

CAHIER DU S.M.T

N° 5

Association "Santé et Médecine du Travail"

Juin 92 20F

JOURNÉE DU 1^{er} JUIN 1991

PRECARITE ET SOUS-TRAITANCE EN
MEDECINE DU TRAVAIL

SOMMAIRE

- | | |
|--|------|
| • A propos des débats
Marie Christine Bosquillon | p 2 |
| • Eclatement des collectifs de travail
Dominique Huez | p 4 |
| • Questions pour la santé au travail dans les situations de précarité
Annie Thébaud-Mony | p 7 |
| • Approche psychopathologique d'individus sans appartenance
Denise Parent | p 13 |
| • Le nettoyage: un suivi difficile des salariés par un service inter-entreprise
Serge Opatowski | p 15 |
| • Le travail dans tous ses éclats
Florence Maezen | p 17 |
| • Précarité de la citoyenneté dans l'entreprise
Jocelyne Machefer | p 20 |
| • Pratiques coopératives en médecine du travail
Dominique Huez | p 24 |
| • Appel: «Paroles de médecins du travail: le livre blanc de la précarisation» | p 28 |

A PROPOS DES DEBATS

L'entreprise éclate. On constate l'émiettement de ses lieux et structures de production de ses lieux de décision, de résolution des problèmes, de responsabilité juridique. Nous sommes tous pleinement convaincus que ce phénomène de société est **lourd de conséquences sur la santé des travailleurs**: augmentation du risque d'accident de travail, de maladie professionnelle (même si c'est plus difficile à montrer du fait de la dilution des risques et de la polyexposition), répercussions plus générales et sur la santé et le développement psychologique de la personne, vécu souvent lourd et complexe.

L'appareil législatif court après une logique économique qu'il ne pourra pas rattraper, la réglementation suit une évolution sociale mais n'en influe pas le cours. Les lieux de contre-pouvoir dans l'entreprise, sur lesquels nous bâtissons jusqu'à présent notre stratégie ne sont pas opérants face à cette nouvelle organisation du travail. La visite médicale des CDD² n'est qu'une visite de passage sans lendemain, mais est chargée d'ambiguïté (il nous faudra «décoder» ce qu'on veut nous faire faire); elle blanchit à bon prix les chefs d'entreprise, tout en faisant le «beurre» des services inter-entreprises, prière de ne pas déranger. Les patrons ne voient pas plus loin que le bout de leur nez, ils sont myopes et ils ont des ocillères. La sous-traitance devient omniprésente mais multiforme, obéissant à des rationalités différentes, voire contradictoires... Les arguments sont nombreux qui nous incitent à laisser tomber les bras.

Mais ce n'est pas le genre du S.M.T.. Que l'approche se fasse sur un modèle structurel, sociologique, psychanalytique ou simplement en disant le quotidien, il y a un espace de pensée à investir, une faille à retravailler.

Chacun des exposés de cette journée était trop dense, trop cohérent intrinsèquement pour qu'on s'essaie à les reprendre ici. Faisons plutôt ressortir des pistes ou axes de réflexion qui ont rebondi d'un thème à l'autre.

D'ABORD ET SURTOUT, OBSERVER

2

L'œil du médecin du travail est un **œil de mouche**, il a de multiples facettes. Il a aussi un reflet loupe: des petites choses apparemment insignifiantes ou trop amalgamées pour être identifiées deviennent clairement visibles, appréhendables et prennent un sens.

Par exemple, en démontant les sociétés de nettoyage, **S. Opatowski** nous donne des **points**

d'ancrage concrets (la non-connaissance du collectif de travail, des risques réels, la main-mise des commerciaux sur les P.V. d'hygiène et sécurité, etc...). **L'œil de sociologue d'A. Thébaud** fait sortir de la mare des espèces qu'on aurait pu croire en voie de disparition: paiement à la tâche, «expropriation» des travailleurs de leur lieu de travail, travailler à l'envers, etc...

La psychopathologie du travail a mis en évidence trois grands dénis de l'entreprise: **déni de l'écart entre travail réel et travail prescrit, de la nécessité de l'élaboration de l'expérience, des fonctions propres du collectif**. **Ph. Davezies*** nous interpelle sur ce que cela signifie dans le cadre de la sous-traitance. Peut-on répondre de façon monolithique qu'il y a accentuation de ces dénis? Je ne me rappelle plus si, dans le débat, on a répondu directement à cette question. Peut-être s'est-on contenté du déplacement qu'elle opérait (je me suis bien promis de retourner sur le terrain avec plus de finesse d'observation).

RENDRE COMPTE DE NOS CONSTATATIONS, OU ET A QUI?

Dans ma pratique modeste de médecin du travail, mon «vécu» des «contrats à durée déterminée» des salariés d'entreprises sous-traitantes ou intérimaires s'arrêtait à l'impression confuse que «c'était lourd», qu'*«on les voit en consult mais ça n'ira pas plus loin»*, des salariés entre deux portes, si fragiles dans leur situation, que le moindre coup de vent pourrait les balayer. Etre face à eux, les voir, les entendre. Un mauvais moment sans lendemain. Entre parenthèses.

Mais ce silence n'est pas normal. C'est un paradoxe parce que, justement, c'est sur eux qu'on a beaucoup à dire. C'est contraire à notre morale, et toute notre éthique buté sur de tels non-dits. alors, il faut **trouver les moyens de passer les barrages**, avec intelligence, et en travaillant à divers niveaux. Je renvoie là plus particulièrement à l'exposé de **Dominique Huez**, qui me semble être une réflexion très aboutie à la fois sur le plan individuel (pouvoir utiliser pour un autre salarié ce qu'on a «acquis» avec le précédent en histoires de postes, fiches de conditions de travail, etc...) et sur le plan collectif: partenaires sociaux institutionnels dans l'entreprise mais aussi, si la dynamique sociale dans l'entreprise n'est pas assez forte (ce qui est souvent le cas), rendre compte à une plus grande échelle (entreprise donneuse d'ordre = cf son expérience, branches professionnelles, région, inspection du travail, commission régionale de médecine du travail, etc...).

Je le remercie de nous amener aussi toute sa réflexion sur les **pratiques coopératives** qu'il est possible de mettre en oeuvre, et sur ce que peut vouloir dire «santé publique» en médecine du travail. Le débat ne fait que commencer. A suivre...

LA QUESTION DE LA CITOYENNETÉ DANS L'ENTREPRISE, TOUJOURS UN ENJEU

Je vois bien combien une organisation de l'emploi s'appuyant sur le travail précaire porte atteinte à ce droit à la citoyenneté. J'ai face à cela un discours moral, politique. **J. Machefer** l'enrichit par une dialectique morale/question économique, **A. Thébaud** le renforce avec ses outils scientifiques. J'aimerais aussi qu'un fêru de psychopathologie du travail m'en parle...

Marie Christine BOSQUILLON

* Contrat à Durée Déterminée

** Cette intervention n'a pas fait l'objet d'une contribution.

ECLATEMENT DES COLLECTIFS DE TRAVAIL ET PRATIQUE EN MEDECINE DU TRAVAIL: La nouvelle donne de la sous-traitance

1) UNICITE ENTREPRISE/STRUCTURE DE MEDECINE DU TRAVAIL

La Médecine du Travail est à l'interface de l'individuel et du collectif. Il s'agit bien donc d'interroger la collectivité de travail sur la diversité des états de santé individuels, de lui en proposer des lectures transversales pour initialiser, développer, compléter des démarches de prévention.

Mais à quoi fait-on référence en parlant alors de collectivité de travail ? A une unicité organisationnelle, avec un ou des décideurs clairement identifiés, des structures syndicales recouvrant une entité juridique, l'organisation de la Médecine du Travail englobant alors la même entité. Les partenaires sociaux étant clairement définis, une stratégie de prévention peut être développée.

Dans les services interentreprises, on sait de longues dates que le suivi médical de l'artisanat ou des PME pose de nombreux problèmes. Absence souvent de représentation sociale, multiplicité des entités juridiques. Néanmoins, on pouvait espérer que l'équation : une entité juridique - un lieu de travail, serait un minimum conservée. Si les observations du médecin du travail devaient être adaptées à cette entité juridique (entreprise donnée), si celle-ci était le lieu privilégié d'élaboration et de mise en œuvre des actions de prévention, par contre la taille insuffisante pouvait être une entrave pour des études/recherches d'un minimum d'envergure. Un certain nombre de médecins de service interentreprises ont dépassé cette difficulté en s'associant pour des études par secteurs ou par branches, chacun pouvant par la suite en utiliser les résultats auprès de sa propre «petite entreprise».

2) TAYLOR : ECLATEMENT DES COLLECTIFS DANS UNE MEME STRUCTURE JURIDIQUE

Taylor en son temps avait théorisé l'éclatement des collectifs de travail :

séparation de la conception de l'exécution

- éclatement/morcellement des « métiers » des travailleurs manuels, distribuant à une multitude d'exécutants des tâches sans signification apparente au premier abord et dont la cohérence était passée dans les mains des concepteurs (bureaux des méthodes, ingénieurs de conception, etc...)

Généralement, la conception et l'exécution appartenaient à une même entreprise. Dans un certain nombre de cas, on avait séparé les lieux géographiques, les cols blancs d'un côté, les cols bleus de l'autre. Parfois, peut-être souvent, un médecin du travail ne s'occupe que d'une partie du découpage organisationnel, mais les structures d'entreprises étant pyramidales, une même unité juridique coiffe l'ensemble, avec des organisations représentant les travailleurs adéquates.

3) UNE SITUATION NOUVELLE : L'EXTERNALISATION DES PRODUCTEURS

4

Depuis plusieurs années se développe une autre conception de la division du travail et par là de l'éclatement des collectifs de travail.

Ce sont tout d'abord les tâches de gardiennage et de nettoyage qui ont été « sorties » de l'entreprise, que l'on a « externalisées ».

Puis, progressivement, ce sont les tâches «centrales» de l'entreprise qui ont commencé à être assurées par des travailleurs étrangers à sa structure juridique.

- Dans les activités de productions enchainées ou parcellisées, on a commencé par employer des volants importants de travailleurs intérimaires pour assurer les pointes, qui, au fur et à mesure des années, représentent des parts de plus en plus importantes des effectifs. Par la suite, ce sont des secteurs entiers et délimités de l'entreprise qui sont sous-traités en permanence à une autre entreprise : souvent les secteurs avec le plus de contraintes, les plus sales, les plus dangereux. Bien sûr, auparavant on a vu nombre d'activités polluantes ou dangereuses partir vers des PME. Cela posait et pose toujours des difficultés insurmontables à ces entreprises sans moyen, sans représentation sociale et pour lesquelles la Médecine du Travail est souvent démunie. Mais là, il restait une unicité site/employeur. Maintenant de grandes entreprises de production ressemblent à une constellation de chantiers de productions différents, les travailleurs passant d'un site industriel à l'autre. Là aussi, on a bien évidemment recours à l'intérim.
- Dans les industries de process, le projet est de ne conserver que les équipes d'exploitants et de sous-traiter l'ensemble des activités de maintenance. Dans ces industries, la maintenance industrielle étant de volume irrégulier tout au long de l'année (c'est le prétexte officiel à la sous-traitance), les sites industriels sont occupés une plus ou moins grande partie de l'année par une multiplicité d'entreprises de maintenance technique ou de servitudes (ce que ne veulent pas assurer les premières). Il y a généralement une hiérarchie entre ces entreprises : des entreprises leader de marchés très techniques resous-traitant en cascade et selon les risques et le niveau de technicité apparent à nombreux autres entreprises. Bien entendu, ici comme ailleurs, on fait appel à l'intérim à tous les niveaux.

Dans les activités de production comme dans l'industrie de process, on commence même à voir la sous-traitance attendre les tâches de conception. Après les habituels appels aux cabinets d'ingénierie (pour des raisons de haute technicité), on voit apparaître des agents d'entreprises extérieures assurant pour des périodes plus ou moins longues telles ou telles tâches dans les bureaux des méthodes.

- Dans le Tertiaire, le secteur des services, la même évolution semble se développer. Bien sûr, les activités de nettoyage et gardiennage sont sous-traitées de même bien souvent les activités de maintenance de bâtiments ou matériels qui nécessitent pourtant des personnes à demeure sur le site donné. Mais on peut aussi faire appel pour des temps plus ou moins longs à des prestations de sociétés sur place pour des tâches considérées comme peu spécialisées (bureautique...). Dans les hôpitaux, le nettoyage et la maintenance technique, le gros entretien, la restauration sont là aussi en passe d'être sous-traités...

La résultante de toutes ces transformations, c'est qu'une partie plus ou moins grande des travailleurs, présents sur un site industriel ou tertiaire donné parfois un temps très long, sont exclus des «dispositifs dynamiques de prévention» existant. Bien sûr, le décret de 1978 sur la sous-traitance existe, bien sûr les CHSCT de l'entreprise utilisatrice peuvent et doivent s'inquiéter des conditions de travail qui leur sont faites, mais les problèmes des conditions de travail des travailleurs sous-traitants sont au mieux considérés comme des objectifs secondaires.

