les TMS ne semble s'adresser qu'aux seuls employeurs privés. Sophie, 55 ans, reconnue travailleur handicapé caissière dans une piscine, reprend son travail après une fracture du rachis dorsal. Au cours de sa journée, elle réalise de nombreux mouvements du tronc. Elle rencontre le médecin du travail qui accepte un mi-temps thérapeutique à 60 % et un poste adapté. Six mois plus tard, Sophie est toujours au même poste, avec les mêmes gestes, et le même mobilier. Évitant les mouvements de torsion du rachis, elle sollicite ses épaules qui bloquent, à 30° maximum dans tous les mouvements. L'arrêt de travail est fait dans le cadre d'une maladie professionnelle (TMS). Six mois plus tard, alors qu'elle commence à récupérer, le médecin

de contrôle refuse la reconnaissance de maladie professionnelle : « L'origine de la maladie professionnelle est discutable, car travaille à la caisse d'une piscine, de plus à temps partiel (60 %) en arrêt continu depuis le 9.07.2008 ». Être à temps partiel depuis six mois n'est donc pas considéré comme travailler. Les soins sont arrêtés faute de moyens. Le syndicat est saisi : ce type de refus est coutumier. En temps que médecin traitant, je ne prolongerai pas son arrêt de travail, car c'est lui enlever le pain de la bouche : elle ne percevrait plus aucun revenu (à six mois d'arrêt maladie). Le chef de service demande à Sophie un certificat médical émanant du médecin traitant, mentionnant qu'elle est apte à reprendre son travail. Refus. Je l'adresse au médecin du travail dont c'est le rôle de prononcer l'aptitude, à lui de priver la patiente de ses revenus, à lui, qui n'a pas réussi à imposer à l'employeur (qui est aussi le sien) l'adaptation du poste, d'assumer ses responsabilités.

Armelle travaille au service de consultation d'un hôpital. En soulevant un gros dossier, elle perçoit une vive douleur entre le pouce et l'index de la main gauche, sa collègue infirmière lui dit d'aller aux urgences. Quelques mois plus tard, elle sera opérée d'une tenosynovite¹ dans le privé (pas de place à l'hôpital public), les soins post-opératoires sont refusés au titre de l'accident de travail. Le médecin de contrôle juge qu'elle avait un problème antérieur. Il est pourtant reconnu² que ce sont les gestes répétitifs et ou soutenus, associés à du stress qui favorisent les TMS, maladies multifactorielles dont la composante dominante est professionnelle.

Faire reconnaître un accident de travail ou une maladie professionnelle chez un agent de la fonction publique est une gageure, la fonction territoriale est son propre assureur, les médecins de contrôle sont à leur solde, les médecins du travail aussi, quand le médecin traitant n'est pas aussi payé par lui. C'est ce fonctionnement que cherche à favoriser le Medef à travers la réforme de la « Santé au travail ». ■

¹Maladie professionnelle,
²Conditions de travail

1. Inflammation des tendons et de sa gaine.
2. INRS, *Les TMS, guide pour la prévention*, p. 38.

Soigner le travail

Pour pouvoir agir en prévention et prendre soin des situations de souffrance au travail, il faut comprendre les origines et les mécanismes des violences faites au travail.

■ **Bruno Michel**, ergonomiste psychodynamicien

§Maladies professionnelles,
§Souffrance au travail,
§Conditions de travail,
§Suicide

Pour qu'une intervention en milieu de travail ouvre des voies vers un meilleur équilibre « efficacité – qualité – santé et sécurité », il me semble indispensable de « soigner le travail ». Autrement dit, il faut s'acharner à comprendre ce qui, dans les conditions d'organisation et de réalisation du travail, permet aux acteurs concernés d'avoir individuellement et collectivement la main sur tout ou partie des cinq leviers « vitaux » que sont les conditions d'anticipation, de régulation, de coopération, de reconnaissance et de sens du travail.

L'anticipation, que l'on soit encadrant ou non, nécessite une certaine visibilité de ce que l'on a à faire et de comment il faut le faire. L'absence de visibilité modifie notre conduite, la rend plus tendue et nous empêche de « voir », mais aussi « d'entendre » notre environnement, nos collègues...

La régulation doit permettre de restaurer nos capacités de penser et d'agir, de laisser s'exprimer notre esprit d'initiative face aux variabilités humaines et organisationnelles que

sont les aléas et les incidents. C'est en quelque sorte, « mettre de l'huile dans les rouages ».

La coopération s'entend comme une construction reposant sur des valeurs de métier, partageables. C'est de cette construction que naissent la confiance et le « pouvoir agir ensemble ». Il ne s'agit pas ici d'un simple acte de bonne volonté ou de motivation.

La reconnaissance est la clé de voûte du dispositif. En quoi ce que j'ai fait et non ce que je suis, est reçu, perçu, validé, par la hiérarchie, par mes pairs et par les bénéficiaires de mon action.

Enfin, il s'agit bien de donner du sens au travail que je réalise. Faire un travail difficile, mais qui renvoie à des valeurs éthiques et qui contribue à la construction identitaire, est plus supportable qu'un travail a priori facile, mais ressenti comme injuste, amoral, absurde, non-conforme aux traditions de métier.

Prenons une situation en agroalimentaire où l'on s'intéresse à identifier l'ensemble des causes de souffrance des opératrices. On va remonter au bruit, au froid, à l'humidité, à la qualité du produit travaillé, aux réglages des machines, à l'évolution de carrière des femmes par rapport aux hommes. On va se rendre compte que, à ancienneté et expérience professionnelle égales, tous les hommes ont changé de fonction, en devenant conducteurs, régleurs, chefs, d'équipe, etc., alors que toutes les femmes sont restées opératrices ! C'est la façon dont est pris en compte le point de vue des femmes sur les incidents de production, qui va permettre dans cet exemple de « prendre soin » du travail.

“ Faire un travail difficile peut être plus supportable qu'un travail facile ressenti comme amoral ou absurde.

En analysant tous ces points et en cherchant les solutions, collectivement, on résout de façon durable et efficace les problèmes tant de santé au travail que les problèmes de qualité et d'efficacité.

En l'occurrence, peu importe que la demande d'origine ait été exprimée en terme de TMS (troubles musculo-squelettiques) ou de RPS (Risque Psycho Social : dépression, angoisse, conflits interpersonnels, suicide). L'analyse et le résultat sont faits de façon globale et en lien avec le travail et non en cherchant du côté des travers de personnalité.

Dit autrement, cela signifie que dans les interventions santé-travail, il est pratiquement tout le temps vérifié que l'hypothèse à faire est que les personnes en présence sont « normales » et tentent avec plus ou moins d'efficacité de préserver individuellement et collectivement cette « normalité ». Que le symptôme seul ne permet pas d'être

Bruno Michel est consultant spécialisé dans les relations entre l'homme et le travail, expert agréé auprès des CHSCT.

prédictif sur les causes. Derrière un TMS, il y a rarement uniquement un problème de geste au sens biomécanique, et derrière un RPS, il y a rarement un unique problème de fragilité ou de pathologie individuelle.

Le contexte actuel qui tend à distinguer TMS et RPS est pervers, au sens où cela conduit à distinguer des intervenants du côté du geste, au sens biomécanique (kinés, ostéopathes) et des intervenants du côté du psychologique et du psychisme avec toutes les dérives comportementales observées et le renforcement du mode de management contemporain.

Dans les deux cas, TMS et RPS, les causes sont à chercher dans les conditions de mise en œuvre des cinq éléments précités, sinon on ne « soigne pas le travail ». On n'agit pas sur ce qui fait que les personnes peuvent anticiper, réguler, coopérer, être reconnues et trouver un sens à leur travail, mais on va « soigner » les personnes comme si elles étaient, seules, à l'origine des problèmes rencontrés.

Il faut donc s'attacher, dans l'intervention, à garder la globalité et à retisser sans cesse les liens entre les différences de points de vue. Croiser les regards sur la « façon de faire » et la « façon de considérer le travail ». Le fonctionnement d'un individu est à la fois physique, physiologique, psychologique et psychique et ce fonctionnement varie, évolue, change. Le fonctionnement interindividuel confronte aux différences. Le fonctionnement d'un milieu de travail est à la fois : technique, économique, social, commercial, qualité, concurrentiel. Il relève de règles, mais aussi d'aléas, d'incidents et de variabilités en tout genre. L'intervention doit donc reposer sur une démarche précise pour accéder à l'ensemble de ces liens ; il est donc nécessaire de créer un lieu, des moments pour penser ! Dit autrement, les interventions qui ne permettent pas l'élaboration d'une pensée individuelle et collective sur le travail sont les interventions qui ne se pratiquent que « au pied de la machine, directement dans l'atelier ou l'open space ! » ; elles fixent des objectifs quantitatifs, sous contraintes de temps aux groupes de travail, en s'appuyant sur des principes présumés de ce que seraient de « mauvaises » conditions de travail, de « mauvais » gestes, de « mauvaises » pratiques, etc. In fine, ces interventions ne peuvent aboutir à des solutions efficaces et pérennes.

Créer les conditions favorables pour penser la relation individuelle et collective au travail est important. Il y a plusieurs raisons à cela, les raisons liées à la construction même de notre savoir-faire de métier, les autres liées au statut donné dans l'entreprise à l'écart entre le travail prescrit et le travail réel.

Pour ce qui relève de la construction de notre savoir-faire, ce qui est en jeu, c'est que plus nous maîtrisons ce que nous faisons, plus il est difficile de le nommer, de le décoder, de le livrer aux autres. Accéder à ce que l'on peut appeler le travail « intime » nécessite du temps, mais aussi de la confiance dans les enjeux. Qu'est-ce qui va être fait de ce que je dis ? Par exemple, si je parle de toutes mes astuces, trouvailles et combines, est-ce que cela ne va pas contribuer à une automatisation, une robotisation, une standardisation ?

“ Les process, obligations, objectifs quantitatifs isolent, imposent le silence et poussent à la répression psychique ou au retournement en violence contre soi ou les autres.

Pour l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, ce que je dis va-t-il m'exposer à des sanctions ? Par exemple, si je dis que pour réaliser telle action, je suis obligé de shunter une sécurité, de m'écarter du process, de la procédure, est-ce que mon interlocuteur va chercher avec moi ce qui peut me conduire à procéder ainsi ou va-t-il me rappeler que c'est interdit, que je ne dois pas faire telle ou telle chose ?

Force est de constater qu'actuellement, il devient de plus en plus difficile de mettre au débat nos façons de procéder, nos divergences de point de vue. La tendance actuelle est plutôt à dire qu'une enquête va être menée, que des sanctions seront posées et que les procédures seront renforcées ! Cet étau que constituent les process, procédures, obligations, normes, objectifs quantitatifs, devient de plus en plus prégnant, pesant, et les rappels à l'ordre qui l'accompagnent isolent de plus en plus les acteurs de l'entreprise, imposent le silence par la standardisation et poussent soit à la répression psychique, soit au retournement en violence contre soi ou les autres.

Mettre en place un dispositif d'intervention nécessite de dire que l'on risque d'être confronté à tout cela, ce qui justifie les modalités proposées. Les demandeurs doivent pouvoir réfléchir à cela avant de s'engager ! Même si l'on sait que, dans la plupart des cas, le déni qui s'est installé ne permet pas aux demandeurs de réellement prendre le recul nécessaire sur tous ces aspects, il n'empêche qu'a posteriori, lorsque l'intervention est acceptée, elle bénéficie toujours de cette clarté initiale des enjeux, car on peut à tout moment y faire référence. ■

1. Cet article s'appuie sur ma pratique de terrain, en référence aux deux disciplines constitutives de mon métier : l'Ergonomie de Langue Française et la Psychodynamique du Travail ; les personnes intéressées par une bibliographie peuvent trouver un grand nombre de lecture à partir des noms suivants sur un moteur de recherche : Wisner, Daniellou, Laville, Dejours, Molinier, Clot, Davezies, Pezé, Hubault ; ou en faisant l'acquisition du dernier ouvrage paru : *De l'ergonomie à la psychodynamique du Travail*, Dominique Dessors, ouvrage présenté par Damien Cru, Marie-Pierre Guiho-Bailly et Pascale Molonier, éditions Eres.

Entre thérapeutique et politique

Dans le cabinet du généraliste, les symptômes de la souffrance au travail sont traités médicalement et individuellement, mais se pose la question des causes sociales et politiques de cette souffrance qui doit être renvoyée à la collectivité.

Entretien avec **Ledicia Weizmann**, médecin généraliste

Propos recueillis par **Anne Perraut Soliveres**

§Médecine du travail,
§Conditions de travail,
§Souffrance au travail

Ma pratique de médecin généraliste a débuté en 1984, au moment où sont apparus les licenciements massifs. Comment concevoir mon rôle de médecin, avec quels outils ? Que signifie mettre quelqu'un en arrêt de travail ? Certes, il est mis momentanément à l'abri, mais qu'en est-il de la collectivité qui en supporte le coût ? Faut-il à tout prix médicaliser ce qui est une souffrance sociale ? Questions complexes que le médecin ne peut résoudre seul.

La solitude du médecin et du salarié en souffrance

Je travaille dans un cabinet de groupe dans le 11^e arrondissement de Paris créé à l'instigation d'une association d'usagers, l'« Association Santé Charonne » (ASC).

Même dans ce cadre où les échanges sont fréquents et riches, le travail du médecin dans son cabinet reste quelque peu solitaire. Un malaise et l'impression d'être novice, dépourvue d'outils face aux problématiques de la souffrance au travail qui débordent largement la question individuelle de la santé des patients, sont vite apparus. Arrêts de travail et psychotropes font évidemment partie des solutions transitoires, mais sont imparfaits et insuffisants face à la complexité et l'ampleur du problème. En outre, ils tendent à médicaliser une souffrance sociale.

Lorsque j'ai décidé, il y a dix ans, dans le cadre de l'ASC, de créer un groupe expérimental autour de la question de la souffrance au travail, je ne savais pas trop ce que j'y cherchais si ce n'était de ne pas rester isolée dans mon travail, ce qui repré-

sentait une forme de souffrance, et d'offrir à ceux que la question touchait un lieu de débat (qui les sortirait de leur propre isolement). D'emblée sont venus des syndicalistes désemparés face à certaines situations de salariés nouvelles pour eux, des personnes en souffrance, des curieux alertés par le bouche à oreille. Les uns exprimaient leurs difficultés, les autres écoutaient, répondaient en proposant des pistes ; de mois en mois, quelque chose s'est dégagé du groupe.

Le cadre d'un travail efficace

Un médecin du travail est venu régulièrement et nous avons progressivement animé le groupe en binôme. Puis ce médecin a désiré partir. Le hasard a voulu que peu de temps auparavant, un syndicaliste, ancien éducateur devenu psychologue du travail et travaillant au CNAM avec Christophe Dejours, soit venu observer notre travail. Je lui ai proposé de co-animer le groupe, il a tout de suite accepté, trouvant cette expérience collective en dehors de l'entreprise originale et inédite. Jean-Claude Valette a enrichi notre groupe de sa connaissance approfondie du monde du travail et de l'expérience qu'il avait de ces problématiques. Nos tempéraments, nos compétences complémentaires se sont renforcés et le cadre s'est précisé, affirmé. Des règles de participation, gratuite, mais avec inscription préalable, se sont instaurées de façon à pouvoir limiter le groupe à six ou sept participants, condition nécessaire à la qualité des échanges et à l'existence d'un temps de parole suffisant pour chacun. Ces personnes venaient de la patientèle des quatre médecins du cabinet médical, d'un autre généraliste du

quartier, mais aussi par le bouche à oreille. La participation majoritaire des femmes à ces groupes a été une constante et ne nous paraît pas relever du hasard. Celles-ci ont peut-être une plus grande propension à exprimer leur souffrance, à savoir demander de l'aide. Mais une seconde explication nous paraît relever de la domination exercée dans le travail. Domination hiérarchique et de genre se cumulent souvent pour les femmes et ceci, quelque soit leur niveau de formation et de responsabilités. Cette double domination est, certes, plus importante au bas de l'échelle sociale, mais elle se rencontre à des postes élevés de responsabilité. Une domination de race s'ajoute à celles de classe et de genre. Nous avons accueilli de nombreuses personnes d'origine étrangère (italienne, suédoise, maghrébine, antillaise, péruvienne, allemande...)

