

CAHIER DU S.M.T.

N° 6

Association «SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL»

Mai 93 50 F

JOURNÉE DU 4 AVRIL 1992

SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE DU TRAVAIL

Sommaire :

- P 2: A propos des débats : Journée de Printemps 92 relue en 93 -
D. PARENT
- P 4: Introduire l'approche Santé Publique en Médecine du Travail et le champ Santé-Travail en Santé Publique -
D. HUEZ
- P 7: Santé Publique, Santé au travail et Epidémiologie
F. DERIENNIC
- P 11: Santé Publique et Pratique de Médecine du Travail dans une P.M.E. à risque -
G. ESTEVE
- P 15: Santé Publique et Santé au Travail
B. CASSOU
- P 17: Prise en compte du Travail réel et Santé Publique
D. DESSORS
- P 20: Construire la visibilité sociale des effets de la sous-traitance dans une grande entreprise de process -
D. HUEZ
- P 23: Pratiques coopératives des Médecins du Travail en P.M.E.. De l'obligation de faire émerger les risques hors de l'entreprise -
J. MACHEFER
- P 28: En conclusion : Urgences -
F. MAEZEN

Annexes :

- P 29: Psychopathologie du Médecin du Travail (suite)
J. MACHEFER - Intervention au congrès du S.M.T. Paris, novembre 91
- P 33: Images du corps dans le travail -
M.C. BOSQUILLON Intervention au Congrès du S.M.G, Strasbourg, novembre 92

A propos des débats : JOURNEE DE PRINTEMPS 92 RELUE EN 93

* Existe-t-il des cloisons plus solides encore que certains murs pour délimiter le champ de la Médecine du Travail et celui de la Prévention avec un grand «P», qui resterait la chasse gardée des scientifiques?...

Le champ Santé / Travail ne fait-il pas partie intégrante au contraire de la **Santé Publique**?

- N'y aurait-il pas comme des réticences sourdes, qui ne facilitent pas l'émergence d'indicateurs, de questions, prétendus hors champs ou des rapports trop discrets qui restent dans leurs cartons?...

Quoiqu'il en soit, c'est un gisement inexploité d'informations sur un terrain pourtant fertile qu'il nous faut traiter autrement que de façon réglementaire...

- Seule l'**Epidémiologie** semble avoir pignon sur rue, mais l'approche clinique au travers d'une écoute **psychopathologique** n'entre pas toujours dans les contraintes de recueil de cette discipline et s'accommoderait mieux de la monographie.

Les médecins du travail se doivent d'occuper la place laissée vacante d'une véritable politique stratégique en matière de Santé Publique et non plus se préoccuper seulement du dépistage de facteurs de risques, de toutes façons tributaires des contraintes organisationnelles.

Il nous faut trouver les modes d'approches des effets pathogènes «en situation» pour les rendre visibles. **Notre pratique spécifique doit donc prendre appui sur le champ social et le champ scientifique.**

* Quand l'épidémiologie nous est contée... hormis quelques tableaux projetés sur l'inégalité des chances (il fait soudain sombre et froid dans la salle), l'épidémiologiste nous parle de signes d'alarme et sans prétendre donner de conduite à tenir (importance du contexte réel, des partenaires, des connaissances de toutes façons incomplètes, etc...) nous suggère **de faire des évaluations vers une approche plurielle et une recherche concrète sur le terrain.**

* Justement, nous y retournons, avec l'expérience d'un médecin de terrain dans une P.M.E. à risque cancérigène et à partir d'un cas de décès suspect, il nous entraîne dans son questionnement. Quel pouvoir du médecin pour modifier le cours des choses? Quelle formation des salariés? Quelle sensibilisation sur les risques? Par le canal du C.H.S.- C.T., vers une information au dedans et au dehors pour sortir de cette «peur verrouillée» avec laquelle on ne peut pas vivre tout le temps.

* Deux questions se posent encore (à l'heure de la digestion des endives vapeur) : «Où en est la Santé Publique, où va la santé au Travail?» Un petit détour sur un essai de définition de Santé Publique. Si la Santé est affaire privée, l'Etat a ses responsabilités et on entre alors dans le domaine public, donc dans le champ social. Ainsi «replacée», elle nous invite à agir pour préserver la Santé des Individus. Il s'agit bien de prévention primaire dont la cible est collective puis nous faisons «l'inventaire des lieux : peu brillant: absence d'identité, cloisonnement, frilosité, méconnaissance du terrain sonnent douloureusement du côté temporel gauche... Mais si nous regardons du côté de la santé au travail la migraine devient bilatérale.

Face à la **stagnation** et à la **marginalisation** persistante de la médecine du travail, coupés des universitaires et sans réel représentant de la santé au travail, les médecins du travail seraient de moins en moins en prise avec la réalité sanitaire et la pathologie imbriquée avec «le psy» devient plus difficile à agripper. Enfin ils se laissent **paralyser par les problèmes d'emploi** qui s'imposent de façon absolument prioritaire.

Des perspectives?

- **Réinscrire la Santé au travail** dans un **processus global de Santé Publique en lui redonnant sa dimension politique.**

- A tout prix «**TEMOIGNER**» pour ne pas tomber dans l'intégrisme sanitaire.

Nous sommes en manque de témoignages ou plutôt de leur émergence, si nécessaires à la **production de connaissances**. Par quelle médiatisation? Comment passer du tiers temps de l'Entreprise au tiers temps social?

* Fondu enchaîné vers la «prise en compte du travail réel et la Santé Publique:»: s'il existe une demande de bonne santé de la part de l'entreprise, économie oblige, on se heurte curieusement à l'invective lorsqu'on tente d'y répondre. Quand il y a conflit entre sauver sa peau en se battant pour ses conditions de travail et son «job» des compromis s'élaborent dans les pires conditions avec les deux toxiques que sont la peur et l'ennui.

Cette **fragilisation** fabriquée dans le travail **contamine** l'entourage socio-familial et bien entendu les enfants, gravement traversés par cette angoisse, donc touchés dans leur santé. Mais il n'y a **pas de débat social** sur ce terrain et les problèmes collectifs sont toujours ramenés à l'échelle individuelle.

* Puisqu'aucun fléchissement post prandial n'apparaît, le dernier intervenant profite de cette phase de stimulation (qui confine à l'euphorie) et nous invite à réfléchir encore sur «Comment construire la visibilité sociale de la sous traitance dans une grande entreprise de process».

Face à l'aggravation des contraintes organisationnelles et environnementales, la marge de manoeuvre est mince et les **contre-pouvoirs inexistants** et cette **absence de citoyenneté** concerne beaucoup de monde. Mais les essais d'évaluation (accidentabilité, contraintes au quotidien et risques toxicologiques) sont rendus plus difficile encore par un **turn over** incontrôlable.

Restent l'approche **psychopathologique** et **épidémiologique** pour faire prendre en compte le risque et peut être ouvrir l'espace public...

* Pour conclure, hélas, «les Pratiques Coopératives de Médecins du Travail en P.M.E.» sont sacrifiées à une fin d'après-midi soudain saturée... Les expériences se succèdent à un rythme effréné, le dialogue prend un ton surréaliste avec des histoires terribles de pelles de boulangers et d'apprentis qui, selon les interlocuteurs, s'y emparent ou s'y façonnent... et les risques de n'y voir plus que du feu, mais nous savons que nous en reparlerons...

Il est 17 heures, je sors de notre salle, aveugle et m'apercevant qu'il fait encore jour dehors, je pose tranquillement un pied sur le champ de la santé au travail et l'autre sur celui de la Santé Publique et sans faire le moins du monde le grand écart, je m'avance résolument sur cette terre promise.

D. PARENT

INTRODUIRE L'APPROCHE SANTE PUBLIQUE EN MEDECINE DU TRAVAIL ET LE CHAMP SANTE- TRAVAIL EN SANTE PUBLIQUE

Développer une approche santé publique en Médecine du Travail, c'est dans l'acception usuelle, développer une politique de prévention générale, par exemple, en ce qui concerne le risque alcool-tabagique, le SIDA, l'hypertension artérielle ou les hyperlipidémiques.

Tout se passe comme s'il y avait la Médecine du Travail d'un côté, s'occupant du champ santé-travail, et la Santé Publique de l'autre développant une prévention générale concernant les problèmes généraux de prévention.

En procédant ainsi on fait plusieurs confusions :

- On ne s'interroge pas sur la spécificité en Médecine du Travail de l'abord des grands problèmes de prévention. Y a-t-il par exemple, une spécificité de l'approche du risque alcool-tabagique en milieu de travail ?

- On oppose un mode d'exercice professionnel, la Médecine du Travail à un mode d'approche scientifique, la Santé Publique, en charge de la mise en évidence et de la prévention des problèmes de santé concernant la société. Or nous tenons pour essentiel le fait de reconnaître que le champ santé/travail est un des champs essentiels à aborder avec une approche de santé publique.

- On ne s'interroge pas sur le fait que l'exercice médical en milieu de travail, en sus des informations à fournir pour la collectivité du travail (partenaires sociaux : employeurs et représentants du personnel) se doit ou non de fournir des indicateurs de santé, de santé publique justement, à l'échelle de la société: pour une branche professionnelle, pour un canton, une région, une catégorie spécifique de travailleurs...

I.- PREVENTION GENERALE EN MILIEU DE TRAVAIL

Un certain nombre de Médecins du Travail sont réticents au développement d'actions de prévention générale en milieu du travail. Deux arguments sont souvent développés:

- Celui, à raison, de la surcharge professionnelle où ceci ne pourrait être envisagé que dans la mesure où le travail spécifique de prévention ayant trait au champ santé-travail soit un minimum effectué. Et il faut constater que les besoins sont ici immenses et insuffisamment comblés. Ils ont peur alors que leur investissement en temps dans des actions «de santé publique»: formation ou acquisition de connaissance dans le cadre d'études générales (comme sur l'hypertension), ne les détournent d'action plus essentielles en rapport avec les problèmes santé-travail.

- Celui de la nécessité de préserver la spécificité d'un mode d'approche en Médecine du Travail des grands problèmes de prévention. En effet, les problèmes généraux de prévention sont souvent traités sous l'approche de l'éducation sanitaire exclusivement, c'est à dire de modifications des comportements individuels. Or bien sur, ce mode d'approche de la santé individuelle est plus facile de mise en oeuvre en entreprise que les actions touchant à la prévention collective, particulièrement celle ayant pour cible l'organisation du travail. Certaines actions peuvent même, à tort ou à raison, être perçues pour certains salariés comme pouvant occulter des problèmes plus essentiels de prévention en matière de condition de travail. En matière de prévention, les problèmes unicaux sont rares et les déterminants sont généralement polyfactoriels. Mais il n'y a pas plus de raison de n'en retenir que les déterminants individuels ou qu'exclusivement les déterminants collectifs.

Il importe donc en la matière de pouvoir exercer cette prévention générale «en situation». Aussi pour prendre le cas du risque alcool en milieu de travail, il nous paraît important méthodologiquement d'annoncer qu'à l'occasion de son abord, on posera par principe les questions relatives aux conditions de travail et à l'organisation du travail. On verra ainsi

émerger les problèmes de l'hydratation liés au travail en ambiance chaude, les problèmes des lieux de prise de repas et de boisson, surtout pour le travail en horaire décalé. On abordera le problème des «pots» ou apéritifs qui peuvent poser problème par leur fréquence, répétitivité, absence de choix d'autres boissons que l'alcool mais qui sont aussi un lieu essentiel de rencontre pour échanger informellement, pour «construire» la vie d'un groupe, etc... L'objectif, c'est alors «l'alcool parlons-en», mais ici et dans les conditions vécues par chacun au travail. C'est à ce prix qu'on construira la transparence, élément essentiel pour traiter ultérieurement les malades alcooliques.

II.- EN SANTE PUBLIQUE : UN CHAMP ESSENTIEL ET CONSTITUTIF, LE CHAMP SANTE-TRAVAIL

Rares sont les unités de recherche en santé publique ayant pour champ de recherche les relations santé-travail. Trop souvent l'approche santé publique s'intéresse justement à ce qui est «public» dans notre société. Or ce qui se construit dans l'entreprise, et ici on prendra comme hypothèse que la santé s'y construit, même si trop souvent elle s'y perd, est considéré comme relevant de l'espace privé.

La séparation organique du point de vue des responsabilités entre les Ministères du Travail et de la Santé est en soit symptomatique. D'un côté, le Ministère du Travail qui veille de façon administrative au développement de l'institution médecine du Travail dans ses rapports avec l'entreprise et les acteurs qui la composent ; la production d'indicateurs en matière de santé utile ou valide en dehors de l'entreprise, ne semble pas sa préoccupation première. Et quand il arrive à en produire, comme par exemple à travers l'enquête SUMER, il n'ose les porter en totalité, tant ils paraissent dérangeants. D'un autre côté, le Ministère de la Santé, qui justement ne prend pas en charge les problèmes de santé au travail, responsable de l'application d'une politique de santé publique. Cela donne que les spécificités socioprofessionnelles sont peu prises en charges dans les grands programmes de prévention.

Ainsi dans la politique de prévention de lutte contre le cancer, on en oublie les cancers professionnels. La campagne européenne, équivalente, n'ayant retenu, elle, que l'aspect éducation sanitaire/protection individuelle dans la prévention des cancers professionnels. Comment pourtant se protéger d'un risque qu'on ignore, qu'on ne maîtrise pas, qu'on ne choisit pas ?...

III.- UNE APPROCHE SANTE PUBLIQUE INDISPENSABLE EN MEDECINE DU TRAVAIL

Malheureusement, la clef d'une dynamique de prévention ne réside plus dans l'entreprise pour un certain nombre de situation du travail : nombre de PME, travail précaire... Une des approches pour rendre efficient l'exercice médical du travail est de travailler sur la «visibilité sociale» hors l'entreprise.

Mais de toute façon, il est essentiel que soient visibles au niveau de la société, les problèmes santé-travail.

- les inégalités socioprofessionnelles sont encore trop peu prises en compte en matière d'espérance de vie ou de cancer,
- de nombreux problèmes sont encore sous-estimés : usure/vieillesse professionnelle, trouble de la reproduction, poids des contraintes liées à la précarité, effet de l'organisation du travail sur le fonctionnement psychique.

Il faut le dire, la Médecine du Travail est un vaste gisement d'informations ou le lien santé-travail est inexploité en matière de santé publique. Les explications en sont :

- la faible préoccupation du Ministère de Tutelle en la matière, trop préoccupé par une approche réglementaire,
- la difficulté voir souvent l'incapacité des Médecins du Travail à se saisir de cette question. Trop souvent la nécessité de valorisation sociale des connaissances à un autre échelon que l'entreprise est jugée au choix, hors champ, trop difficile, trop délicate.

Il y a besoin en Médecine du Travail de moyens/structures facilitantes, favorisantes, de soutien pour développer de façon scientifique le gisement d'informations santé-travail exploité par les Médecins du Travail. Ce travail d'animation/coordination peut être assuré par des médecins détachés plus ou moins partiellement dans les services interentreprises ou autonomes, par les Médecins Inspecteurs du Travail, par des Médecins Conseils des CRAM, par des chercheurs d'Institut ou d'Unités de recherche, etc...

IV.- PLUSIEURS APPROCHES SONT POSSIBLES POUR DEVELOPPER UNE APPROCHE SANTE PUBLIQUE EN MEDECINE DU TRAVAIL

La santé publique est souvent perçue par ses méthodes lourdes et bien validées scientifiquement. L'épidémiologie, que nous ne saurions critiquer, en est l'exemple. Les Médecins du Travail, au quotidien, hésitent, ou ne perçoivent pas comment faire les premiers pas permettant la mise en évidence sociale d'un problème.