4) QUELLES CONSEQUENCES EN MEDECINE DU TRAVAIL

Ce sont les directions des entreprises, après avis des CE quand ils existent, qui décident de leur mode de suivi médical (service interentreprise, service autonome). Ce qui est certain, c'est que ces choix ne se font jamais au regard de la prise en compte de la stratégie de sous-traitance de l'entreprise. Il n'arrive quasiment jamais que le même médecin assure la surveillance médicale de l'entreprise donneur d'ordre et de ses principaux sous-traitants. On peut aussi dire que ce phénomène est rarissime pour un même service interentreprise. Ce phénomène est d'ailleurs aggravé par la pratique d'appels d'offres de sous-traitance, appels qui couvrent l'ensemble du territoire national, voire européen. Vont donc cohabiter sur un même site industriel des groupes de travailleurs, en général ne dépassant pas quelques dizaines, chacun suivi par un médecin du travail différent, dans un service différent... quand ils ont un suivi médical du travail.

5) DES CONDITIONS DE TRAVAIL AGGRAVEES POUR LES TRAVAILLEURS SOUS-TRAITANTS

Le morcellement, l'éclatement des collectifs des travailleurs sous-traitants aggravent leurs conditions de travail.

- Les chantiers obtenus par leur entreprise sont bien souvent obtenus «au moins disant» avec les conséquences que cela a en matière de rythme de travail, de moyens de prévention, de formation, etc...

- Les rigidifications de l'organisation du travail sont encore accentuées chez les sous-traitants, les travailleurs permanents de l'entreprise demanderesse n'existant par rapport à eux que comme «donneurs d'ordre» au sens littéral, les travailleurs sous-traitants ne disposant dans ces situations d'aucune régulation. Si la pression temporelle est forte dans l'entreprise, les travailleurs sous-traitants risquent de se trouver en bout de chaîne des multiples anticipations de temps par les travailleurs situés en amont qui laissent ceux situés en aval acculés, souvent sans régulation possible sinon dans la «tricherie» au sens où Dejours l'emploie en psychopathologie ; on ne peut plus alors parler dans le même registre «d'espace public».
- Le statut de travailleurs excentrés par rapport à leur domicile aggrave encore leurs conditions de vie et de travail. La recherche de sous-traitances au moins disant amène les entreprises à prendre des chantiers à plusieurs centaines de kilomètres du domicile des travailleurs. «Pour gagner du temps familial», ces travailleurs sont amenés à accepter des horaires de travail épuisants : très longues journées de travail ou horaires morcelés mais sur une période plus ou moins réduite... Il faut alors ajouter aux risques du travail les accidents de la route. Les problèmes des conditions de logement et de prises de nourriture sont aussi pour les travailleurs sous-traitants particulièrement précaires.

6) LA NECESSITE DE PRATIQUES COOPERATIVES ENTRE MEDECINS DU TRAVAIL

Si une des missions de la Médecine du Travail est de rendre compte de l'état de santé des travailleurs pour transformer les situations de travail, il faut pour cela pouvoir dépasser les structures juridiques de nos champs d'activités respectifs.

Il sera peut-être possible dans certains cas de favoriser le développement de Médecine du Travail de Site Industriel. Le CEA l'a expérimenté mais les limites en sont :

- d'y faire coïncider en parallèle la représentation des travailleurs des différentes entreprises.
- Cela implique aussi une durée d'intervention dans le temps suffisamment longue pour une entreprise donnée sur un site donné.

Malheureusement, dans de nombreux cas, ce n'est jamais la situation.

Alors, on peut attendre que les pouvoirs publics par la réglementation restructurent l'éclatement des collectifs de travail (on devrait pouvoir parler de fausse sous-traitance comme aujourd'hui de faux artisans...) mais il semble qu'il faille attendre de nombreuses années... Les médecins du travail vont donc devoir mettre en commun leurs observations, regrouper leurs forces pour mener des études, parler d'une même voix pour faire état de la réalité des conditions de travail.

7) ETRE A L'INITIATIVE POUR RENDRE COMPTE

Avec le nouveau décret sur la Médecine du Travail, la réglementation permet aujourd'hui des pratiques d'études communes à plusieurs médecins du travail, même s'ils n'appartiennent pas à un même service. L'Inspection Médicale du Travail peut réglementairement jouer un rôle de coordination, d'initiation.

Comme toujours les moyens médicaux sont souvent inversement proportionnels aux besoins réels. Il va falloir être particulièrement vigilants sur la réalité précise des effectifs suivis et leur identification nominale, sur le contenu du document liant tel service interentreprise à telle entreprise.

Les plans d'activités sont les meilleurs endroits où faire apparaître a priori les projets de coopération entre médecins du travail.

La question de qui est à l'initiative de quoi ne peut facilement être résolue. J'aurais tendance à dire, au premier qui se la pose : De toute façon, il s'agira de pratiques volontaristes, difficiles mais essentielles si nous voulons que la surveillance de la santé des collectifs de travail ait encore une quelconque signification.

Il va nous falloir apprendre à parler à plusieurs voix pour rendre compte de ces situations complexes. Il va nous falloir faire preuve d'imagination pour identifier les lieux où les résultats de nos observations pourront être livrés.

C'est une situation nouvelle dans l'histoire sociale de voir de plus en plus le cœur des entreprises (les producteurs) en être juridiquement étranger. Même si la Médecine du Travail se moule sur les structures juridiques des entreprises, nous nous devons de rendre compte de l'état de santé, en transversal, de la mosaïque de travailleurs et d'entité juridique travaillant sur un même site.

Dominique Huez - Novembre 1990

QUESTIONS POUR UNE APPROCHE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL DANS LES SITUATIONS DE PRECARITE

Les situations de précarité sont des situations très complexes qui renvoient à la fois à des questions de normes (ou d'écart à la norme) et à une interrogation sur les outils classiques d'approches sociologiques (ou épidémiologiques et médicales) des problèmes de santé au travail. Ce texte retrace brièvement ma démarche concernant la sous-traitance et les multiples interrogations qui l'ont jalonnée.

Première période : une prise de conscience

1 - «rupture» : quitter les cadres de référence dominants

En 1980, dans le cadre d'une équipe INSERM en santé publique, j'ai été associée à une étude sur les accidents du travail à EDF. Cette étude mettait en évidence le fait que les accidents graves n'atteignaient pas le personnel EDF mais les salariés sous-traitants (ceux qui creusent les tranchées pour les installations de gaz, les peintres qui montent aux pylônes des lignes à haute tension, ceux qui assurent la maintenance dans le nucléaire, etc...). Dans le cadre de la recherche, centrée sur le personnel statutaire EDF, ces catégories de travailleurs (les salariés d'entreprises intervenantes) n'étaient pas prises en compte. Cependant, dans d'autres groupes de recherches, des études sociologiques et juridiques, peu nombreuses à l'époque, mettaient en évidence l'éclatement des statuts et des collectifs de travail, éclatement provoqué par les stratégies de recours à la sous-traitance, et les conséquences qui en découlaient pour l'application du droit du travail. Une occasion devait m'être donnée, peu après, à partir d'une situation concrète, de commencer à travailler sur les aspects plus spécifiques du vécu du travail et des risques de salariés d'entreprises sous-traitantes intervenant sur le site d'une grande entreprise de l'industrie microélectronique.

2 - Une démarche de recherche commune syndicat - chercheurs

En 1978, un accident mortel s'était produit sur le site d'une usine IBM (spécialisée dans la fabrication de semi-conducteurs). Il s'agissait d'un travailleur «extérieur» mortellement intoxiqué en faisant le nettoyage d'une cuve. Un syndicat de l'entreprise IBM s'était porté partie civile contre IBM et l'entreprise sous-traitante dans le procès intenté par la famille. Cet événement avait servi de révélateur aux syndicalistes quant à la situation de travailleurs qui - tout en étant présents sur le site et participant à l'activité productive de leur entreprise - étaient de fait considérés comme «extérieurs», en termes de statut, d'accès aux instances représentatives ou même de présence dans les lieux et temps de production. Qui étaient-ils ? Alors qu'IBM, à l'époque, se targuait de ne plus connaître d'accidents graves ou mortels sur ses sites en France depuis plus de dix ans, comment avait pu se produire un accident, à la fois aussi grave et aussi manifestement évitable?

De cet événement est née une demande syndicale concernant la réalisation d'une étude visant à comprendre la division des emplois et des risques selon les catégories d'emploi sur le site. Cette demande rencontrait aussi ma préoccupation et celle d'un collègue économiste quant au développement d'études concernant les questions santé/

travail ne prenant en compte que les populations d'emploi stable et des facteurs de risque pris isolément. A l'époque du contact entre le syndicat et les chercheurs, l'approche syndicale de la sous-traitance était pour les militants une lutte épuisante et souvent démoralisante : pas de mobilisation des salariés IBM ni même de la section syndicale; de la part des sous-traitants, une demande d'assistantat individuel plutôt que d'action syndicale collective. Les syndicalistes ressentaient en outre la sous-traitance comme une réalité éminemment fluide, instable, leur donnant le sentiment de constamment «courir derrière». Ils étaient par ailleurs confrontés à des réactions très vives de la direction de l'usine à la moindre initiative dans ce domaine.

La recherche a eu pour objectif d'approcher le vécu du travail, des risques et de la sécurité des travailleurs extérieurs (en les comparant à celui des opérateurs IBM) et d'appréhender les mécanismes générateurs de division des risques entre ces deux groupes de travailleurs. Nous avons donc simultanément porté le regard du côté des opérateurs IBM et du côté des salariés sous-traitants. Le contact a été établi, pour les chercheurs, avec les uns et les autres, par l'intermédiaire des syndicalistes qui ont participé à toutes les phases de la recherche. Cette dernière s'est déroulée en dehors de l'usine et des horaires de travail. Quarante deux entretiens ont été réalisés.

Un bref aperçu des résultats illustre la démarche.

TRAVAILLER SUR L'ENVERS

Les 450 salariés des 347 entreprises sous-traitantes qui sont intervenues sur le site IBM l'année de l'enquête représentent 10% du total des travailleurs du site. Ils ont des niveaux de qualification généralement peu élevés dans les fonctions étudiées (maintenance, nettoyage, manutention).

Deux facteurs essentiels influencent de façon déterminante leurs conditions de travail :

- **Le marché** (passé entre IBM et l'entreprise intervenante) définit la tâche à réaliser et ses délais de livraison (sans préciser le temps et les conditions de réalisation) pour un prix établi à l'avance dans lequel l'employeur extérieur doit faire entrer ses charges salariales et son bénéfice. Les marchés sont habituellement passés tous les ans (sinon tous les 3 ou 6 mois), même pour les entreprises intervenant de façon permanente sur le site. A chaque renouvellement de marché, IBM fait un appel d'offres qui lui permet de maintenir constamment sur ses sous-traitants la pression de la concurrence.

- **Le rythme et les contraintes de la production** entraînent pour les salariés d'entreprises extérieures l'obligation d'intervenir en dehors des horaires de production ou - sans interruption de celle-ci - dans les «couloirs de maintenance» où se trouve l'ENVERS des machines.

• Les conditions de travail

* **La pression du temps** constitue l'exigence première du travail en sous-traitance parce qu'elle représente de fait l'enjeu d'une menace constante sur l'emploi. La perte du marché par l'entreprise peut être synonyme de mutation soudaine et lointaine du lieu de résidence ou, plus radicalement, de la perte de l'emploi.

«Vous savez qu'on n'a pas le droit de couper la production à IBM, c'est à dire que si nous, on coupe, on se fait virer, c'est pas difficile (...) S'il arrive un pépin et que par malheur on coupe la production, c'est sûr... c'est le problème sacré : il y a le produit, la production. Voilà : on prépare en semaine et puis le samedi tout est arrêté... A ce moment-là, on fait les soudures. Ou alors quand ils changent comme ça des machines... leurs bécane où il y a 7 ou 8 fluides, il leur vient l'idée de démarrer ça le vendredi... de changer d'endroit 5 ou 6 machines comme ça... et puis le lundi, il faut que ça tourne. On vous demande pas si vous pouvez ou si vous pouvez pas... vous venez. Il faut que ça tourne. On veut pas savoir comment vous vous débrouillez. Il faut que ça marche!» (O.Q. Plombier, entreprise de maintenance)

* **L'usine est le lieu de production des «autres»** (salariés IBM). Les travailleurs extérieurs doivent à tout moment prouver la légitimité de leur présence sur le site. N'étant pas salariés d'IBM, les travailleurs extérieurs ne peuvent bénéficier du tarif IBM à la cantine. Ils ont des locaux (vestiaires, sanitaires) souvent précaires, installés hors des bâtiments de l'usine. Souvent étrangers à la France par la nationalité, les travailleurs des entreprises sous-traitantes sont plus qu'«extérieurs», étrangers à IBM : «d'esprit d'IBM», «l'appartenance à IBM» sont autant d'expressions qui reviennent constamment dans les interviews pour exprimer cette conscience de différence radicale et d'extériorité par rapport à ce qu'on peut appeler le nationalisme d'entreprise qui caractérise l'ensemble du personnel d'IBM et qui tient non seulement aux conditions d'emploi et de rémunération mais surtout au système de formation, de promotion interne et d'encadrement de l'entreprise.