Nous ne prenions, volontairement, pas de notes et la discrétion était de mise. Chaque fois que des informations sur les entreprises circulaient, nous rapelions la nécessité du secret, tant pour la confiance que chacun faisait au groupe que pour la sécurité de l'intervenant qui parlait de son entreprise. En effet, celui-ci évoquait ses relations avec ses collègues, ses supérieurs hiérarchiques, les histoires multiples de dérapages qui émaillaient sa vie professionnelle, l'organisation du travail... et dévoilait parfois des éléments de la vie de l'entreprise dont la gravité auraient pu le mettre en danger.

L'intelligence collective

Très vite, nous avons vu se dessiner dans le groupe un travail thérapeutique, maïeutique et politique, remarquable. Outre le plaisir immédiat de se sentir écoutée et entendue, de se sentir vivre dans un tissu de convergences sociales, de convivialité, la personne qui expose son histoire la pense en même temps. Elle est parfois amenée à préciser, à ramasser davantage son récit lorsqu'elle vient pour la deuxième ou la troisième fois et qu'elle la partage avec les nouveaux arrivants. Nous voyons se réaliser différentes prises de distance, l'histoire s'éclaircit, devient plus compréhensible à mesure que la personne apprend à la relativiser face à l'intérêt et aux questions des autres. Chacun « travaille » plus ou moins consciemment sa propre histoire en se mettant à l'écoute de celui qui parle, tout en apportant sa pierre à l'interprétation et à la formulation des « bonnes questions ». Le soulagement de ne plus se sentir isolé, la déculpabilisation par la prise de conscience de situations analogues chez d'autres salariés se doublent de l'apprentissage de l'écoute, du partage, de l'accueil de l'autre, quelles que soient les différences. La richesse et la diversité des personnes et des entreprises représentées, la multiplicité des compétences ont fait émerger d'autres savoirs, syndicaux, juridiques ou politiques, permettant de

chercher des solutions dans d'autres champs que le médical. L'asymétrie du colloque singulier dans lequel le médecin est « supposé savoir » fait place à des compétences diffuses et davantage horizontales. On voit se dessiner une pensée collective entre des personnes auxquelles on demande souvent de travailler et d'obéir sans penser.

Les situations professionnelles et les statuts très différents ne sont pas un frein, bien au contraire dès lors que le cadre bienveillant et démocratique permet la discussion, sur un pied d'égalité, entre,

Domination hiérarchique et de genre se cumulent souvent pour les femmes.

par exemple, ce directeur financier et cette vendeuse d'un grand magasin mise au placard. Il est arrivé une fois qu'il n'y ait que deux personnes, une femme d'origine allemande, cadre dans un grand théâtre parisien où elle rencontrait des difficultés et un homme coursier à scooter. Au début de la séance régnait un climat de tension. Après les présentations d'usage, l'homme a commencé à parler de façon assez agressive se sentant manifestement en position d'infériorité. La femme, très attentive, a posé des questions, demandé des précisions et peu à peu la situation a changé : l'agressivité s'est estompée et l'homme a finalement évoqué sa frustration de n'avoir pu faire d'études du fait de son origine sociale et combien cela le perturbait d'être cantonné à un métier dans lequel il ne se réalisait pas. Puis, lorsque la femme a parlé, il s'est révélé d'une attention touchante et se sentait manifestement à l'aise, métamorphosé. Des murs sont tombés. Cette séance illustre en outre les liens complexes entre le professionnel et le privé dans ces histoires de souffrance au travail.

Passer de la violence au conflit

La méthode du « vivre ensemble » que préconise C. Rojzman, sociologue et psychothérapeute dans les banlieues, vise à remplacer la violence par le conflit. Je me sens très proche de cette problématique à l'issue de cette expérience autour de la souffrance au travail. Un tel groupe a permis à certains de reprendre leur histoire en main, de passer de l'état de victime à la position de celui qui peut réagir, s'opposer, assumer le conflit.

La liberté a présidé à la création de ce groupe et à la souplesse de son fonctionnement, le bénévolat des animateurs leur a permis d'échapper à toute évaluation extérieure. Seule l'expertise des participants a guidé leur évolution durant les neuf ans d'existence du groupe qui s'est éteint en même temps que Jean-Claude Valette. ■

«Tu ne tueras point»

Entretien avec **Annie Thébaud Mony**, sociologue

Propos recueillis par **Noëlle Lasne**

En matière de pathologie du travail, la question se pose à présent de recourir au droit pénal afin de briser l'impunité actuelle des industriels, donneurs d'ordre et employeurs. Ce recours au droit pénal peut se décliner dans trois domaines. D'abord celui des atteintes physiques liées aux accidents du travail. Rappelons qu'il y a en France deux accidents du travail mortels par jour. Pratiquement aucun de ces accidents ne passe au pénal, quand c'est le cas, il s'agit de la lutte isolée d'une famille qui sait qu'elle a la possibilité de le faire.

Le droit pénal s'applique en second lieu dans le cas des maladies différées comme les cancers professionnels. Concernant la reconnaissance des cancers professionnels, la faute inexcusable des employeurs est réfutée traditionnellement par ces derniers sur deux modes : ils ignoraient le caractère cancérogène des produits en cause, et ne

peuvent donc être tenus pour responsables. Ces cancers survenant dans la durée, la preuve ne peut pas être apportée de leur caractère professionnel. Il n'y a donc aucune raison, pour les employeurs, de réparer un cancer professionnel, qui est le plus souvent imputé au fait que les travailleurs sont responsables de leur cancer en raison du tabac et de l'alcool. Cet argumentaire a la peau très dure.

Dans tous les cas de figures, les employeurs déclinent toute responsabilité et renvoient la balle dans le camp des salariés pour ne pas avoir à répondre de leurs négligences.

Il y a 50 ans, on pouvait affirmer qu'on ne savait pas que l'on ignorait l'effet cancérogène des rayonnements ionisants, de l'amiante, des solvants, des poussières métalliques. Mais aujourd'hui, quand on expose des travailleurs à ces substances les employeurs et/ou donneurs d'ordre savent parfaitement qu'il y aura des cancers et d'autres maladies parmi les travailleurs exposés. Il s'agit donc d'une mise danger délibérée de la vie d'autrui et de blessures que l'on peut qualifier de volontaires.

Le Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers

d'origine professionnelle (GISCOPI93) conduit une enquête permanente auprès de patients atteints de cancer dans six services de trois hôpitaux de Seine Saint-Denis. Entre 2002 et 2009, neuf cents parcours professionnels ont été reconstitués, permettant l'identification des expositions professionnelles aux cancérogènes de ces patients. La reconstitution de ces parcours professionnels a montré que 84 % des patients ont été lourdement exposés à des cancérogènes professionnels connus, répertoriés et inscrits dans la liste du Centre international de recherche sur le cancer, et ceci pendant plus de vingt ans pour 65 % d'entre eux. Il s'agit essentiellement d'une polyexposition.

Nous concluons donc à une exposition massive aux cancérogènes en milieu professionnel, principalement dans cinq secteurs : le BTP, la construction et la réparation automobile, le travail des métaux, la maintenance et le nettoyage, sachant que de nombreux autres secteurs, notamment industriels, sont concernés.

Si je parle d'impunité, c'est que nous n'en sommes plus au simple respect du principe de précaution, qui suppose des actions de protection face à une simple incertitude. Les textes disent formellement que le principe de prévention (qui repose sur une certitude) impose l'absence de contact entre le produit et les travailleurs en ayant recours soit à la substitution, soit aux protections collectives, soit aux protections individuelles. La substitution reste rarissime, sauf dans le domaine de l'amiante. Les protections collectives ne sont mises en place que dans les industries très automatisées grâce aux pressions des syndicats et des CHSCT. Dans le domaine de la sous-traitance, la réglementation souvent inadaptée n'est pas ou peu appliquée.

Il n'existe pas de registres de cancer comportant les parcours professionnels

Cette mise en danger d'autrui ne sera brisée que par le pénal, comme on l'a vu dans le procès de Lille contre l'entreprise Alstom qui a exposé ses salariés à l'amiante après 1999 malgré l'interdiction. Il y actuellement 320 000 nouveaux cas de cancer par an. Je refuse de donner un chiffre sur la proportion de cancers d'origine professionnelle, puisque, par définition, ils ne sont pas recensés

Qui pousse au suicide est puni, selon le code pénal, de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

comme tels : il n'existe pas de registre de cancer comportant les parcours professionnels, ce qui permet de continuer à répéter que seuls 3 % des cancers sont d'origine professionnelle. Le raisonnement est le même pour toutes les pathologies du travail à effet immédiat ou différé : les troubles musculo-squelettiques, la surdité professionnelle. Il n'est toujours pas clairement reconnu que le bruit rend les gens sourds ! Il est inadmissible qu'on attende que les gens partent à la retraite pour le constater.

Il y a eu quelques brèches en droit pénal avec les accidents du travail, mais c'est surtout l'amiante qui a fait bouger les choses. Quand Bouygues expose au travers d'une cascade de sous-traitants des tra-

Le Code de la sécurité sociale, en affirmant le droit à la réparation via l'indemnisation, permet aussi une normalisation du risque.

vailleurs du bâtiment au risque de chute sur des échafaudages précaires, il s'agit bien d'un « désastre volontaire » tel que celui qui va être prochainement plaidé à Turin. À partir de décembre, un procès opposera trois mille plaignants de Casale Monferatto au deux PDG, suisse et belge, du groupe Eternit, inculpés de « désastre volontaire ». En mettant en place la production d'amiante, Stephan Schmi-dheiny et le baron de la Marchienne savaient qu'il y aurait des morts de l'amiante.

Voilà où nous en sommes s'agissant des mises en danger délibérées de la vie d'autrui relevant du droit pénal dans le domaine des atteintes physiques.

Le raisonnement est exactement le même dans le domaine des risques psychosociaux. Quand on met en place un plan de croissance de la production sans donner de moyens adaptés, on place les travail-

leurs devant une contradiction absolue, chez Renault comme à France Telecom ou ailleurs. Je tiens le même raisonnement sur les suicides. Aujourd'hui, on peut dire qu'en mettant leurs employés dans des situations de contradiction ingérables les entreprises savent qu'il y aura des suicides. Qui pousse au suicide est puni, selon le code pénal, de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Il n'arrive rien aux responsables des homicides du travail

Toute la différence entre le recours au pénal et le système actuel de réparation des pathologies professionnelles réside dans le principe de l'indemnisation prévue par le Code de la sécurité sociale. Cette indemnisation, le plus souvent négociée à la baisse par l'employeur, ne fait apparaître aucune responsabilité. Tout se passe comme dans un dégât des eaux : il y a indemnisation, réglée entre deux assureurs, sans que le particulier à l'origine du dégât des eaux soit inquiété. Lorsqu'un travailleur sous-traitant d'EDF se retrouve écrasé entre deux portes d'ascenseur, la responsabilité pénale d'EDF et pas seulement de l'employeur sous-traitant devrait être engagée et jugée.

Le Code de la sécurité sociale, en affirmant le droit à la réparation via l'indemnisation, permet aussi une normalisation du risque. Le code pénal interdit et condamne : tu ne tueras point, tu ne mettras pas en danger la vie d'autrui. Notre société soi-disant civilisée autorise le meurtre des travailleurs, par accident ou à petit feu. Et il n'arrive rien aux responsables des homicides du travail. Quand quelqu'un se fait poignarder dans la rue, son agresseur est condamné. Quand José Bové démonte un Mac Donald sans exercer de violence, il va en prison. Mais on ignore toujours si le PDG de Total sera condamné dans le procès AZF. Cette violence inouïe faite aux travailleurs s'exerce sur tous les terrains y compris dans les atteintes à leur dignité. Voilà pourquoi il faut remettre le pénal au cœur de la prévention au travail. ■

Annie Thébaud-Mony, directrice de recherche à l'Inserm, directrice du GIS COP93, spécialisée dans les domaines du travail.

Elle a publié notamment *Travailler peut nuire gravement à votre santé. Sous-traitance des risques, mise en danger d'autrui, atteintes à la dignité, violences physiques et morales, cancers professionnels*, La Découverte, Paris, 2007, poche 2008.

Pratiques est heureux de vous annoncer la création de la Fondation Henri Pézerat « Santé, Travail, Environnement » qui sera accueillie par la Maison du Citoyen à Fontenay-sous-Bois.

S'appuyant sur l'important fonds documentaire qu'Henri Pézerat avait constitué, la Fondation qui portera son nom a pour but de créer et de faire vivre un réseau d'échanges d'expériences et d'aide aux

luttons sociales concernant la santé des personnes en lien avec le travail et l'environnement. Ce réseau rassemble des scientifiques, des médecins, des juristes, des militants syndicaux et associatifs, des journalistes, ainsi que tous ceux et celles qui se sentent concernés par le vaste champ à la jonction des risques professionnels et environnementaux.

Contact : annie.thebaud-mony@wanadoo.fr

| Pour en savoir plus |

- « Chaque fois que se pose un problème de santé, le professionnel se doit de s'interroger des causes et des conséquences sur l'emploi... » Accident de travail, maladie professionnelle, harcèlement moral, recours au médecin de pathologie professionnelle, travail de nuit, droit des femmes enceintes... Yveline Frilay nous explique comment utiliser les recours légaux et les associations et partenaires alliés qui peuvent aider une personne victime de difficultés de santé au travail. Vous pouvez ainsi trouver dans son article, publié sur le site de *Pratiques*, www.pratiques.fr, des outils pour faire valoir les droits des patients en matière de santé au travail.
- Sur le même site, Elisabeth Pénide expose en détail la réglementation concernant les accidents de travail, maladies professionnelles, arrêt maladie, invalidité et handicap, et les moyens de les mettre en œuvre, en les illustrant de statistiques et de cas cliniques. Des tableaux très précis et utiles pour guider la pratique.

La FNATH, association des accidentés de la vie, apporte depuis 1921 (c'était alors l'association des mutilés du travail) une aide technique précieuse aux personnes victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle, mais aussi d'autres accidents, de la route, domestiques ou médicaux. En y adhérant, par une cotisation, on obtient un accompagnement juridique et social, assurances de prêts, vacances, services à la personne... La FNATH représente ses adhérents auprès des tribunaux, contacte les employeurs, les assureurs et les médecins du travail pour trouver des solutions en termes d'aptitude, de maintien dans l'emploi ou de formation. Ses juristes travaillent à l'évolution des lois et réglementations, et ses membres siègent au

Conseil pour l'orientation des conditions de travail (COCT), au Fond d'Indemnisation des victimes du travail (FIVA) et autres instances traitant du handicap. Elle agit à l'extérieur des entreprises, mais développe des relations avec tous les autres acteurs, associatifs et syndicaux, concernés par les accidents. Elle est présente sur tout le territoire et organise des actions de prévention. Sa semaine de sensibilisation aura lieu cette année du 16 au 24 octobre, dans une dizaine de villes, sur le thème des cancers d'origine environnementale et professionnelle. ■

Propos recueillis auprès d'**Arnaud de Broca**, secrétaire général de la FNATH
www.fnath.org

| Accidents de travail, pour une véritable équité

Le gouvernement présente comme une mesure d'équité l'amendement au projet de loi de finance 2010 visant à soumettre à l'impôt sur le revenu les Indemnités Journalières (IJ) versées aux victimes d'accidents de travail.

C'est passer sous silence que « contrairement à ce qui est avancé, les IJ versées aux victimes du travail ne sont pas un revenu de remplacement, mais la réparation d'une perte de salaire due à une incapacité de travailler du fait d'un risque professionnel et de conditions de travail déplorable »¹. Par ailleurs, la réparation de cette perte de salaire est loin d'être intégrale, puisque les salariés ne bénéficiant pas d'une prévoyance d'entreprise ne touchent que 60 % de leur salaire le premier mois et 80 % ensuite.