On a ici envie de plaider pour la réhabilitation des monographies cliniques, premiers recueils de cas, permettant de poser un problème de santé. Les médecins du Travail de part un certain regard global qu'ils ont et sur la santé et sur les conditions de travail sont bien placés pour restituer la complexité des interactions santé/travail. Ce passage est souvent décisif et essentiel avant des découpages plus précis liés aux méthodes scientifiques employées : épidémiologie, ergonomie, etc...

Ce qui importe, c'est de réintroduire dans les divers questionnements de santé le point de vue du travail.

- Ou bien par des compilations de monographie cliniques qui sont le début de la visibilité des problèmes de santé/travail, surtout quand il s'agit de problème d'organisation du travail. Ajoutons à ce propos qu'on reproche facilement au Médecin du Travail de passer du scientifique au social dès qu'il est question d'organisation du travail. On objectera que c'est le propre de la profession de Médecin du Travail de décrire les problèmes de santé «en situation» et de permettre leur première émergence afin que leur traitement scientifique soit de plus en plus affiné,

- Que, d'autre part, les contraintes organisationnelles dans une approche polyfactorielle sont souvent des déterminants de santé essentiels : différentes approches scientifiques doivent être employées pour favoriser la visibilité sociale,

- Dans les approches collectives, il est important de réintroduire la part du professionnel à sa place. Ainsi en ce qui concerne les problèmes de cancérogénèse tabac/amiante qui sont multiplicatifs en matière de risque, il ne serait pas logique d'imputer le surrisque cancérogène de l'exposition des travailleurs fumeurs exposés au seul tabac. C'est la conjonction des deux risques qui est en cause dans l'explication du risque excédentaire, en dehors du risque de la simple exposition au tabac.

Il y a bien un regard à changer en santé publique ; celui de moins sous-estimer la responsabilité des conditions et de l'organisation du travail.

V.- DE LA NECESSITE DE STRATEGIE/POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE EN MEDECINE DU TRAVAIL

Si le Médecin du Travail est un «initiateur de problématique préventive» tendant à la promotion de la santé, cela ne peut se faire en subissant l'évènement ou la demande. La réglementation incite actuellement à déterminer une problématique et une stratégie de prévention dans l'entreprise (plan d'activité, fiche d'entreprise, document entre le service interentreprise et telle entreprise).

Dans une problématique de santé publique, le Médecin du Travail doit contribuer par l'initiation ou la participation à des actions de santé publique choisies (recherches, actions de prévention) à une meilleure prise en compte de tel ou tel déterminant de santé, hors l'entreprise, qui lui paraîtrait sous-estimé.

Actuellement, un certain développement de la Médecine du Travail de surveillance spéciale (radiations, plomb, benzène, écran, bruit...) tend à privilégier une organisation fine de la prévention de quelques facteurs de risque et la production d'indicateurs sociaux y afférents. Si nous ne saurions condamner la mise en place de dispositifs spéciaux par rapport à des risques notables, cette démarche peut avoir pour inconvénient de sous-estimer ou d'occulter les autres contraintes auxquelles peuvent être exposés les mêmes travailleurs, particulièrement les contraintes d'organisation du travail des travailleurs précaires qui sont souvent les plus exposés du fait des mécanismes de sous-traitance des risques.

Dans ce contexte, un des rôles ou une des contributions des Médecins du Travail à la définition d'une politique de santé publique est de rendre visible le poids relatif de tel ou tel facteur de risque par rapport aux contraintes adjacentes qui peuvent être sous-estimées. Cela n'enlève rien au fait, parfois constaté, que la prévention d'un facteur de risque peut avoir un effet d'entraînement positif sur les contraintes non prises en compte. Mais, on assiste aussi parfois au phénomène inverse où la prévention d'un facteur fait apparaître de nouveaux facteurs de risques ou accroît la rigidité organisationnelle, diminue les marges de manoeuvre des travailleurs et rend alors le travail plus insupportable.

6

Développer une approche santé publique en Médecine du Travail, c'est donc travailler au niveau de la société, en amont des politiques de prévention à mettre en oeuvre, pour sortir du ghetto de certaines situations de travail des problèmes de santé publique du champ santé/travail, pour permettre leur prise en compte. Ce n'est pas un déplacement des pratiques préventives en entreprise mais leur complément indispensable qui doit avoir pour ambition de peser sur la politique de recherche et de prévention en santé publique.

SANTE PUBLIQUE, SANTE AU TRAVAIL ET EPIDEMIOLOGIE

En acceptant l'invitation d'une discussion sur la santé publique et la santé au travail à la lumière du regard épidémiologique, il me semblait bien qu'il y avait un piège sémantique. D'une part il y a là un ensemble de mots qui paraissent indissociables, non pas interchangeables, dont les relations étroites se retrouvent commentées dans la majeure partie des conclusions auxquelles veulent aboutir colloques, séminaires et rapports consacrés à la santé de l'homme au travail. D'autre part il y a le risque, dès que les mots sont jetés d'être terriblement réducteur et de donner à penser, si l'on n'y prend pas garde, qu'il y a un triangle fondamental permettant de classer et comprendre les problèmes de santé au travail.

Pour sortir de ce piège et essayer de rester simple, je me limiterai à des remarques sur la pratique des travaux de recherches à caractère épidémiologique.

Les travaux épidémiologiques ont-ils tous une finalité de santé publique ? Oui pourrait-on répondre puisque d'une certaine manière ils sont focalisés sur la recherche des déterminants de la santé et que toute connaissance nouvelle en la matière est susceptible, tôt ou tard, d'être intégrée dans des mesures professionnelles, sociales, économiques, ... visant à promouvoir une amélioration de la santé de chacun et donc on l'imagine, en moyenne de tous, c'est à dire ayant à voir avec la santé publique.

Non pourrait-on tout aussi bien répondre à la question précédente, ne serait-ce qu'au vu des difficultés à dire ce qu'est la santé publique : autant de professeurs de santé publique, autant de points de vue, autant de décideurs, autant de besoins différents en informations et connaissances, autant de spécialités médicales et de champs de recherches en santé, autant de priorités et de modèles sur la santé de l'homme et des populations.

Il faut rejeter cette alternative extrême car elle paralyse la réflexion. Il me semble plus utile de faire la distinction suivante :

- la santé publique est un champ de réflexions et d'actions : celui de la santé des populations sur lequel seront portés des discours, des regards, des observations, des études et des actions.

- l'épidémiologie est un outil parmi d'autres : ergonomie, économie, sociologie, médecine, ... qui permet d'aborder spécifiquement (au sens des moyens mis en oeuvre par l'outil) ces discours, ces regards, ces observations, ces études et ces actions sur la santé des populations.

D'une certaine manière, d'après la littérature, on peut opposer deux types de définition de l'épidémiologie :

L'une très large qui vise à spécifier les objectifs, comme celle de Milton Terris (1) : l'épidémiologie est la science de la santé dont les buts sont :

- 1 découvrir les facteurs de risque
- 2 déterminer l'importance relative des atteintes de la santé pour cerner les priorités de recherche et d'action
- 3 identifier les sous groupes de population à risque pour tel facteur pour cerner les priorités d'action
- 4 évaluer l'efficacité des programmes d'actions de santé

L'énoncé est séduisant mais me paraît davantage cerner les grands types de questions auxquelles nous pouvons essayer de répondre dans le champ de la santé publique plutôt que ce qui est spécifique à l'épidémiologie, à moins de rendre cet outil «hégémonique» en ce sens qu'il serait le seul moyen pour répondre à ces questions.

Le deuxième type de définition se retrouve par exemple dans le propos d'Hernberg (2) : l'épidémiologie est la science qui a pour objet la survenue des altérations de la santé par l'étude des fréquences de ces altérations dans des groupes de population humaine.

Cette fois l'épidémiologie n'est pas définie en terme de santé publique (champ d'application) mais en terme d'objet : la santé, et notamment la santé individuelle, et d'instrument d'observation : des fréquences sur des collectifs de sujets. Il s'agit alors d'un outil parmi d'autres, donc non exclusif, même s'il reste un outil privilégié comme tout marteau dans la trousse de l'ouvrier.

Cette dernière définition fait apparaître un problème fondamental. Puisqu'il est question de fréquence, l'objet étudié est une collection d'individus et par conséquent la portée des résultats concerne cette collection dans son entier; par contre les observations initiales qui conduisent à l'évaluation des fréquences concernent les individus un à un au sein de cette collection. La difficulté de l'interprétation réside dans ce passage du «un à un», de l'irréductible singularité de chacun, au discours sur ce qui est commun au sein de la collection de sujets.

Ceci explique la part considérable des travaux méthodologiques (et qui ne sont pas directement dans le champ de la santé publique) consacrés aux instruments de mesure des altérations de la santé : contenu, forme (autoquestionnaire, examen clinique, tests, ...) et à leur caractéristiques (sensibilité, spécificité, reproductibilité ...).

Alors la santé au travail ? Il me semble qu'il s'agit d'une question de santé publique. Le mot travail renvoie aux activités professionnelles qui se déroulent pendant plus de la moitié de l'espérance de vie à la naissance. Ces mêmes activités occupent au moins le tiers du temps de chaque journée et pour ceux qui n'ont pas d'activité professionnelle (femmes à la maison, personnes à la recherche d'un emploi, personnes en incapacité de travail) le rapport au travail professionnel conditionne leur vie.

Au fond, et c'est à nouveau une question de définition, la santé publique, ou tout au moins les problèmes de santé publique, ce ne sont pas seulement l'hygiène, l'alimentation, le milieu ambiant (air, eau, ...), la prévention des maladies infectieuses, etc... Ces problèmes sont bien réels mais, par contraste peut-être, ce sont ceux que l'on a voulu voir jusqu'à présent comme les seuls concernant les populations dans leur entier et par conséquent comme définissant, ou tout au moins remplissant, la quasi totalité du champs de la santé publique. Et c'est donc, d'une façon réductrice, hors de ce champs que l'on a considéré celui du temps des activités humaines consacrées au travail professionnel.

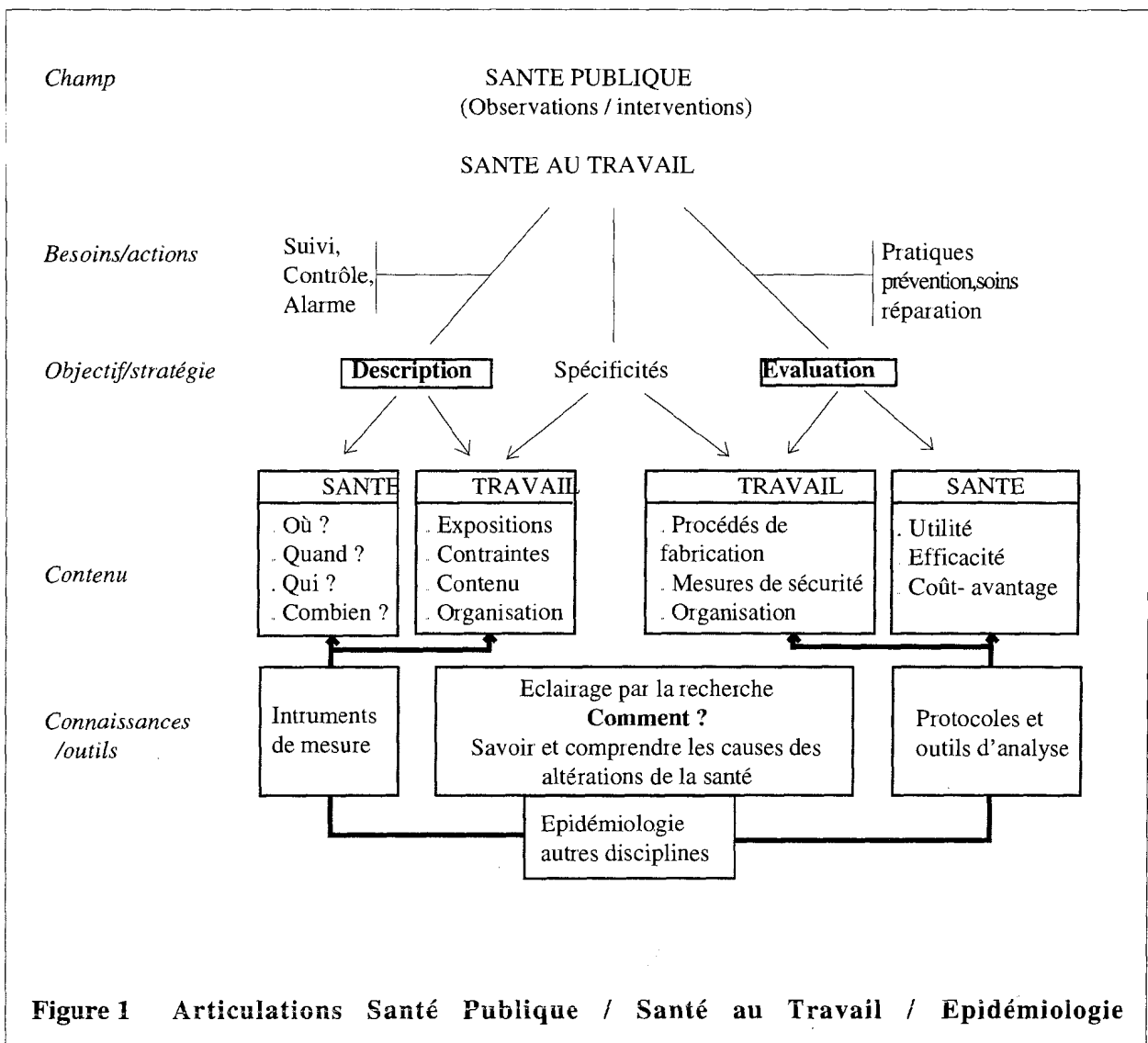


Figure 1 Articulations Santé Publique / Santé au Travail / Epidémiologie

Well being in the working life, bien être dans la vie professionnelle disent nos amis anglais, me paraît être ce qu'il faut faire émerger aujourd'hui comme concept dans notre pays. Il n'y a pas la vie hors travail avec ses déterminants génétiques sociaux et environnementaux, et la vie au travail comme un monde à part.

Pour m'en convaincre : le constat persistant de la mortalité différentielle par catégorie socio-professionnelle en France certes, mais aussi dans les autres pays pourtant culturellement, socialement et en partie génétiquement différents, ne cesse d'argumenter pour inclure au coeur des problèmes de santé publique, la santé au travail (ou dans ou par rapport au travail) .

Il y a là un fameux argument épidémiologique, mais il y a de nouveaux constats avec l'apparition de modèles multifactoriels qui prennent en compte ce qui est physique et visible dans le travail (charges, postures, nuisances telles la chaleur, le froid, les poussières, les vibrations, ...), et l'invisible omniprésent et structurant formé par l'organisation du travail (contraintes de temps, exigences de rendement excessives, ...), par les paramètres psycho-sociaux relatifs à la monotonie, à l'intérêt du travail, au choix dans la manière de conduire sa tâche, aux relations inter-individuelles avec l'encadrement, avec les collègues et même avec le milieu familial. Des percées nouvelles sont apparues en particulier en étudiant les altérations de la santé qui n'ont pas encore le statut de maladies comme les douleurs articulaires, les troubles du sommeil, les perturbations des paramètres circulatoires, au point qu'il paraît impensable de proposer des stratégies de prévention qui ne seraient pas elles-mêmes multifocalisées à la fois sur les contraintes physiques et sur les paramètres psycho-sociaux associés au travail.