* **L'éclatement des tâches caractéristiques de l'Envers** de l'usine (nettoyage, maintenance, manutention) entre de multiples entreprises renforce cette conscience d'extériorité et la précarité de ces salariés sur le site : des salaires faibles (en particulier dans le nettoyage), des horaires à la limite de la légalité (travail de nuit; travail du week end; amplitude des temps de travail effectué en continu), des contrats «à durée de chantier» interdisant toute perspective à long terme

compte tenu de l'incertitude des marchés. Cet éclatement des tâches n'est pas indépendant des multiples formes de division du travail qui impriment leurs clivages entre les différentes catégories de travailleurs extérieurs. Ainsi, certains travailleurs non qualifiés se trouvent cantonnés dans les travaux socialement les plus méprisés dans la répartition des tâches de nettoyage, à savoir celui des sanitaires d'un des bâtiments de l'usine :

« Je ne connais que les couloirs et les sanitaires du bâtiment (...). Des fois, je suis gênée devant les gens. Quand je vois des gens dans les sanitaires. Ils ne me voient pas... Les lavabos, ça va, mais les W.C.... torchon, papiers... Dès qu'ils sortent je commence à nettoyer un peu. Des fois on est gêné devant les gens. C'est un métier comme les autres... mais enfin... pas tout à fait comme les autres » (femme française, 18 ans)

• Ce travail sur l'Éovers est aussi un travail non programmable dans lequel les travailleurs extérieurs témoignent d'une autonomie qui relève d'une autre culture professionnelle que celle des opérateurs d'IBM : dans les tâches les plus déqualifiées, le travailleur extérieur est acteur. Il garde une identité propre radicalement différente de celle du travailleur « programmé » et se construit une stratégie qui permet à certains de s'acquérir une place unique sur le site : électriciens, plombiers, menuisiers dont l'activité d'artisan est connue et demandée par tous les services ; travailleurs spécialisés dans la mise en place et la maintenance d'équipements spécifiques ; manutentionnaires assurant la livraison des produits nécessaires au fonctionnement des lignes de production, etc... Ces stratégies peuvent les conduire à aménager ou refuser les conditions de travail ou d'emploi qui leur sont faites au risque d'être acculés à démissionner.

On peut souligner la différence existant à ce sujet entre travailleurs extérieurs et salariés de l'entreprise IBM. Pour ces derniers, l'organisation du travail est caractérisée par :

- une définition stricte des tâches dans le cadre de la division du travail d'autant plus poussée qu'elle s'appuie sur des technologies très sophistiquées
- une aliénation très forte des salariés aux normes de l'entreprise, en ce qui concerne leur travail, leur carrière, leurs comportements au sein de l'usine. Ce système de normes appuyé sur la formation et la promotion interne, et sur des rapports hiérarchiques individualisés, exige de la part de chaque travailleur une adhésion permanente à l'entreprise et à ses buts.
- une politique de stabilité d'emploi et de hauts salaires qui garantit aux salariés qui acceptent ses exigences un statut très sûr et de nombreux avantages sociaux.

Ainsi les conditions d'intervention des travailleurs extérieurs sur le site IBM révèle les contradictions entre la rigidité d'un système de production normalisé à l'extrême et la capacité d'adaptation permanente exigée des entreprises sous-traitantes par le donneur d'ordre.

• La représentation et le vécu des risques et de la sécurité

La représentation des risques encourus par les travailleurs extérieurs dépend de leur mode d'intervention sur le site :

- pour les travailleurs du *nettoyage*, les risques ne sont perçus ni dans les conditions de travail (la manipulation du balai, du chiffon et des produits de nettoyage n'est pas perçue comme risque) ni dans la représentation de l'usine comme lieu de risques potentiels (chimiques, électriques, radioactifs) : ces travailleurs ignorent en quoi consiste la production de l'usine. Parfois ils font référence à un vague pressentiment de dangers ignorés liés aux consignes de sécurité délivrées par IBM (lorsque, connaissant le français, ils peuvent le lire...)

- pour les travailleurs de la *maintenance* les risques sont beaucoup plus présents (acides, fluides inconnus, risques électriques et mécaniques, etc...) et perçus comme potentiellement dangereux et imprévisibles dans la réalisation des tâches à accomplir :

« quand on démonte un tuyau dans lequel il reste un peu d'acide »

« quand des opérateurs laissent traîner des flacons non refermés dans les salles de maintenance »

« quand il faut intervenir dans les faux plafonds et marcher au-dessus de fils à haute tension », etc...

Cette représentation des risques favorise, dans une certaine mesure, de la part des travailleurs extérieurs l'adoption de mesures de protection individuelles indispensables (port de gants et de lunettes) et de prudence spontanée en rapport avec les risques encourus. Cette « autogestion » de la sécurité cohérente avec la - relative - marge d'initiative inhérente au mode d'intervention des travailleurs extérieurs sur le site est cependant contradictoire avec la conception technocratique de l'appareil « sécurité » d'IBM. En réalité, l'exposition aux risques professionnels est pour les travailleurs extérieurs difficilement contrôlable à un niveau collectif.

C'est ce que montre l'accumulation d'accidents diversifiés au cours des interviews : acide sur les mains, ou dans les yeux, vanne sur la tête, coupures, brûlures, chutes, pieds heurtés ou écrasés, malaises, etc... Des accidents du travail graves viennent parfois sanctionner les conditions d'intervention des travailleurs extérieurs.

Ces accidents, d'importance variable, témoignent des limites mêmes de l'appareil « sécurité » mis en place par IBM et dont tous les travailleurs extérieurs se plaignent comme d'un système répressif et bureaucratisé. Les consignes de sécurité ne sont pas adaptées aux conditions de travail des sous-traitants. Les exigences administratives (autorisation de soudure, bon de feu, etc...) demandent un temps disproportionné par rapport à celui qui leur est nécessaire pour réaliser la tâche demandée. Ces exigences peuvent, à elles seules, mettre en question le marché entre la firme IBM et l'entreprise sous-traitante et constituer une menace pour l'emploi des salariés de cette entreprise. En effet on constate une contradiction permanente entre les délais et les prix fixés par la direction de la firme IBM et le temps effectivement nécessaire pour

satisfaire aux conditions concrètes de réalisation des tâches, conditions également définies par la direction de l'usine IBM. Le système de sécurité constitue, pour les travailleurs extérieurs, un instrument de contrôle plutôt qu'un moyen de protection adapté en fonction des risques encourus.

A ce qui précède, peut être comparé le *vécu du travail et de la sécurité des opérateurs IBM*. Ils disent bénéficier de conditions de sécurité individuelles et collectives particulièrement développées, à la mesure de la nécessaire protection du produit (salles aseptisées, combinaisons antipoussières, systèmes d'aspiration, etc...). Cependant, d'autres aspects de l'organisation du travail dans l'usine peuvent avoir des effets très pénicieux à moyen et long terme sur la santé physique et mentale des travailleurs qui y sont soumis : la précision et la rigueur des normes de production qui dépossèdent l'opérateur de toute autonomie, la tension du travail sur le binoculaire, l'isolement dans les salles de production, la perte d'identité liée au port de combinaison et de cagoule, l'exposition à faibles doses à des risques chimiques... G.DONIOL-SHLAW en a fait une étude très détaillée à partir d'autres sites de l'industrie électronique¹

Ainsi, il ne s'agit pas d'opposer deux catégories de travailleurs dans les conditions de travail et de sécurité qui leur sont faites mais de montrer que la division du travail opère une division des risques qui coïncide avec la répartition des tâches rigoureusement programmées de la production dans l'entreprise et l'ENVERS de cette production, que J.P.GAUDEMAR² appelle la «gestion de l'aléatoire» rejetée vers les entreprises sous-traitantes et les catégories d'emploi précaire.

(Extraits de: A.TIEBAUD-MONY. Sous-traitance, division du travail, division des risques et santé. Communication au Séminaire franco-brésilien, Université de Sao Paulo, Juillet 1984)

Dans cette recherche, nous avons montré qu'il n'y a pas deux catégories d'entreprises indépendantes les unes des autres, ni deux marchés de l'emploi distincts. Il y a un seul système industriel qui dépasse aujourd'hui à la fois les limites de l'entreprise et les limites des états. Il combine le recours à tous les mécanismes possible de division du travail, de flexibilité de l'emploi et de sous-traitance pour limiter les coûts, permettre des gains de productivité et assurer la croissance de firmes aux dimensions planétaires dont l'entreprise IBM est particulièrement représentative.

Nous avons également dégagé les grands traits d'une division des risques entre catégories d'emploi. Nous avons vu se dessiner les contours de ce qui différencie (ou même oppose) salariés permanents et travailleurs extérieurs d'un site industriel et met en question pour ces derniers les modèles dominants selon lesquels s'élaborent la connaissance sur la santé au travail et les formes d'action institutionnelle et syndicale concernant l'hygiène et la sécurité : un lien salarial clairement défini, un lieu de travail unique, une permanence et une durée dans l'emploi, la représentation des salariés.

Parallèlement, les conditions de travail décrites par les salariés d'entreprises sous-traitantes ont également montré l'inadéquation des outils réglementaires en matière de prévention, y compris ceux créés spécifiquement pour l'amélioration des conditions d'intervention de ces salariés (par exemple, le décret de novembre 1977).

Nous avons également mis en évidence la singularisation de l'histoire professionnelle et sanitaire des travailleurs extérieurs. C'est ici cependant que s'inscrit la principale interrogation posée par cette étude. Attachées à discerner les dimensions collectives du phénomène de la sous-traitance et des atteintes à la santé (conditions de passation des marchés, éléments repérables des conditions de travail et de la sécurité en fonction du statut sur le site, incidence des accidents du travail selon les catégories d'emploi), nous avons trop peu développé l'écoute et l'analyse des stratégies individuelles mises en œuvre par les salariés et ce dont elles sont signe. Or ces stratégies permettent d'approcher les changements qui s'opèrent dans les systèmes de représentations et de valeurs de ceux qui sont, provisoirement ou durablement, dans ces emplois dits «atypiques».

Pour moi la question la plus cruciale (et restée alors sans réponse) est la suivante : A ne regarder que les formes d'exploitation, n'oublie-t-on pas que les travailleurs sont acteurs et révèlent par leurs stratégies propres des formes de résistance active qui, plus que toute «protection» décrétée, constituent le meilleur moyen de défense de la santé contre la pression du système. Les luttes collectives ne peuvent naître que de la prise de conscience des formes de résistance individuelle. Dans cette situation d'éclatement des collectifs de travail, comment les stratégies individuelles de résistance ou même de survie peuvent-elles s'inscrire dans un processus collectif de contre-pouvoir?

La recherche s'est arrêtée pour des raisons institutionnelles n'ayant pas un lien direct avec ce travail. Cependant un séminaire franco-brésilien rassemblant chercheurs et syndicalistes des deux pays, en 1984, à Sao Paulo, faisait écho à ce travail en illustrant à l'échelle internationale les stratégies des firmes multinationales dans l'utilisation des différences de législations du travail, de l'emploi et de la santé entre pays du Nord et pays du Sud, créant aussi une division planétaire des risques industriels³.

2e période : d'autres recherches...un temps de réflexion

La création d'une équipe de recherche sur le thème «Inégalités Sociales, Industrialisation, Santé» et la réalisation d'études concernant des problèmes de santé spécifiques (filiales de soins des malades tuberculeux, maladies professionnelles), m'ont pendant un certain temps éloignée de cet axe de recherche «sous-traitance et santé», tout en m'amenant au constat de son importance pour rendre compte des processus sociaux générateurs d'inégalités sociales, à de multiples niveaux de l'organisation sociale du travail et des systèmes de soins et de protection sociale. Je l'illustrerai brièvement à partir de la recherche sur les maladies professionnelles⁴.

Le choix de cette étude est né de l'observation de l'immense écart existant entre les principes du système de réparation et la réalité vécue des maladies professionnelles. Je ne détaillerai pas cette étude mais seulement les interrogations qu'elle suscite aujourd'hui pour moi par rapport à la précarisation de l'emploi.