C'est aussi passer sous silence que « la victime du travail par rapport à la victime d'un accident de la route, d'une agression, ou d'un accident médical, reste, et de très loin, la moins bien indemnisée dans la France de 2009. De fait, l'indemnisation perçue est forfaitaire, autrement dit limitée à certains des

préjudices subis seulement ; loin, très loin de l'indemnisation intégrale de tous les préjudices qui prévaut en droit commun¹. Le secrétaire général de la FNATH prend le gouvernement au mot sur le terrain de l'équité : « les victimes du travail sont toutes disposées à abandonner cette exonération si elles devaient recevoir une indemnisation intégrale à la charge des employeurs fautifs ! Alors engageons le vrai débat de la réparation des victimes du travail, sur un véritable plan d'équité et pas uniquement sur le terrain de la maîtrise des dépenses publiques »

Une véritable équité serait aussi de mener une politique de santé au travail permettant une nette réduction des pathologies liées au travail. **MK** ■

1. Arnaud de Broca, secrétaire général de la FNATH, *Le Monde*, 29/09/2009.
Pétition à signer sur le site de la FNATH
www.stoptaxeaccidentsdutravail.net/



maGd zine

Assurance maladie : la privatisation en marche

§Assurance maladie, §Concurrence Marché Privatisation, §Mutuelles

■ **Marie Kayser**, médecin généraliste

En juin 2008, le directeur de l'Assurance maladie annonçait la remise en cause de la prise en charge à 100 % des Affections de Longue Durée (ALD). Devant la levée de bouclier générale, et plus particulièrement celle des associations de patients, le gouvernement avait dû faire marche arrière.

Mais au congrès de la Mutualité Française à Bordeaux, le 4 juin 2009, le chef de l'État est revenu à la charge de façon plus détournée en précisant « les ressources de la solidarité nationale ne sont pas infinies » et « les régimes de base ne pourront pas tout financer » et en annonçant son intention de « confier de nouvelles responsabilités aux organismes complémentaires ». Il visait ainsi plus particulièrement les « maladies chroniques qui représentent 80 % de l'augmentation des dépenses », c'est-à-dire les Affections de Longue Durée.

Ce transfert vers les complémentaires, mutualité mais aussi instituts de prévoyances et assurances privées, correspondrait à une privatisation partielle du système de santé et entraînerait un recul de l'accès aux soins touchant plus particulièrement les personnes aux revenus plus modestes. Le tarif des complémentaires deviendrait totalement

prohibitif pour une part de plus en plus importante de la population : les ménages les plus pauvres font déjà un effort trois fois plus grand que les plus riches pour se payer une complémentaire, qui plus est de moins bonne qualité et 7 % de la population n'a aucune couverture complémentaire¹, 14 % des français et 32 % des personnes sans complémentaire ont renoncé à des soins en 2006 et ce taux de renoncement est en augmentation depuis 2002².

En voulant co-gérer les ALD, la Mutualité Française veut participer davantage à la gouvernance de la protection maladie, et avoir sa place dans les futures Agences Régionales de Santé.

La fin de la prise en charge à 100 % des ALD est un objectif du gouvernement. Il cherche d'autres acteurs pour réaliser cet objectif forcément injuste pour les malades, la Mutualité Française ne doit pas perdre ses valeurs en entrant dans ce marchandage. ■

■
1. 5^e rapport de l'Observatoire National contre la pauvreté et l'exclusion sociale (avril 2008).

2. *Questions d'économie de la santé*, IRDES n° 131, avril 2008.



CAPI : en débat

§Assurance maladie, §Rémunération des soignants

Marie Kayser, médecin généraliste

Pratiques s'est déjà fait l'écho des analyses critiques¹ et de la pétition de refus du CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles) lancée par le Syndicat de la Médecine Générale². Selon ce contrat, le généraliste reçoit de l'Assurance maladie une prime « à la performance » s'il atteint certains « quotas » en matière de dépistage et de prévention, de suivi des pathologies chroniques et de prescriptions.

Le CAPI n'a été initialement soutenu par aucun des syndicats de médecins généralistes avec des arguments différents et parfois opposés. Pendant l'été, c'est le SAPC (Syndicat Autonome des praticiens conseils du régime général d'Assurance maladie) qui est intervenu dans le débat³. Il rappelle que le nombre de contrats signés par les généralistes jouera dans les primes reçues par les médecins conseils et analyse le CAPI : « [...] Nous ne pouvons pas nous-mêmes interdire ou même empêcher de quelque façon que ce soit la signature individuelle de nos confrères libéraux, et partant les comptes de résultats sur lesquels eux-mêmes décident en pleine conscience d'aller curieusement s'engager. L'important pour la CNAMTS est aujourd'hui à la mise en œuvre du principe. Dès que les seuils cibles nationaux du nombre de contrats à signer par région seront touchés, les objectifs et les contrôles seront plus contraignants. En fin d'exercice du CAPI signé, la discussion sera alors à la seule analyse comptable des objectifs chiffrés acceptés individuellement par chaque professionnel libéral. Il n'y aura plus de discussion médicale [...] »

Et pourtant... plus de 8000 médecins généralistes

ont déjà signé un CAPI : la rémunération attachée au CAPI ne peut suffire à expliquer ce succès que n'a pas connu l'Option Médecin Référent (OMR). Ne faut-il pas y voir un changement de mentalité des médecins face à une forfaitisation de la rémunération ? Mais il s'agit avec le CAPI d'une part variable de rémunération du médecin, individualisée et au mérite, où le patient n'est que la « cible » de l'action. L'OMR concernait un couple patient-médecin : rémunération forfaitaire du médecin pour une prise en charge coordonnée et un accompagnement du patient au sein du système de soins, dispense d'avance de frais pour le patient facilitant l'accès aux soins, indépendance de la formation continue...

Au moment où les négociations reprennent entre syndicats de médecins et Assurance maladie, d'autres modes de rémunération des généralistes que le paiement à l'acte doivent être mis en place. Contrairement au CAPI, ils doivent réellement améliorer la prise en charge globale du patient et son accès aux soins et favoriser l'exercice du généraliste dans un cadre collectif et pluridisciplinaire⁴. ■

-
- 1. *Pratiques* 44, p. 70 « Pour des contrats d'amélioration des pratiques collectives ».
- 2. Les CAPI, un recul pour la médecine générale : Pétition et lettre ouverte à Monsieur Frédéric Van Roekeghem directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).
- 3. Lettre ouverte du SAPC à Monsieur le Président de l'Ordre des Médecins.
- 4. *Pratiques* 39 : Dossier : Comment payer ceux qui nous soignent ?

Accord sur la médecine du travail rejeté

Les syndicats de salariés (CFE-CGC, CFDT, CFTC, FO, CGT) viennent de rejeter unanimement le projet de « modernisation de la médecine du travail », élaboré par le Medef. Les professionnels de santé au travail critiquent eux aussi fortement ce texte¹ et ont lancé un « appel pour sauver la médecine du travail »² et un manifeste pour une nouvelle gestion des services de santé au travail³ à signer en ligne.

Le gouvernement va maintenant devoir légiférer. Rien n'est donc encore joué et la mobilisation de tous les acteurs, professionnels, salariés et citoyens est importante pour obtenir une organisation des services de santé garantissant l'exercice réel de la mission de santé publique qui leur est confiée : « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. » **MK** ■

-
- 1. Voir *Pratiques* 46, p 76, Services de santé au travail, conflits d'intérêts
- 2. www.slmf.fr/SLMT/Appel.html
- 3. www.sante-et-travail.fr/petition-gouvernance-SST

Remise en cause des arrêts de travail

§ Arrêt de travail, § Médecine du travail, § Travail, conditions de travail

■ Marie Kayser, médecin généraliste

1,5 millions en 2008 (pour 900 000 en 2007), c'est le nombre de contre-visites de salariés en arrêt de travail effectuées par des sociétés privées à la demande des employeurs¹. Depuis 1978, l'avis défavorable du « médecin contrôleur patronal » entraînait la suspension du complément d'indemnité journalière versé par l'employeur dans le cadre des conventions collectives. Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008, l'Assurance maladie peut suspendre les indemnités journalières qu'elle verse à l'assuré sur la base du seul rapport de ces « médecins contrôleurs patronaux ». Le ministre du Budget a annoncé en juillet son intention d'étendre à l'ensemble du territoire français cette expérimentation jusque-là mise en œuvre dans une dizaine de Caisses Primaires d'Assurance maladie.

Depuis 2004, un des items conditionnant les augmentations tarifaires collectives des médecins est la baisse de prescription des arrêts de travail. Les médecins et, plus encore, les futurs médecins sont formatés à prescrire l'arrêt de travail le plus court possible. Ils sont réprimandés par les caisses et menacés d'être « mis sous tutelle » pour les arrêts quand leurs prescriptions sortent de la moyenne du secteur. Et aujourd'hui, l'attribution des indemnités journalières va dépendre de médecins en plein conflit d'intérêt puisque payés par des sociétés privées financées par les employeurs commanditaires des visites².

L'arrêt de travail qui est un droit pour le salarié malade³ est maintenant présenté comme le fossoyeur de l'Assurance maladie ; le travailleur en arrêt est soupçonné de fraude et le prescripteur de complaisance intéressée. Les sociétés privées avancent un chiffre de 15 % d'arrêts contrôlés injustifiés et l'Assurance maladie de 11 à 13 % selon la longueur de l'arrêt⁴. Mais il s'agit toujours de contrôles ciblés et non d'étude indépen-

dante faite à partir de contrôles systématiques. Par ailleurs, la mise en place de référentiels risquerait d'être plus dangereuse que bénéfique : aucune maladie n'a une durée standard et la possibilité de reprise dépend souvent des conditions de travail. Enfin, ce sont les arrêts maladies de plus de 45 jours qui contribuent pour l'essentiel à l'augmentation du poste des indemnités journalières⁵, ce qui rejoint une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie de 2004 qui montrait que plus les arrêts étaient longs, plus la proportion de sujets de plus de 55 ans était importante et que les conditions de travail semblaient jouer un rôle important dans la longueur des arrêts de travail⁶. Les médecins doivent utiliser l'arrêt comme un outil thérapeutique, les salariés peuvent contester auprès de l'Assurance maladie les avis du médecin patronal ainsi que les décisions du médecin conseil, mais cette remise en cause des arrêts ne pourra être contrée que par la mobilisation collective de tous les acteurs concernés. ■

-
- 1. *Revue Entreprise & Carrières*, n° 962 du 7 au 13 juillet 2009
http://www.wk-rh.fr/actualites/upload/E&Ca962_contre_visite.pdf
- 2. Le coût d'une visite pour l'employeur démarre à 90 euros HT pour un praticien qui se déplace au domicile du salarié.
- 3. Étude de la CNAM non publiée mais reprise par le quotidien *La Tribune* du 9 juin 2009.
- 4. Le « plan français de Sécurité Sociale de 1945 » précise : « Quelle que soit la cause de l'interruption de travail, la Sécurité sociale suppose qu'il est paré aux conséquences de cette interruption par l'attribution d'un revenu de remplacement ».
- 5. Comptes de la sécu pour 2008 et prévisions 2009
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000269/000.pdf>
- 6. Point d'information mensuelle de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie d'octobre 2004 : étude sur les patients en arrêt de travail de 2 à 4 mois.

La loi HPST votée

les difficultés d'accès aux soins vont augmenter

Assurance maladie, Hôpital

Marie Kayser, médecin généraliste

Malgré la résistance des défenseurs de l'hôpital public et de l'accès aux soins pour tous, la loi Hôpital Patient Santé Territoire a été votée le 24 juin 2009¹.

Les Agences Régionales de Santé (ARS), sous pilotage d'un Conseil National, regrouperont toutes les missions d'organisation du système de santé. Leur directeur sera nommé en conseil des ministres. Le gouvernement a ainsi tout pouvoir pour imposer sa politique en matière de santé.

Les regroupements d'établissements seront favorisés par l'attribution de crédits. La mise en place des communautés hospitalières de territoire, entre établissements publics, risque d'entraîner la fermeture de services pour des raisons de rentabilité économique plus que de qualité de soins. Les groupements de coopération sanitaire public-privé ne laisseront subsister sur certains territoires que des activités à dépassements d'honoraires. L'amendement Prél n'a pas été retenu : il donnait aux ARS la possibilité d'obliger les cliniques à effectuer un quota d'actes sans dépassement d'honoraires, si l'offre à tarifs opposables était trop limitée dans une région.

À l'hôpital, le directeur a tout pouvoir (sous contrôle de l'ARS). Il préside le « directoire » à composition et attribution réduites qui remplace l'ancien conseil exécutif.

Il se voit transférer l'essentiel des pouvoirs qui restaient détenus par le conseil d'administration, celui-ci étant remplacé par un conseil de surveillance.

Il a compétence pour nommer les chefs de pôles sur présentation, pour les chefs de pôle clinique ou médico-technique, d'une liste élaborée par le président de la Commission Médicale d'Établissement qui verra ses prérogatives réduites.

Introduction au sein de l'hôpital public d'une activité médicale libérale et d'un nouveau statut contractuel pour les praticiens hospitaliers, avec rémunération variable à l'activité. Le personnel pourra être « intéressé » aux résultats...

Médecine ambulatoire et accès aux soins

La loi prévoit des « maisons de santé », lieux de premier recours, mais le financement pérenne des activités autres que le curatif n'est pas assuré et rien n'y garantit l'accès aux soins : ni la pratique de tarifs opposables, ni celle du tiers-payant ne sont des conditions pour bénéficier de dotations de financement.

Pour la lutte contre les refus de soins, le recul par rapport au projet de loi est total : les députés ont inversé la charge de la preuve au détriment des patients et les sénateurs ont supprimé la pratique du « testing ».

Aucune réponse n'est apportée aux difficultés d'accès géographique aux soins : les mesures pour inciter les médecins à s'installer dans les zones déficitaires sont insuffisantes ; le contrat « santé solidarité » prévu pour 2012 et obligatoire, sous peine d'amende, un médecin de zone surdense à prêter main forte en zone déficitaire semble très loin des conditions d'exercice de la profession.

Les généralistes ont finalement obtenu que la loi inscrive pour quatre ans le nombre annuel de nominations aux différents échelons de la filière universitaire de médecine générale.

La loi supprime la spécificité de l'actuelle formation conventionnelle indemnisée indépendante de l'industrie pharmaceutique et met en place le développement professionnel continu fusionnant formation continue et évaluation des pratiques professionnelles.

Éducation thérapeutique

Elle ne sera pas opposable au malade et ne peut donc pas conditionner les taux de remboursement. La loi affiche l'interdiction de tout contact direct des firmes avec les patients, mais elle introduit clairement la participation des firmes pharmaceutiques dans les actions d'éducation thérapeutique auprès des patients « dès lors que des professionnels de santé et des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 [associations de patients] élaborent et mettent en œuvre ces programmes ou actions ». ■

1. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id

Tarification des maisons de retraite

SDépendance APA, SPersonnes âgées

■ Marie Kayser, médecin généraliste

Un projet de décret sur un nouveau mode de financement des EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) vient de soulever les protestations des associations de familles, des professionnels et des conseils généraux ¹.

D'une part, les établissements publics et associatifs auraient la liberté de fixer leur prix de journée, pour les personnes qui ne bénéficient pas de l'aide sociale ². D'autre part, le texte généralise l'attribution d'une dotation globale, pour les soins et la dépendance, calculée à partir d'indices moyens.

Les familles redoutent une forte hausse du prix de l'hébergement qui deviendrait une variable d'ajustement des budgets, puisque les dépenses de soins et de dépendance devront être couvertes par des dotations globales attribuées et plafonnées. Les directeurs craignent un nivellement par le bas lié au mode de calcul de la dotation globale des EHPAD qui, même pour les mieux dotés, ont déjà du mal à assurer un accompagnement respectueux de la personne âgée. Les départements s'inquiètent, car une sollicitation financière plus importante des familles augmenterait le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale.

Si le gouvernement semble avoir fait marche arrière sur la libéralisation des tarifs d'hébergement, le principe de la dotation globale reste à l'ordre du jour.