Ces avancées sont encore balbutiantes, elles laissent de côté dans la quasi totalité des cas :

- 1) les aspects évolutifs (difficultés spécifiques des approches longitudinales, ...), notamment les effets en terme de vieillissement (dans les deux sens de la relation Age \rightarrow Travail ou Travail \rightarrow Age),
- 2) les interactions entre les différentes composantes de la vie professionnelle.

De même, on attend les études qui porteraient sur les relations entre la santé et le parcours de vie professionnelle alors même que s'opèrent des mutations considérables sur les modes d'entrées et de sortie de la vie active.

De même on attend aussi plus d'information sur les effets à long terme en particulier, durant la période post professionnelle, des expositions, des contraintes et des conditions de travail sur les déficiences physiques ou mentales qui empêchent que les gains d'espérance de vie obtenus ces 50 dernières années le soit en terme de vie sans dépendance, sans incapacité et il s'agit bien là d'une question de santé publique.

Pour conclure, la figure en annexe me paraît résumer les interfaces contenues dans la juxtaposition initiale : santé publique, santé au travail et épidémiologie.

Mais peut être faudrait-il encore dire quelques mots sur la médecine du travail et sur l'articulation connaissance/décision. C'est à dire finalement sur recherche/action .

Dans un récent article «Occupational medicine for one and all», Schilling écrivait : «Occupational physicians, enlightened employers, and trade unionists will agree that the aim of an occupational health service is to protect and promote the health of people at work and not to serve narrow managerial or union interests».

C'est dire que les relations entre les connaissances et les moyens mis en oeuvre, ici médiatisés par la médecine du travail, vers l'action passe par l'éthique, c'est à dire les valeurs, normes et objectifs assignés pour orienter l'action. Ce n'est ni de la santé publique, ni de la science, c'est de l'ordre du choix dans un univers de possibilités. L'histoire, la philosophie serait de plus d'utilité pour discuter de ces points.

En l'état actuel la médecine du travail présente cette énorme singularité d'être constituée de professionnels de la santé entièrement tournés vers la prévention et non pas vers la thérapie secondaire des atteintes de la santé. Présents sur les lieux de travail, dotés d'un pouvoir spécifique : le secret médical qui confère les moyens de l'indépendance, la médecine du travail - du moins dans le système français- est à même d'exercer cette fonction de gardien du choix de valeur : la promotion de la santé des salariés d'abord.

Certes les médecins du travail ne peuvent travailler seuls, et ils ne le doivent pas, mais leur exercice à l'intersection de l'écoute individuelle et du regard sur les collectifs au travail leur donne une responsabilité de premier plan en santé publique.

De plus en plus les modèles multifactoriels sont mis en avant tant par les épidémiologistes, que les psychologues et ergonomes qui s'intéressent à la santé au travail. De plus en plus émerge l'idée que les symptômes et les troubles généraux de la santé : douleurs, sommeil perturbé, comportements perturbés (médicaments, absentéisme, ...) forment la base de la destruction de la santé au travail, et par conséquent de la santé tout court, et que la prévention passe par des cocktails impliquant de prendre en compte simultanément les conditions physiques, les contenus des tâches, les modes organisationnels. De plus en plus aussi, la recherche fait état de résultats montrant des interactions négatives pour la santé entre les exigences professionnelles (heures supplémentaires, engagement total, ...) et la vie hors travail (famille - vie associative ...), bref entre les contenus de la vie professionnelle et personnelle. Les résultats sont encore trop fragmentaires pour donner lieu à des orientations d'actions précises. Mais là encore les médecins du travail peuvent

donner libre cours à leur rôle de sentinelle, c'est à dire d'alerte, pour peu qu'il sache comment passer du fragmentaire au collectif avec l'aide d'autres spécialistes (épidémiologistes, psycho-pathologistes, sociologues, toxicologistes, ergonomes, ...).

Je terminerai sur l'articulation connaissances-décisions puisque j'épouse volontiers la thèse que l'épidémiologie est une discipline en soi et donc un instrument au service de la production des connaissances et que la santé publique est un champ d'actions. Je me limiterai encore à quelques remarques :

En dépit de récents progrès la recherche épidémiologique, celle qui nous concerne ici, en santé-travail, demeure ridiculement peu développée. Il ne faut donc pas s'attendre à des moissons extraordinaires sur tous les fronts : limites d'exposition, effets aux faibles doses, processus temporels, et ceci dans tous les champs : cancers, pathologies respiratoires, circulatoires, ostéoarticulaires, mentales, etc... Et au passage il ne faut pas oublier l'indispensable recherche sur les méthodes d'estimation tant des atteintes de la santé (que l'on songe en particulier aux questionnaires et à leur validation) que des paramètres professionnels (exposition bien entendues, mais aussi tout le vaste domaine de l'analyse de la demande et de la satisfaction au travail et des supports sociaux vis à vis de l'encadrement et des collègues).

On a pu entendre des reproches quand au manque de recherches dans le domaine de l'évaluation des actions.

Il faut alors interroger les politiques de recherches; l'attribution des ressources orientées aux travers des contrats; les conditions d'exercice de la recherche où la course à la publication originale surdétermine les carrières des chercheurs. Bref il faut interroger les priorités que la société se donne, c'est d'ailleurs la règle démocratique à laquelle nous devons nous plier.

Deuxièmement, il n'est pas évident que tous les problèmes relèvent de la recherche. Si l'on prend l'exemple des cancers professionnels, il n'est pas rare de voir les demandes de recherche concernant des relations expositions professionnelles-cancers pour des cancers déjà connus comme pouvant être d'origine professionnelle. Toute nouvelle recherche risque alors d'être un alibi à un autre problème, directement de santé publique celui là : la reconnaissance de la maladie professionnelle. Pour un peu plus d'une centaine de cas de cancers professionnels reconnus chaque année, les estimations (issues de la recherche) du nombre de cas attribuables à des facteurs professionnels parmi les décès par cancer se situe en France autour de 5000 cas. La disproportion des chiffres est suffisamment frappante pour montrer que le problème est au niveau des pratiques au sein des systèmes de reconnaissance et qu'il s'agit là d'un problème de santé publique qui ressort à nouveau des choix de société.

Enfin pour terminer je voudrais insister à nouveau sur deux questions de santé publique où tout à la fois il n'est pas nécessaire d'attendre pour agir et où il paraît indispensable de développer des recherches, notamment épidémiologiques. Il s'agit d'une part des évolutions de la santé avec l'âge et du rôle des caractéristiques du travail sur ces évolutions. Le vieillissement démographique général, comme celui des population au travail impliquent de mieux connaître les effets à long terme du travail et très probablement de penser la prévention aux âges élevés, y compris après la retraite, sur le continuum du parcours de la vie professionnelle.

D'autre part, et l'idée précédente nous y amène également, la France l'Europe et d'autres pays encore sont confrontés à la précarisation du travail par la pression du chômage et des multiples moyens de gestion sociale du chômage via les divers modes de travail précaires mis en place. Nul doute que parmi les recherches à venir en santé au travail, pour peu que les moyens en soient fournis, qu'il y ait là une question capitale. Il faudra s'emparer aussi de la santé en fonction du parcours travail-hors travail non seulement pour ceux qui sont concernés mais également pour ceux qui sont au travail à cause des effets indirects induits par la déstabilisation des effectifs sur les lieux de travail et par l'absence de marge de manoeuvre sur le marché de l'emploi.

F. DERRIENIC(*)

-(*) Inserm U170, 16 Avenue P.Vaillant Couturier, F94807 Villejuif Cédex -

Références

- 1 M Terris. Epidemiology and the public health movement. J Chron Dis , 1986, 39: 953-961
- 2 S Hernberg Epidemiology in occupational health in: C Zenz, Ed Developments in occupational medicine, London , 1980
- 3 R S F Schilling Occupational medicine for one and all Br J Ind Med, 1991, 48: 445-450

SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE DU TRAVAIL AU TRAVERS D'UNE P.M.E. A RISQUES

I - INTRODUCTION

Définition de la santé publique:

Il ne faut pas concevoir la santé publique comme une spécificité de plus mais comme une activité multidisciplinaire capable d'orienter nos actions.

La difficulté tient aux particularités d'une pratique qui utilise des méthodes parfois complexes relevant des mathématiques comme des sciences sociales ou de l'économie.

Le recours permanent à l'outil statistique, pour décrire la réalité ou évaluer nos actions, la nécessité de choix éthiques et sociaux qui donnent souvent un ton partisan aux débats, font naviguer la santé publique entre l'aridité mathématiques et le conflit politique.

Les livres traitant de ces sujets sont à l'usage de leur diversité, tirant vers l'analyse des données; ils deviennent des traités de méthodologie, orientés vers le choix des politiques sociales. Ce sont souvent des manifestes partisans qui s'éloignent des faits.

J'aborderai le thème santé publique non pas par une étude théorique mais par des fait réels de mon expérience professionnelle du Médecin du Travail et le sujet sera ponctué de nombreuses questions.

Je ne m'étendrai pas sur le rôle du Médecin du Travail que tout le monde ici connaît bien..

Il faut se rappeler que les priorités du Médecin du Travail doivent être d'éviter, par tous les moyens possibles, que l'homme soit asservi par les machines et qu'il soit le moins possible victime d'accidents, d'intoxications, de maladies aiguës ou chroniques.

Historiquement, le taylorisme avait oublié et ignoré qu'il fallait prendre l'avis des physiologistes et des médecins.

Les protestations des individus qui subissaient les effets d'une sélection draconienne ont aidé à faire comprendre que si l'on pouvait sans doute rechercher les individus les plus aptes à une tâche déterminée, il fallait aussi et surtout adapter le travail à la collectivité humaine et l'on a vu apparaître des ingénieurs spécialisés en organisation du travail, collaborant avec des médecins, se spécialisant eux aussi dans les questions de physiologie et Médecine du Travail.

Aussi le but recherché par le Médecin du Travail est-il de rendre le travail moins pénible? C'est là qu'intervient la notion de collectivité puisque l'ouvrier doit être considéré en tant qu'individu dans ses inter-réactions avec le milieu du travail.

Il faudra alors reconnaître que de nombreux facteurs sont intriqués:

- les facteurs physiologiques et médicaux,
- les facteurs techniques et économiques.

Le Médecin du Travail doit pouvoir prendre toutes ces composantes en compte dans son activité professionnelle de tous les jours. Il doit être également capable d'évaluer son action, car évaluer une action médicale est une des formes de la médecine de santé publique.

Comment peut-on à partir des éléments recueillis lors des visites médicales chez les salariés, des visites d'usine, dépasser le cadre souhaitable des améliorations de travail et de l'étude de l'état de santé des salariés?

D'abord, a-t-on toujours la nécessité et/ou la possibilité ou non de poser le problème en ces termes plus généraux? Il serait si simple et je ne partage nullement cette opinion de faire ce que certains appellent de bonnes activités cliniques préventives. Mais est-ce bien là tout ce qu'un Médecin du Travail peut et doit faire?

J'aimerais vous raconter brièvement l'expérience que j'ai vécue et les leçons que l'on peut en tirer.

J'ai surveillé pendant 13 ans environ une entreprise à risques et c'est à travers cet exemple que j'aimerais vous montrer comment on peut étudier l'individu, les risques et les postes de travail, l'environnement et comment on aboutit à un problème de santé publique.

Cet établissement avait des caractéristiques bien particulières. C'était une entreprise de 200 personnes environ du secteur de la chimie. Il n'existait pas de CHSCT en 1978 du fait de la démission globale des salariés suite à une lassitude due à un non aboutissement de leurs demandes. «Cela n'avance pas me disaient les salariés»!...

Un éventail de risques au départ complètement inconnu du Médecin du Travail du fait de leur importance; des salariés qui suspectaient ces risques mais ne pouvaient les appréhender dans leur totalité et de la direction qui, elle, prétendait qu'il n'y en avait que très peu... (certains dont une bonne vingtaine de produits se révéleront être des produits cancérigènes notoires ou fortement suspect).

Aucune pression des instances administratives extérieures à l'établissement et pourtant c'était une entreprise non conforme tant en ce qui concernait l'hygiène et la sécurité que les conditions de travail et donc par la même les conditions d'exposition mais les profits devaient être nombreux.

Trois ans de contact:

- avec les salariés
- vers l'entreprise
- vers les instances extérieures

ont permis au Médecin du Travail d'engranger un bon nombre de renseignements intéressants et de lancer ou tout au moins d'essayer de lancer une politique plus dynamique.

. EN 1981

J'établis un premier contact collectif avec les salariés à travers un C.H.S.C.T. un peu dynamisé mais pas encore très opérant. Je produis un listing des pathologies rencontrées et de leur fréquence. Je demande que soit affichée une page entière de produits cancérigènes. Ceci était une première étape d'une tentative d'évaluation épidémiologiquement sans grande valeur mais qui permettait d'ouvrir le dialogue.

. EN 1983

Je fis une analyse plus précise des pathologies rencontrées sur l'ensemble de la population de l'usine présente et de ceux ayant quitté l'établissement.

Je les classai en fonction du temps d'exposition, de l'âge et des différents lieux de travail. Ceci n'était toujours que peu fiable sur un plan méthodologique et épidémiologique mais montrait cependant un triplement des pathologies rencontrées par un salarié dès lors qu'il avait passé 10 ans dans l'usine. C'était une conclusion très curieuse...

. EN 1985

Décès d'un salarié de 37 ans dans des circonstances troublantes. Aucune preuve ne réussit à être apportée mais il existe une très forte présomption d'une intoxication professionnelle.

Aucun intervenant extérieur ne semble se préoccuper des soucis pourtant bien légitimes du Médecin du Travail d'avoir une étiologie précise. Sans doute craint-on le débordement salarial ou autre chose...

Donc, en 1985, je décide de faire une **enquête rétrospective de mortalité** dans cet établissement (avec l'aide d'un épidémiologiste) car j'avais l'intuition qu'il se passait des choses curieuses au point de vue de la surveillance de l'état de santé des travailleurs.

. EN 1990, je termine l'enquête et la publie en 1991

Plusieurs types de questions peuvent se poser:

Est-ce que cette enquête va changer quelque chose dans l'évolution de cette usine?

Ne l'a-t-on pas faite un peu trop tardivement? (où est la prévention dans ce type d'enquête?)

Quel est le pouvoir du Médecin du Travail pour faire évoluer la prévention dans les entreprises en général?

On est là en plein coeur d'un débat sur la santé publique. Ce n'est pas le Médecin du Travail qui a le pouvoir de décision politique ou autre, pour programmer un changement mais il a quand même le pouvoir sinon le **devoir de mettre en évidence les dysfonctionnements du système et de participer** s'il le peut à **des actions de type santé publique**.

Comment peut-on faire et quelle peut-être la démarche?

1) Comment informer les salariés et bien les informer qu'un risque important ou non existe dans l'établissement? (moins il est important plus il est facile à dire).

Deux questions doivent se poser avant de lancer l'information. Il faut vérifier le mieux que l'on peut l'existence du risque (enquêtes épidémiologiques) et penser qu'un risque cancer est très grave pour les salariés qui ont passé 10 ou 20 ans dans l'établissement.