La première concerne la question des **normes**. Le système de réparation des maladies professionnelles fonctionne selon des normes d'une extrême rigidité, unanimement acceptées et appliquées par tous les acteurs chargés de statuer sur la maladie professionnelle (médecins, personnels des caisses d'assurance-maladie). Les pratiques d'expertise tendent à les rendre toujours plus restrictives. Rarement ou jamais contestées, ces normes excluent de la réparation tous ceux qui sont «hors-normes», soit dans les travaux effectués, soit dans les pathologies présentées même si manifestement celles-ci sont liées aux expositions professionnelles connues par le travailleur. Pour tous ceux qui relèvent des emplois dits «atypiques», la mobilité, la succession des emplois et des expositions, la présence probable d'effets de synergie entre différents types de risque et les «empreintes» de conditions et rythmes de travail pénibles, génèrent des problèmes de santé qui ne constitue pas UNE maladie professionnelle d'UN tableau précis. A supposer même que cela arrive, quel médecin pensera à avertir le salarié, rechercher avec lui l'exposition en cause et faire le certificat médical de maladie professionnelle nécessaire à la déclaration?

En second lieu, tout au long de la recherche, j'ai personnellement ressenti un certain malaise dans le cadre d'une étude qui portait quasi-exclusivement sur des collectifs de travailleurs stables et permanents alors que j'avais moi-même montré qu'on se trouve actuellement dans une situation d'extériorisation des risques par rapport à ces collectifs et que les travailleurs les plus exposés à des risques de maladie professionnelle sont ceux qui n'appartiennent pas à ces collectifs. Dans deux situations cependant, nous avons pu mettre en évidence, la «disparition» des déclarations, liée à la précarisation de l'emploi. Dès lors, comment peut être pris en compte cet immense angle mort de notre législation sur la réparation des maladies professionnelles?

3e période : étude du suivi médicoréglementaire des salariés DATR des entreprises sous-traitantes de l'industrie électronucléaire.

Cette étude a été menée entre 1989 et 1991 par un groupe de travail, composé de médecins du travail EDF et de médecins du travail (de services autonomes ou interentreprises) des entreprises prestataires, et coordonné par le médecin-inspecteur du travail de la région Centre. J'y ai participé pour l'analyse des données et la rédaction du rapport.

Les objectifs de l'étude étaient de reconstituer le suivi médical de ces salariés, de rassembler toutes les informations disponibles concernant les niveaux de doses d'exposition aux rayonnements ionisants les concernant, et compte tenu de la mobilité d'emploi et de lieux de travail de ces travailleurs, d'analyser les difficultés d'application des réglementations sur la médecine du travail, les conditions de sécurité des salariés temporaires et la protection des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants.

Les résultats de l'étude⁵ témoignent de ce que produit la sous-traitance en termes d'extériorisation du risque, de dilution des responsabilités à la mesure des cascades de sous-traitance, et de stratégies de gestion des fortes doses par le recours aux contrats courts et à l'interim.

Cette recherche soulève de très nombreuses questions par rapport aux conditions de travail des médecins du travail eux-mêmes et, plus fondamentalement, des logiques dans lesquelles s'inscrit leur activité. On peut prendre pour exemple la visite d'aptitude DATR : tous les six mois, un salarié devant travailler dans les centrales nucléaires en zone «contrôlée» - c'est à dire où il sera exposé aux rayonnements ionisants - doit passer cette visite médicale lui donnant droit à être «directement affecté aux travaux sous rayonnements» (DATR). Les conditions dans lesquelles s'effectue cette visite interrogent sur le sens même de cette visite : s'agit-il d'assurer la protection de la santé du salarié, de «convriner» l'exposition moyenne des salariés (qui, tout en respectant les valeurs-limite actuelles, est 8 à 15 fois celle des agents EDF), de légitimer la précarisation de l'emploi dans les décision d'aptitude? Comment les médecins du travail, confrontés à cette exigence réglementaire, peuvent-ils gérer les contradictions qu'elle comporte, compte tenu des stratégies d'emploi et de gestion des expositions par les entreprises?

Mais l'étude ne peut en rester à ce niveau d'analyse descriptive des conditions de suivi médical par rapport à un risque qui, certes, donne une sorte d'unité à cette population et permet la visibilité de leurs conditions d'intervention sur les sites électronucléaires mais peut aussi jouer en quelque sorte une fonction «écran» par rapport aux autres problèmes de santé. La connaissance du vécu du travail des salariés DATR peut seule permettre de mettre en évidence, d'une part la relativité du risque d'exposition aux rayonnements par rapport à d'autres types de risques et d'atteintes à la santé, d'autre part, d'aborder l'histoire de ces salariés et son sens, en référence aux questions posées à partir de la recherche menée auprès des travailleurs extérieurs d'IBM. Une phase d'entretiens se déroule actuellement.

Conclusion

Brièvement résumée ici, ma démarche suscite plus d'interrogations qu'elle ne comporte d'éléments de clarification quant aux changements à apporter du point de vue institutionnel ou syndical. Ces interrogations rejoignent d'autres : A.GORZ⁶ parle de la «sud-africanisation» de la société et de l'émergence d'une «nouvelle classe de serviteurs»... La crise du mouvement ouvrier, l'affaiblissement du syndicalisme sont au centre de nombreux ouvrages sans qu'émergent encore d'alternatives, de nouveaux contre-pouvoirs... Beaucoup s'interrogent autour de la non-citoyenneté des précaires dans l'entreprise et dans l'organisation syndicale mais aussi dans la société globale, ceci en contradiction avec cet autre discours sur la modernisation des relations du travail et le management participatif...

Personnellement, je me demande si nous ne sommes pas aujourd'hui dans une période un peu analogue à celle qui précéda l'adoption de la loi de 1898 sur les accidents du travail, avec l'émergence d'un décalage immense et croissant entre les formes traditionnelles d'action syndicale, les outils réglementaires, les institutions de prévention et la réalité vécue du travail et des nouvelles formes d'exploitation.

Un travail d'analyse en profondeur est à faire pour comprendre ce que «produit» cette situation en termes de santé et de mise en échec des législations en santé/travail, mais aussi de mécanismes de défense et de résistance, sachant que la précarisation n'atteint pas seulement ceux qu'on appelle les «précaires» mais la société toute entière. Comment constituer un capital d'expériences analysées permettant non seulement d'en apporter des éléments de connaissance concrète mais de construire les contre-pouvoirs nécessaires?

Annie THEBAUD-MONY

INSERM-U292

Juin 1991/Juin 1992

¹ G.DONIOL-SHAW. De l'invisible à l'indicible. Les conditions de travail dans les salles blanches. GEDISST CNRS 1990

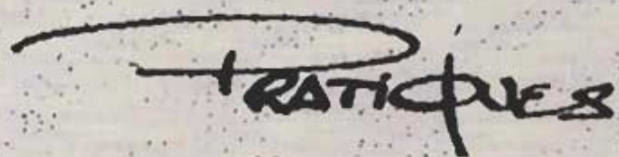
² J.P.GAUDEMAR. Usines et ouvriers : figures du nouvel ordre productif. Galilée 1982

³ A.THEBAUD-MONY. L'Envers des sociétés industrielles : approche comparative franco-brésilienne. L'Harmattan, 1990, Paris

⁴ A.THEBAUD-MONY. La reconnaissance des maladies professionnelles. la Documentation Française, 1991, Paris

⁵ Le rapport de recherche sera disponible à partir du 15 février 1992 auprès de moi-même ou du Dr Catherine RONDEAU DU NOYER (inspection médicale du travail de la région Centre - TOURS)

⁶ A.GORZ. Métamorphoses du travail. Quête du sens. Critique de la raison économique. Galilée, 1989, Paris



Déjà paru:

24: Santé-Immigration

25: Santé: les marchands d'illusion?

26: Violences

27/28: Journées de Printemps de Prague

À paraître:

29: Ethique, médecine et démocratie

abonnement (4 n°: 200F - 100F si difficultés financières) - Numéro déjà paru: 50F

S.M.G. - 52, rue Gallieni 92240 MALAKOFF

APPROCHE PSYCHO-PATHOLOGIQUE D'INDIVIDUS SANS APPARTENANCE

I/ L'APPROCHE

(Histoires vraies)

Ce jour-là, après entretien laconique (dit autrement, mon questionnement sur de possibles désirs: un tour total), j'invite de façon plus précipitée qu'à l'ordinaire mon «C.d.d. taciturne» à passer à l'étape suivante... incrédule, je l'entends me répondre:

«Je ne me déshabillerai pas!...»

Je sens le scénario qui dérape vers l'affrontement et comme je ne connais pas la réplique, il me console:

«Allez, prenez-moi la tension, ça fera plaisir à ma mère.»

Deuxième histoire: Le dialogue est ouvert cette fois par un «C.d.d. franc tireur» qui me clarifie d'entrée de jeu son point de vue:

«Ecoutez, c'est la 6ème fois que je passe la visite depuis l'an dernier, je vais vous photocopier mon histoire.»

Enfin, ça y est! Moi qui m'étais justement si souvent étonnée qu'on ne me propose pas de cassettes.

Mais il n'y a pas que les excédés, il y a les silencieux, ceux qui ne font pas d'histoires puisqu'ils n'ouvrent la bouche que pour nous demander «ce qu'il faut enlever», n'ayant semble-t-il retenu qu'une seule chose de la visite précédente, c'est que c'était, selon... eux non plus n'attendent rien de cette visite, ils en craignent tout au plus d'éventuelles complications et choisissent d'adopter une attitude docile, ou perçoivent un rien d'ennui.

Comment sortir de ces visites-punition après détention plus ou moins prolongée (la médecine lente n'a pas que du bon, vue du déshabilleur) dans des déshabilleurs aveugles...

Aveugles, oui mais tapissés de fenêtres grandes ouvertes sur la prévention sous forme d'affiches sur la meilleure façon de porter «lourd» ou de manger équilibré.

Comment médecins et salariés confondus peuvent-ils encore se prêter à de telles pratiques ubuesques, en tout cas privées de sens («ce qui fait le sens, c'est ce qui mobilise les affects», nous dit J. BRODA), pratiques accidentelles ou répétitives, sans jamais aucun lien visible entre les acteurs (et quand je dis acteur c'est un parti pris d'optimisme pour le salarié, ici plus objet que sujet, car si à la première convocation (et ce sera mon dernier cas de figure), le «C.d.d. non prévenu» dans tous les sens du terme, veut bien jouer le jeu, pour peu qu'il y soit invité, étonné même qu'il y ait un lieu pour ça, il nous parle souvent d'abondance, de ses conditions de travail, de ses désirs avortés, ou entretenus... mais ce

sera probablement la dernière fois, devant ce déversoir inutilisable sauf peut être à mener une action dans cette cafétéria (hélas à deux jours de la fin du contrat, là où il n'y a pas le droit de faire la moindre pause, repas de 9 à 16 heures, là où la vaisselle manque, d'où les ruptures d'approvisionnement de la ligne, évidemment imputable aux malheureux C.N.R. (Contrats qui Ne seront pas Renouvelés).

Et encore, dans ce cas précis, lieux de travail et «chefs» sont accessibles, ne parlons pas des chantiers à géographie très variable pour lesquels notre 1/3 temps relève au mieux du parcours du combattant et le plus souvent de la mission impossible.

Et puisqu'il s'agit d'emploi précaire, on le sait bien, émettre l'ombre d'une contre-indication assortie d'un soupçon de proposition, revient à transformer précarité d'emploi en chômage stable.

Bien franchement, quelle garantie avons nous à leur offrir sur l'innocuité de nos avis et l'efficacité de notre action dès cette première visite et a fortiori aux suivantes, toutes chargées d'expériences négatives sur le suivi relationnel et celui des conditions de travail.

D'un simple point de vue éthique, comment supporter une telle débauche de visites médicales sans lendemain, ni autre finalité que d'appliquer des textes (ce qui d'ailleurs transforme notre 1/3 temps en peau de chagrin).

Et pourtant, il s'agit d'une population toujours plus nombreuse qui se voit exclue de tout autre dispositif de prévention et marginalisée de toutes les manières vis-à-vis des dispositions réglementaires les plus banales...

«Nous n'avons pas droit aux vestiaires, me disait une manutentionnaire en crèmerie d'une grande surface, et nous posons nos manteaux sur les coisses des yaourts.»

Pourquoi croirait-elle en une quelconque action de la Médecine du Travail, «dispositif dynamique de prévention». Prévention contre quoi? je vous le demande.

Contre des risques sous traités qu'ils sont justement chargés de déplacer pour les effacer de la maison mère (et très peu maternelle).

Qu'y a-t-il de plus frustrant que de se croire l'instant d'une visite, pris en charge pour être oublié aussitôt.

«Grand-mère, que vous avez une grande écoute.

C'est pour mieux te larguer mon enfant...»

III/ QUESTIONS

Depuis le temps que nous les visitons (j'allais dire que nous les déshabillons) inutilement, que savons nous des risques et surtout de leur vécu dans cet itinéraire en ligne brisée ou pointillée?

Et même lorsqu'ils sont «parlés», ils ne nous renvoient qu'une image kaléidoscopique ou de puzzle en désordre de leur réel.

Quelle notion de plaisir souffrance avons nous pu recueillir chez les individus sans appartenance dans cet univers managérial où il n'a jamais été autant question de Culture d'Entreprise.

Qu'en est-il de leur **savoir-faire de prudence** dont parle C. DEJOURS?