Ce projet de décret pose plus globalement la question de la prise en charge de la dépendance. Le gouvernement veut mettre en place pour ce « 5^e risque » ³ un financement et une gestion faisant grandement appel au système assurantiel et complémentaire ; cette 5^e caisse spécifique ³ loin des principes fondateurs de la Sécurité sociale, serait une source d'inégalités sociales majeures. ■

1. *La Croix* du 19 août : <http://www.la-croix.com/article/index.jsp?docId=2389656&rubId=788>

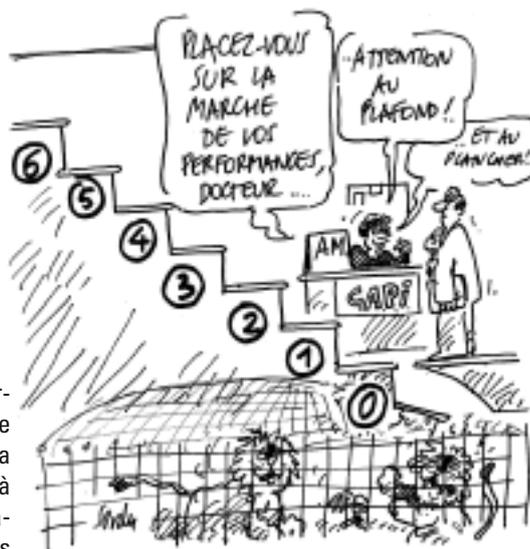
2. Les conseils généraux versent cette aide sous conditions de ressources des résidents et de leurs familles, et fixent les prix d'hébergement des établissements agréés pour accueillir ces bénéficiaires ; ce prix est le même pour tous les résidents (de 1 500 à 1 800 euros pour une moyenne des retraites de l'ordre de 1 200 euros mensuels).

3. La Sécurité sociale comprend quatre branches : maladie, accident de travail et maladies professionnelles, allocations familiales et retraite.

Le SMG vous invite à son 35^e congrès

Les 4 et 5 décembre 2009 à Toulouse

Contre la résignation, changer nos pratiques



La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » a été votée en juin 2009, le Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale 2010 sera débattu à l'automne, les Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) se mettent en place sous l'égide de l'Assurance maladie...

Notre système de soins et de santé est en train d'être profondément transformé. Qu'en est-il au quotidien dans nos pratiques ? Quelles en seront les conséquences pour les patients ?

Nos relations avec l'Assurance maladie :

Le SMG s'interroge sur le nombre non négligeable d'adhésions de médecins aux CAPIs, contrats qui introduisent une prime liée à la performance, et non un nouveau mode de rémunération au forfait, et **qui induisent des pressions sur les patients**. Quelles conséquences en attendre pour la pratique médicale ?

Quelle place restera-t-il à la négociation collective, à la convention médicale ? Pourquoi le SMG a-t-il appelé à refuser de signer les CAPIs ? **Quels moyens alternatifs proposons-nous pour sortir du paiement à l'acte et améliorer la qualité des soins et la prise en charge globale de la santé ?**

Quelles sont les vraies raisons du contrôle des choix thérapeutiques comme l'arrêt de travail ou les prescriptions dans le cadre des affections prises en charge à 100 % ? Comment défendons-nous les droits de nos patients malgré certaines dispositions de loi qui visent à les restreindre ?

Nos relations avec les assurances complémentaires :

Que signifie pour les patients et pour les médecins le projet « priorité santé mutualiste » ?

Des assurances privées contractualisent déjà avec nombre de professionnels de santé, y compris en appliquant le tiers-payant, à grands renforts de publicité. Comment contrer cette évolution ?

Le SMG se bat afin de refonder un système de soins et de santé solidaire. Quelles alliances construire avec les syndicats de salariés, les associations de patients, les associations citoyennes ?

En filigrane à ces questions, nous essaierons pendant deux jours à Toulouse, de formaliser ce qu'est notre « exercice » de la résistance et de la désobéissance face aux changements induits par **la loi HPST**, et d'élaborer des stratégies alternatives face à la progression de l'emprise du secteur privé dans le domaine de la santé.

Les débats seront introduits et enrichis par la présence de nos intervenants qui passeront ces journées avec nous :

- Omar Brix, médecin spécialiste en santé publique, bien au fait des enjeux qui traversent la réforme du système de l'offre de soins ;
- Patrick Flores, médecin généraliste, a beaucoup travaillé sur le thème des inégalités sociales de santé et a participé à une enquête INSERM sur la mise en évidence de celles-ci en médecine générale.

Et... nous aurons le grand plaisir d'accueillir Serdu, le dessinateur apprécié de Pratiques, qui croquera, avec son impertinence coutumière, tous nos débats.

Pour connaître le programme détaillé et vous inscrire, consulter le site du SMG: <http://www.smg-pratiques.info/>

La revue *Pratiques* vous invite à une soirée débat

Vendredi 5 décembre à 21 heures à Toulouse :

« La place du patient dans le système de soins »

Pour plus d'informations consulter le site de *Pratiques* :
<http://www.pratiques.fr/>

Quand l'orthophoniste entre en désespoir

§Écoute, §Évaluation, §Protocole, §Neurosciences

Isabelle Canil, orthophoniste

Quand les « neurosciences » viennent malmener la pratique de l'orthophonie, il faut oser les questionner et leur opposer les savoirs issus de l'expérience.

Il est des périodes mornes, dans la vie d'un orthophoniste contemporain. Un alliage de lourdeur, de sentiment d'incompréhension et de solitude a tôt fait de ralentir son allant. Et c'est un désespoir. Je n'y échappe pas.

Ce désespoir ne prend pas corps au sein des séances. Il est là avant et après. Il est comme un symptôme de ce qui résiste en l'orthophoniste, quand il se trouve malmené et qu'il ne reconnaît plus sa tâche. Son métier, qu'en général il aime beaucoup, a l'air d'avoir été métamorphosé sans qu'il s'en soit vraiment avisé. Va-t-il être contraint à une retraite forcée ? Est-il à mettre au rebut ? Doit-il laisser la place à des praticiens formés bien plus brillamment et efficacement ? Il est désorienté, affolé, paralysé... et triste, l'orthophoniste.

Son désespoir est un corollaire du discours ambiant qui, en prétendant remodeler nos conceptions de la vie et réorganiser nos valeurs, fait perdre à notre travail son sens et sa direction. Pour être diffus, ce discours n'en est pas moins implacable. Sans doute sa grande force tient-elle en son grignotage progressif et continu. On l'a mal vu arriver, et soudain, il est là et partout.

Dans le monde orthophonique, ses avancées s'ordonnent en pensée unique autour du vocabulaire des sciences cognitives. Ce discours, qui se réclame de la science, tend à devenir le seul qui soit légitime. Parce qu'il est repris, recommandé, validé par des instances importantes comme la Sécurité sociale ou l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), il avance comme un rouleau compresseur, excluant petit à petit toute tentative de penser autrement. L'heure est venue de nous affranchir des disciplines psychosocio-éducatives, nous clame-t-il, pour s'enrichir des avancées scientifiques. Il nous achemine vers des pratiques de soins à protocole, qui ignorent superbement la singularité du patient.

Le langage et, avec lui, le sujet parleur (qui n'est alors plus trop parleur), se trouvent découpés et

analysés, en fonctions, en compétences, celles-ci ne tardant pas à être elles-mêmes sous-divisées en sous-fonctions ou sous-compétences. Les champs explorés se multiplient. Les outils d'investigation abondent. L'évaluation est devenue un maître mot.

Ainsi, les difficultés, passagères ou ancrées que peut rencontrer un enfant dans l'apprentissage de la langue écrite (lecture, écriture, orthographe), vont être explorées avec cette visée de cerner un « trouble spécifique de l'apprentissage », comme si on allait pouvoir l'isoler et l'objectiver, comme s'il était un vilain kyste en trop, ou une molécule en moins, ou un muscle abîmé.

Des batteries de tests se proposent de cerner le déficit, ou le dysfonctionnement. Siège-t-il dans le traitement phonologique, ou morphologique, ou sémantique ? La mémoire à court terme, ou à long terme est-elle affectée ? Y a-t-il un trouble visuo-attentionnel ? Sont-ce les traitements implicites ou intentionnels qui entravent la lecture ?

Notre premier acte, le bilan orthophonique, devrait devenir cette expertise chiffrée qui tend vers un modèle standardisé.

Et voilà... Le symptôme s'en est allé... Et avec lui le sujet parleur...

Même chevonné, il arrive que l'orthophoniste contemporain ait du mal à garder le cap devant cette déferlante. Courageusement, il essaie bien, ici et là, de protester, quand il devient patent que quelque chose cloche, que ces orientations qui objectivent, spécifient, morcellent, isolent et quantifient, ne peuvent pas s'ajuster au langage et à la pensée, sauf à les méconnaître insolemment, outrageusement. Mais peut-il encore être crédible ?

Essaie-t-il de dire que l'évaluation lui semble prendre trop de place, on lui rétorque qu'à moins de vouloir encourager un flou artistique, il est primordial d'identifier un trouble si on veut avoir

quelque chance d'y remédier. Que répondre à cette lapalissade ?

Essaie-t-il de dire que l'efficacité est un terme qui lui paraît inapproprié, s'agissant de langage, on s'étonne : Comment ? Ses patients et lui-même n'espèrent-ils pas un résultat ? Que répondre à cette autre ?

Essaie-t-il de dire encore que toutes ces nouvelles investigations lui donnent le tournis et lui font perdre de vue le patient lui-même, on le taxe d'obscurantisme. Serait-il opposé aux nouvelles connaissances de la science ? Que répondre encore ?

Il n'en peut mais, l'orthophoniste.

Et il se demande bien ce qui reste à mobiliser chez un patient, quand l'inventaire des fonctions cognitives démontre avec une certitude comptable qu'« il a un déficit de l'attention », ou que « c'est son cerveau qui analyse mal les différences entre phonèmes », ou que « sa mémoire de travail n'est pas optimale » ? Plus la démarche a l'air « scientifique », plus on pense qu'elle inspirera confiance et gagnera en crédibilité. Le jour viendra-t-il où le patient pourra dire : « Je vous laisse mes deux hémisphères. Quand puis-je revenir les chercher ? »

Il avait son bon vieux credo éthique, l'orthophoniste, qui lui commandait de toujours privilégier le duo « symptôme et sujet », et il avait la conviction qu'un symptôme qui se donne à voir dans le langage en dit toujours un bout sur son sujet parleur. Je trouve qu'il avait bien raison. Et qu'on n'a rien inventé de mieux.

Si le langage et la langue sont ma matière première, je ne dois jamais oublier qu'à travers eux parle toujours un sujet singulier. S'il est une chose sur quoi je ne peux transiger, c'est que le langage sans sujet parleur est une aberration, un pantin vain, une calebasse creuse et sans résonance. Je peux analyser la langue orale et écrite tant que je veux, qu'aurai-je fait au bout du compte si je ne délivre qu'une liste chiffrée d'incartades par rapport à une norme ?

Mais voilà, face à une démarche qu'on dit scientifique, fiable, objective, cartésienne, moderne enfin, que vaut le bricolage toujours à réinventer de celui qui s'applique à suivre les avancées et reculades de son patient ? On le soupçonne de

toujours naviguer à vue, de n'avoir d'autres repères que ceux d'une intuition contestable et d'ignorer la rigueur. Face au brillant moderne des nouvelles thérapies, sa pratique paraît bien terne. Elle est désuète, dépassée, ridicule. Elle ne vaut pas grand-chose. Donc, lui non plus. Son désespoir l'a rattrapé. Il est coupable, il a honte. Comment continuer à travailler ? Va-t-il devoir se cacher ? Ou bien va-t-il créer le MFRC (Mouvement de la Fonction Cognitive à Renforcer) ? Son désespoir serait-il capable de le faire renoncer à la démarche clinique autour du sujet parleur, qu'il a toujours mise au cœur de son métier et de ses formations ? Prisonnier de ce désespoir, il irait travailler en exécutant des manœuvres qui n'auraient pas de sens pour lui ?

En général, l'orthophoniste, quand il se sent sombrer, va pleurnicher ici et là, chez des pairs qui partagent ses vues. Là, le réconfort aidant, peut-être va-t-il s'échauffer et se mettre à raconter qu'il vient de voir, par exemple, un ado timide qui oublie toutes ses leçons dès qu'il a un contrôle en classe. Mais la fonction mnésique est insoupçonnable, il a vérifié ! Elle est plus qu'opérationnelle dans toutes les autres situations !

Il parlera aussi de la petite Fanny têtue, qui ne peut jamais admettre que « on » et « no » ne se lisent pas de la même façon puisqu'ils ont les mêmes lettres, et que la place des lettres, on s'en fiche. Trouble structuro-spatial ? Que nenni !

Lui reviendra aussi le grand Yohan agité qui, quand il écrit, segmente les mots n'importe où, au point d'être presque illisible. Le traitement sémantique a l'air bien perturbé, c'est un fait. Mais le traitement de sa vie aussi ! Et si son écriture était un reflet du chaos de sa vie et de sa pensée ?

Quand l'orthophoniste s'anime à raconter, le sens de son travail lui revient, et son désespoir desserre quelque peu son étreinte. Il s'avise alors que c'est en réaffirmant haut et clair les convictions mêmes pour lesquelles il se sentait mis au ban qu'il a quelque chance de le tenir à l'écart durablement. Ce désespoir, en tant qu'il est objection à faire allégeance à la pensée unique, serait donc précieux, malgré le grand désarroi qu'il inflige !

Puisse-t-il, l'orthophoniste, le convertir en force de résistance... ■

French Kiss et hépatite B

§ Conflit d'intérêt, § Information, § Santé publique

■ Jean-Pierre Lellouche, médecin pédiatre

La désinformation a la vie plus dure que les démentis, surtout lorsqu'elle est relayée par des professionnels. À quand une information rigoureuse et honnête sur les vaccins ?

En 1994, les laboratoires pharmaceutiques producteurs du vaccin antihépatite B ont fait une campagne publicitaire dont l'un des thèmes principaux était : l'hépatite B peut se transmettre par la salive, elle peut donc atteindre tout le monde. Personne ne peut se sentir à l'abri d'une contamination qui peut atteindre, notamment, les enfants dans les crèches. Les jouets sont dangereux comme les poignées de mains ou les éternuements...

Tout ce qui avait été enseigné dans les facultés jusque-là, tout ce qui avait été publié allait à l'encontre de cette dramatisation, mais les laboratoires pharmaceutiques réussirent à faire passer leur message (dont nous montrerons qu'il était mensonger, ou au moins très exagéré, et volontairement exagéré dans le but d'inquiéter la population et les médecins et ainsi de vendre le maximum de vaccins).

Ils furent aidés en cela par de nombreux médecins qui n'hésitèrent pas à apporter leur caution à ce mensonge (nous essaierons de montrer que tous les collaborateurs à ce mensonge n'étaient pas tous pécuniairement intéressés et nous proposerons une hypothèse plus « idéologique » et un peu moins humiliante).

Puis l'excitation médiatique et publicitaire étant passée, on aurait espéré un peu plus de sérieux. Nous montrerons que la littérature actuelle ne donne pas aux médecins et aux futurs médecins des armes solides pour résister à d'éventuels mensonges analogues.

Rappelons d'abord quelques éléments de cette campagne. En quelques semaines, des gens qui n'avaient jamais entendu parler de l'hépatite B « apprenaient » que l'hépatite B était fréquente et grave et qu'elle pouvait se transmettre par la salive. Et la population « apprenait » dans le même temps qu'il existait heureusement un vaccin très efficace. En même temps que la population subissait ce matraquage publicitaire, avec notamment les interventions de Doc et Difool sur Fun Radio, les médecins eux aussi subissaient la même entreprise de persuasion : c'est fréquent, grave et transmissible par la salive, il faut donc vacciner.

La campagne a eu un impact considérable pour plusieurs raisons : la population et les médecins étaient confrontés depuis une dizaine d'années aux cas de Sida ; tout le monde rêvait d'un vaccin contre le Sida et brusquement, les labos réussissent le coup de force de présenter l'hépatite B comme très proche du Sida, mais beaucoup plus fréquente et surtout pouvant être évitée grâce à un vaccin. Cette parenté entre les deux maladies a été un facteur essentiel : la population voulait croire qu'elle pouvait être protégée contre un danger majeur et les médecins voulaient croire qu'ils allaient participer à une action essentielle de santé publique. On se souvient alors que les pouvoirs publics et, notamment, le ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy, ne firent rien pour moraliser la campagne en rajoutant même dans les chiffres impressionnants (et fantaisistes) de cas d'infection et parlant eux aussi de contamination salivaire.

Si, à ce stade, quelques professeurs avaient dit que la transmission salivaire ne pouvait pas être aussi dangereuse que ce qu'affirmaient les labos, il est possible que les messages stupides de Fun Radio et les mensonges des labos auraient eu moins d'impact, mais il y eut très peu de prises de paroles fermes et modérées ; au contraire, nombreux furent les professeurs éminents qui ne retrouvèrent rien à redire contre cette campagne excessive et beaucoup allèrent même jusqu'à prêter leur concours actif à l'entreprise de désinformation.