Comment expliquer à un C.H.S.C.T. la réalité qu'il ne perçoit pas? A-t-il la formation pour comprendre? Et puis veut-il réellement comprendre? Apprendre que depuis 30 ans ce risque cancer existe. C'est quand même dans l'établissement un stress supplémentaire.

Ensuite comment faire passer l'information à une direction dont la 1ère attitude est de nier l'existence du risque, de souhaiter ardemment que le médecin se trompe et même de clamer parfois que ce sont les fantasmes du médecin.

Là aussi le dialogue risque d'être difficile et le Médecin du Travail doit pouvoir s'imposer par un raisonnement logique, étayé sans faille.

Ce dialogue est difficile à établir car en ce qui concerne les problèmes toxicologiques les données sont parfois floues et imprécises, les tests pas toujours très fiables.

C'est le secret médical collectif, c'est-à-dire le secret liant le Médecin du Travail à l'établissement, au C.H.S.T.T, aux salariés en tant que collectivité de travail qui empêche la propagation de l'information, dont tout le monde parle, qui se fait si mal. Le Médecin du Travail lui sait et doit se taire.

Devant tous ces obstacles, on serait tenté de dire que cette démarche de santé publique est impossible à réaliser. Elle ne l'est pas mais elle demande beaucoup d'investissements en temps et moyens. Le médecin ne les possède d'ailleurs pas toujours.

Je ne pense pas qu'il y ait de recettes. Chaque situation est un cas particulier et la situation décrite n'en n'est qu'un exemple.

Quels sont les critères qui déterminent le Médecin du Travail à avoir une démarche de santé publique?

. Le risque acceptable

A partir de quel moment le risque devient-il inacceptable? N'est-ce pas là une question de conscience individuelle et professionnelle de la part du médecin?

. Peut-on accepter de laisser 30 ans de situations dangereuses se perpétrer?

Surtout lorsque l'on sait qu'il existe des remèdes possibles

. Du type de risques

Est-ce un risque connu ou inconnu, ayant des effets à court terme ou à long terme, cumulatif ou non, facilement encadrable ou non?

. De l'entreprise et de ses divers acteurs

- la direction

très hiérarchisée ou non, coopérative ou non, financièrement stable ou non

- les salariés

CHSCT-délégués du personnel-CE-syndicats, coopérants ou non, capables d'animer une action de prévention dynamique ou non, capables ou pas d'utiliser certains moyens coercitifs ou non en s'appuyant sur des textes législatifs précis (droit de retrait si risque imminent...)

. Des relations établies bien ou mal ou pas du tout parfois entre tous les acteurs de l'établissement et les intervenants extérieurs

- Inspection du Travail:

Est-elle efficace ou non? Quels sont ses moyens et quels moyens peut-elle mettre en oeuvre?

- C.R.A.M.:

Quel est son pouvoir et comment compte-t-elle l'exercer?

Quel est le poids du contre-pouvoir patrons-CRAM?

- des intervenants autres:

tels des experts parfois utiles au Médecin du Travail pour asseoir son intervention.

Mais là aussi, il y aurait beaucoup à dire. L'expert ne connaît pas l'établissement et s'il ne condescend pas à essayer de saisir les subtilités du terrain, il devient inopérant. J'ai pu constater combien les langages du Médecin du Travail et de l'expert étaient différents et comment parfois l'expert est moins libre que le Médecin du Travail de ses actes et de ses jugements. Je pense que ceci est un comble puisque le Médecin du Travail doit pouvoir se reposer sur son avis...

II - CONCLUSION

Je dirais que le Médecin du Travail doit **créer une dynamique de groupe** dont il doit être le principal acteur. Il ne suffit pas de travailler en équipe mais en parfaite synergie.

La médecine du Travail n'est pas, contrairement à ce qu'en pense certains une médecine solitaire. Et, pourtant, l'on se sent parfois seul quand les problèmes collectifs deviennent importants.

«Il est vrai qu'il ne suffit pas que quelque chose soit juste conforme à l'intérêt général pour rencontrer une adhésion unanime et sincère».

Je crois que le Médecin du Travail est au centre d'un certain nombre de demandes, d'analyses et d'actions à mener. Il doit rester toujours en éveil, vigilant, ne disant surtout pas: «on ne voit pas, on ne perçoit pas». Soyez méfiant et doublement méfiant quand une direction vous rétorquera que ce que nous préconisons ne peut être réalisé. Faites un peu d'histoire et surtout, ne sombrez pas dans la même erreur que ceux qui estimaient impossible à modifier ce qui existait alors.

Un problème de santé dépisté lors d'examens médicaux périodiques devient un problème de santé publique quand il atteint une collectivité de travail.

Devons-nous accepter que nos salariés soient malades alors qu'on aurait dû leur épargner leur maladie? Doit-on attendre le bon vouloir des autres intervenants pour lutter?

C'est là que se trouve une des contradictions de la Médecine du Travail, c'est-à-dire contradiction entre l'intérêt général et les intérêts individuels.

Peut-on lutter contre un taux de chômage régional élevé? Faut-il préconiser la fermeture de l'établissement pour épargner la vie des salariés?

Sans compter l'existence d'autres moyens de pressions politiques, financiers ou économiques. Mais n'est-ce pas là l'écueil de tout problème de santé publique? Parfois il est plus facile de laisser les choses en l'état. Je dirais que c'est une forme de lâcheté collective et que le Médecin du Travail doit savoir que tout ce qui s'acquiert dans ce domaine de la prévention et de la santé publique ne s'acquiert que par la lutte.

Il doit garder dans ce domaine l'esprit critique, l'indépendance et surtout ne jamais oublier que la pensée ne vaut que si elle s'accompagne d'actions. Croire que quelque chose est juste ne suffit pas. Il faut lutter pour que la justice devienne une réalité.

Les Médecins du Travail ne parviendront à remplir leurs tâches que s'ils savent demeurer à la fois parfaitement libres dans leurs réflexions et courageux dans leurs actes.

Dr ESTEVE G.

NICOLAS DODIER

L'EXPERTISE MEDICALE

Essai de sociologie sur l'exercice du jugement

150 F -

Collection Leçons de choses

Editions Métaillé

5, rue de Savoie 75006 Paris

Cette recherche propose quelques réponses à l'énigme du jugement, activité qui n'est pas pure sans être arbitraire, qui ne consiste pas à appliquer des règles mais se réfère à des règles, qui n'est pas formelle sans être informelle, qui n'est pas contingente tout en étant soumise à la singularité des cas.

SANTE PUBLIQUE ET SANTE AU TRAVAIL

Héritière de l'hygiène et de la médecine sociale, la santé publique est une discipline en pleine expansion en France depuis qu'elle a incorporé deux nouvelles méthodes d'analyse des problèmes de santé en population : l'épidémiologie et l'économie de la santé.

Le besoin d'expertise en santé publique s'accroît, d'autre part, avec la loi de décentralisation qui a conduit à une réorganisation de la prise en charge territoriale des problèmes de santé, de la gestion des institutions sanitaires et sociales et des activités de prévention.

La santé au travail, domaine de la santé publique, paraît rester à l'écart de ce remue-ménage. Concept à la mode en Angleterre et dans les pays scandinaves, il n'a pas permis jusqu'à présent une réorganisation du système de prévention des risques professionnels en France. Dans notre pays, la médecine du travail occupe une place privilégiée dans ce système. Dans les faits, santé publique et santé au travail s'ignorent. Ainsi au niveau national, les responsabilités sont du ressort de ministères différents. Peut-on encore longtemps maintenir ce cloisonnement ?

SANTE PUBLIQUE

Définir la santé publique n'est pas chose aisée. Si la santé paraît au premier abord une affaire privée, elle est fréquemment mise en danger ou au contraire favorisée par des facteurs ou des actions qui ne dépendent pas de la responsabilité individuelle. Dans cette perspective, la santé publique peut être définie comme l'ensemble des actions qui sont du ressort de la collectivité et qui contribuent à préserver ou à promouvoir la santé des individus.

Immergée dans le champ social, la santé publique est le lieu d'un intense débat idéologique, ne serait-ce que sur la conception de la santé ou la façon dont elle hiérarchise les facteurs de risque (par exemple la sous-estimation des déterminants du travail dans la « construction de la santé »). Ce débat passe le plus souvent inaperçu derrière la charge émotionnelle qui ne manque pas d'apparaître dès que l'on parle de la mort, de la maladie et de la souffrance; En fait, en mettant en exergue le rôle de l'Etat dans ce domaine, de nombreux observateurs associent santé publique et administration de la santé : contrôle des professionnels, mesures d'hygiène générale, statistiques sanitaires,...

Dans les Facultés de Médecine, depuis quelques années, un effort important a été fait dans la formation de professionnels de santé publique. En 1984, une filière spécifique à la santé publique a été créée au sein de l'internat de spécialité. Une Maîtrise de Santé Publique et un Diplôme d'Etudes Approfondies (D.E.A.) doivent voir le jour d'ici peu. La discipline est en pleine réorganisation universitaire. Mais cette réorganisation se fait en maintenant les cloisonnements entre santé publique et médecine du travail.

La santé publique se situe, du point de vue universitaire, à un carrefour de disciplines où se rencontrent des spécialistes de champs de connaissances souvent très éloignés (épidémiologie, économie, sociologie, droit, etc ...). Son identité n'est pas bien assurée. De plus la médecine résiste à se laisser pénétrer par la logique de santé publique notamment dans ses dimensions aide à la décision diagnostique et thérapeutique et évaluation de la qualité des soins. D'un autre côté, nombreux sont les médecins qui voient dans la santé publique un nouvel espace de développement.

SANTE AU TRAVAIL

Ces dernières années, de nombreuses voix se sont élevées pour dénoncer les dysfonctionnements du système de prévention des risques professionnels.

La surveillance des ambiances du travail reste embryonnaire ; les professionnels qui doivent assurer l'application de la réglementation, inspecteurs et ingénieurs sont en nombre insuffisant et disposent de peu de moyens. L'indépendance des médecins du travail est un combat de tous les jours. Les informations sanitaires sont l'apanage de milieux spécialisés et restent, le plus souvent, inaccessibles aux salariés. Les recherches scientifiques sont sous-développées quantitativement.

Tout cela concourt à ce qu'il n'y ait pas de véritable politique de santé publique dans le champ de la santé au travail. Les enjeux sanitaires sont évidemment de nature différente, dans l'entreprise et dans la vie privée de l'individu. Et si les pouvoirs publics sont disposés à «manipuler» les connaissances de santé publique pour «mettre au pas» la santé des individus ou simplement les «éduquer», c'est avec d'innombrables précautions qu'ils interviennent dans le domaine de la santé au travail. La politique ou plutôt l'absence de politique pour lutter contre les cancers professionnels en est un bon exemple.

Le travail est un des lieux où l'individu engage sa santé pour le meilleur et trop souvent pour le pire. Mais les effets du travail sur la santé sont de nos jours plus complexes à discerner et à prendre en charge : symptomatologies et affections d'une grande banalité (dépression, lombalgies, insomnies, etc ...), effets n'apparaissant qu'après la cessation d'activité professionnelle pour un grand nombre d'affections chroniques et invalidantes (cancéreuses, neurologiques, respiratoires, rhumatologiques), intrication de facteurs liés au travail et au mode de vie des salariés. Le système de prévention des risques professionnels et en particulier la médecine du travail doit s'adapter à ce nouveau contexte.

Enfin les nouvelles techniques de gestion de la force de travail, volant de chômage, sous-traitance, précarisation des emplois, cessation anticipée de travail rendent impossible le suivi sanitaire de la population active à partir du simple observatoire qu'est la médecine du travail.

SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE DU TRAVAIL

Tout devrait concourir à un rapprochement de ces deux disciplines.

Pour ce faire, il importe d'inscrire la santé au travail dans la santé publique à tous les niveaux, administratif, universitaire, professionnel. Pour l'instant, on s'éloigne de cette perspective. Ainsi, lors de la création du Haut Comité de Santé Publique, aucun représentant de la santé au travail n'a été nommé parmi la vingtaine de membres. Inversement, il faudrait que la santé au travail et en particulier la médecine du travail s'ouvre aux nouvelles disciplines de la santé publique au moins lors de la formation des professionnels.

Mais, le risque est de rendre chaque médecin du travail plus ou moins compétent dans une multitude de disciplines (épidémiologie, ergonomie, sociologie, maladies professionnelles, etc ...) sans pour autant le rendre capable de prendre en charge le ou les problèmes posés dans une entreprise. Il faut s'interroger sur les missions du médecin du travail. A-t-on besoin de généralistes de la santé au travail et/ou de spécialistes dans tel ou tel domaine? Comment peuvent-ils travailler ensemble? Quelle place pour les médecins? L'organisation territoriale de la santé publique et de la santé au travail (entreprise ou habitat, département, région, national) doit être également repensée tout comme les missions confiées à chaque niveau. Le travail en équipe et en réseau est une nécessité.

Mais par delà ces considérations organisationnelles, la dimension politique de la santé publique et de la santé au travail doivent être reconnues. Dans la formulation des décisions d'ordre public, les étapes scientifiques (connaissance du danger, évaluation des risques ...) sont souvent intriqués avec les étapes politiques et administratives (détermination du risque acceptable, de la population à protéger, des indemnités à verser au titre des réparations ...). Les premières étapes ne doivent pas masquer les secondes.

Les connaissances scientifiques ne peuvent pas être les seules à influencer les mesures de prévention, à moins de s'engager dans une nouvelle technocratie où les choix appartiendraient aux décideurs politiques «éclairés» par des «scientifiques». La population n'aurait plus qu'à obéir aux ordres sanitaires de ceux qui veulent son bonheur. L'intégration sanitaire pointe son nez et cela d'autant plus facilement que la coupure entre santé privée et santé au travail est artificiellement maintenue.

La santé publique concerne avant toute chose la sauvegarde et le renforcement des liens sociaux. C'est dans cette perspective que doivent s'inscrire les politiques de santé. L'enjeu est de taille. Notre responsabilité en tant que professionnel est engagée. Nos intérêts particuliers et professionnels de la santé publique ou de la médecine du travail doivent passer derrière ceux de la collectivité. En fait, comme tout bon professionnel de santé qui se respecte, nous cherchons à ce que ces deux intérêts se confondent dans la tête des citoyens. Cela peut-il durer encore longtemps ?

B. CASSOU(*)

(*)Professeur de Santé Publique

à l'Université René Descartes

Consultation de Gérontologie Ste Péline, 49 rue Mirabeau 75016 Paris

PRATIQUES, la revue du Syndicat de la Médecine Générale

A paraître: "Images du Corps (2^e Partie)"(32), "Le Secret Médical"(33), "Repères pour une politique de santé" (34) - Renseignement, abonnements:

S.M.G. 52; rue Galiéni 92240 MALAKOFF

tél: 16 (1) 46 57 85 85

PRISE EN COMPTE DU TRAVAIL RÉEL ET SANTÉ PUBLIQUE

Le travail masqué par la tâche

L'ergonomie, francophone en particulier, appuie sa compréhension du travail (et l'impact potentiel de ses interventions) sur la prise de conscience d'un écart irréductible entre la tâche prescrite et l'activité réelle. Cette prise de conscience ne va pas de soi : elle requiert déjà la déstabilisation des certitudes dominantes quant au «tout prévisible» et de la croyance dans l'infailibilité technique, et elle requiert plus globalement une conception de l'homme qui s'oppose au modèle taylorien.

Le premier enjeu est de maintenir la globalité de la personne qui travaille contre le découpage auquel prétendent les prescriptions. Car elles réquisitionnent dans la tâche telle ou telle capacité ou faculté, et interdisant de mettre en oeuvre d'autres capacités et facultés, jugées inutiles et perturbantes pour les objectifs assignés.