Où ont pu se constituer les **idéologies défensives de métier**?

Le côté patchwork de leurs expériences est-il vraiment favorable à l'élaboration de cette **culture de sûreté** dont parlent les psychopathologistes.

Si l'on admet avec Wisner que *«l'anxiété et la peur sont liées à l'incertitude des informations et des décisions à prendre dans des situations dangereuses»*, on peut avancer sans grand risque qu'il y en aura de la peur lorsqu'on sait que ce sont précisément les postes à risques qui leur sont réservés.

Si nous en faisons l'hypothèse, comment la valider?

Quelles **pratiques coopératives** nous restent-ils à inventer pour permettre une expression mssemblée qui puisse **rendre audible, plaisir et souffrance** chez tous ces individus en quête d'identité.

Enfin, si l'on se prend à imaginer que comme tout un chacun, ils rêvent eux aussi pour paraphraser Habermas: *«d'apporter une contribution originale à la construction sociale»*, un désir doit-il ou peut-il se contenter de plages intermittentes et à durée déterminée?

LE NETTOYAGE: UN SUIVI DIFFICILE DES SALARIES PAR UN SERVICE INTER-ENTREPRISE

I/ CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE

Dans une époque d'extériorisation des risques, de rationalisation de la gestion du personnel, et de spécialisation sur les seules activités pour lesquelles elles ont un savoir-faire précis les entreprises préfèrent faire appel à des professionnels du nettoyage plutôt qu'utiliser du personnel intégré.

Ainsi 45% du marché national de la propreté estimé à 55 milliards de francs est aujourd'hui entre les mains des entreprises de nettoyage contre 25% en 1985. Elles employaient 104 000 salariés en 1978, elles en emploient 160 000 en 1987. Une progression de 15% l'an, entraîne des concentrations importantes et l'arrivée d'entreprises étrangères (le Danois ISF, ou le passage d'ABILIS chez le Néerlandais HODON). Parmi les 5 000 entreprises nationales les plus importantes, on trouve: ONET (3.3 Milliards), GSF, DOSIM PRODEF (qui viennent de fusionner), SM NETTOYAGE (groupe ECCO), SAFEN, TFN, RENOSOL, COMATEC (groupe GENERALE DES EAUX), SITA (groupe LYONNAISE DES EAUX), BIS (qui vient de racheter l'Espagnol COSMO INDUSTRIAL) .

Leurs champs d'action touche tous les secteurs d'activités du nettoyage des salles blanches de l'industrie informatique à la propreté d'installations chimiques ou pétrolières en passant par le nettoyage des hôpitaux et bien sûr des bureaux. C'est à dire une multitude de lieux d'interventions et donc une multitude d'exposition éventuelles possibles à des risques qui sont souvent non identifiés et non soupçonnés par les responsables des entreprises et les salariés.

Les contrats sont obtenus après appel d'offre suivant la règle du moins disant pour une durée de 1 à 3 ans avec cependant une exception le contrat signé entre la COMATEC et la RATP pour 10 ans sur un projet de robotisation. Cette procédure entraîne pour les salariés du chantier, qui ne sont pas obligatoirement repris par le nouvel employeur, une augmentation fréquente de la charge de travail.

Organisées en secteurs géographiques (régions) avec éventuellement des chantiers indépendants, les entreprises de nettoyages adhèrent à un service de médecine du travail inter-entreprise voire à plusieurs en fonction des compétences géographiques de ces derniers, ou par commodité.

II/ DIFFICULTES RENCONTREES PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL.

Le médecin du travail est confronté à plusieurs difficultés qui s'aggravent quand il n'est pas le seul médecin intervenant dans l'entreprise (en dehors des problèmes de communication et de langage):

1 - Des difficultés pour appréhender le collectif de travail. La collectivité de travail n'est pas définie de façon claire du fait de la perte ou de l'obtention de chantiers et de la sous-déclaration très fréquente du nombre de salariés. Le médecin du travail ne dispose que d'un effectif moyen, et souvent, que d'une gestion anonyme des convocations.

2 - Des difficultés pour connaître et suivre les salariés, car le turn-over des ouvriers et des entreprises sur les chantiers est important. Si la profession avait noté en 1987 75% des départs pour 77% d'embauches, par contre une enquête récente réalisée en 1990-1991 dans le service montre une plus grande stabilité des salariés sur les chantiers, ainsi 63% des ouvriers nettoyeurs ont une ancienneté supérieure à 1 an, et dans 33% des cas supérieure à 5 ans.

Des difficultés parce que l'ouvrier nettoyeur a souvent un second emploi dont la fiche d'aptitude peut servir aussi pour l'entreprise de nettoyage sans que nous en soyons informé.

Des difficultés parce que les horaires de travail dans cette branche d'activité sont souvent décalés par rapport aux heures d'ouvertures des services médicaux, les employeurs ne compensant pas toujours la perte de temps et de salaire due à la consultation médicale, les ouvriers ne viennent pas à la consultation.

Des difficultés encore car quand le camion de médecine du travail se déplace sur le chantier, la consultation apparaît aux salariés comme une surcharge de travail car le temps passé à l'attente et à la consultation médicale n'est pas compensé par une diminution de la quantité de travail à effectuer dans la vacation de nettoyage, quand les salariés ne refusent pas de s'y présenter parce qu'ils n'ont pas été prévenus suffisamment à l'avance.

On peut se demander par ailleurs si cette visite systématique de médecine du travail répond à leur attente.

3 - Des difficultés pour connaître les postes de travail. Bien que la définition des postes de travail soit de la responsabilité de l'employeur, tous les salariés venant voir le médecin du travail sont qualifiés d'**ON** quelque soit le lieu d'activité et les caractéristiques du poste, qu'ils conduisent une auto-balayeuse, qu'ils traitent les graffitis ou qu'ils travaillent dans un centre de transfusion sanguine. Les salariés eux-mêmes ne sont souvent pas capables de nous expliquer ce qu'ils font et même où ils travaillent.

Les produits sont relativement faciles à identifier si l'entreprise gère son propre stock, beaucoup plus difficiles quand l'ouvrier travaille avec des produits fournis par le client. La recherche se complique si pour des raisons économiques et d'efficacité de nombreux essais de produits sont effectués.

Les postes de travail eux-mêmes ne sont pas toujours faciles à visualiser du fait de leur dispersion, de leur éloignement et des horaires de travail mais aussi car les rendez-vous ne sont pas toujours respectés par les représentants des entreprises de nettoyage qui ne comprennent pas toujours l'intérêt de ces visites de postes. Les rapports avec le client ne facilitent pas toujours la venue du médecin du travail dans l'entreprise où s'effectue le nettoyage.

Si l'entreprise utilisatrice dispose d'un service autonome de médecine du travail, les recherches concernant les expositions potentielles ont toutes les chances d'aboutir rapidement, ce n'est pas toujours le cas quand la surveillance est assurée par un service inter-entreprise.

4 - La réglementation n'est pas appliquée comme on vient de le voir du fait de la concurrence pour obtenir des nouveaux contrats et pour les garder mais aussi à cause des **délégations de responsabilités en cascades**.

Les procès-verbaux d'hygiène et de sécurité en application du décret de novembre 1977, ne sont pas établis de peur d'ennuyer le client ou le sont de façon formelle.

Les documents contractuels entre l'entreprise et le service de médecine du travail (R 241-25) ne sont pas toujours rédigés ou de façon incomplète.

Le CHSCT du fait de la structure et de la dispersion de l'entreprise n'a pas tous les moyens nécessaires pour effectuer ces différentes missions. Les membres sont souvent insuffisamment formés et pas toujours représentatifs de tous les secteurs d'activité de l'entreprise.

III/ QUE PEUT-ON PROPOSER?

1 - Informatisation des services de médecine du travail afin d'améliorer la gestion des effectifs des entreprises adhérentes et la gestion des informations médicales (meilleur suivi des dossiers médicaux).

2 - Instaurer une meilleure circulation des informations entre les différents médecins des services pour assurer un meilleur suivi des salariés dans leurs chantiers.

3 - Intervenir directement auprès de l'employeur pour l'établissement du document contractuel liant l'entreprise et le service de médecine du travail.

4 - Exiger le respect de la règle d'or: un médecin une entreprise.

5 - Prendre contact systématiquement avec les médecins du travail de l'utilisateur.

6 - Demander systématiquement la copie du procès verbal d'hygiène et de sécurité. Améliorer sa rédaction en proposant une check-list des points à surveiller en fonction du site d'intervention et de la nature des travaux à effectuer.

7 - Faire des fiches d'établissement pour tous les chantiers ayant une certaine importance par le nombre de salariés y travaillant ou par la présence de risques particuliers.

8 - Adresser systématiquement toutes les constatations et recommandations à l'employeur et au CHSCT.

9 - Proposer un **modèle d'identification des postes de travail** que le représentant de l'employeur établira et donnera aux salariés avant qu'ils passent la visite médicale du travail.

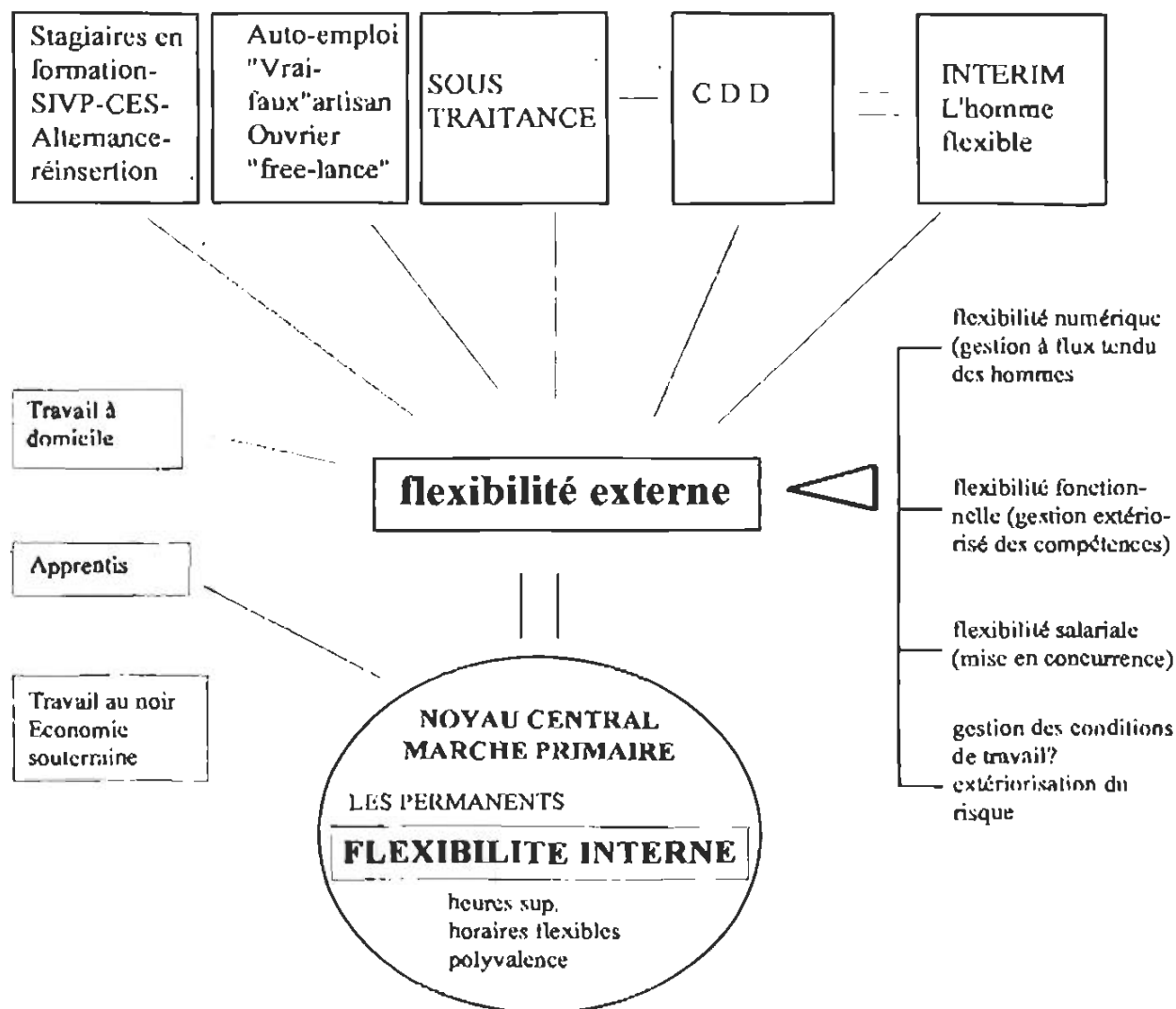
10 - Proposer un **modèle opérationnel** de recueil des renseignements concernant les accidents du travail, des maladies professionnelles et à caractère professionnel.

11 - Aider à la pénétration des intervenants extérieurs de prévention dans l'entreprise: ingénieurs de sécurité des CRAM, Inspection du Travail, OPPBTP.