Que savait-on sur la transmission salivaire en 1994 ?

Depuis très longtemps, avant même que soient isolés les virus, on savait qu'existaient deux formes principales d'hépatites et l'on parlait de l'hépatite épidémique (future hépatite A) et de l'hépatite sérique ou d'inoculation ou de la seringue. On avait alors remarqué que contrairement à l'hépatite A, qui atteignait souvent les enfants et qui se transmettait par voie orale, l'hépatite B n'atteignait presque jamais les enfants (sauf les hépatites B du nouveau né de mère porteuse de l'infection)

et se transmettait par inoculation. Elle s'observait surtout dans certains groupes à risque (hémophiles, dialysés rénaux, personnel de laboratoires, chirurgiens...)

Le fait que cette hépatite se transmettait par inoculation avait reçu une confirmation spectaculaire lorsqu'en 1942, 300 000 soldats américains vaccinés contre la fièvre jaune avec un vaccin contenant du sérum infecté par le virus de l'hépatite avaient fait une hépatite (50 000 sous forme ictérique) (cf. *The New England journal of medicine*, Volume 316:965-970 April 16, 1987 Number 16).

Une preuve expérimentale de la nécessité d'une inoculation a été fournie par Robert Scott et coll. « Experimental transmission of Hepatitis B Virus by semen and saliva », *The Journal of infectious diseases*, vol 142 N° 1 July 1980 p. 67-71.

Dans cette étude, les auteurs montrent que le virus présent dans la salive ne peut contaminer des gibbons que lorsque la salive est administrée par injection sous cutanée ; en revanche, la contamination par voie orale n'a jamais pu être obtenue et la salive administrée dans la bouche n'a jamais entraîné d'infection.

Doit-on conclure que l'hépatite B ne se transmet jamais par la salive ? Non. Il n'est pas impossible que dans certains cas, rares, des contacts répétés et prolongés et un éventuel partage de brosses à dents puissent entraîner une contamination. Mais cette éventualité n'a jamais été prouvée et, surtout, personne ne peut imaginer que sa fréquence soit telle qu'elle justifiait les messages publicitaires alarmistes (volontairement alarmistes, commercialement alarmistes) massivement diffusés lors de cette campagne.

Le message des pouvoirs publics.

Les pouvoirs publics ont tellement laissé faire les labos et les ont tellement accompagnés dans cette campagne de désinformation, ils se sont tellement laissés instrumentaliser qu'il est difficile de décrire leur contribution propre. Il existe pourtant un guide des vaccinations émanant de la Direction Générale de la Santé et du comité technique des vaccinations qui est périodiquement réédité.

En 1994, on y lit : « Le virus de l'hépatite B est transmis de façon directe ou indirecte à partir des liquides biologiques d'individus infectés : le sang ou le sérum, la salive, le sperme ou les sécrétions vaginales. »

Cette formulation est reprise mot pour mot dans l'édition de 1995. Mais en 1999, la formulation est modifiée : « Le VHB est présent dans les liquides biologiques des individus infectés [...] » Puis sont énumérés les modes de contamination « [...] les contacts non-sexuels avec un porteur du VHB, facilitant sa transmission dans une famille ou dans

une collectivité d'enfants, par la salive, les excoriations cutanées, ou par l'intermédiaire d'objets personnels (rasoirs, brosses à dents, linges de toilette, etc.), la transmission par la salive est donc possible, bien que non prouvée à ce jour. »

Ainsi en 1994 et 95, le virus est transmis par la salive. En 1999, il est présent dans la salive, mais la transmission salivaire si elle n'est plus affirmée est possible, bien que non prouvée à ce jour.

Il y a donc eu une volonté délibérée des pouvoirs publics de ne pas se prononcer nettement et sans reprendre les formulations alarmistes des laboratoires, ils ont au moins laissé faire.

Il y a donc eu une volonté délibérée des pouvoirs publics de ne pas se prononcer nettement, et sans reprendre les formulations alarmistes des laboratoires, ils ont au moins laissé faire.

La publication expertise collective de l'INSERM en 1997, *Hépatites virales : dépistage prévention traitement* se situe à mi chemin entre la publication scientifique et le discours officiel des pouvoirs publics. Elle laisse entendre que le virus a été transmis par la salive à des chimpanzés sans le dire de façon précise et surtout sans distinguer (volontairement ?) entre la contamination par inoculation expérimentale (ce que personne ne met en doute) et la contamination par voie orale.

Pourquoi donc beaucoup de médecins ont-ils participé à cette campagne sans en dénoncer les excès ?

Le 24 juin 2000, le *Figaro magazine* a donné la parole au professeur Philippe Reinert ; celui-ci, qui était en 1999 vice-président du comité technique des vaccinations, écrit : « Il faut bien préciser que l'hépatite B n'est pas simplement une maladie sexuellement transmissible ou transmise par les drogues injectables ou les transfusions ; les enfants peuvent se contaminer entre eux, par la salive par exemple. »

Cette affirmation, dont il est difficile de ne pas la qualifier d'excessive et de ne pas penser que celui qui l'émettait était pleinement conscient de ce qu'il disait, est d'autant plus choquante qu'à cette date, les laboratoires eux-mêmes ne mentaient plus aussi effrontément qu'au début et qu'eux-mêmes faisaient alors preuve de quelques réserves. Dans une lettre du 8 avril 1998, le docteur M. D. Hamelin, directeur médical des laboratoires Smith Kline Beecham,

.../...

.../... écrivait : « *Le Guide des vaccinations*, dans son édition 1995, sous l'égide de la Direction Générale de la Santé (1995:105-106), précise que : "Le virus de l'hépatite B est transmis de façon directe ou indirecte à partir des liquides biologiques d'individus infectés : le sang ou le sérum, la salive, le sperme ou les sécrétions vaginales". Le virus de l'hépatite B est détectable dans la salive, il y est retrouvé à des concentrations élevées [environ 107 virions/ml (Hépatites Virales Inserm 1997)]. Au sein des familles, les proches des porteurs d'AgHBs sont très souvent contaminés. Or, dans un tiers des cas, on ne retrouve pas les modes de contamination sexuel ou sanguin. De ce fait, le mode de transmission par la salive ne peut être exclu. »

Note : Pour ceux qui connaissent les moyens financiers dont dispose ce laboratoire et les moyens dont dispose la DGS, il est amusant de voir le représentant d'un labo qui a mis beaucoup d'argent dans une campagne massive s'abriter derrière les publications de la DGS et de l'INSERM. N'avait-il donc aucune publication réellement scientifique à citer ?

Pourquoi donc le professeur Philippe Reinert et beaucoup d'autres avec lui persistent-ils dans ce discours excessif ? Selon toute probabilité parce qu'ils se tiennent le raisonnement suivant : le vaccin contre l'hépatite B est un bon vaccin, il est donc souhaitable qu'il soit largement pratiqué. Tout ce qui va dans le sens d'une diffusion aussi large que possible de ce vaccin est souhaitable. Ce raisonnement très idéologique n'est possible que parce que beaucoup de médecins sont persuadés que tous les vaccins sont bons, tous doivent être administrés à tous, le plus vite possible et le plus fréquemment possible. Je caricature un peu, mais de nombreux médecins ont l'impression qu'en promouvant un vaccin, ils luttent pour le Bien et que ceux qui disent quoi que ce soit qui s'écarte un peu de la vénération due selon eux au Bien sont des agents du Mal.

Qu'en est-il aujourd'hui ?

Est-ce qu'après avoir laissé faire et avoir accompagné les laboratoires dans leur campagne excessive, les médecins se sont repris ? Est-ce qu'ils enseignent ce qui mérite d'être enseigné et notamment que la contamination salivaire ne joue certainement pas un rôle important ?

Malheureusement non.

On lit par exemple dans le livre de Pechère *Reconnaître comprendre traiter les MST*, Éd. Maloine, dans un tableau circonstances de transmissions de l'hépatite B : « échange de jouets contaminés par la salive ».

Mais ce qui est vraiment consternant est de lire dans l'édition 2008 du Pilly (manuel de pathologie infectieuse) : « la salive, additionnée de sang peut être à l'origine d'une transmission : brosse à dents... »

C'est consternant parce que ce livre est un livre collectif publié par le collège des médecins universitaires de maladies infectieuses et tropicales. Il est rédigé par quatre-vingt auteurs et trente coauteurs et est un document de travail essentiel pour les étudiants. Ainsi quatorze ans après un mensonge massif, auquel de nombreuses sommités du monde médical ont participé et plus encore ont laissé faire, le collège des universitaires traite de ce sujet en quelques mots. Les étudiants ne sauront pas qu'il y a eu une campagne mensongère ; pire encore, on leur aura suggéré que la salive joue un rôle dans la transmission.

J'aimerais pour finir citer un livre très connu, le *Harrison* : on y lit dans la traduction française 2006 du principe de médecine interne ceci, qui donne le vertige : « L'Ag HBs a été identifié dans presque tous les fluides corporels des sujets infectés et au moins certains de ces fluides, notamment le liquide séminal et la salive, sont infectants, mais moins que le sérum, quand ils sont administrés par voie percutanée ou non percutanée à des animaux de laboratoire. Parmi les modes non percutanés de transmission du VHB, l'ingestion orale a été documentée comme une voie d'exposition potentielle, mais inefficace. »

On me dira que c'est une traduction. Mais oser écrire en 2006, dans un pays qui dix ans plus tôt a entendu et réentendu les messages de Doc et Difool, « Parmi les modes non percutanés de transmission du VHB, l'ingestion orale a été documentée comme une voie d'exposition potentielle, mais inefficace » méritait d'être relevé. On a ainsi d'un côté Doc et Difool qui disent et répètent des choses simples... et fausses et, de l'autre, une prose totalement incompréhensible. Doc et Difool disent clairement et massivement : la salive c'est très dangereux et, face à cela, le message académique est contourné, alambiqué et dénué de toute force.

Compte tenu des moyens dont disposent les labos pharmaceutiques, compte tenu de la tradition de somnolence et d'inefficacité des pouvoirs publics, compte tenu aussi que beaucoup de gens, lorsqu'ils lisent une stupidité ou une malhonnêteté, ne réagissent pas, il y a fort à parier que des livres et articles disant clairement les faits seront longtemps inexistantes ou très minoritaires. Il faut pourtant y croire, ce n'est pas impossible (*Yes we can*). ■

Le prix des spermatozoïdes

§Prévention, §Contraception, §Généétique, §Anonymat

■ Bernard Senet, médecin généraliste

C'était en 1984, à la veille de la Saint-Siffrein à Carpentras, toute ma « famille » (femme et enfants) a failli disparaître dans un accident de voiture, j'avais 36 ans... et des spermatozoïdes au frigidaire. Six mois plus tôt, ayant décidé avec mon épouse que nos quatre (magnifiques) petits suffisaient à notre bonheur, nous avons choisi une contraception de couple définitive et pourquoi pas à l'homme de s'y coller ? En plus c'est rapide, fiable, « techniquement superficiel » et bon pour l'égalité des sexes... mais c'était interdit : la loi, qui n'a guère évolué, n'autorisait pas les médecins à stériliser quiconque, hommes ni femmes.

Evidemment, des chirurgiens serviables et souvent intéressés acceptaient de ligaturer des trompes et des déférents. Certains insistaient sur l'âge minimum et le nombre d'enfants conçus... en gros 38/40 ans et trois rejetons. Mais la prudence m'imposait de faire des réserves de sperme au cas où je me retrouverais en situation de nouveau projet paternel, ce que l'accident m'a ensuite brutalement rappelé, et puis un divorce est si vite arrivé. Seul le CECOS (centre d'étude et de conservation du sperme humain) m'a alors offert de conserver ma précieuse semence, mais à une condition : accepter que je devienne donneur, c'est-à-dire congeler une centaine de paillettes et pouvoir en utiliser certaines au bénéfice de couples stériles par le père. Pour inciter aux dons, ils travaillaient avec un urologue discret et en secteur 1, qui pratiquait ensuite une vasectomie confortable.

Le plus contraignant aura été d'aller plusieurs fois à Marseille pour « recueillir » le sperme, comme il est pudiquement dit, en pratique cela n'a rien d'érotique de faire 200 kilomètres pour aller se masturber dans une éprouvette, juste assez large d'ailleurs, dans une pièce type placard à balais, pendant que l'assistante fait réchauffer l'incubateur à 38°, lieu de passage obligé pour ravigoter les spermatozoïdes avant leur congélation dans l'azote liquide à -140° (comme on dit se les geler). Heureusement qu'à 36 ans, les érections sont aussi dures que les convictions.

Je n'ai pas senti le coup venir, dans les années 2000, quand les bio éthiciens ont branché les

médias sur le droit des enfants issus de parents biologiques différents à accéder à l'identité de leur(s) géniteur(s) au sens original du mot. L'argumentation se défend ; en pensant bien faire, j'ai transmis un paquet de gènes douteux : cholestérol, hypertension, faiblesse coronaire, hyperactivité border-line, militantisme à tendance gauchiste et mégalo... toutes tares, au sens médical, justifiant dépistage et surtout prévention, voire fichage dès la maternelle. Actuellement, c'est entre zéro et vingt, voire plus, ados et jeunes adultes qui sont porteurs de ces foutus gènes.

Le don est anonyme et gratuit : c'est évidemment une base permettant de recruter suffisamment de donneurs ; il paraît qu'il en manque toujours. Évitions d'imaginer un jour l'achat du sperme (recueilli alors dans des tubes assez larges et des conditions nettement plus attirantes) après un tri des donneurs risquant de devenir rapidement eugénique, pour ne pas dire normo ou orthogénique.

Deux données sont rassurantes : selon les spécialistes, dans la population générale, 5 à 15 % des pères déclarés ne sont pas les fournisseurs des chromosomes qui ont rejoint ceux de l'ovule et les crossing-over favorisent encore en plus la diversification des individus. Le gène coronarien est-il à ce moment plus fragile que son collègue gauchiste ? C'est à souhaiter...

Faut-il lever l'anonymat du don ? Difficile de répondre, mais il est certain que les donneurs risqueraient de se limiter à des hommes voulant vivre une paternité seulement phantasmatique ou à des « hommes modèles » répondant à des critères prédéterminés... mais par qui ? Mes petits-enfants sont encore loin de ces problèmes, mais je me prépare à devoir leur expliquer que leur « Papou » n'a pas semé n'importe où ses gènes, mais simplement aidé des papas et des mamans qui voulaient faire des bébés, comme tout le monde ; ce qui deviendra de moins en moins probable dans le climat d'hypospermie environnementale qui s'annonce.

Il aura fallu attendre l'heure de l'éjaculation rétrograde (la prostate n'attend pas toujours le nombre des années...) pour raviver toute cette problématique, ce qui me rajeunit quelque part. ■

Salade amère

§Obésité, §Alimentation, §Publicité

Sylvie Cognard, médecin généraliste

Étranges coïncidences de l'information... J'apprends ce matin en écoutant la radio que les articles concernant le retrait de la publicité sur les aliments gras et sucrés dans les émissions télé à destination de la jeunesse ont été retirés de la loi HSPT. Nul n'ignore la progression de l'obésité dans la population et particulièrement chez les enfants. L'observatoire des inégalités, quant à lui, note d'importantes disparités en matière d'obésité, selon le milieu social auquel appartiennent les enfants. Le même constat est fait vis-à-vis des caries. L'observatoire note aussi que la pratique sportive des enfants varie selon le diplôme des parents et des revenus familiaux : dans les familles où aucun parent n'est diplômé, la moitié des enfants font du sport, contre 83 % quand un parent est diplômé du supérieur. L'obésité, on le sait maintenant, est un des critères d'appartenance aux classes sociales défavorisées.

Étranges coïncidences de la publicité... Je vois fleurir sur les panneaux la mise en vente, sans prescription médicale, d'une pilule amaigrissante au nom exotique, qui me rappelle l'histoire d'Ali Baba et des quarante voleurs. Parallèlement, les beaux jours arrivent avec leur cohorte d'images représentant des créatures de rêve minces et bronzées et des produits alimentaires tels les sodas, les glaces et autres « milk-shakes ». Passé discrètement inaperçu de la population générale et sans doute de la majorité des médecins, le fait que les firmes Coca-Cola et McDonald's ont parrainé des conférences du Medec sur le sujet de la nutrition. A-t-on jamais comparé le budget publicitaire de ces grandes firmes avec les budgets mis à disposition pour les plans de lutte contre l'obésité et les caries ?