Or le modèle taylorien est simultanément renforcé par le mythe actuel de la toute puissance techniciste. Penser le travail en conformité avec ce mythe, c'est nécessairement poser une appréciation péjorative sur la participation de l'homme à la production : il dérègle en effet la perfection visée, par ses initiatives, par ses inventions, par ses erreurs. Il est l'ultime élément instable du dispositif conçu : il faut donc le contrôler, et pallier ses défaillances.

Certes, ce discours prend la plupart du temps des formes plus nuancées que celles avancées ici. Mais à gratter sa bienséance apparente, on accède à un contenu d'une brutalité redoutable, qui dénonce inlassablement comment les erreurs humaines relèvent le plus souvent de la désobéissance, et mettent en péril la production, la sûreté et la sécurité.

A charge donc pour les ergonomes de poser le réel, son instabilité, sa complexité, et le maillage de régulations, d'astuces et de coopérations inventées et mises en place par les opérateurs pour maintenir le système dans un compromis acceptable entre les objectifs de production, leur sécurité et leur santé.

Mais le discours dominant prétend de surcroît à la réussite de la modernisation des conditions du travail en terme de bénéfice pour les personnes.

Cette prétention, qui résulte peut-être d'une tentative d'atténuer la gravité des conséquences sociales des logiques économiques actuellement à l'oeuvre, s'appuie largement sur la confusion entre le travail théorique et le travail réel. Par exemple, ce discours procède par modification de l'intitulé des tâches, comme s'il allait de soi que l'activité s'en trouve immédiatement modifiée, c'est-à-dire... améliorée. Qu'on n'ose plus nommer la manutention, ou la stricte dépendance de la gestuelle au rythme programmé dans les machines, etc., ne suffit évidemment pas à ce que de telles situations disparaissent. Les enquêtes Conditions de Travail menées par le Ministère du Travail révèlent au contraire que des nuisances soit disant révolues, comme le fait de respirer des poussières, continuent d'atteindre de très nombreux salariés ; elles révèlent aussi, par exemple, que des ports de charge importants ont transité, du fait de réorganisations, vers des postes de contrôle où le prélèvement de pièces doit s'opérer continuellement dans des conditions mal anticipées dans l'aménagement de l'espace.

Pourtant, les réaménagements mis en oeuvre sont systématiquement justifiés par la volonté d'améliorer les conditions du travail, suggérant au passage que tout ce qui est modernisé est évidemment un bénéfice pour les salariés. Or c'est loin d'être certain pour ceux d'entre eux qui conservent leur travail au fil des restructurations et des évolutions technologiques, et c'est encore moins vrai pour tous ceux, de plus en plus nombreux, qui sont exclus du travail à chacune

de ces étapes de « progrès ». Mais pris dans le feu croisé de la peur du chômage - et donc de la « chance » de travailler - , du discours sur la concurrence légitimant le technique comme seul recours - donc tout puissant -, et de l'énorme difficulté qu'il y a toujours à se représenter son activité, la richesse de ce qu'elle mobilise en nous, et son coût non reconnu, les salariés ont bien du mal à résister et à porter avec nous, d'une manière efficace, le discours que nous tentons d'opposer. Inquiets, culpabilisés et isolés, ils en viennent parfois à adhérer à la conviction de leur propre fragilité, voire de leur compétence insuffisante, c'est-à-dire au bout du compte à leur implication dans les faillites économiques dont ils sont les victimes.

Le travail masqué par le silence.

La suprématie de ce discours est devenue telle que, dès qu'il n'est plus détourné en terme de technicité, le travail est devenu indécent à dire. Même quand ils ne sont pas dénonciateurs, les propos sur la mobilisation des personnes, leur savoir-faire, leur coopération, l'énigme de leur activité, et plus encore les propos sur ce qu'il leur en coûte, apparaissent passésistes. La vie désormais est « ailleurs », où chacun se doit de compenser avec élégance ce qu'il tait sur son activité. Le travail est ainsi posé comme « un monde à part » et, comme tel, il auto-justifie que les idées, les sensations, et les valeurs qui sont légitimes « dans la vie » cessent de l'être au bureau et à l'atelier. Il nous revient ainsi la charge d'argumenter cette évidence qu'il n'y pas de métamorphose des êtres à la frontière du travail et du hors-travail, pas plus qu'il n'y a de membrane en chacun de nous qui assurerait l'imperméabilité de ces deux registres.

Pourtant, l'affirmer aux travailleurs eux-mêmes, c'est à la fois soulager ceux à qui l'on s'adresse, mais c'est aussi les déstabiliser, en révélant du même coup ce que cette muraille fictive est sensée contenir de part et d'autre des deux versants de leur vie globale : c'est mettre à jour le déficit de reconnaissance et de justice ordinaire, et le poids du travail dans la construction des relations interindividuelles, jusque dans les familles.

Or tenir le coup et gérer sa santé pour l'emploi sont des nécessités qui colonisent le hors travail. Et cela n'est pas nouveau : il faut se souvenir par exemple que les Limousins qui partaient chaque saison tailler les pierres des façades des villes en laissant femme et enfants au pays, « chez eux », avaient souvent une compagne sur leur lieu de travail, parce qu'ils n'auraient pas pu « tenir » (être propre, se nourrir, ne pas « boire », être soigné en cas de maladie ou d'accident, ...etc.) dans la pénibilité de leur activité sans l'assistance d'une femme. La reconnaissance par cette communauté professionnelle du lien de ce mode de vie avec la réalité du travail a donné à ces compagnonnages un statut si peu frivole que certaines de ces « secondes femmes » ont bénéficié de l'ouverture de droits auprès des caisses d'assistance professionnelles.

Mais cette reconnaissance est rarissime, d'autant que ce qui est imposé par le travail à la sphère privée est à la fois pénible et peu aisé à décrypter. Ce qui est mis en oeuvre pour « tenir » dans un travail pénible prend souvent la forme d'un renoncement à certains facteurs d'épanouissement, car le plaisir ressenti rendrait plus cruelle, en la rendant plus sensible, l'absence de tout plaisir au travail.

Se défendre du travail

La psychodynamique du travail décrit ainsi sous le terme de stratégies de résistance, le blocage des travailleurs qui, ne pouvant agir sur le contenu et les conditions du travail pour y conquérir du plaisir, agissent là où ils le peuvent, c'est-à-dire hors-travail, en veillant à ne rien y investir qui, avec le travail, marquerait un écart trop grand pour être supportable. C'est ce que traduisent les discours en termes d'« avant-après » : « avant (ce travail), je lisais, je faisais du sport, j'aimais bien voyager... ». C'est ce que traduit le maintien de contraintes, assez proches de celles imposées dans le travail, au travers du jardinage, du ménage, de la construction sans fin d'une maison qu'on n'habitera jamais. Qu'il s'agisse de saturer son emploi du temps ou d'araser ses pôles d'intérêt, la stratégie revient toujours à ne pas prendre le risque d'une disponibilité à réfléchir au sens du travail, afin de se prémunir de la perception que ce travail est source de souffrance. C'est ainsi également que peut se lire le « présentisme », c'est-à-dire cette attitude qui consiste à ne pas s'autoriser d'absence au travail, malgré la fatigue ou la maladie : ce comportement, paradoxal dans des travaux particulièrement pénibles, signe la crainte de ne pas retrouver l'énergie de repartir au travail si l'on s'est permis de s'en extraire. L'ennui majeur engendré par le taylorisme, la perte de sens du travail répercutent ainsi des disciplines de vie qui s'imposent aussi à l'entourage immédiat.

18

En pareil cas, la perte du travail, qu'il s'agisse du chômage ou de la retraite pose de manière aiguë la rupture avec la communauté d'appartenance, car le soit disant « hors-travail » devient lui aussi vide de sens, et, sur la base d'un tel désespoir, il est souvent trop tard pour inventer quoi faire de son temps « libre ». C'est l'ensemble de la construction qui s'écroule, avec ce que l'on connaît comme conséquences en terme de morbidité.

C'est vrai chez ceux qui ont travaillé, c'est vrai aussi pour ceux qui sont des chômeurs primaires, et dont la santé est attaquée par la ruine de valeurs inhérentes à l'inscription sociale à laquelle on accède par l'activité professionnelle.

Mais la lecture dominante de ce phénomène consiste pourtant à rejeter la responsabilité sur les victimes, comme si cette construction avait tenu à la médiocrité des personnes et non pas à leur étroite marge de manoeuvre pour tenir le plus longtemps possible. En fin de compte, l'interprétation la plus courante est donc massivement péjorative à propos des travailleurs plutôt qu'à propos du travail.

Coût psychique, coût pour la santé

Il y a donc un coût de cette répression du désir, comme il y a un coût des défenses construites pour faire face aux situations de travail dangereuses. Là encore, faute de pouvoir agir pour garantir à la fois sa sécurité et son maintien dans l'emploi, le travailleur est contraint d'agir sur lui pour «ignorer» la situation dangereuse où il se trouve et la peur qu'elle engendre. Pour tuer cette peur «dans l'oeuf», il construit en amont de toute éventualité de peur un déni de perception des risques, et se proclame fort, invulnérable. Ce qui n'est pas sans poser problème face à toute source d'émotion, car lever son invulnérabilité, c'est aussitôt prendre le risque... de percevoir les risques. En pareil cas, l'équilibre psychique devient précaire car les contradictions sont trop fortes. La bouffée délirante décrite par Annie Bensaid (*) en est un exemple éloquent. Un travailleur du bâtiment s'était tout à coup trouvé psychiquement déstabilisé par l'arrivée en France, à sa demande, de sa femme et de ses enfants qui étaient jusqu'alors restés en Algérie, au moment où des transformations de son travail le rendaient plus périlleux. Cet homme a commencé d'avoir des bouffées délirantes : des voix lui intimaient de divorcer, et il est devenu violent avec sa femme, jusqu'à ne pas se reconnaître. On voit combien les relations, avec le conjoint par exemple, sont colonisées par les stratégies défensives, construites comme une nécessité face à des caractéristiques de l'organisation du travail.

Dans d'autres cas, des manifestations somatiques apparaissent : l'asthme, comme l'illustre un cas rapporté par Christophe Dejours (*). Les manifestations post-traumatiques appartiennent aussi à ce registre de contradiction entre la part de réalité qui reste incontrôlable et l'autre part de réalité, contenue autant que possible par les stratégies défensives.

Une «contagion» familiale et transgénérationnelle

Mais la plupart du temps, rien de tout cela : l'édifice tient. A quel prix ? Le coût majeur en revient aux familles, du côté des rapports sociaux de sexe, mais aussi de manière transgénérationnelle, du côté des enfants qui se trouvent maintenus sous le couvercle de la répression du désir que s'imposent leurs parents. Comment ces derniers pourraient-ils lutter contre l'émergence de leur imaginaire et tolérer celui des enfants ? Et, pour prendre un exemple ordinaire, comment se museler au travail et autour du travail et se faire porte-parole en conseil de classe des questions soulevées par l'avenir scolaire des enfants ? En terme de violence concrète, ou souvent plus insidieusement, les enfants héritent d'une large part de la relation qu'ils instaureront avec leur propre travail en ce qu'ils héritent de la façon dont le travail s'est inscrit dans leur histoire familiale.

Ils sont ainsi touchés dans leur développement affectif, cognitif, et dans la construction de leur santé.

Santé, maladie et souffrance articulent donc totalement le travail et le hors travail, et tissent aussi des réseaux de relations entre les personnes. De plus, l'absence de «maladie» n'est pas nécessairement bon signe. Le coût s'inscrit, s'accumule, et peut resurgir : le «monde à part» du travail est omniprésent.

C'est dire à quel point le clivage W/hors travail est utopique, et c'est dire ce que la connaissance de ce qui se joue dans la médiation du travail comme barrage à la violence sociale, peut et doit apporter aussi à la question de la santé publique.

Conclure en s'interrogeant ?

La réflexion d'aujourd'hui consiste à sortir la parole de la médecine du travail de son cantonnement dans le travail. Mais pour synthétiser ce que je veux dire en poussant jusqu'au bout le paradoxe, l'approche du W réel pose ce cantonnement comme un non-sens. Toutes les disciplines dites du travail (socio du, psycho du, médecine du...) se posent par leur intitulé comme spécialisations à l'intérieur de champs plus vastes. Historiquement, la préoccupation de l'homme au travail est apparue en effet secondairement à la question de l'«Homme». Mais quand on décrypte aujourd'hui à quel point le privé et le social, l'individuel et le collectif, s'articulent essentiellement dans le travail, on est en droit d'interroger la société sur la pertinence d'un retournement de ce découpage. La psychologie est peut-être au contraire une «spécialité» de la psychologie du travail, c'est-à-dire sa part infime qui échapperait à la question du travail. La sociologie n'est peut-être qu'un découpage à l'intérieur de la sociologie du travail, et **la médecine se situe peut-être bien à l'intérieur d'une discipline plus vaste : la médecine du travail.**

D. DESSORS(*)

(*)ergonome- psychopathologiste

CONSTRUIRE LA VISIBILITE SOCIALE DES EFFETS DE LA SOUS-TRAITANCE DANS UNE ENTREPRISE DE PROCESS

DES PROBLEMES GENERAUX ET TRANSVERSAUX

Les travailleurs sous-traitants, subissent généralement par rapport aux salariés de l'entreprise utilisatrice, une augmentation des contraintes de conditions de travail environnementales, et des contraintes d'organisation du travail avec des prises de travail aléatoires, des horaires bousculés et une augmentation des amplitudes de travail. Ils ont aussi une très faible marge de manoeuvre par rapport à ces contraintes : quasi pas de contre-pouvoirs, et au lieu de la possibilité de constituer avec les agents de l'entreprise utilisatrice de véritables collectifs de travail, ces derniers leur apparaissent trop souvent comme de petits prescripteurs. Leurs droits sociaux sont quasi inexistants; quant aux CHSCT, ils présentent trop souvent quand ils existent, ce qui est rare, une caricature de fonctionnement. Cet état de fait résulte d'un cantonnement exclusif de l'entreprise principale dans un rôle de donneur d'ordre caricatural et outrancier vis à vis des sous-traitants. En effet, si l'objectif de la sous traitance est de réduire les coûts salariaux en jouant sur la précarité de l'emploi, il est aussi d'évacuer de fait les problèmes d'organisation du travail avec leur dimension humaine sur l'entreprise prestataire. Or celle-ci du fait de son étranglement économique et de l'absence de dynamique sociale en son sein rigidifie encore plus que ne l'aurait fait l'entreprise utilisatrice l'organisation du travail. Sans marge de manoeuvre trop souvent, les salariés de la sous traitance n'ont d'autre recours que le refuge dans la non transparence de leur activité de travail et dans la «tricherie» non partagée; ils sont de fait exclus de toute citoyenneté dans l'entreprise.

UNE SITUATION CONCRETE DANS UNE INDUSTRIE DE PROCESS A RISQUE

Dans cette entreprise, 80 % de la maintenance est sous-traitée. Il y a peu de sous-traitance de capacité et la sous traitance de premier niveau resous-traite une partie des activités qui lui sont confiées pour réduire à nouveau les coûts et faire face aux fluctuations saisonnières de charge de travail. Ainsi sous-traiter revient ici à diminuer les coûts, à externaliser les contraintes de gestion des hommes et les problèmes dosimétriques, et permet donc de disposer de plus de souplesse organisationnelle.