LE TRAVAIL DANS TOUS SES ECLATS

L'ENTREPRISE FLEXIBLE

«La flexibilité a été tenue pour un ingrédient essentiel du progrès technique chez les décideurs: elle est considérée de façon irréversible comme la solution à la récession, à l'incertitude, et à l'intensification de la concurrence, la décentralisation et la précarisation apparaissant comme stratégies viables.» (Anna POLLERT, sociologue)



L'histoire à succès d'une idée à la mode....

LA PRECARITE EN CHIFFRE

1982 1989 % de 82 à 89

1 - C.D.D.	307 600	611 100	+ 99.6%
2 INTERIM	127 500	233 700	+ 83.3%
3 - STAGIAIRES	74 100	329 400	+ 345.0%
4 - APPRENTIS	184 200	211 800	+ 14.0%
1+2+3+4 = TRAVAIL PRECAIRE (INSEE)	692 000	1 386 000	+ 100.0%
NOMBRE TOTAL DE SALARIES	21 611 000	21 754 100	+ 0.7%

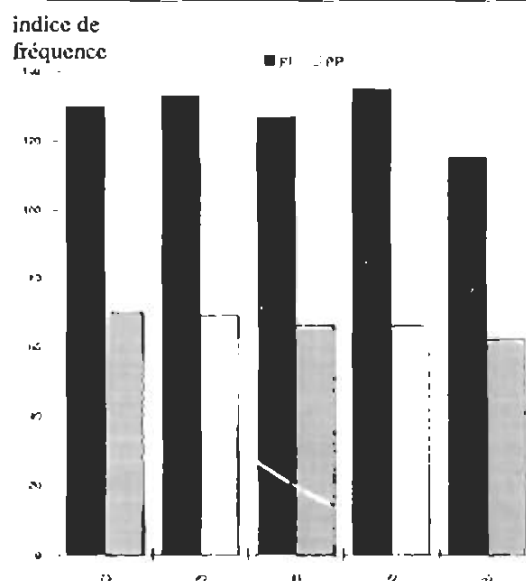
- 7% de l'emploi salarié en C.D.D. ou INTERIM (x 3 en 12 ans)

- 8 millions de contrats de travail précaire signés en 1988 (contre 1 million en C.D.I.) dont: 2.5 millions C.D.D.
5.5 millions INTERIM

Rythme de progression: + 15% par an pour les C.D.D.
+ 30% par an pour les INTERIM

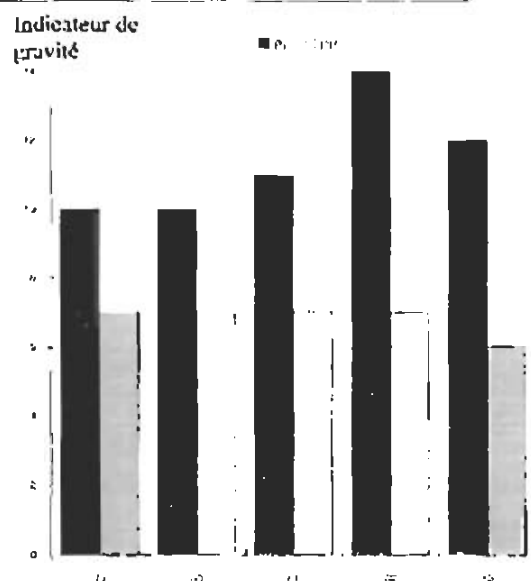
Proportion d'établissements utilisateurs:
50.7% utilisent des C.D.D. (12% en 1977)
12% utilisent des INTERIM (7.9% en 1977)

Le coût humain de la précarité: un constat connu de longue date



Accidentabilité des personnels intérimaires et permanents - Indice de fréquence (source CNAM)

PP: personnel permanent PI: personnel intérimaire



Accidentabilité des personnels intérimaires et permanents - Indicateur de gravité

... sans oublier les 60 000 salariés à domicile (le «sweating système») et ceux de l'économie souterraine (4.1% du P.I.B., dont 1.1% dû au travail clandestin).

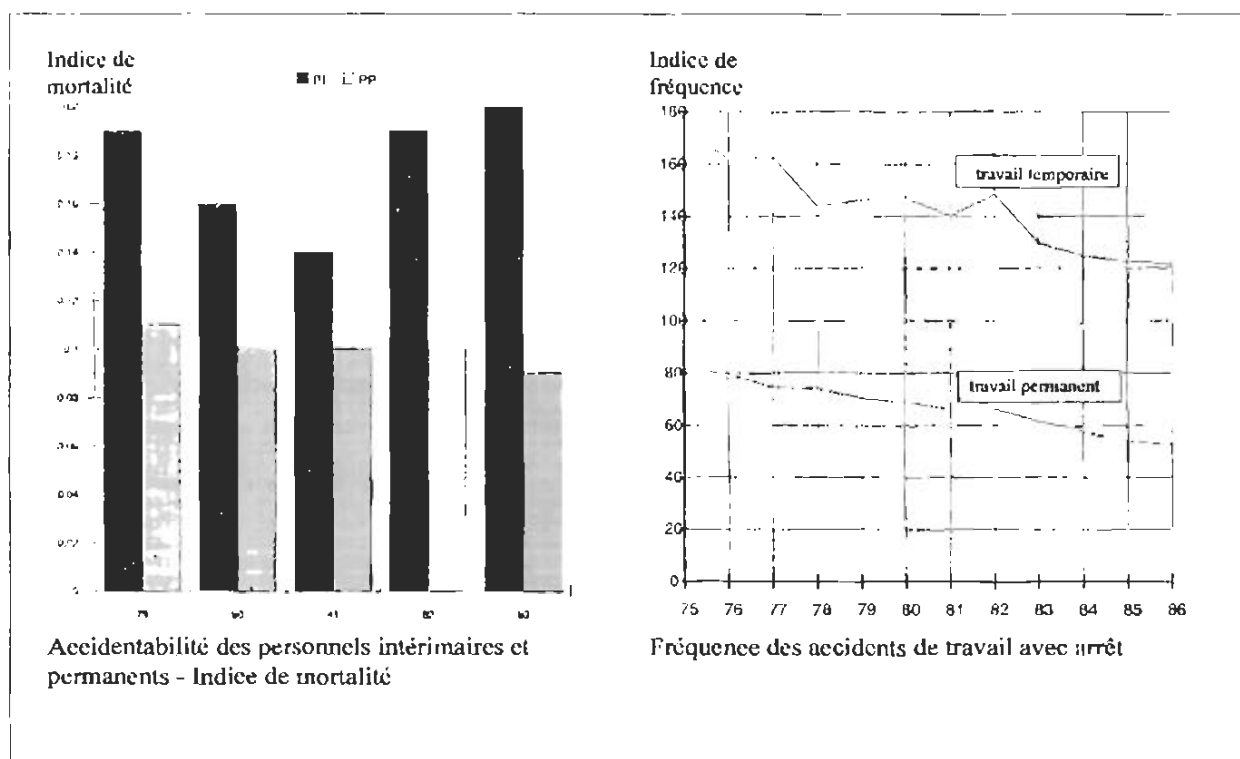
l'homme flexible rompt plus souvent, plus sévèrement que les autres.

CHRONIQUE D'UN ACCIDENT ANNONCE

QUELQUES ARTICLES POUR MIEUX COMPRENDRE L'ENTREPRISE FLEXIBLE ET SA FACE MOINS NOBLE LA PRECARITE...

- L'entreprise flexible: réalité ou obsession? (anna Pollert: sociologie du travail n°1 1989)
- La place du travail intérimaire dans l'économie française: INSEE, Problèmes économiques n°2 14 2 1990)
- Le prolétariat dans tous ses éclats (Alain BIHR, Le Monde Diplomatique, mars 1991)
- L'apprentissage (Cahier «AVENIR», Libération, 4 6 1991)
- Les ouvriers «Free-lance» ont la côte (Usine Nouvelle. 7 3 1991 n°2306)
- «Mourir pour la flexibilité» (Alternatives économiques: avril 1991)
- Le travail temporaire: incidences sur les conditions de travail et la santé des travailleurs (Le travail humain, tome 54 n°1 1991, Martine FRANÇOIS I.N.R.S.)
- Les risques de l'INTERIM (Cahier de la Mutualité dans l'entreprise n°28-29 mars avril 1989)
- Les conditions de travail des salariés occupant un emploi précaire (Bilan des conditions de travail: 1989 - ministère du Travail)
- La précarité en question (Travail et sécurité n°497 1992)

Florence Maesen



PRECARITE DE LA CITOYENNETE DANS L'ENTREPRISE

Modeste approche socio-économique du travail précaire, rapide passage par le DROIT DU TRAVAIL.

1991: il était une fois encore, la FRANCE... Mais aussi la construction de la communauté économique européenne pour 1993. CIEL! L'économie mouvante et internationalisée, drapée du manteau noir de ses exigences, brandissait l'étendard de la FLEXIBILITE!...

... ET DIEU CREA LE CHOMAGE ET LE TRAVAIL PRECAIRE.

«La capacité d'adaptation aux fluctuations de la demande, la possibilité de mener à bien en temps utile des restructurations industrielles ou des changements technologiques sont apparues comme des nécessités impérieuses (...)- J.P. SOISSON (1).

Toutefois, «à mesure que le travail salarié s'éloigne du Taylorisme, à la suite de l'introduction des nouvelles technologies, c'est l'entreprise elle-même qui se taylorise. C'est à dire qu'elle tend à se découper, au nom de la division des tâches, ou à se scinder en autant de fonctions précises, théoriquement indépendantes les unes des autres. Les inspecteurs du travail, qui sont confrontés à cette nouvelle réalité, en viennent à parler de l'entreprise éclatée (...) l'entreprise en miettes» - A. LEBAUBE (2) Le Monde avril 91.

LA FRANCE AU SEIN DE L'EUROPE

Les chiffres du travail précaire

«Si l'Europe est largement convertie à la flexibilité externe, la France n'affiche que 6 à 7% de salariés sous statut précaire alors que la C.E.E. en compte en moyenne 9.6% en 88. Loin derrière l'Espagne, le Portugal ou la Grèce qui avoisinent les 20%. Derrière également l'Allemagne Fédérale (de 88), le Danemark, l'Irlande ou les Pays Bas où le travail précaire pèse entre 9 à 11%.

L'intérim est en pleine expansion dans la C.E.E.: 1 à 2% aux Pays Bas, en Grande Bretagne et en France, négligeable en Allemagne, en Espagne, au Danemark» - BASSONS (3).

LIBERTE, EGALITE, FLEXIBILITE

Nouvel «en blème» des Droits de l'Homme et du citoyen.

Travail en sous-traitance, contrat intérimaire, contrat à durée déterminée, le temps partiel, travailleur saisonnier... Reconnaissons-le, de tels marchés du travail laissent peu de place à la fraternité. Autant, dans ce contexte, dans notre

société à deux vitesses, le supprimer d'emblée des Droits de l'Homme et le remplacer par la flexibilité. Les salariés à contrat à durée indéterminée, du secteur public ou privé, ceux qui réservent à leurs «frères» les tâches les plus dégradantes, nous comprendront.

LIBERTE:

EN DROIT DU TRAVAIL, la liberté du salarié n'existe pas... tout au plus une liberté de quitter son emploi; liberté purement formelle s'il n'est pas facile d'en retrouver un autre.

Car, par son contrat, le salarié place sa personne sous l'autorité de l'employeur, il accepte la subordination, sans aliéner sa personne, et dans le cadre de l'accomplissement de la tâche définie au contrat.

EN SOCIOLOGIE DU TRAVAIL, CROZIER et FRIEDBERG (4) analysent les relations salariés/employeurs en terme de jeu et de stratégie optimale pour régler leur coopération. Ces jeux s'organisent autour de relations de pouvoir INEGAL, puisque l'employeur peut sanctionner, le salarié acteur peut monnayer son action. Le système des salaires donne alors à l'employeur le DROIT DE CONTROLE dans un souci d'efficacité.

Quelle place du travailleur précaire dans ce jeu? Que va-t-il pouvoir monnayer? A-t-il le CHOIX entre pulvériser les temps, dépasser les horaires pour se retrouver au chômage en fin de contrat, et manifester un profond désintérêt pour la tâche et ceux qui l'entourent lors du contrat suivant?

De même, l'employeur qui choisit ce système ne montre-t-il pas qu'il n'a plus l'intention de jouer, négocier, coopérer, ni même de fidéliser son personnel?

Le travailleur sous emploi précaire est donc fragile. Plus souvent victime (travaux pénibles, insalubres, nombreux accidents de travail) il a peu à monnayer. Tout au plus le travailleur intérimaire qualifié peut-il jouer parfois sa liberté de changer d'entreprise, de n'accepter que des boulots intéressants, où il sera peu contrôlé. Liberté chèrement acquise, en l'absence de vie familiale, condamné au camping toute l'année. Qui n'a jamais entendu ces récits de poseurs de parquets squattant leur chantier la nuit, dormant tous dans la même pièce, ou cet ouvrier du bâtiment dormant dans sa voiture par des températures en dessous de zéro. Ou tel peintre au pistolet intérimaire ayant installé sa caravane sur le parking de cette entreprise de sous-traitance aéronautique, afin de bénéficier de l'eau et de l'électricité à volonté sous réserve de disponibilité horaires «franchement» élastique.