Étrange reflet de notre « démocratie » parlementaire ! Madame Bachelot, en février 2008, annonçait soit une moralisation de la publicité alimentaire pour les enfants à la télévision, soit sa réglementation pour octobre de la même année. En fait, toutes ces bonnes intentions se résument aujourd'hui à cela : le ministère de la Santé, celui de la Communication, ainsi que des professionnels de la télévision et de la publicité ont signé le 12 février, à Paris, une charte pour promouvoir « une alimentation équilibrée et une activité physique favorables à la santé » lors de programmes télé destinés aux enfants. Parmi les signataires de ce texte : des chaînes (TFI, M6, France Télévision...), des régies

publicitaires, des annonceurs...

Pour la Mutualité française, une politique efficace contre l'obésité passe surtout par la suppression de la pub pour les aliments gras et sucrés. Cette charte est une demi-mesure pour lutter contre l'obésité infantile. Cette charte apparaît comme une timide réponse face à cet enjeu de santé publique¹.

L'UFC-Que Choisir s'insurge et dénonce : « Un rideau de fumée... scandaleux !... un gouvernement négocie l'abandon de ses propres prérogatives !!! » Olivier Andrault, chargé de mission Alimentation de l'UFC-Que Choisir fulmine. « Rendez-vous compte, cette charte serait valide pour une durée de cinq ans, à la condition que les pouvoirs publics ne réglementent pas... C'est sa condition. Noir sur blanc !!! » Plus que la confusion des genres, il y a ici, selon lui, du « contre-nature ». Cette charte constitue « un contre-feu » à toute réglementation plus coercitive. Il est scandalisé par ce coup de théâtre : « Le petit monde audiovisuel et agroalimentaire resterait donc entre soi, s'autorégulant au principe qu'on n'est jamais mieux surveillé (*ni servi*?) que par soi-même ?

La messe est-elle dite ? En tous cas, l'AFP l'a retransmis dans toutes les bonnes rédactions de France et de Navarre : « Publicitaires et professionnels de l'audiovisuel ont signé mercredi une charte pour promouvoir une bonne nutrition, face à l'épidémie d'obésité, mais sans limiter les publicités alimentaires destinées aux jeunes. » Pas de limitation aux publicités, donc, mais une démarche « qualité » des industriels. Pas de réglementation non plus, encore moins d'interdiction... mais une « extrême attention » d'un gouvernement sanctifiant le tout.

Les lobbies de la « nourriture pathogène » ont à l'évidence bien su convaincre les parlementaires qu'en ajoutant de fameuses petites phrases du style « mangez 5 légumes et fruits frais par jour » suffisait à apporter esprit critique et santé à nos ados.

De qui se moque-t-on ? En accord avec Amin Maalouf dans son ouvrage *Le Dérèglement du monde*, nous sommes bien entrés dans le nouveau siècle sans boussole. ■

1. C'est la position de fond que rappelle la Dr Annabel Dunbavand, conseillère médicale auprès du directeur général de la Mutualité française à l'heure où 12 % des enfants en France sont touchés par l'obésité.

Dehors !

§Sida, §Immigration, §Santé publique

Jean-Luc Boussard, médecin généraliste



La chasse aux étrangers malades : entre ignominie et imbécillité.

Le Préfet des Alpes-Maritimes envisage de refuser un titre de séjour à un péruvien séropositif au VIH au motif que sa présence constituerait un risque sérieux et manifeste pour la santé publique. L'article L.313-11° du code d'entrée et de séjour des étrangers ¹ stipule que les personnes étrangères vivant en France et dont l'état de santé nécessite un suivi médical spécialisé continu dont l'interruption pourrait avoir des conséquences d'une exceptionnelle gravité et dont il ne peut bénéficier dans son pays d'origine, comme le rappelle la circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 ², peut bénéficier d'un titre de séjour temporaire « vie privée et familiale » pour un an renouvelable, qui inclut automatiquement le droit de travailler.

Les atteintes à cette loi sont nombreuses, depuis qu'un ancien ministre de l'Intérieur, devenu depuis président de la République, a appelé dans une circulaire de l'hiver 2002 les préfets à la plus grande vigilance vis-à-vis des médecins qui rédigent les dossiers, suspects de complaisance et de faux, et vis-à-vis des médecins inspecteurs de santé publique complaisants.

Elles n'ont fait que se multiplier depuis que la chasse aux étrangers est devenue doctrine d'État, la politique du chiffre ne s'embarrassant guère de considérations humanitaires. Mais c'est la première fois, je crois, que le motif du « risque sérieux et manifeste pour la santé publique » est évoqué.

Au non respect de la loi, un préfet ajoute l'ignominie et l'imbécillité. Ignominie de renvoyer un malade mourir chez lui ! Imbécillité du motif invoqué de risque sanitaire – comme si le Sida se transmettait comme la grippe A ! Imbécillité de la méconnaissance des conséquences que ne pourra manquer d'entraîner une telle chasse aux étrangers séropositifs : traqués, ils ne pourront que fuir les dispositifs de soins et renoncer au traitement. Alors que le traitement diminue le risque de transmission du VIH, comme l'indique un avis récent du Conseil National du Sida ³.

Pour justifier une expulsion, celle qui doit manquer à son tableau de chasse, Monsieur le préfet des Alpes Maritimes n'hésite pas à faire appel à des préjugés qu'on aurait pu croire d'un autre temps, celui du Front National en appelant à la création de sidatorium. Tout est décidément bon pour tenir des promesses électorales. ■

-
- 1. « Loi Chevènement » du 11 mai 1998, modifiant l'article 12 bis 11° de l'ordonnance du 2 novembre 1945.
- 2. Cette circulaire rappelle que l'inscription d'un pays sur la liste des pays disposant d'une possibilité de traitement ne doit pas être interprétée comme une garantie constante et absolue à l'accès aux soins.
- 3. Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH, adopté par le Conseil national du Sida en séance plénière du 9 avril 2009.

Maire en temps de pandémie

SPandémie, SGouvernement, SPrévention

Entretien avec **François Saint-André**, maire de Beaumont

Propos recueillis par **Sylvie Cognard**

Un maire face au spectre de la pandémie.

Une municipalité n'a pas mission de décider de la politique face à la pandémie actuelle, elle a cependant des responsabilités vis-à-vis de ses habitants et de ses structures : la crèche familiale et les deux multi-accueils relais d'Assistantes Maternelles ; le « périscolaire » avec la cantine, la garderie et le centre de loisirs. Le service des soins à la personne, avec les aides ménagères, les infirmières à domicile et le portage des repas. En cas de dissémination massive, il s'agit de maintenir coûte que coûte les services essentiels, surtout auprès des personnes âgées ou isolées.

Derrière l'emballage médiatique et politique, nous n'oublions pas qu'une autre réalité se cache ; celle de la mise à mal de notre système de santé publique : désorganisation de la médecine générale, diminution des remboursements des frais liés à la santé, remise en cause de l'hospitalisation publique.

Les responsabilités de la municipalité sont soumises à d'importantes pressions.

La pression des médias : pour exemple, la télé locale a fait, le jour de la rentrée des classes, un reportage au collège qui portait sur la gestion de la pandémie grippale.

La pression des autorités de tutelle, la préfecture a pour mission de transmettre et faire appliquer les consignes de l'État. La ville de Beaumont avait été désignée depuis quelques années comme centre vaccinateur en cas d'urgence, genre « attaque microbienne ». La ville disposant d'une grande salle facile d'accès et bien adaptée à ce type. C'est ainsi qu'il est prévu de mobiliser cette salle cinq jours par semaine pendant quatre mois pour faire une vaccination de masse contre la grippe AH1N1.

Pour cet exemple-là, il n'est bien sûr pas possible de dire non.

Enfin la pression des concitoyens qui attendent que tout soit mis en œuvre et qui ne manqueront pas, pour certains, de pointer des insuffisances s'il y en avaient, en posant la question « Pourquoi n'avez-vous rien fait ou pas fait ceci ou cela ? ».

Il y a cependant un aspect positif. L'équipe muni-

cipale ne peut être qu'obligée à se poser des questions, à imaginer et concrétiser la mise en place d'un plan de continuité des services. Plan qui pourra servir pour d'autres situations de crise. Cela oblige aussi à réfléchir sur les aménagements pratiques du quotidien. Par exemple, les bureaux de la municipalité ne disposaient que d'une poubelle ouverte. Maintenant, chaque bureau va disposer d'une poubelle papier ouverte pour le tri sélectif et d'une poubelle fermée pour les mouchoirs, les chewing-gums, etc.

Il s'agit ensuite de pouvoir agir au cas par cas. Si une école doit fermer, c'est l'autorité académique qui décide, mais il restera à gérer la garderie et la cantine.

Il faudra réfléchir à la proposition de vacciner en premier les médecins et les infirmières, d'installer de manière efficace toutes les mesures de prévention, usage de gants, de masques, de vaccins.

La municipalité souhaite garder un esprit critique vis-à-vis des mesures gouvernementales et ne pas renforcer des peurs irraisonnées. Beaucoup de questions se posent encore. Quel crédit peut-on donner aux masses d'informations fournies tant par les médias que par les organes gouvernementaux, quand on sait que les autorités scientifiques elles-mêmes refusent de s'engager sur des affirmations trop péremptoires ? Qu'en est-il réellement de la pandémie et jusqu'où aller dans les mesures sanitaires à prendre ? Quelle efficacité donner au vaccin, quels effets secondaires craindre, et dans quelles conditions l'administrer ?

La ville s'est attachée à mettre en place des structures assurant un service de qualité et à œuvrer pour l'environnement, après trente ans de gestion d'une droite dure. Cette pandémie va renforcer notre réflexion collective autour de la santé, que nous situons bien au-delà de la simple absence de maladie, nous engager à améliorer encore les conditions de vie des habitants (logement, transport, nourriture et environnement) et à tenter de réduire les inégalités à notre petite échelle. ■

La ville de Beaumont, qui compte 12 500 habitants dans le Puy-de-Dôme, adhère au réseau français villes-santé OMS

Soigner ou classer les malades

ST2A, §Service public, §Gestion hospitalière

■ Bernard Senet, médecin généraliste

Texte rédigé sur (plutôt sous) le coup d'une formation intra hospitalière à la T2A.

Les formateurs étaient compétents dans leur domaine et gentils : un juriste, un médecin DIM (responsable de l'information médicale) et un contrôleur de gestion hospitalière. Intelligents aussi, car ils avaient déjà intégré une loi pas encore votée, le texte auquel Bachelot laissera son nom comme Thatcher a laissé le sien dans le domaine de l'insécurité ferroviaire. La mise en concurrence des secteurs privés et publics de soins ne permettant pas assez vite l'enrichissement des groupes relais des fonds de pension, la pression s'accroît sur les établissements publics pour leur faire lâcher les activités rentables au profit du privé.

Les agences régionales de santé (ARS) vont disposer d'une enveloppe fermée, bloquée et restreinte d'une année sur l'autre ; pour la partager, il n'est pratiqué aucune analyse des besoins de la population en matière de soins, ni sur le plan démographique, ni sur le plan géographique ; les notions de proximité, de pathologie environnementale ou spécifique sont absentes. Par contre la mise en concurrence des hôpitaux publics par le paiement à l'acte technique médical, la T2A (tarification à l'activité), est devenue la seule préoccupation, car ce sera la base des revenus des établissements. Pour limiter la grogne et faire un peu « social », il y aura bien l'argent des MIGAC (missions d'intérêt général), mais c'est déjà un réajustement minime.

L'application de la T2A pourrait être simple : une cholécystectomie chez un citadin de 50 ans = une cholécystectomie chez une dame de 85 ans isolée à la campagne. Pour atténuer la perversité évidente de ce système de paiement, beaucoup d'autres variables ont été introduites, durée moyenne de séjour, nombre d'admissions, file active, journées d'hospitalisation (de jour, de semaine, etc) ; cela devrait nous rassurer, mais la manipulation des chiffres, qui aboutissent finalement à un indice de valorisation de l'activité (points IVA), permet déjà de limiter les crédits, en pratique, de

justifier la pénurie programmée à l'échelle régionale par les enveloppes inextensibles.

Les futurs gestionnaires hospitaliers ne rendront que ces multiples chiffres ; mais rien sur la satisfaction des besoins en soins puisqu'ils ne sont pas définis. Pour faire propre, de nombreuses procédures d'accréditation, de certification (comme pour les gares SNCF), d'évaluation des pratiques professionnelles sont mises en place : leur intérêt est évident, leur utilisation comme outil pour sanctionner financièrement l'est moins.

Ce système complexe et déshumanisé cache le transfert des soins lucratifs au secteur privé, en expliquant les bienfaits de la compétitivité. Pour que ça marche, il est urgent de former dès maintenant les responsables médicaux et administratifs des hôpitaux : ils doivent être meilleurs que leurs voisins, devenus concurrents à l'échelon régional, pour conserver leur outil de travail, d'où les formations au codage, appuyé sur le principe suivant : « vous produisez du soin, vous devez savoir le vendre à sa juste valeur », c'est-à-dire valoriser sa cotation. Les gentils formateurs nous ont rassurés ; le système sera organisé pour avoir un « effet survalorisant non masqué par une surcotation », mais alors pourquoi nous former ? Nous savons donner les diagnostics principaux (DP), mais bien sûr pas quel diagnostic associé significatif (DAS) va le modifier pour permettre une durée de séjour plus longue et acceptable, encore moins quelles complications ou morbidités associées (CMA) permettront de monter dans la sévérité des groupes homogènes de malades (GHM), eux-mêmes regroupés en racines.

Quand vous aurez tout compris et maîtrisé, vous deviendrez enfin un bon gestionnaire, serez-vous toujours un vrai soignant ? Quand vous saurez que la base d'exploitation de toutes ces données n'est pas la même pour le public et le privé, vous aurez une désagréable impression d'avoir été manipulé... au détriment de qui ? ■

« Du temps de la psychanalyse » Ou le triomphe des neurosciences

§Psychanalyse, §Neurosciences

Alain Quesney, médecin pédiatre

Le privilège de l'âge permet au médecin (qui a acquis au fil des ans une certaine expérience clinique) de relativiser les « progrès de la médecine » en constatant les aléas et les déconvenues de ce qui lui était présenté un moment comme autant de révolutions thérapeutiques.

« Nous vivons une époque moderne, le progrès fait rage »
(Philippe Meyer)

... Trois exemples récemment vécus – tirés du même domaine de la psychologie de l'enfant – m'ont permis de prendre conscience de l'évolution de la pratique médicale.

21 avril 2009, maison de l'adolescent. Le Dr Y., une jeune pédopsychiatre anime un exposé (convaincant) sur la nécessité (peu discutable au demeurant, mais rarement effectuée) d'un suivi à long terme des adolescents qui ont vécu une tentative de suicide. Elle évoque (à juste titre) la nécessité d'une « alliance thérapeutique » avec la famille. C'est à ce moment que, précisant cette notion, en en faisant l'historique qu'elle s'écrie avec un plaisir non dissimulé : « du temps de la psychanalyse... » non pas pour s'y référer, mais bien pour s'en démarquer. Elle souligne ainsi le caractère dépassé, pour tout dire obsolète qui (dans le cas particulier de l'alliance thérapeutique) ne constituerait selon elle qu'un moyen efficace de gagner l'adhésion de la famille au projet de soins pour cet adolescent. En regard, elle plaide pour l'originalité de son travail de recherche clinique qui, financé par des fonds publics, se devait de partir sur des bases nouvelles en forgeant de nouveaux outils. Il faut s'interroger sur ce désir de faire table rase des données acquises, comme il faut questionner aussi bien sûr aussi les gardiens du Temple psychanalytique, capables de rigidifier les concepts les plus novateurs, les considérant comme des propriétés privées inaltérables. La psychanalyse n'est plus du tout « tendance ». N'empêche, j'ai sursauté en entendant ce « du temps de la psychanalyse » : j'ai pensé à la marine à voile, à la chandelle, aux Mérovingiens, pourquoi pas à Aménophis IV. J'ai pensé au temps qui passe et à mon propre vieillissement. J'ai songé aux références psychanalytiques qui soutiennent tous les

jours mon travail de pédiatre praticien libéral. Elles me paraissent toujours aussi opérantes. Pour autant, cela ne me dispense pas d'une remise en cause personnelle et d'une actualisation de mes connaissances scientifiques.