Le problème de l'accidentabilité

Il existe très peu de données nationales concernant les taux de fréquences et de gravité en matière d'accidents du travail concernant la sous-traitance de cette entreprise. Ces taux seraient supérieurs d'un facteur trois à ceux de l'entreprise utilisatrice. Les difficultés à les établir tiennent à l'ignorance des heures travaillées par les prestataires en rapport avec la diversité des contrats: paiement des entreprises prestataires au forfait, au bordereau, ou en dépenses contrôlées. Les difficultés tiennent aussi à l'absence de retour d'information de l'entreprise prestataire, et à la sous-traitance en cascade souvent méconnue à partir du deuxième niveau. De plus on peut penser que la sous déclaration augmente avec le niveau de précarité et le degré de sous traitance. Enfin, les objectifs en matière de taux d'accidents fixés par l'entreprise utilisatrice à partir de ses propres taux, relativement bas du fait qu'elle a de moins en moins de travailleurs «de terrain», incitent aussi l'entreprise prestataire à les minimiser.

Au service médical du travail de l'entreprise utilisatrice la politique affichée est la transparence et la non rétention en matière de déclarations. L'information produite à partir des accidents circule largement dans l'entreprise en veillant à ne pas nuire aux agents prestataires; elle est produite à destination de l'encadrement, des fonctionnels de la sécurité et des CHSCT. Un indicateur comparant les accidents devant être déclarés à l'aide du tryptique de déclaration du fait de leur gravité à l'ensemble des soins effectués dans le cadre des accidents permet d'examiner la «liberté» d'accès au service médical du travail: il est de 1/3 pour les agents de l'entreprise utilisatrice et de 1/2 pour les agents prestataires, ce qui tendrait à indiquer qu'ils viendraient moins pour les accidents très bénins. La déclarabilité des lombalgies est aussi un bon indicateur: elles sont proportionnellement moins déclarées chez les sous-traitants qui pourtant sont plus exposés aux contraintes rachidiennes. Il semble aussi que le développement actuel de campagnes de sécurité culpabilisantes tendrait par l'auto censure à diminuer les accidents très bénins.

Rendre visible les contraintes de travail et de mode de vie

Concernant les travailleurs de la sous traitance, on ne dispose pas d'informations précises sur leurs contraintes organisationnelles réelles comme les amplitudes et les horaires de travail, leurs difficultés à se loger, leurs problèmes de temps de trajets en rapport avec leurs multiples déplacements dans toute la France etc Ces salariés vivent une situation de «migration intérieure» et de marginalisation de leur mode de vie.

Plus de 250 médecins sont concernés par le suivi médical de 2300 agents sous traitants travaillant sur le même site industriel au cours d'une année, et encore ne sont comptabilisés ici que les agents relevant d'une surveillance médicale spéciale à fort encadrement réglementaire. Ils appartiennent à plus de 200 entreprises et travaillent aussi sur 20 sites industriels appartenant à la même entreprise entre 3 à 8 mois par an.

Il aura fallu plus de trois ans de contacts et l'expérience d'un premier travail en commun entre médecins de l'entreprise utilisatrice et médecins des entreprises prestataires à l'occasion d'une première étude descriptive coordonnée par l'inspection médicale du travail concernant les difficultés de suivi médico réglementaire, pour mettre sur pied une étude épidémiologique multi composante se proposant de décrire les contraintes de travail et de mode de vie, et de tenter de les relier à l'état de santé.

Un regard ergonomique sur les activités de consignations du point de vue des exploitants de l'entreprise principale.

On constate un travail d'ensemble haché, morcelé, très contraint temporellement par la durée du quart et le planing des travaux de maintenance. Les agents chargés de mettre en oeuvre les procédures de consignations dont l'objet est de permettre d'assurer le travail des différents prestataires en sécurité ont la quasi obligation de les préparer la nuit du fait de leur charge de travail pendant la journée. Cette même charge de travail oblige à des délégations de pose sur le terrain en cascade à des collègues de travail qui n'ont pas la même vision d'ensemble ni la même compétence et pour qui ce travail est effectué en temps hâché à côté des autres tâches qu'ils ont à effectuer. Du fait de leur charge de travail, les responsables des consignations, alors que c'est leur rôle, sont dans l'impossibilité d'avoir des échanges importants avec la maintenance, et dans l'impossibilité d'indiquer précisément aux agents des entreprises prestataires les points clefs à vérifier en matière de sécurité.

Agents en première ligne soumis à de multiples contraintes d'amont et d'aval, ils sont au niveau de la sécurité la dernière barrière de protection. Pourtant de fait, la spécificité de leur activité est ignorée par leur hiérarchie et ce type d'activité est lui-même isolé dans les équipes d'exploitants auxquelles ils appartiennent, des autres tâches spécifiques d'exploitation. La place des agents de l'entreprise utilisatrice chargés des consignations se situe à un véritable goulet d'étranglement où se construit in fine la sécurité, dernier interface avec la maintenance sous-traitée. On imagine sur l'envers, les contraintes des travailleurs de la sous-traitance.

Approche épidémiologique pour le noyau dur

Une enquête au 1/6 sur six sites industriels (600 personnes enquêtées) a été effectuée. Cette étude se proposait de comparer les périodes fortement contraintes de maintenance industrielle aux périodes hors maintenance industrielle. Elle a montré versant travail pour l'ensemble des agents, l'importance des contraintes d'organisation temporelle, des règles de sécurité et des contraintes de temps pendant ces périodes de maintenance. Versant santé elle a mis en évidence une augmentation de l'anxiété et de la dépressivité évaluées par les échelles de SPIELBERGER et du CES-D pour les

exploitants (augmentation d'1/3 de la dépressivité) principalement, et de façon moindre pour les agents de maintenance dont les variations d'activités sont les plus tranchées dans le temps.

Il a été surprenant de constater que les agents de maintenance les plus contraints pour les médecins du travail, ce qui a d'ailleurs été vérifié par l'étude épidémiologique, ne présentaient pas de différentiel de santé mentale entre les périodes de maintenance industrielle programmée et hors de ces périodes. Ces agents de maintenance les plus contraints en durée d'exposition ont probablement construit des stratégies défensives au sens psychopathologique, telles que le désengagement professionnel, qui leurs ont permis de supporter les fortes contraintes auxquelles ils étaient exposés; les exploitants du fait de leur spécificité professionnelle n'en ont probablement pas eu le loisir. En situation de très forte contrainte, outre les effets possibles sur la santé mentale, c'est donc sur les modifications qualitatives du rapport au travail qu'il faudrait faire porter les investigations.

Approche psychopathologique des effets de précarisation pour le noyau dur.

En ce qui concerne les agents de maintenance on constate un éloignement du travail concret du fait de l'importance des activités de maintenance sous traitées. Ces salariés craignent de perdre leur savoir faire professionnel qu'ils ont mis plusieurs années à acquérir difficilement. Or ils vont se trouver en situation de contrôler le travail de salariés sous traitants qui bien souvent n'ont d'autres solutions que d'acquérir très rapidement leur compétence sur le tas. La compétence partielle de certains salariés sous traitants comme les conséquences sur le travail de ces derniers des contraintes organisationnelles en terme de non respect des procédures génère chez les salariés de l'entreprise utilisatrice la peur pour la sécurité voire pour la sûreté.

Ce contexte explique la mise en oeuvre pour certains groupes de salariés de stratégies temporaires d'activisme professionnel pour faire face aux surcharges de travail. Malheureusement ces pratiques sont coûteuses en terme de santé et du fait des contraintes que ces collectifs se prescrivent, entraînent leur isolement des autres collectifs de salariés. On constate de façon plus majoritaire des procédures défensives par le désengagement individuel et dans certaines situations où les opérateurs ne peuvent pas rendre compte et rendre visible leurs difficultés à effectuer un travail trop normalisé dans un contexte de forte contrainte de temps, le développement de «tricheries» non partagées et fortement culpabilisantes pour les intéressés.

Les résultantes de ces situations d'éclatement des solidarités et des collectifs est qu'à moyen terme, les salariés de l'entreprise utilisatrice se retranchent derrière un prescrit très normatif dont ils ont eux mêmes beaucoup souffert quand ils assuraient encore concrètement la maintenance et se transforment en petits contrôleurs d'un travail dont ils ne connaîtront plus que l'aspect théorique.

Les agents d'exploitation vivent des périodes de souffrances mal gérées du fait du rappel à l'ordre par les contraintes de travail du temps réel auxquelles ils ne peuvent se soustraire. Cela entraîne un risque de fragilisation et de fissuration des collectifs en plusieurs noyaux dans un contexte de travail évolutif dans l'incertitude où justement la réponse aux imprévus s'appuie sur les collectifs et leur savoirs faire constitués difficilement dans le temps. Malheureusement les collectifs de travail ne se donnent pas facilement à voir et on se rend compte de leur importance quand ils ont disparu.

Quant à la hiérarchie, prise en tenaille entre des directives nationales souvent coupées d'une vraie représentation du travail réel et de ses difficultés elle développe comme stratégie défensive un encadrement très prescriptif et l'éloignement du terrain.

En pensant que c'est le contrôle du travail qui est responsable de sa qualité alors qu'il ne fait que la révéler, ce système évacue la place des hommes et leur nécessaire participation à l'évolution de l'organisation du travail. Ainsi de moins en moins les documents devant refléter les traces du travail ne vont rendre compte de sa réalité surtout pour les sous-traitants qui sont les plus contraints : entre les deux, il y a les tricheries non partagées voire les fraudes.

22

Ce phénomène renforce encore en cercle vicieux l'approche par la gestion technique et la méfiance envers les hommes. C'est la culture de l'erreur humaine; résultat : des systèmes socio-techniques fragilisés, des collectifs de travail déliquescents, une citoyenneté volatile.

Les sous-traitants, complètement sur l'envers du prescrit ne peuvent partager leurs tricheries ordinaires. Sans marge de manoeuvre ils ne peuvent survivre que dans la culture de l'isolement.

Dominique HUEZ

SANTÉ PUBLIQUE ET PRATIQUES COOPERATIVES DES MEDECINS DU TRAVAIL EN P.M.E. OU DE LA NECESSITE DE FAIRE EMERGER LES RISQUES HORS DE L'ENTREPRISE

Peut-on parler prévention dans les petites et moyennes entreprises? Oui, entre autres en termes d'absence, de démotivation le plus souvent:

- **absence de demande** émanant des entreprises, sans doute en raison de l'**absence** de partenaires sociaux pour tenter de transformer les situations de travail
- **absence d'inspecteurs** et **contrôleurs** du travail sur le terrain
- **absence** de plus en plus souvent de **contrats** à durée indéterminée... la **précarité** sous toutes ses formes (sous-traitance - intérim, CDD, temps partiel, travail saisonnier) ajoutant au silence ambiant.
- à la **démotivation** des opérateurs au poste pourrait bien s'ajouter celle des médecins du travail de plus en plus seuls...

SEULS!.. VOUS AVEZ DIT SEULS?

Face à ce glissement inexorable dans le silence, des pratiques nouvelles restent à inventer, afin d'interpeller les pouvoirs publics sur les problèmes santé-travail.

Les médecins du travail apprennent donc à se regrouper et à travailler ensemble, passant de la relation individuelle aux collectifs médecins.

DES COLLECTIFS DANS QUEL BUT?

Tant de choses vues, entendues, engrangées dans la tête des médecins du travail. Des notes prises çà et là, sur des dossiers bien rangés... **chacun pour soi, malgré soi**. Malgré soi le mal être de ne pas savoir se faire entendre, de ne pas faire savoir...

Et soudain la conscience d'un joli gâchis... et l'émergence d'une volonté commune, (stratégie défensive?) celle de regrouper ces notes, pour donner du poids aux **témoignages**

Bien sûr, A partir d'un cas, que voulez-vous dire? Que pouvez-vous faire? Sinon être accusé(e)s de mauvais esprit! Mais en **regroupant les observations cliniques** dans une même entreprise, dans une même branche professionnelle, en mesurant sur un large effectif des taux d'exposition... Nous pouvons déboucher sur des études où la **statistique** et l'**épidémiologie** donneront aux résultats un petit caractère incontournable.

Reste **l'éclatement** des entreprises, la sous traitance, l'intérim, le temps partiel. Et le constat grandissant du décalage entre travail prescrit, travail réel... Restent des opérateurs dont le **suivi** s'avère **difficile**: passage d'une entreprise à l'autre, d'un risque à l'autre, d'une région à l'autre... A la multiplication des risques s'ajoute l'ignorance des règles de sécurité.

Et là, le médecin n'a pas prise. **Et là l'épidémiologie n'a pas place**. Alors... **prendre la parole, sortir du silence et témoigner hors de l'entreprise**. Ecrire et alerter... des monographies, des portraits, des situations... de la souffrance, des aberrations. Parler.

UN PREMIER OUTIL : LA STATISTIQUE ET L'EPIDEMIOLOGIE

Des bases théoriques solides permettent d'élaborer des protocoles d'étude basés sur la VARIABILITE : si elle ouvre la voie à l'Ergonomie, (variabilité intra et interindividuelle), la variabilité impose la nuance dans l'interprétation des données recueillies.

«Si les statistiques, historiquement comme étymologiquement, sont depuis longtemps des dénombrements fournissant aux états des renseignements d'ordre administratif, la statistique est une méthode de raisonnement permettant d'interpréter le genre de données très particulières qu'on rencontre notamment dans les sciences de la vie dont le caractère essentiel est la variabilité. Le fait fondamental et constant est que les individus d'un groupe au moment où on les étudie, sont différents.

«On doit aborder les sciences de la vie, pénétré de l'idée que la variabilité est non l'exception, mais la règle.»
(D. SCHWARTZ)

Bien sûr, nos données sont partielles, ne concernant que la fraction active de la population. Elles sont ciblées sur une branche professionnelle. Mais elles apportent une vision globale de l'individu et au delà de l'entreprise, une vision globale des entreprises plurielles d'une même branche professionnelle. ...épidémiologie tronquée, parcellaire, mais *«les principes, les techniques et les applications de l'épidémiologie contemporaine sont basés sur le concept que la santé est le produit des interactions entre l'Homme et son milieu, interactions dont le résultats peut être une réussite (santé) ou un échec (maladie ou décès).»*

JENICEK p. 11

Le même auteur résume en schéma (N° 1) ci-après, les méthodes épidémiologiques générales de contrôle et d'éradication des maladies infectieuses et non infectieuses. JENICEK p. 332

Alors, à quand un travail de ce type dans une branche professionnelle, avec l'appui des pouvoirs publics? Incluant aux facteurs héréditaires, au mode de vie (tabac, alcool), l'environnement social et professionnel, organisationnel inclus)...

LE PESSIMISME N'EST PAS A L'ORDRE DU JOUR:

Les dés sont pipés, dites-vous? Mauvais jeu de mots en matière de calcul de probabilité. Mauvais jeu de mots en matière de prévention. Car bien sûr, l'absence de demande **INITIALE** des partenaires sociaux (opérateurs et employeurs de PME) pourrait présager d'une mauvaise sensibilisation aux risques et d'une absence de modification possible des comportements.

Toutefois, le collectif constitué, les médecins investissant les lieux de travail, on voit émerger le dialogue et affluer les sollicitations multicentriques. Encore fallait-il y aller.

DES ACTIONS COLLECTIVES A RESTITUER DANS LE CHAMP SOCIAL

* LES FACONNEURS :

L'entreprise plurielle artisanale, est un élément au sein d'une constellation d'entreprises plurielles de la même branche professionnelle ou l'**IDENTITE DE METIER EST FORTE**.