Le jeu de pouvoir selon Crozier est décidément très inégal dans le travail précaire.

EGALITE

EN DROIT DU TRAVAIL, nous sommes loin d'une avancée sociale: la négociation entre partenaires sociaux a abouti:

- à la fin de la nécessité d'autorisation administrative dans le cadre de licenciements économiques,
- l'entrée du travail précaire dans le code du travail, sous ses formes diversifiées,
- l'aménagement du temps de travail.

«La liberté économique mise en avant s'écartant, selon J.P. SOISSON (1), du point d'équilibre avec les intérêts des salariés.»

DUPEYROUX (5) s'interroge sur ce développement du droit du travail, né finalement de l'inégalité des parties et dont la plupart des règles s'inscrivent dans un effort de rééquilibrage a posteriori.

Les systèmes juridiques sont, il faut le reconnaître très diversifiés (écart entre PUBLIC et PRIVE) et au sein même du droit entre contrats à durée indéterminée d'une part et CDD, autres précarités d'autre part.

EGALITE

POUR UNE SOCIOLOGIE DE L'EMPLOI

L'inégalité face à l'emploi est flagrante en fonction de l'âge, touchant les plus âgés avec leurs difficultés de reclassement, mais aussi les plus jeunes avec leur difficulté d'entrée sur le marché.

Par ailleurs, l'inégalité est liée au **SEXE**, les jeunes filles de moins de 25 ans étant quatre fois plus exposées que la moyenne au risque de chômage. Par ailleurs, 25% des femmes ont un emploi à temps partiel, source de précarité - sources INSEE 90.

Inégalité d'emploi aussi en fonction du niveau de formation, du niveau social aboutissant, au sein du bassin de l'emploi, à de multiples marchés du travail, loin du soi-disant marché de concurrence:

Il existe deux grands segments dans le marché du travail, l'un interne (emplois stables, qualifications, bons salaires, syndicats dans l'entreprise) l'autre externe (emplois instables, mal payés, mauvaises conditions du travail, peu de formation).

Les salariés du marché externe accumulent les handicaps (peu de qualification, salaire bas, logement de mauvaise qualité, problèmes de santé).

On peut passer malgré soi du marché interne au marché externe, voire le contraire. C'est une stratégie de gestion, modification à tout moment selon les besoins de l'entreprise.

Comment se prend la décision?

Dans l'**INTERNALISATION**, selon **HIRSCHMAN** il y a place pour la négociation, l'accord mutuel. On tend vers une augmentation de la valeur ajoutée par tête.

Par contre, dans l'**EXTERNALISATION**, la décision est **UNILATERALE**, l'employeur acceptant plus ou moins d'entendre la protestation.

Un exemple: le temps partiel, imposé dans 70% des cas en France, conduit lui aussi à moins de qualification, de promotions, de formation, plus de risques de marginalisation. C'est finalement un marché externe dans l'entreprise. Ce temps partiel, source d'inégalité frappe surtout les femmes qui représentent 83% des temps partiels. (Aux hommes le chômage partiel, aux femmes le travail à temps partiel.)

FLEXIBILITE:

«En ne renouvelant pas les contrats temporaires, en rapatriant le travail de sous-traitance, en instaurant le chômage partiel, nous n'effectuons aucun licenciement.»

Cet interview d'un employeur dans un quotidien montre comment son action sur le travail précaire gomme dans cette entreprise les problèmes d'emploi liés aux difficultés économiques. Au sous-traitant d'affronter lui-même les licenciements, (dans une entreprise sans structure syndicale); et aux CDD de s'inscrire au chômage, désespérément seuls face à leurs collègues en CDI rassurés.

Mais ce phénomène, s'il évite les vagues, installe sans bruit la société à deux vitesses.

Travail précaire: insatisfaction au travail, restriction des libertés, accentuation des inégalités, absence de fraternité, solitude loin de l'action collective et de la culture d'entreprise. L'absence d'espoir, l'insécurité financière, ne font-ils pas craindre, par l'absence de désir qui en découle, plus de psychopathologie du travail?

De plus, l'entreprise ne joue plus son rôle social; ne se reconnaissant plus dans aucune couche sociale, les plus défavorisés risquent de retrouver une solidarité, un ciment, au cœur de communautés incontrôlables où la violence aura force de loi.

Jocelyne MACHEFER

(1) - J.P. SOISSON - Liberté, égalité, fraternité et droit du travail. INTRODUCTION DROIT SOCIAL - N°1 Janvier 90

(2) - LEBAUDE A. - L'entreprise éclatée. Les dirigeants jouent la division. LE MONDE 24/04/1991

(3) - BASSONS D. - Une Europe largement convertie à la flexibilité externe. Partenaires. N°6 Juillet-Août 90

(4) - CROSIER M., FRIEDBERG G. - L'acteur et le système. Ed. SEUIL. - 1977

(5) - J.J. DUPEYROUX - Liberté, égalité, fraternité et droit du travail. Quelques questions. DROIT SOCIAL N°1 Janvier 90

LES CAHIERS DU S.M.T.

- N°1: Spécificité et Médecine du Travail (89) - Epuisé
- N°2: Ethique et Pratique en Médecine du Travail (90)
Introduction aux débats
- N°3: Evaluation en Médecine du Travail (novembre 90) - 50 Frs
- N°4: Ethique en Médecine du Travail (mars 91) - 50 Frs
- N°5: Précarité et Sous-traitance en Médecine du Travail (mai 92)
- N°6: Médecine du Travail et Santé Publique (à paraître en mai 93)

Ce Cahier m'a intéressé:

* Je ne suis pas membre du S.M.T., je verse 100 Frs

* Je demande des exemplaires des numéros:.....
nombre:.....

* J'adhère au S.M.T., je verse 400 Frs

Règlement à l'ordre du S.M.T. 52 rue Galliéni 92240 Malakoff

L'Association SANTE ET MEDECINE DU TRAVAIL(S.M.T.) a pour projet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la Médecine du Travail. Elle est ouverte aux Médecins du Travail et aux Spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la Médecine du Travail.

PRATIQUES COOPERATIVES EN MEDECINE DU TRAVAIL

PRECARITE ET SOUS-TRAITANCE

LA PRECARISATION CONTRAINT ET ENTRAVE LES EXERCICES

C'est bien souvent dans un contexte de destruction des cadres juridiques «habituels» de l'organisation des entreprises que nous sommes amenés à travailler. Sous-traitance en cascade, contrats courts et intérim ont pour corollaire l'inefficacité, inadéquation de pans entiers du droit du travail, l'absence d'interlocuteurs réellement en possibilité de décider face aux médecins du travail, la disparition de contre-pouvoirs syndicaux dans les entreprises et donc l'absence de citoyenneté et de dynamique sociale. Et c'est dans ce contexte qu'on demande aux médecins du travail de changer les conditions de travail !

Le repliement sur le cabinet médical, la rigidification de pratiques réglementaires comme la régularité métronomique de visites médicales alibis, le super-marché des visites médicales, l'oubli de la nécessité de toute approche collective, la non prise en compte de l'organisation réelle du travail et l'absence de tout rendu à son sujet ont quelques explications objectives ... ! L'abîme est tellement importante entre les finalités de la Médecine du Travail et les possibilités d'exercice que le repliement sur le cabinet peut être lu comme une procédure défensive collective. Le problème est que lorsqu'elle se renforce par un sentiment de dévalorisation et de dénigrement personnel, les perspectives de dépasser la situation paraissent minces; d'autant qu'elles sont parfois renforcées par la bascule dans la paranoïa professionnelle de quelques Confrères qui, à pratiquer l'activisme professionnel et porter l'étendard du droit, ont perdu la capacité de définition des finalités et stratégies. Mais quelle préparation offre à tout cela une formation privilégiant l'humanisme individualiste, la prise en compte principale sinon exclusive des seuls déterminants internes aux individus, la négation du social et le mépris souverain pour tout travail de groupe. La nécessité de construire un point de vue sur la santé d'un collectif de travail n'est pas spontanée et est bien souvent évangère à l'histoire médicale.

Passer de l'approche curative à une approche préventive a été une révolution dans la naissance de la Médecine du Travail. Le passage de la prévention tertiaire (les maladies professionnelles) à la prévention secondaire (les dépistages précoces) et parfois, à la prévention primaire, en est une autre. Le problème est qu'on ne peut aborder la prévention primaire sans sortir du cabinet. Cela a été la «révolution du tiers temps». Mais la prévention primaire implique le respect de la règle «un médecin pour un effectif déterminé et précisément défini», la possibilité de repérer des interlocuteurs dans les entreprises, la possibilité de rendre compte dans un souci de favoriser une dynamique de prévention dans l'entreprise, si c'est possible (mais malheureusement dans le contexte de la précarisation du travail, cela est de moins en moins possible), et dans un souci de santé publique de toute façon, puisqu'il y a nécessité d'informer, d'interroger la société sur la réalité des rapports santé-travail d'aujourd'hui.

ORGANISER LA COOPERATION DANS LE SUIVI LONGITUDINAL INDIVIDUEL

Dans ce contexte, les médecins du travail, plus encore qu'antérieurement où ils pouvaient seuls suivre et cerner des collectifs de travail bien individualisés, se doivent de coopérer professionnellement. Encore faut-il pour cela, pour définir des projets communs, définir un minimum de règles éthiques et de finalités communes ?

Une première série de questions concernent le suivi individuel dans le temps. Face à la mobilité des travailleurs, particulièrement des précaires le problème de la transmission de médecin du travail à médecin du travail d'éléments de suivi médical paraissent cruciaux. Mais de quelle transmission parlons-nous ? extrait administratif du dossier médical, résultats d'examen de surveillance spéciale, fiches de conditions de travail définies réglementairement pour certains risques, photocopie du dossier intégral donc ce qu'on peut considérer comme des notes cliniques personnelles non mises en forme. Cette nécessité de transmission d'informations doit concilier le souci éthique de ne pas

nuire aux travailleurs lors de visites d'embauche, trop de médecins confondant encore absence de contre-indication majeure et sélection médicale pour ne pas avoir de problèmes.

Ce qui est certain c'est que résident, dans l'accumulation des dossiers médicaux reconstituant une «histoire médicale individuelle», des **gisement d'informations inexploitées** ... Mais encore faut-il avoir toutes les données pour exploiter un gisement !

Si on retient l'idée qu'une approche santé publique de la relation travail/santé est indispensable en Médecine du Travail, d'autant plus en matière de précarisation qu'il n'y a pas d'interlocuteurs en position de transformer les situations de travail dans l'entreprise, celle-ci ne pourra se construire sans coopération des médecins du travail. Notons que plus la précarisation augmente, plus le nombre de médecins se succédant dans le temps pour le suivi d'une même personne augmentera, ce qui accroît encore les difficultés.

Reste que coopérer prend du temps et ne peut s'envisager tant que la pratique clinique ne laisse quasiment aucune place au tiers temps. Coopérer nécessite aussi le respect de l'autonomie professionnelle des médecins en matière de définition de plans d'activités.

L'INTERET DE LA REDACTION DE MONOGRAPHIES EN MEDECINE DU TRAVAIL.

Les outils scientifiques à notre disposition (épidémiologie, toxicologie, ergonomie ...) ont pour objet de produire des démonstrations scientifiques exemplarisées. Par rapport aux problèmes que nous rencontrons, nous avons à notre disposition le corps des connaissances scientifiques produites jusque là. Par contre, on ne dispose souvent pas de données concernant les spécificités des contraintes de travail de tel ou tel secteur d'activité dont la simple (mais pas si simple ...) mise à plat est un descripteur essentiel pour envisager les problèmes de santé à venir à la lumière justement des connaissances scientifiques déjà produites.

Construire la visibilité sociale de la réalité multiple des conditions et d'organisation du travail est une nécessité d'autant qu'aujourd'hui les problèmes de contraintes organisationnelles sont des déterminants de santé essentiels.

L'accumulation à plusieurs médecins à partir de regards plus ou moins différents, pierre par pierre de descripteurs des contraintes et du vécu en matière de santé au travail est donc essentiel.

Ces données ainsi compilées devraient d'autant plus être rendues visibles à l'extérieur des entreprises, auprès par exemple de l'Inspection médicale du Travail, des commissions régionales de Médecine du Travail, des CRAM, des syndicats professionnels de branche et fédérations syndicales de salariés, que leur prise en charge dans l'entreprise est impossible.

RENDRE COMPTE DE L'ECOUTE CLINIQUE DE LA SOUFFRANCE

Si on retient le rôle bien souvent pathogène d'organisation du travail laissant peu de marge de manoeuvre, la prise en compte et l'analyse de la «souffrance pathogène» sont essentielles.