15 mai 2009, je reçois le programme d'un congrès de pédiatrie ; toute une matinée est consacrée au sommeil de l'enfant. Enfin un sujet de pratique courante ! Un sujet intéressant qui devrait être consensuel pour pédiatres juniors et seniors. Déception ! Les quatre exposés vont traiter successivement des comportements moteurs du sommeil, des apnées, des rythmes scolaires et enfin de troubles de l'apprentissage et sommeil. De la neurophysiologie avant toute chose et un brin de sociologie. La psychopathologie est mise au rancart ! Alors que notre pratique courante libérale nous apprend que l'immense majorité des troubles du sommeil de l'enfant est en relation avec la problématique de la séparation et/ou avec les problèmes conjugaux des parents... et non pas avec les apnées du sommeil ou les causes génétiques, voire cognitives rares.

La polygraphie du sommeil est certes un examen complémentaire passionnant, mais long, onéreux et déjà difficile d'accès. Plutôt que d'en faire la promotion, il me paraîtrait plus judicieux pour tout clinicien de se former à comprendre les dysfonctionnements familiaux. Pourquoi ne pas avoir convié à cette session un thérapeute familial ou un praticien de ville ? Il est vrai que l'enseignement médical a toujours été dispensé par des hospitaliers avec un point de vue uniquement hospitalier, donc partiel et partial.

23 juin 2009, France Culture diffuse son émission médicale hebdomadaire « Avec ou sans rendez-vous », ce jour-là consacrée à l'inconscient et à ses conte-

nus mentaux. L'animateur le Pr. L-C, rend un hommage appuyé aux deux invités, un neurophysiologiste et un neurologue spécialisé dans les fonctions supérieures : il leur décerne le titre de vrais médecins et de vrais scientifiques. Il leur oppose « certaines théories qui avaient cours » sans même prononcer le mot de psychanalyse durant les cinquante deux minutes de son émission, ce qui est quand même une performance à saluer dans une présentation scientifique consacrée à l'inconscient. On aurait souhaité sinon un consensus, au moins une vraie pluridisciplinarité avec des tentatives de complémentarité et de rencontre que l'observation du bébé, il y a vingt ans, avait rendues parfaitement possibles.

Pour le neuropsychologue, l'inconscient c'est le non conscient (à la fois inquiétant glissement sémantique et retour aux origines de la pensée de Freud ?). C'est ce qui navigue dans les neurones en dessous de trois cents millisecondes qui serait le seuil quantitatif du conscient. Cette information est traitée même si ce stockage ne fait pas intervenir la mémoire consciente.

On comprend qu'il qualifie de « jubilatoires » « les manip » qui lui permettent de visualiser le stockage intracérébral du non conscient maintenant appelé inconscient.

« C'est extraordinaire la neuropsychologie », m'avait confié le Dr Y. après son exposé. Cet enthousiasme peut se comprendre : des progrès en découlent sur le plan thérapeutique. Il ne faut surtout pas regretter le temps de la si douloureuse encéphalographie gazeuse. Mais on peut aussi s'interroger sur l'incroyable fascination des médecins pour l'imagerie quand ils présentent les observations dans les staffs hospitaliers. La clinique y est parfois absente ou réduite au strict minimum, tout de suite on passe aux images, quitte à ce qu'ensuite certains médecins déplorent l'absence d'anamnèse précise ou d'examen clinique bien conduit. Le patient risque d'être réduit à un objet, à un fragment d'organe (même noble comme l'encéphale) et non à un sujet parlant et souffrant, partenaire de sa guérison. Double défaite de la clinique : la médicale et la psychanalytique. Le jeune médecin risque de différer sa rencontre avec le vivant, le complexe en se cachant derrière l'IRM de son malade, l'écran de son ordinateur... il faudrait arrêter d'opposer, de cliver le corps et l'esprit, les soignants et les enseignants, les parents et l'enfant, l'oasis hospitalière et le désert de la médecine de ville. Winnicott, Dolto, d'anciens pédiatres devenus psychanalystes l'avaient bien compris. —



■ Pour une santé publique au travail

■ **Étienne Lecomte**, chercheur en santé au travail à l'Institut de Recherches Économiques et Sociales (IRES)

§Santé au travail, §Santé publique, §Accident du travail, §Souffrance au travail

- « La santé à l'épreuve du travail », Dossier de la revue *Mouvements*, n° 58, 2009-2, La Découverte, 192 p. <http://www.mouvements.info/La-sante-a-l-epreuve-du-travail,403.html>
- « Les maladies professionnelles : genèse d'une question sociale », *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, n° 56-1, 2009, Belin, 256 pages, ISBN 9782701151052

Si l'on considère la santé publique comme l'approche descriptive, explicative et correctrice des problèmes de santé dans les populations, la santé au travail en est bien une composante majeure, auprès des populations spécifiques et très nombreuses que sont les travailleurs, et dans cet univers très particulier et incontournable qu'est le monde du travail. Pourtant, la santé au travail apparaît en décalage avec le reste de la santé publique, voire à rebours. L'augmentation des atteintes du travail sur la santé va de pair avec de graves carences dans la volonté de compréhension et de prévention de ces processus morbides. L'extrême lenteur des processus classiques de reconnaissance des pathologies dues au travail (quatre-vingt dix ans pour l'amiante !...) constitue un véritable scandale de santé publique. Cette passivité discrédite le terrain politique et législatif, qui se voit de fait supplanté de plus en plus par le levier judiciaire. Mais elle incite également les acteurs de la santé au travail (pris au sens large, avec les militants syndicaux, les « experts »...) à se tourner vers d'autres approches, aux côtés des disciplines classiques en santé publique, trop peu écoutées.

Dans cette démarche d'ouverture à d'autres méthodes de recherche peut être comptée l'initiative conjointe de deux revues, qui ont publié au premier semestre 2009 chacune un numéro spécial sur la question de la santé au travail.

- Le dossier de la revue *Mouvement*, intitulé « La santé à l'épreuve du travail », fait parler des acteurs, « experts » ou militants, sur leur pratiques ou recherches.
- Le numéro de la *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, dont le thème est « Les maladies professionnelles : genèse d'une question sociale », est explicitement tourné vers l'approche historique.

Dans la description préalable des atteintes à la santé au travail, différentes données sont présentées, parmi lesquelles le nombre imposant d'accidents de travail (1,2 millions déclarés par an, dont la moitié avec arrêt de travail et huit cents avec décès). Chiffres d'autant plus inquiétants qu'ils

sont fortement sous-estimés, du fait des incitations – directes ou indirectes – à transférer vers le régime général de l'Assurance maladie les déclarations qui devraient être portées par la branche « Accidents du Travail et Maladies Professionnelles » (AT-MP), financée exclusivement par les employeurs. L'acceptation de cette sous-estimation est d'ailleurs étonnante, au regard des exigences de précision qui s'affirment dans la plupart des autres champs de la santé. Également significative est la disposition légale imposant d'apprécier tous les trois ans cette sous-estimation, afin de calculer la contrepartie financière que doit reverser la branche AT-MP¹. On retrouve ainsi la logique qui a prévalu dans la conception de la santé au travail, d'abord pour les accidents de travail avec la loi de 1898, puis pour les maladies professionnelles avec celle de 1919 : la réparation et l'indemnisation en aval ont pris le pas sur la prévention, c'est-à-dire l'élucidation des causes en amont et – autant que possible – leur suppression. De nombreux autres signaux d'alerte sont relevés, comme la proportion d'un tiers des employés estimant que leur travail met leur santé en danger, ou bien des inégalités sociales de santé qui sont d'abord des inégalités sociales face au risque professionnel, avec un décalage de dix ans entre cadres et ouvriers pour leur espérance de vie sans incapacité.

Pourtant, hors des sphères spécialisées, la santé au travail n'a longtemps suscité qu'une très faible attention. Un intérêt relatif est apparu depuis une dizaine d'années, en parallèle avec la montée des thèmes sur le vieillissement et la pénibilité, avec l'affaire de l'amiante, et les événements récents concernant la souffrance psychique au travail (harcèlement, Troubles Musculo-Squelettiques, stress, suicides...).

Face à ce constat général d'invisibilité, l'enjeu est bien de rendre visibles les souffrances au travail, mais aussi les processus de déni qui ont permis - et permettent toujours – de les masquer pendant de si longues périodes. Cela suppose alors d'étudier non seulement les pathologies du travail, mais aussi les acteurs et les dispositifs de la santé au travail, qui

participent, consciemment ou non, aux processus d'élucidation ou d'occultation². Comme l'exprime l'éditorial de la revue *Mouvements*, la constance des employeurs dans « le cynisme, la négligence et la mauvaise foi » à l'égard de la santé au travail, montre qu'elle est aussi, toujours et plus que jamais une question de la « lutte des classes »... Mais c'est une lutte actuellement très inégale, d'autant que les partis situés « à gauche » et les mouvements sociaux ont encore trop tendance à sous-estimer les problèmes de santé au travail, au point de parfois laisser croire que les employeurs et l'actuel gouvernement en seraient plus soucieux...

Mais la simple évocation des atteintes à la santé par le travail ne peut suffire à leur résolution, a fortiori dans l'espace actuel de la « communication » où toutes les informations, même cruciales, sont bousculées et chassées par les suivantes. C'est pourquoi, en plus de rendre visibles les questions de santé au travail, il s'agit ensuite de les rendre publiques, de les porter au débat, débat citoyen, démocratique, politique, juridique, législatif. A ce titre, la création en 1982 des CHSCT (Comités d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail) est reconnue comme ayant été précieuse.

Un tel débat met en évidence la position délicate des experts et chercheurs, quand ils sont conscients de la faiblesse actuelle des travailleurs dans leur lutte pour améliorer leur santé au travail, et quand ils souhaitent leur apporter des connaissances utiles. En effet, ils peuvent être aussi soucieux de ne pas apparaître trop « engagés », afin de ne pas être récusés par la partie patronale sous prétexte qu'ils seraient « partiaux » (critique que l'on entend rarement de l'autre bord...). Ils

sont ainsi pris dans le paradoxe d'être soit trop marqués du côté des travailleurs, soit trop neutres. Parfois est évoquée une véritable solitude de l'expert, répondant à celle de l'acteur en santé au travail, face aux freins et dénégations, face aux manques croissants de moyens. Elle renvoie d'ailleurs à l'isolement du travailleur lui-même, isolement induit par les nouvelles méthodes de management reposant sur l'individualisation des tâches, des évaluations, des rémunérations. A ce titre, les histoires de vie et de lutte dans certaines contributions (de façon directe par des interviews, ou bien indirectes par des récits historiques) illustrent de tels isolements, souvent méconnus chez les acteurs de la santé au travail, alors que le discours officiel est au « partenariat » et à la « pluridisciplinarité ».

Une approche de santé publique au travail doit ainsi se pencher, au-delà des problèmes de santé, sur la question de cette mise en danger des travailleurs, et sur son extraordinaire refoulement social, aux antipodes des exigences actuelles de « transparence » et de « communication ». Face à l'invoque en santé publique du principe de précaution, inscrit dans la constitution, la pratique concrète en santé au travail fait plutôt penser à un véritable principe de dénégation.

Parler de santé au travail, c'est aussi rouvrir le débat social sur le travail lui-même, dans nos vies, dans nos sociétés, et sur ce qu'on lui laisse faire et peser sur nos modes de vie... Invoquer la « valeur travail » n'est qu'un slogan creux et trompeur, si l'on ne précise pas dans quel type de travail nous souhaitons nous investir, ni de quelles valeurs nous voulons que notre société soit porteuse. ■

1. Rapport 2008 de la Commission évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP (<http://www.securite-sociale.fr/communications/rapports/dircq/dircq.htm>).

2. Cf. l'article de Pascal Marichalar à propos de ces deux revues : « Nouvelles approches des maux du travail », 08-09-2009, <http://www.laviedesidees.fr/Nouvelles-approches-des-maux-du.html>

Empathie dans la relation médecin-malade

SEmpathie, SRessenti, SSubjectivité

Jean-Pierre Lellouche, médecin pédiatre

L'empathie est-elle dangereuse pour le patient ? Pour le soignant ?

Peut-il y avoir de l'empathie dans la relation médecin-malade ? Non, dit Jane Macnaughton dans un article intitulé « The dangerous practice of empathy », *Lancet*, 6 June 2009, ce n'est ni possible ni souhaitable.

L'empathie est la « faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent ».

L'auteur dénonce le fait que de nombreuses facultés ont mis l'empathie au programme comme une compétence à acquérir. Le médecin doit apprendre à ressentir ce que ressent le malade et à « *stand in the patient's shoes* ». Cette prétention à se mettre à la place du patient est une erreur.

Carl Rogers, qui a développé la thérapie centrée sur la personne et proposé comme moyens l'empathie et le regard positif inconditionnel, a discuté des limites de l'empathie avec Martin Buber. Buber considérait que l'empathie en situation thérapeutique est impossible du fait de la non concordance des perspectives des protagonistes (le thérapeute et le client). Buber, dans son livre *Je/Tu* distingue deux types de relations : le Je /Tu et le Je/ça. Dans le Je/Tu, deux personnes se rencontrent pleinement de façon authentique sans que l'une soit un objet pour l'autre. La relation Je/ça est celle qui a lieu nécessairement entre un malade et un médecin. Une personne rencontre une autre personne non pas comme un ami, mais comme un rôle : celui de médecin. Et Jane Macnaughton ajoute « Une pleine expérience de mutualité ou de compréhension n'est pas possible ».

Pour rendre les futurs médecins « compétents en empathie », l'enseignement fait appel à la littérature. Cet enseignement est une bonne chose, mais il faut en voir les limites. Il y a une différence majeure entre la littérature et le monde réel, quelles que soient les émotions que l'on ressent, quelle qu'en soit la profondeur, on peut quitter le monde de la création littéraire alors que les émotions occasionnées dans le monde réel sont plus permanentes, plus obligatoires. De même, on peut partager l'émotion d'un malade, on peut être

dans une relation telle que des larmes nous viennent, mais dix minutes plus tard, on pourra prendre un café avec un collègue et échapper à cette très forte émotion.

Jane Macnaughton dit « La tristesse ou la peur ou tout autre sentiment que j'aurais éprouvé n'est pas durable (sustained) et est si différent de ce que le patient ressent qu'il est irrespectueux de suggérer que je participe de quelque façon que ce soit à son expérience ».

Et elle ajoute « L'empathie vient d'une expérience d'intersubjectivité et ceci ne peut pas avoir lieu dans la relation médecin-malade... Nous pouvons avoir en nous un reflet de ce que le patient éprouve, mais ce que nous éprouvons est de la sympathie (éprouver pour et non pas avec) et la nécessité de répondre ».

Pendant mes études, on m'avait enseigné la célèbre formule du Docteur Portes président de l'Ordre des médecins : « Tout acte médical n'est, ne peut être et ne doit être qu'une confiance qui rejoint librement une conscience ».