Dans chaque entreprise, le poids du syndicat professionnel est souvent prépondérant. Certains employeurs réticents ouvriront grande leur porte après annonce dans le bulletin mensuel du syndicat professionnel d'une étude programmée par les médecins du travail. Participant à cette identité, au même titre que l'employeur artisan, le centre d'apprentissage, en lien direct avec le syndicat professionnel et les employeurs, notamment pour le placement des apprentis.

A un moindre degré, mais connaissant bien cette constellation, ses pratiques, ses besoins, adoptant autant que possible l'identité de métier, les FOURNISSEURS de matériel et matières premières.

A part les mutuelles, pouvant avoir des préoccupations en matière de prévention et chercher à «séduire le métier» en cause, en reprenant notre argumentation en matière de prévention.

*** LES CONTROLEURS :**

A part, l'expert comptable payé par l'employeur et utile à la gestion.

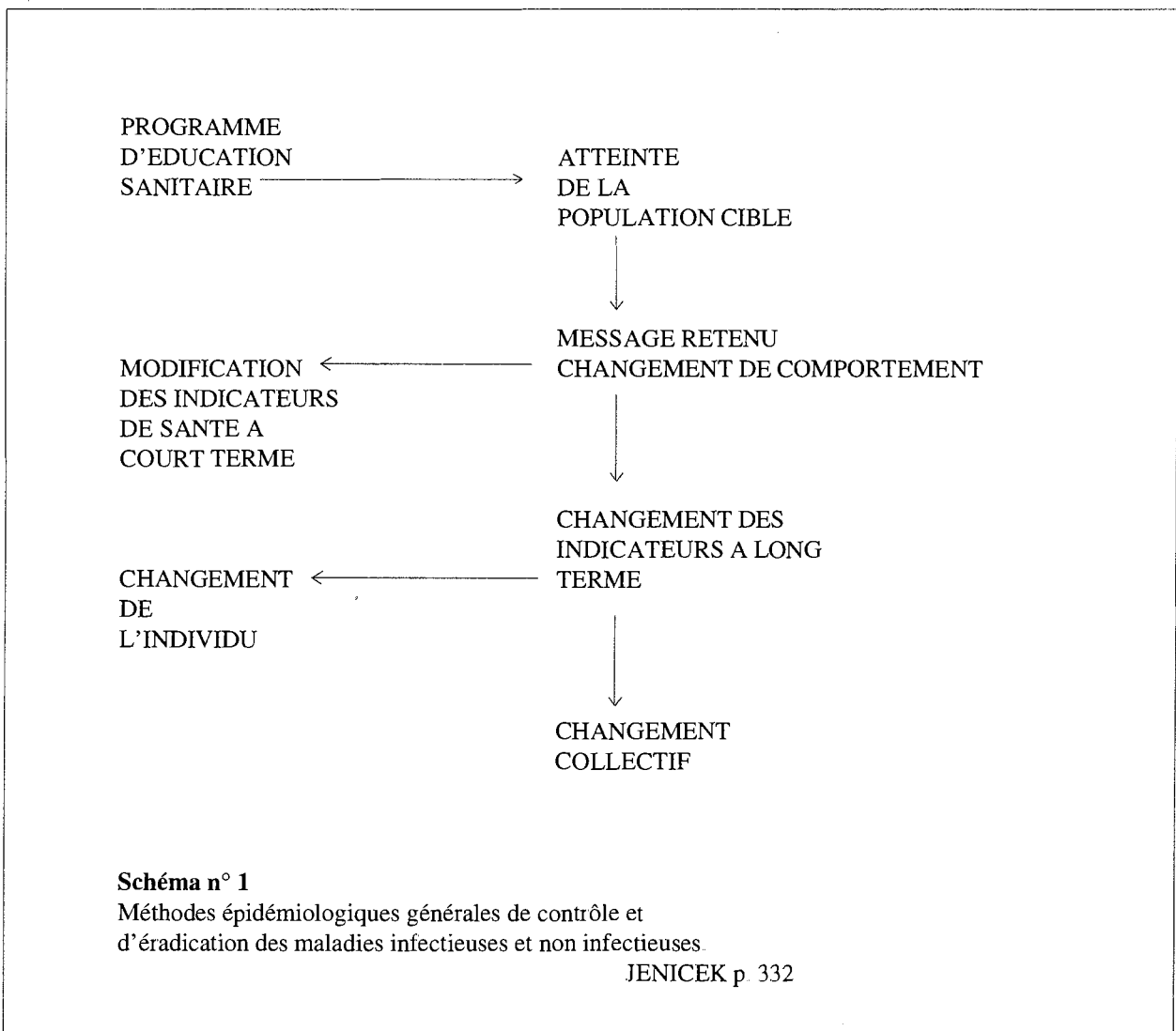
Imposés par la législation, les autres : contrôleurs CPAM, CRAM, Inspecteur du travail, service vétérinaire, Médecin du travail.

. La reconnaissance du savoir faire, le respect de l'identité de métier sont autant d'atouts pour une relation de confiance. Le médecin du travail, sans pouvoir de sanction, et CONSEILLER de l'entreprise, a des cartes à jouer.

. La dynamique de prévention lancée par le GROUPE de médecins vis à vis de la constellation des entreprises plurielles et de chacun de ses membres, doit s'adresser également aux syndicats professionnels, aux centres d'apprentissage, mutuelles, fournisseurs de matériel et matière première.

Elle passe par l'information sur le projet, l'association à chaque étape de la démarche, le rendu aussi clair que possible des résultats, la réponse aux questions engendrées et **l'élaboration avec les intéressés** de solutions à court et à long terme.

Films et brochures sont deux possibilités de rendu de résultats.



* **CONTROLE SOCIAL** des activités du Médecin du travail

Le **PLAN D'ACTIVITE** d'abord, puis le rapport annuel permettent l'information des commissions de contrôle et consultative de secteur et peuvent préserver l'indépendance des médecins du travail malgré l'absence de CHS CT dans les petites entreprises. Cette garantie, en pratique ne s'applique pas dans le sens d'un contrôle, mais suscite là encore l'intérêt et les questions des partenaires sociaux.

Le service interentreprise s'en trouve valorisé.
Le médecin inspecteur reçoit projet et résultats.

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES ET CONFRONTATIONS BIBLIO-GRAPHIQUES:

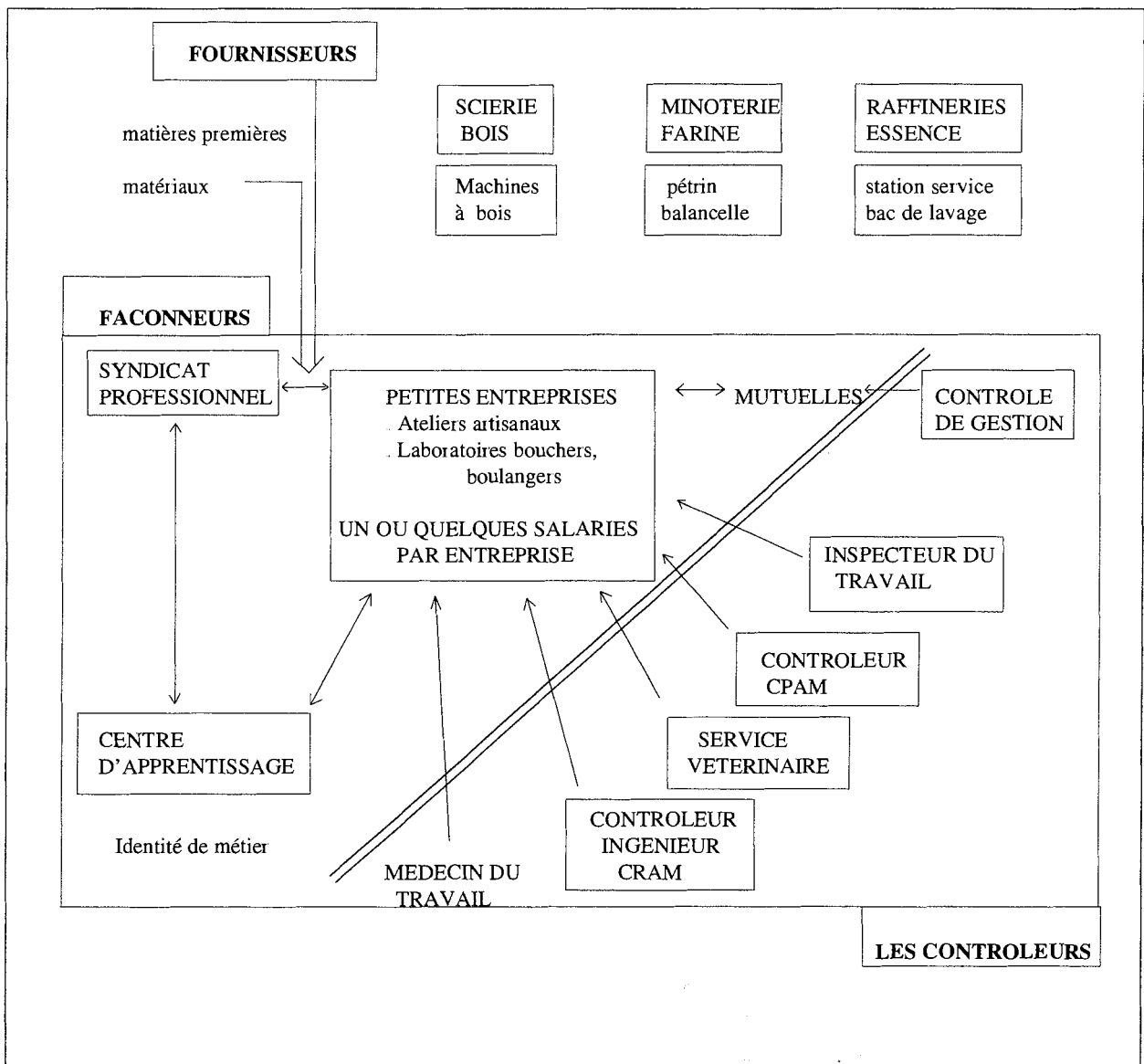
L'exemple des garages:

Pendant que se déroulait l'étude et la mesure du taux d'exposition au benzène des mécaniciens pompistes par les médecins du travail, se sont développées les publications relatant la fréquence de la leucémie dans cette profession (SCHWARTZ 1987 ; MORTON 1984 ; FLANDRIN 1988).

Dans le même temps, des suédois montraient la réalité de l'exposition au benzène des mécaniciens pompistes et confirmaient les résultats des médecins du travail à savoir le rôle des saisons (plus de benzène l'automne et l'hiver), et de la taille des garages (plus de benzène dans les petits que les grands garages).

Les répercussions:

Le syndicat des pétroliers voulut contester le sérieux des analyses de laboratoire.



Le ministère du travail s'émut de l'affaire. Une mutuelle de garagistes reprît l'idée et engagea un programme de prévention chez ses adhérents.

Les publications sont reprises dans les revues scientifiques, et à l'heure actuelle, plus sous la pression des écologistes européens que grâce à l'étude, on peut espérer que les pompes à essence seront un jour protégées des émanations de vapeurs.

AU COEUR DU SILENCE - «PAROLES»

Au coeur des contraintes organisationnelles, au coeur de la PRECARITE, le silence...»lourd et aveugle»!

Silence des médecins du travail, ni sourds, ni aveugles, mais restés muets longtemps face aux «entreprises éclatées» et à l'instauration de la précarité... Mais au delà du silence, l'interrogation.

Car souvent, dans l'entreprise, là où la précarité s'installe, les contraintes semblent se renforcer alors que la citoyenneté s'efface...

Silence des salariés précaires qui n'osent se plaindre et redoublent l'effort dans l'espoir d'être embauchés, acceptent de prendre des risques parce que n'osant pas en parler... Ne se sentant pas accueillis dans l'entreprise, puisque de passage. Ne faisant pas partie de la famille, de l'entreprise «de la maison».

Une autre «morale» prend le pas: critiquer serait déplacé vis à vis de ceux qui leur font la faveur d'un contrat temporaire.

Au delà du silence, l'écoute, le dialogue intersubjectif médecin salarié et l'émergence du vécu **en matière de santé au travail ; émergence des contraintes organisationnelles et bien souvent d'une souffrance psychique.**

Au delà du silence, des médecins accumulent des informations. Des médecins échangent leurs observations, leur inquiétude, l'envie de faire savoir.

Des médecins partagent aussi l'impression d'un rôle qui se réduit comme une peau de «**chagrin**»... chagrin oui! souffrance aussi de n'y pouvoir rien changé. Impression d'être «utilisés»... Médecine de rien. Par le trop à DIRE mais RIEN de CONSTRUIT, qui serait une bonne fois entendu, répété. Un S.O.S.!

Envie de témoigner, pour dire ce **RIEN**, ce travail qui perd du **SENS**, cette société en négatif, où l'Humain semble moins qu'un PION sur l'échiquier, car trop souvent placé à côté. Envie d'écrire et d'alerter.

Là où il y a le silence, instaurer la parole... Celle des médecins du travail au travers de leurs monographies. Accumuler des témoignages, des portraits, des situations, de la souffrance, des aberrations qui sortis de l'entreprise seront diffusés aussi largement que possible afin d'interpeller les pouvoirs publics sur le rôle de polichinelle que l'on voudrait nous faire jouer, sur cette médecine du travail alibi face à la précarité.

Pour que notre travail ait du sens, pour que notre société redonne à l'Homme la possibilité dans l'entreprise de construire sa santé...PARLER!

J. MACHEFER

BIBLIOGRAPHIE

- FLANDRIN G., COIFFIER B. : Perspectives par une étude épidémiologique de la leucémie à tricholeucocytes C.R. acad. sci Paris, 1988, 307, Série 3, 105 - 107
- JENICEK M. et CLEROUX R. : épidémiologie - techniques - Applications - Ed. Maloine - 1983
- MACHEFER J., BIDRON P. GUIGNIER P.M. : Exposition aux hydrocarbures benzéniques des carburants automobiles chez les mécaniciens et les pompistes. Arch. mal. Prof., 1990, 51, n° 2, 89 - 94.
- MORTON W., MARJANOVIC D. : leukemia incidence by occupations in the Portland - Vancouver Métropolitain aréa. AM.J. indust. Méd. 1984, 6, 185 - 205
- NORDLINGER R. RAMNAS O. : Exposition au benzène à différents postes de travail en Suède, Ann. Occup. hygiène, 1987, 31, 345 - 355.
- SCHWARTZ D. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes. Ed. Flammarion 1983
- SCHWARTZ E. : Ratio pondéré de Mortalité (P n 2) chez les ouvriers des garages de mécanique automobile et le personnel de station service du New-Hampshire. AM.J. Indust. Méd., 1987, 12, 91 - 99.

EN CONCLUSION :

U R G E N C E . . .

URGENCE de (re)penser le **sens**, la finalité, de notre mission de médecin du travail: faire émerger EN SITUATION, les facteurs globaux santé-travail et ne pas se contenter d'une approche purement hygiéniste qui pourrait augmenter les contraintes organisationnelles et détériorer le travail.

URGENCE de **construire la visibilité** des atteintes à la santé dans le champ social de la santé publique, pour avoir un retour possible dans le champ santé-travail, trop souvent occulté.

URGENCE pour les médecins, d'être des **ACTEURS** de la politique de santé et non plus seulement des accompagnants d'un groupe restreint de travailleurs.