Cela implique pour le médecin de dépasser une attitude d'écoute seulement compréhensive sans autre projet que de porter/supporter la plainte de tel ou tel salarié. Avoir le projet d'en faire une lecture transverse à travers tel collectif de travail, accumuler les notes permet à un moment donné à travers un **travail intersubjectif, d'objectiver para-doxalement** des problèmes de santé psychiques majeurs dont les médecins du travail sont bien souvent les seuls à pouvoir percevoir le lien avec l'organisation du travail.

TRAVAILLER A PLUSIEURS IMPOSE DE PROTOCOLER LES ACTIONS ET LES ETUDES

Une des caractéristique de notre activité professionnelle est que les pressions sociales sont d'autant plus fortes que se clarifie la mise en relation des données de santé avec les conditions et l'organisation du travail. Face à cela et aux bien compréhensibles stratégies individuelles différentes des médecins du travail devant les obstacles, il est essentiel de bien définir à l'avance les objectifs, la méthodologie mise en oeuvre, les responsabilités précises de chacun, les modalités de rendu de résultats aux différents partenaires sociaux, l'organisation du suivi sur le terrain de l'action ou de l'étude et la diffusion plus large des résultats hors l'entreprise ...

On ne saurait donc faire l'économie d'une analyse fine de la demande et de la mise en place d'une stratégie adaptée aux finalités, ce qui suppose d'arriver à anticiper les principaux obstacles. Une stratégie de prévention se construit...!

DES PISTES DE REFLEXION

Coopérer, c'est tisser des liens, constituer un réseau à partir de préoccupations communes sur un thème, un terrain donné. On peut imaginer des systèmes d'appel à coopération au niveau régional ; on doit construire l'accessibilité simple aux actions et études thématiques réalisées par tel ou tel. Il s'agit là non pas de comptes-rendus d'études scientifiques lourdes mais de visibilité de préoccupations à partager, de premières mises à plat de problèmes en devenir.

Il appartient aussi aux responsabilités des médecins du travail de faire des propositions pour interroger l'efficacité d'une réglementation, pour confronter la cohérence d'un suivi médical avec l'organisation réelle du travail.

On peut imaginer des pratiques d'entraide entre médecins pour déléguer tel ou tel aspect d'une surveillance spéciale, mais il importera toujours de connaître quel est le médecin du travail «responsable d'un effectif», et de définir des règles de coopération quant au suivi individuel claires notamment quant à l'obligation d'information et aux responsabilités du médecin du travail principal, un éventuel médecin, prestataire de service pour surveillance spéciale, intervenant avec un statut de consultant.

Les médecins de sites industriels confrontés à la présence permanente ou ponctuelle de salariés d'entreprises sous-traitantes ont des responsabilités particulières en matière de visibilité d'ensemble des problèmes santé-travail pour ces salariés sur leur site d'exercice. Leur responsabilité par rapport aux personnes dont ils ne sont pas les médecins du travail sont d'ordre de santé publique. Dans les rapports avec les médecins du travail de ces salariés, ils ont des devoirs d'information, d'alerte, d'animation d'actions et d'études communes.

LA PRECARITE APPELLE A LA COOPERATION ET A LA DEFINITION DE PRIORITES D'EXERCICE

Si on refuse les pratiques médicales alibis, les applications réglementaires «bonne conscience», il importe

- de laisser des traces,
- de rendre visible socialement,
- pour impulser une dynamique de prévention au-delà des structures juridiques immédiates des nébuleuses irresponsables du travail précaire.

Qu'on le veuille ou non, la précarité est un révélateur de la place spécifique de la Médecine du Travail à l'interface santé/société, (sa «mauvaise conscience») au moins veilleur et témoin.

Il n'est pas certain qu'au regard de l'organisation de l'emploi existant à l'époque de la création de la Médecine du Travail, en 1946, la Médecine du Travail avait des préoccupations de santé publique. A l'emploi stable et au collectif de travail durable, répondait une organisation de la Médecine du Travail assise quasi exclusivement sur une entreprise. La précarité, la sous-traitance, l'éclatement ou l'inefficacité des dispositifs réglementaires impose de réinventer des pratiques dépassant le cadre de l'entreprise. Le problème est que les rapports de force interne aux entreprises déterminaient les marges de manoeuvre des professionnels. Comment des rapports de force sociaux pourront se construire hors l'entreprise ? Pratiques interprofessionnelles ? Poids de l'environnement ?

Certains aspects de la réglementation peuvent paraître inadaptés par rapport aux transformations de l'organisation du travail. Pourtant les possibilités qu'elle ouvre sont aussi loin d'être appliquées et exploitées. L'application concrète de la réglementation changera quand les pratiques professionnelles des médecins du travail changeront.

Mais les pratiques professionnelles ont aussi leur limite quand la destruction des rapports sociaux efface les acquis de cent ans de construction du droit du travail.

«PAROLES DE MEDECINS DU TRAVAIL» LE LIVRE BLANC DE LA PRECARISATION

Le monde du travail se modifie en profondeur depuis une dizaine d'années. Pour être économiquement viable, il devient «dans l'ordre des choses» que l'entreprise accepte d'être flexible. L'effectif permanent de l'entreprise a été réduit à un petit noyau stable et l'ajustement aux nécessités de production est assuré par le recours massif à la sous-traitance, au travail intérimaire, aux contrats à durée déterminée. On peut aussi considérer comme travailleurs précaires les salariés ayant des très fortes amplitudes de travail, ceux ayant des horaires «bousculés» (incertitude et variabilité sur les durées et prises de travail), et ceux travaillant très loin de leur domicile, nombre de travailleurs de petites entreprises de fait sans droits sociaux, une partie des apprentis, etc... En 1988, 9 millions de contrats d'embauche étaient signés, 8 millions d'entre eux concernaient des emplois précaires.

Pour nous, médecins du travail, ces modifications structurelles ont une résonance concrète dans notre activité quotidienne. Ces «travailleurs précaires», peu ou mal intégrés dans l'entreprise donneuse d'ordres, sont potentiellement plus exposés que d'autres aux risques professionnels. Le refoulement du «statut» de leur emploi sur leur vie privée est important : horaires de travail marginalisant, impossibilité d'organiser de façon stable la vie familiale et sociale, etc... Les modifications de l'organisation du travail du fait de l'externalisation des risques et du travail concret touchent aussi par répercussion les travailleurs permanents du «noyau dur» : mise à distance du travail concret, perte de compétence, etc... Leur santé psychique peut aussi devenir «précaire». Tous ces travailleurs nous parlent parfois de leur souffrance, de leur vécu difficile (sentiment d'être exclu du monde du travail, etc...). Parfois, au contraire, ils se taisent parce qu'ils savent bien que nous ne leur serons d'aucune utilité «pour que ça change», qu'ils «n'ont pas d'autre choix», «qu'il faut tenir, c'est tout». Et nous sommes là, à deviner, percevoir, impuissants.

Aujourd'hui, beaucoup de décideurs considèrent la déréglementation comme une nécessité vitale pour assurer la rentabilité économique des entreprises. Or, entre la civilisation et la barbarie, il y a l'épaisseur d'une feuille de papier : celle sur laquelle sont inscrites les lois qui régissent les rapports entre les êtres humains. Nous savons, nous médecins, qu'un modèle de pensée sociale sans prise en compte de l'Homme est illusoire et infécond à terme.

Pour que notre société puisse penser différemment, dans ses finalités, dans ses lois, dans les moyens qu'elle se donne, il faut aussi que les médecins lui parlent de ce qu'ils observent, particulièrement des effets de cette organisation du travail sur la santé. Dans le domaine des effets de la précarisation du travail sur la santé il y a même urgence. C'est notre devoir de médecins du travail d'en témoigner. C'est pourquoi l'Association «Santé et Médecine du Travail» (S.M.T.) prend l'initiative de constituer un recueil de monographies sur la précarisation. Cette initiative se situe dans la filiation de l'ouvrage collectif «Les Risques du Travail» qui, à sa manière, essayait de mettre à la disposition du plus grand nombre les informations accessibles sur les effets du travail sur la santé en intégrant déjà les répercussions de l'organisation du travail.

Ce projet se propose de rassembler des portraits, paroles, témoignages, histoires concrètes, cas cliniques, d'individus ou de petits collectifs. On y parlera de vécu, de souffrance psychique, d'usure, de pathologies, d'exposition massive à des facteurs de risque, d'individu dans sa globalité. On s'interrogera pour tel ou tel, sur la façon de construire sa santé, la santé étant entendue comme un cheminement vers un état de bien-être physique, psychique et social, quand l'espoir est permis, quand il y a du désir.

Nous nous proposons de prendre en compte aussi bien ce qu'entraîne «la précarisation» sur les travailleurs précaires et permanents que ce qu'elle entraîne sur les pratiques médicales elles-mêmes et la manière dont les médecins du travail se situent par rapport à ce qui peut tendre à devenir des «rites» préventifs coupés de sens par rapport à la santé individuelle et collective.

Le matériel recueilli permettra de construire des monographies pour élaborer des dossiers et études. Tous les auteurs participant au projet «Paroles» seront conviés sous un an et demi à un colloque de travail sur la précarisation pour discuter du devenir de l'initiative. L'ensemble du travail est destiné à avoir la diffusion la plus large possible et pourra servir à la constitution d'un ouvrage.

Les auteurs seront cités au début du recueil mais les textes ne seront pas signés, à la fois pour donner plus de liberté à leur auteur, mais aussi pour produire un document d'ensemble cohérent. Chaque auteur accepte donc

le principe de «remise en forme» de son texte pour lequel il sera tenu informé. Chaque récit ne devra pas dépasser 5 feuillets. Un même médecin peut en rédiger plusieurs. Vos contributions sont souhaitées avant le 31.01.1993.

Peu importe que vous exerciez en service autonome ou en intérim, que vous ayez ou non le sentiment d'avoir mené un travail ou une action «intéressante» sur la question du travail précaire. Si vous êtes prêts à dire ce que vous voyez dans votre quotidien (activité clinique, tiers-temps), si vous pensez que ce projet est essentiel du fait du développement de la précarisation, si vous pensez que les médecins du travail sont professionnellement concernés et ont un devoir de témoigner, nous vous invitons à prendre votre stylo.

DIFFUSEZ CET APPEL A VOS CONFRERES...

Envoyez-nous vos recueils d'histoires, de témoignages et de monographies concernant la précarisation

Mai 1992

Prière d'envoyer vos contributions à :

Docteur D. HUEZ (Secrétariat du projet «Paroles»)

adresse : Impasse de la Haute Chevalerie

37170 CHAMBRAY LES TOURS

«PAROLES DE MEDECINS DU TRAVAIL»

LE LIVRE BLANC DE LA PRECARISATION

A l'initiative de l'Association Santé et Médecine du Travail (SMT)
Sous la responsabilité d'une trentaine de professionnels du champ santé/travail, médecins
du travail et chercheurs.

**APPEL AUX MEDECINS DU TRAVAIL POUR UN RECUEIL D'HISTOIRES, de
TEMOIGNAGES et de MONOGRAPHIES CONCERNANT LA PRECARISATION**

DE VOTRE POINT DE VUE DE MEDECINS DU TRAVAIL... A VOS PLUMES !

GROUPE DE COORDINATION DU PROJET

Pierre ABECASSIS, Médecin du travail - Patrick BIDRON, Médecin du travail - Dominique BLAISE, Médecin du travail - Marie-Christine BOSQUILLON, Médecin du travail - Alain CARRE, Médecin du travail - Bernard CASSOU, Maître de conférence en santé publique - Anne-Michelle CHARTIER, Médecin du travail - Philippe DAVEZIES, Maître de conférence en médecine du travail - Marie-Françoise DELAPORTE, Médecin du travail - Françoise DEMOGEOT, Médecin du travail - Francis FERRIENNIC, Epidémiologiste INSERM - François DESRIEUX, Rédacteur en chef de la Revue Santé et Travail - Dominique DESSORS, Ergonome-psychopathologiste CNAM - Jean-Noël DUBOIS, Médecin du travail - Jean-Paul DULERY, Médecin du travail - Gisèle ESTEVE, Médecin-inspecteur du travail - Henri FOREST, Médecin du travail - Dominique HUEZ, Médecin du travail - Raoul LADOUCEUR, Médecin du travail - Nicole LANCEN, Médecin du travail - Gérard LUCAS, Médecin du travail - Jocelyne MACHEFER, Médecin du travail - Florence MABSEN, Médecin du travail - Serge OPATOWSKI, Médecin du travail - Denise PARENT, Médecin du travail - Alain RANDON, Médecin du travail - Nicolas SANDRIT, Médecin-inspecteur du travail - Claude SCHUCHT, Médecin du travail - Annie THEBAUD-MONY, Sociologue INSERM - Annie TOURANCHET, Médecin-inspecteur du travail - Serge VOLKOFF, Statisticien INSEE-CNAM