J'ignorais qu'il avait écrit : « Pour condenser en une simple formule nos observations psychologiques sur le patient, dans la période qui précède son premier contact avec le médecin, je dirais qu'il n'est qu'un jouet, à peu près complètement aveugle, très douloureux et essentiellement passif ; qui n'a qu'une connaissance objective très imparfaite de lui-même ; que son affectivité est dominée par l'émotivité ou par la douleur et que sa volonté ne repose sur rien de solide ». (In *Introduction générale à la bioéthique*, Guy Durand Fides, Cerf, p. 224)

J'ai pratiqué la pédiatrie sans jamais bien comprendre la différence entre sympathie et empathie et sans savoir si ma sympathie devait être dirigée vers les parents ou vers l'enfant. Mais quand je considère ma formation et l'imprégnation de l'enseignement de Louis Portes, je pense que je ne m'en suis peut-être pas trop mal sorti ! ■

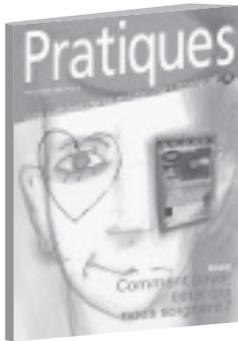
Numéros disponibles

Numéros à 12,20 € (sauf le numéro double 14/15) + 1,50 € de frais de traitement

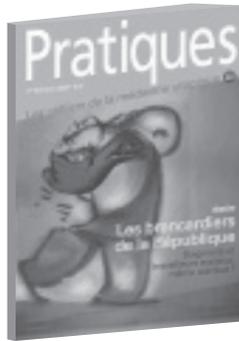
- | | | |
|---|--|--|
| N° 1 : La société du gène | N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort | N° 19 : La vieillesse, une maladie ?
<i>(épuisé)</i> |
| N° 2 : La souffrance psychique
<i>(épuisé)</i> | N° 12 : L'information et le patient | N° 20 : La santé des femmes |
| N° 3 : Penser la violence | N° 13 : La médecine et l'argent | N° 21 : Le médicament, une marchandise
pas comme les autres |
| N° 4 : Santé et environnement | N° 14/15 : Profession infirmière
<i>(prix 16,80€)</i> | N° 22 : La santé, un enjeu public |
| N° 5 : La santé au travail | N° 16 : Les émotions dans le soin
<i>(épuisé)</i> | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu ! |
| N° 6 : Sexe et médecine | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu
<i>(épuisé)</i> | N° 24 : Le métier de médecin généraliste |
| N° 7 : La responsabilité du médecin | N° 18 : Quels savoirs pour soigner ? | N° 25 : Hold-up sur nos assiettes |
| N° 8 : La santé n'est pas à vendre | | N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine |
| N° 9 : L'hôpital en crise | | N° 27 : Faire autrement pour soigner <i>(épuisé)</i> |
| N° 10 : Folle psychiatrie | | |

Numéros à 14 €, 16 € et à partir du numéro 43 : 16,50 € + 1,50 € de frais de traitement

- | | | |
|--|--|---|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine | N° 33 : L'envie de guérir | N° 36 : La place de sciences humaines
dans le soin <i>(épuisé)</i> |
| N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance | N° 34 : Autour de la mort,
des rites à penser | N° 37/38 : Des normes
pour quoi faire ? <i>(épuisé)</i> |
| N° 30 : Les sens au cœur du soin | N° 35 : Espaces, mouvements
et territoire du soin | |
| N° 31 : Justice et médecine | | |
| N° 32 : Le temps de la parole | | |



N° 39 : Comment payer ceux qui nous soignent ?
16 €



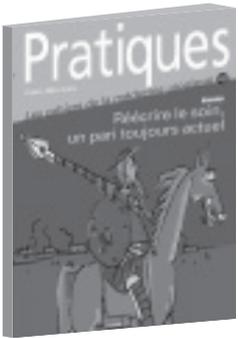
N° 40 : Les brancardiers de la République
16 €



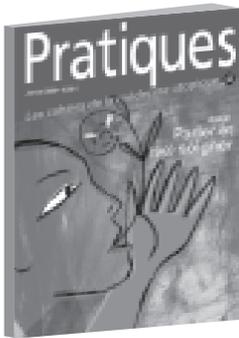
N° 41 : Redonner le goût du collectif
16 €



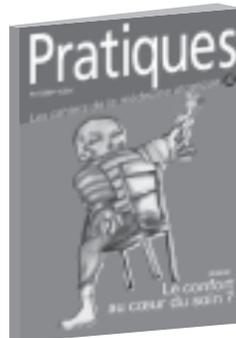
N° 42 : Les couples infernaux en médecine
16 €



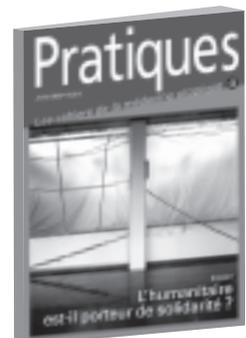
N° 43 : Réécrire le soin, un pari toujours actuel
16,50 €



N° 44 : Parler et (se) soigner
16,50 €



N° 45 : Le confort au cœur du soin
16,50 €



N° 46 : L'humanitaire est-il porteur de solidarité ?
16,50 €

Il est possible d'acheter les numéros 2, 16, 17, 19, 27, 36 et 37-38 épuisés sous forme de fichier .pdf, il vous suffit pour cela de télécharger le bon de commande sur notre site à l'adresse : www.pratiques.fr/bulletin-de-commande-des-numeros.html et de nous le renvoyer avec votre règlement.

Nom Prénom

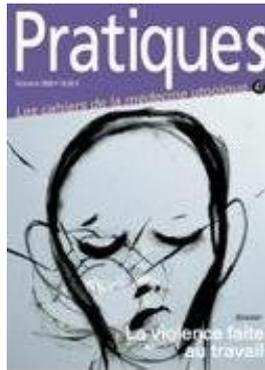
Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. Fax

E-mail



Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici de la version électronique de votre abonnement à Pratiques.

Deux conseils, pour vous en faciliter l'usage.

1) Dans cette version, les articles sont indexés par thème.

Vous trouverez à la page suivante un sommaire-index des mots-clés utilisés, indiquant, pour chacun de ces mots-clés, les N° de page des articles dont ce mot-clé caractérise un des thèmes principaux.

Pour vous rendre facilement à cette page, il vous suffit de cliquer sur le N° de page.

Pour revenir au sommaire-index, tapez 98 dans le marque pages de la barre des tâches. Vous pouvez aussi cliquer sur l'icône « Signet », située juste au-dessous de l'icône « Page », à gauche, en haut, sous la barre des tâches : elle vous conduira à la mention : « Index page 98 », qui vous y dirigera immédiatement.

En laissant continuellement affiché ce signet sur la partie gauche de votre écran, vous pouvez commodément passer du sommaire-index à l'article désiré, et réciproquement.

Alternativement, tapez dans le moteur de recherche de votre lecteur de pdf le début du mot clé figurant au sommaire index page 98, précédé de la marque de paragraphe §. D'occurrence en occurrence, vous vous déplacerez ainsi d'un article au suivant, pour ce même mot clé.

2) Vous souhaitez extraire un article pour l'envoyer à un correspondant : téléchargez un logiciel gratuit de fractionnement de votre revue pdf. Ces logiciels vous fournissent sur le champ une copie de votre fichier fragmentée en autant de fichiers séparés que de pages. Vous n'avez plus qu'à choisir celle(s) que vous souhaitez joindre à votre envoi.

Un bon logiciel pour cet usage est "Split and Merge" dont il existe une version en français. Il vous permet aussi bien de fractionner à votre guise votre fichier que d'en fusionner les pages que vous désignerez.

Consultez le tutoriel <http://www.pdfsam.org/uploads/pdfsam-tuto-fr.pdf>

Vous y trouverez les liens de téléchargement page 4. Une fois le logiciel installé et ouvert, à Réglages, choisissez la langue (french).

Pour extraire un article :

- Choisir le Module Fusion
- Cliquer sur Ajouter, et choisir le fichier pdf dont vous souhaitez extraire un article.
- Choisir « Sélection de pages » parmi les onglets du menu, en haut, à droite.
- Double-cliquer dans la case du dessous et indiquer les N° de page du début et de fin de l'article, séparés par un tiret.
- Fichier à créer : Choisir un dossier et nommer votre fichier à extraire.
- Décocher Remplacer le fichier existant
- Cliquer sur Exécuter et retrouvez le fichier extrait dans le dossier que vous aurez choisi.

Bonne lecture !

Sommaire Index N° 47

(Cliquer sur les numéros de page)

Mot Clé	Page						
§Alimentation, troubles de l'alimentation, obésité	86	§Hiérarchie, Rapports médecins infirmières	38	Médecine du travail	76	§Souffrance au travail	16
§Aménagement de poste	44			§Mutuelle, mutualisme, mutualité	74		22
§Anonymat	85	§Hôpital, réforme hospitalière	33	§Neurosciences	80		38
§Arrêt de travail	26				90		41
	76		77	§Organisation du travail	44		42
§Assurance maladie	74		89		48		52
	75	§Immigration, Sans papiers	30	§Pandémie	88		54
	77		87	§Personnel soignant	33		56
§Bureaucratie	33	§Inaptitude	54				61
§Concurrence, Marché, Privatisation	74	§Inégalités, Exclusion sociale,	12	§Personnes âgées, vieillissement	6	§Subjectivité	94
§Conflit d'intérêts	82		26		78	§Suicide	66
§Conflit social	38	§Information médicale	82	§Prévention	58	§Syndicat	56
§Contraception	85	§Maladies professionnelles, santé au travail	6		70		58
§Corps, sensations	12		16	§Protocole	80	§Travail social, Assistante sociale	41
§Courage	48		58	§Psychanalyse	90	§Travail, Conditions de travail	6
§Dépendance, APA	78		65	§Psychiatrie, santé mentale	41		
§Droit, législation	26	§Maladies professionnelles, santé au travail, accident du travail	92	§Publicité	86		12
	62			§Résistance	56		14
§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné	80	§Management, productivité, intéressement	14	§Ressenti, émotion	94		22
	94		16	§Revenu, Rémunération soignants, à l'acte, forfaitaire	75		26
§Evaluation	80		38				30
§Femme, Condition féminine	12		42		89		33
§Génétique	85	§Médecin généraliste	14	§Risque	48		44
§Gouvernement, politique, démocratie	88	§Médecine du travail	16	§Santé publique	70		54
			22		82		61
			42		87		65
			52	§Service public, Fonction publique	89		66
			62		92		68
§Guerre	30		68			§Violence	30
				§SIDA	87		52

Pratiques

Les cahiers de la médecine utopique

Une revue pour comprendre et agir

Les lieux de soins sont parmi les rares espaces où les individus peuvent encore, aujourd'hui, porter plainte et tisser des liens. Ce sont aussi des lieux où notre société se met à nu et révèle l'ampleur de ses dysfonctionnements.

Depuis ses débuts en 1976, *Pratiques* essaie de repérer, décrypter, analyser les différentes dynamiques à l'œuvre dans le soin et la santé.

Jamais la médecine et son objet – la maladie – n'ont été autant au carrefour du social, du politique, de la philosophie, de l'anthropologie et même de l'art. Les colonnes de *Pratiques* sont ouvertes aux acteurs de la santé, aux professionnels des sciences humaines, aux associations d'usagers, les invitant à partager avec nos lecteurs des points de vue inédits, toujours fructueux. Cette dynamique permet à *Pratiques* d'occuper une place particulière dans le paysage des revues. Elle propose une réflexion à partir d'expériences croisées. Et l'objet de ces réflexions, le soin et la santé, concerne tous les citoyens de ce pays.

Certaines avancées techniques fulgurantes bouleversent le soin sans même avoir été pensées ou réfléchies par les soignants et les soignés qui les utilisent. *Pratiques* interroge cette médecine des organes et invite à une médecine du sujet.

Pratiques commente les décisions politiques en matière de soin et soutient celles qui allient le débat contradictoire public, l'indépendance d'expression et le souci de l'intérêt général.

Pratiques analyse les mécanismes qui conduisent aujourd'hui à des dysfonctionnements, montée du scientisme, de la bureaucratiation, de l'augmentation des inégalités sociales de santé.

Pratiques s'intéresse aussi aux industries pharmaceutiques et biomédicales qui trop souvent imposent leurs produits et machines selon la seule logique mercantile.

Alors que depuis 2007 s'est ouvert un nouveau cycle pour la revue, nous pensons plus que jamais que :

- L'espace du soin est l'un des derniers lieux possibles de liberté et de subversion ;
- La fonction de soignant consiste d'abord à se poster en sentinelle à l'écoute du sujet et de la société souffrants ;
- Mieux comprendre ce que nous faisons ensemble, soignants et soignés permet de mieux agir sur le plan humain comme sur le plan scientifique.

Forte de ces convictions, la revue *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* mène une réflexion critique ambitieuse, indépendante et constructive. ■

Pratiques n° 47 – Octobre 2009

La violence faite au travail

Pratiques, les cahiers de la médecine utopique est édité par *Les éditions des cahiers de la médecine utopique*, dont la présidente est Anne Perraut Soliveres.

Directrice de la publication : **Elisabeth Maurel-Arrighi**

Directrice de la rédaction : **Anne Perraut Soliveres**

DOSSIER

Rédacteurs en chef : **Martine Lalande, Philippe Lorrain**

Rédaction : **Sylvie Cognard, Chandra Covindassamy,**

Françoise Ducos, Sylvie Simon

Pôle philo et sciences humaines : **Christiane Vollaire**

A collaboré à ce numéro : **Noëlle Lasne**

MAGAZINE

Rubrique *Actu* : **Marie Kayser**

Comité de lecture : **Geneviève Barbier ; Christian Bonnaud ;**

Jean-Luc Boussard ; Mireille Brouillet ; Bernard Coadou ;

Martine Devries ; Patrick Dubreil ; Françoise Ducos ;

Monique Fontaine ; Yveline Frilay ; Jean-Louis Gross ;

Christian Jouanolou ; Sylvie Lagabriele ; Guillaume

Lecarpentier ; Evelyne Malaterre ; Didier Ménard ; Magali

Portier ; Jacques Richaud ; Yolande Rousseau ; Cécile

Supiot ; Pierre Volovitch

Responsable du site : **Lucien Farhi**

Conception graphique : **Safia Ounouh, Eloi Valat**

Dessins : **Eloi Valat**

Secrétaires de rédaction : **Marie-Odile Herter**

Secrétariat, relations presse, diffusion : **Marie-Odile Herter,**

Lola Martel

Gestion : **Jean-Louis Gross, Monique Fontaine, Lucien Farhi,**

Jean Hauchecorne

Imprimerie : **Imprimerie Chirat**

744, rue Saint-Colombe, 42540 Saint-Just La Pendue

tél. 04 77 63 25 44 – e-mail : pao@imp-chirat.fr

Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél. 01 46 57 85 85 – fax 01 46 57 08 60

e-mail : revuepratiques@free.fr

www.pratiques.fr

52, rue Gallieni, 92240 Malakoff – France

Dépôt légal : 4^e trimestre 2009

Commission paritaire n° 1010G83786

ISSN 1161-3726 – ISBN 978-2-9528838-6-3

Toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, de la présente publication, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite (article L 122-4 du Code de la propriété intellectuelle) et constitue une contrefaçon.

L'autorisation de reproduire, dans une autre publication (livre ou périodique) un article paru dans la présente publication doit être obtenue après de l'éditeur (Les Editions des cahiers de la médecine utopique, adresse ci-dessus).

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre Français d'exploitation du droit de Copie (CFC) – 20 rue des Grands Augustins – 75006 Paris – Tél. 01 44 07 47 70 – Fax 01 46 34 67 19.

Les violences que subissent les travailleurs sont mesurables aux dégâts qu'elles ont toujours imprimés dans leurs corps. Ces atteintes physiques continuent de s'aggraver malgré une avancée certaine des connaissances en ergonomie du travail, en pathogénie des substances chimiques et de la législation.

Ce qui semble relativement nouveau aux auteurs de ce numéro, c'est la déstabilisation psychique et sociale des personnes, induite par une organisation du travail qui bafoue leurs compétences et veut à l'évidence asservir leurs savoirs professionnels à des modes de productivité déshumanisants. Le cynisme qui résulte des choix de management des entreprises pousse les travailleurs à des décompensations graves, puisque certains ne voient d'autre alternative que le suicide pour s'en échapper. Soignants, acteurs de santé au travail, psychologues, sociologues, philosophes et patients s'accordent à démonter les mécanismes qui rendent malades et soulèvent les questions auxquelles il nous faut nous affronter d'urgence, collectivement, pour défendre la santé et le droit au respect des travailleurs.

Dans le magazine, la vigilance est de mise pour dénoncer les nouvelles mesures gouvernementales qui vont toutes dans le sens d'une aggravation des inégalités d'accès aux soins. La loi HPST fait des ravages dans ce qui reste du service public, les « CAPI » organisent la rémunération des médecins à la performance bien loin d'une prise en charge globale du patient, le projet de nouvelle tarification des maisons de retraite laisserait une part conséquente à la charge des familles, les arrêts de travail vont être de plus en plus contrôlés par des « mercenaires » au service des intérêts des entreprises... sans compter les manques répétés de rigueur, voire les contrevérités assénées en matière de vaccination anti hépatite B.

Prochain dossier : L'enfermement



Prix : 16,50 €

ISBN 978-2-9528838-6-3

ISSN 1161-3726

Pratiques

Octobre 2009 • 16,50 €

Les cahiers de la médecine utopique

47



dossier

La violence faite
au travail