URGENCE de **briser** l'énorme indifférence du constat, pourtant répété année après année, de l'**inégalité socio-professionnelle devant la mort**.

URGENCE d'enrayer la marginalisation de la santé au travail et de la **réinscrire dans un processus de santé publique**: le péril, pour nous médecins du travail, serait de continuer à être en retard d'un train, accrochés à nos certitudes, à nos terrains connus, déjà défrichés, et, parce que la réalité devient de plus en plus complexe, de plus en plus difficile à agripper, de s'en éloigner.

URGENCE de se dégager de l'emprise des scientifiques, qui déplacent le débat sur le plan technico-technocratique: la finalité de la médecine du travail disparaît sous les moyens!

URGENCE d'affirmer que «SI LE TRAVAIL A QUELQUE FOIS BESOIN DE LA SANTE, LA SANTE EST, ELLE, ATTAQUEE PAR TOUT CE QUI PERTURBE L'INSCRIPTION SOCIALE LIEE AU TRAVAIL».

URGENCE de comprendre la **COLONISATION** de toute la vie «hors travail», de toute la santé, par le compromis combatif et souvent conflictuel: ne pas accepter de mauvaises conditions de travail, et ne pas perdre son boulot. Peut-on encore parler de la santé sans évoquer son rapport au travail?

URGENCE de quitter l'enfermement d'une approche purement hygiéniste: ainsi, en ne s'adressant qu'aux interlocuteurs difficiles, sur des questions «autorisées», dans leur champ du «possible» (de ce qu'il sera possible de résoudre réglementairement) n'évite-t-on pas de porter le regard sur l'organisation du travail, n'évite-t-on pas de **DONNER ACTE** de la souffrance, et de la restituer?

URGENCE, car la maison brûle: sortir de ce que l'on sait faire, abandonner les terrains connus, ne plus porter le domaine de la preuve (le bruit qui rend sourd, le toxique qui intoxique...), mais **donner acte** des horaires bousculés, des organisations de travail dévastatrices, sans attendre les preuves médico-légales des dégâts.

OSER rendre compte de nos constatations, ENSEMBLE, dans l'espace public, PORTER AILLEURS la visibilité des atteintes à la santé, pour sortir de la culpabilisation simpliste d'une seule entreprise, de la problématique du «bien et du mal».

C'était une réunion tendue, un peu fébrile, urgente... des personnes attentives, très présentes. Chacun plein du sens et du non sens de ses actes quotidiens, face à l'impasse où mène parfois l'équation santé-travail.

Quelques vraies tensions, quand l'approche hygiéniste (que nous avons tous faite) nous est renvoyée brutalement, comme «le cache-sexe» de notre impuissance à témoigner de la souffrance... Derrière nos études pourtant, tant de dialogues, de colloques singuliers, d'échanges qui seraient ainsi réductibles à la sécheresse de 2 ou 3 histogrammes...

URGENCE de se regrouper pour moins de solitude face à tout ce que nous ne savons pas dire.

URGENCE de trouver une autre langue, une autre parole, moins plate, moins silencieuse, une **parole collective**.

Florence MAESEN

PSYCHOPATHOLOGIE DU MEDECIN DU TRAVAIL

COMPTE RENDU D'UNE MATINEE DE CONGRES 91 STUDIEUSE
SOLEIL D'AUTOMNE

SUJET D'ETUDE : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA SOUFFRANCE AU
QUOTIDIEN

Mais la souffrance du Médecin du Travail a-t-elle à voir avec celle de l'«AUTRE»; celle des autres; avec la psychopathologie du travail ?

Eclairée par C. **DEJOURS**? et N. **DODIER**, l'intrication nous paraîtra évidente. Malgré nos interrogations, nous chercherons quelques propositions concrètes, au-delà d'on ne sait quel «**ENFERMEMENT**».

UN CONSTAT POSITIF:

Celui d'une Médecine du Travail en mutation, passant par une «**EXPLOSION**» de formation, une spécialisation des activités tous azimuts, des regroupements en association et travail avec les **EXPERTS**, engageant la responsabilité des Médecins du Travail, ainsi qu'une **ECOUTE** du médecin... **ECOUTE** attentive, au quotidien.

L'ECOUTE ET SES LIMITES:

«En Médecine du Travail, écouter, accompagner la souffrance, c'est commencer à **CREVER**».

«Se protéger, c'est ne plus entendre».

Voilà deux affirmations difficiles à concilier: manifestement, écouter la plainte peut être source de souffrance pour le médecin du Travail. **DEJOURS** se poserait quelques questions à ce sujet:

Exprime-t-on notre propre souffrance en parlant de celle des autres ? Ne repère-t-on que ce qui nous fait souffrir ?

Selon **DEJOURS**, toujours, les gens ne souffriraient jamais trop longtemps; car s'installeraient ensuite des stratégies collectives de défense. Toutefois, on risque d'aboutir à l'**IDEOLOGIE DEFENSIVE** enfermant le groupe: celui-ci ne peut plus démonter le mécanisme, ni le comprendre quant on le lui révèle... Cet **ENFERMEMENT** pouvant être source de violence, pulsions... (A noter que le Taylorisme isole l'individu dans sa souffrance avec difficulté de stratégie collective).

Donner acte humainement d'une réalité douloureuse peut fragiliser... peut faire sauter les défenses de gens qui n'ont rien demandé. En Médecine du Travail, le colloque singulier ne permet de proposer que des réponses individuelles, non satisfaisantes. En effet, faire sauter les défenses n'a d'intérêt que si le groupe peut reconstruire autre chose dans un processus collectif de défense.

A un autre niveau, la souffrance exprimée par flots peut signer la décompensation subdépressive.

Si l'**ECOUTE INTERSUBJECTIVE** est **IMPARABLE**, il faut savoir comment ça fonctionne pour se protéger puisque, pour entendre, il nous faut travailler avec notre propre souffrance.

Le sujet en face du médecin peut être le modérateur de l'entretien: «Non, Docteur, c'est quand même pas à ce point».

En fin de compte, la méthode est de **TOUJOURS BANALISER LA SOUFFRANCE INDIVIDUELLE**, en la resituant au niveau du groupe...

Pour dévoiler réellement les procédures défensives, C. DEJOURS essaye une démarche scientifique de travail de **GROUPE VOLONTAIRE** (évitant les décompensations individuelles) aboutissant au diagnostic de psychopathologie du groupe, offert à l'entreprise. La **VISION des CHOSES CHANGE AU PLAN COLLECTIF**.

LE COLLOQUE SINGULIER VOUE A L'ECHEC ?

L'écoute par le médecin du travail au quotidien est-elle utile ?

Difficile question ! D'abord, il n'y aurait pas de vérité sur le renvoi de la souffrance. De plus, décrypter les défenses individuelles chez les **NON VOLONTAIRES** pose problème même si les gens ne souffrent jamais trop longtemps; qu'ils constituent ensuite des défenses individuelles (désengagement professionnel par exemple) ou collectives.

Autre problème: comment faire l'analyse collective par entretien individuel? C. DEJOURS qui ne connaissait ni l'écoute ni les défenses des médecins du travail, n'a pas de réponse actuellement.

N. DODIER : DU CHAMP DU SCIENTIFIQUE A L'INTIME CONVICTION :

Selon N. DODIER, l'activité du médecin du travail oscille entre quatre pôles : civique, technique, économique (gestion) et individuel.

Si le tiers temps permet aisément de conquérir du terrain dans l'entreprise, par un langage commun avec les ingénieurs, par contre, revenir au subjectif, c'est s'éloigner des ingénieurs qui «évacuent» l'**HOMME**.

Le mode d'approche en sciences humaines, ergonomie, par découpage, supprime la subjectivité. Revenir au psychisme, c'est réintroduire la subjectivité.

Oscillant entre ces quatre pôles, le médecin du travail par référence à la notion de **GLOBALITE**, sort du **CHAMP SCIENTIFIQUE**, et s'**ISOLE** sur un territoire qu'il tente de rendre inaccessible: l'**INTIME CONVICTION**.

Une telle approche, proche du sujet, inscrite dans le champ social nécessite stratégies et compromis, loin de la logique de la médecine curative qui enseigne : des symptômes -> un diagnostic -> un traitement -> une guérison (=une victoire sur la mort).

DE L'ECOUTE A L'IDEOLOGIE DEFENSIVE DU MEDECIN DU TRAVAIL :

L'écoute individuelle est-elle simple accompagnement de la souffrance ?

«Y en a marre d'écouter la souffrance sans explorer plus loin»

Or explorer, c'est buter tôt ou tard sur les problèmes d'organisation et donc de pouvoir dans l'entreprise. C'est **EXPLOSIF !**

De plus, en l'absence de demande sociale, pas de résultat. Alors comment faire émerger la demande ? Le risque est d'être accusé de rendre les gens malades. Selon l'employeur, le médecin du travail devient celui qui «provoque», et non plus «dévoile» la crise (référence au travail de DEJOURS à E.D.F.).

Accusation dure à encaisser !

Et quelle place alors pour l'intime conviction ?

Finalement, dénoncer et tenter de faire prendre en charge les problèmes, sans maîtriser le champ des contradictions de l'entreprise aboutit à avoir tout le monde sur le dos.

... de là à la **PARANOIA** induite du médecin du travail, il n'y a qu'un pas.

Certains se référeront aux textes : Droit du Travail, normes en matière de nuisance, de confort, anthropométrie : **BALISONS, BALISONS...**! pour ne pas se poser la question de la souffrance... autant de stratégies défensives !

Au point d'annihiler notre perception de toute souffrance, la nôtre et celle d'en face.

Le candidat à la visite médicale n'a plus rien à dire, pas envie de raconter.

- . Ne plus partager la souffrance
- . Ne plus souffrir l'Humiliation de notre Impuissance à Guérir la souffrance.

Le rapport à la réalité peut alors devenir, quand on choisit de ne plus rien faire, mépris sur soi, mépris sur les gens et mépris sur le champ professionnel... idéologie défensive du métier?

STRUCTURELLEMENT, la Médecine du Travail actuelle permet-elle un autre choix que de devenir ou **ZORRO** ou **ZERO** ? Peut-on agir collectivement ?

DE LA RELATION INDIVIDUELLE AU COLLECTIF MEDECINS ?

Y a-t-il une place pour l'activité collective en médecine, en générale, et en médecine du Travail en particulier?

Notre écoute, l'accompagnement de la souffrance, l'engagement pris vis-à-vis du malade est un frein à la stratégie de groupe.

- **PREMIEREMENT**, «la **REGLE** médicale est individuelle, au **CORPS**».

Il n'y a que des chercheurs individuels, dans des groupes collectifs. C'est la négociation, âpre, qui permettra la distribution des tâches.

La **MEDECINE**, lieu de pouvoir, ne se partage pas. On délimite des stratégies individuelles collectivement, et on a des perspectives collectives de stratégies.

- Ce n'est que dans un **SECOND TEMPS** que le collectif deviendra lieu de **TRAVAIL PARTAGE**. Car finalement, l'individu n'a qu'une vision des choses, le travail collectif harmonisant l'ensemble.

Se regrouper, verbaliser, donne l'intelligibilité des choses, n'est possible que parce que le découpage est déjà en place lors du partage avec le groupe.

DES EXEMPLES DE COLLECTIFS :

* **ETUDE ESTEV (Travail et Vieillesse)**

Remarque : l'acceptation du travail préparé par le médecin inspecteur, un statisticien **INSEE**, un épidémiologiste **INSERM**, est due en partie au fait que les médecins du travail ont pu donner leur avis avant le départ... avis ayant permis des corrections, aménagements des questionnaires et protocoles.

* **ETUDES PAR BRANCHE PROFESSIONNELLE:**

(Etudes épidémiologiques avec mise en évidence de facteurs de risques, ou étude de la prévalence de maladies, approche de modes opératoires nocifs par mesures systématiques de substances aux postes de travail (benzène dans les garages, chez les pompistes; farine chez les boulangers - pâtisseries - protocole et analyse statistique nécessitant un petit groupe formé aux statistiques et à l'épidémiologie).

Ces études nécessitent l'acceptation du partage des tâches, la reconnaissance des compétences de chacun; les leaders étant là pour canaliser les efforts, regrouper les résultats... sans avoir plus de savoir pour autant. Accepter les leaders n'est pas forcément chose facile. Nécessité d'une complicité du groupe, d'une écoute, là aussi, des interrogations et propositions de chacun...

* **ERGONOMIE** : intervention de plusieurs médecins ergonomes sur un même sujet, sur un même site. Le médecin demandeur gardant son libre arbitre.

* **TIERS TEMPS COLLECTIF** : visite des minoteries par exemple.

* **TRAVAIL D'EQUIPE avec d'autres intervenants extérieurs :**

- Ingénieur **CRAM**, **UPM**
- **ERGONOME**, **SOCIOLOGUE**, **PSYCHIATRE**
- **GIRPEH**, assistante sociale..

pour un travail d'équipe avec l'entreprise et le médecin du Travail.

AU TOTAL

A l'aube de l'Europe de 92, la Médecine du Travail à la Française, n'est effectivement pas meilleure qu'une Médecine du Travail de **FACTEURS DE RISQUES** anglo-saxone.

C'est pourquoi, il faut craindre en France une Médecine du travail de facteurs de risques, limitant la visite annuelle aux seules surveillances médicales spéciales (dont on connaît l'arbitraire découpage : l'absence des visites annuelles systématiques, c'est à coup sûr la fin du développement de l'approche psychopathologique du travail.

Or, si nous en sommes à ce pâle constat de notre inconséquence en milieu du travail, n'est-ce pas aussi à cause de la psychopathologie des médecins du travail eux-mêmes ? DUR, DUR...

J. MACHEFER

Janvier 1992

LES CAHIERS DU S.M.T.

N°1 Spécificité et Médecine du Travail (89) - épuisé

N°2 Ethique et Pratique en Médecine du Travail (90) Introduction aux débats

N°3 Evaluation en Médecine du Travail (nov. 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) - 50 Frs

N°6 Médecine du Travail et Santé Publique (mai 93) - 50 Frs

Ce cahier m'a intéressé :

. Je ne suis pas membre du S.M.T., je verse 100 Frs
à titre de soutien

. 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.

IMAGES DU CORPS DANS LE TRAVAIL : UNE REALITE CONCRETE ET BEAUCOUP D'ENJEUX

Des exemples précis, nombreux me reviennent en mémoire, des exemples où il s'agit bien, à mon avis, de l'image du corps. Ils ne sont pas spectaculaires ni sensationnels (l'objet du débat n'est pas de montrer des «bonnes» ou «mauvaises» images) ; et ils ne permettent de poser que l'amorce d'une réflexion (je n'exerce pas actuellement la médecine du travail, «à l'époque» donc, au moment où se sont passées les choses racontées ce n'était pas du tout l'image du corps que j'observais, et je suis médecin du travail et non psychanalyste). Pour éviter d'être prise de vertige dans ce qui est pour moi de l'ordre de la perception sensible et de l'intuition, j'ai cherché à prendre appui sur Françoise DOLTO (L'Image Inconsciente du Corps - Seuil 1989) et Christophe DEJOURS (Plaisir et Souffrance dans le Travail - Séminaire Interdisciplinaire de Psychopathologie du Travail - 1987).

LE QUOTIDIEN, GRAND POURVOYEUR D'IMAGES

Deux fois par an, c'est la réunion au C.H.S. (Comité d'Hygiène et de Sécurité) du Centre de tri, et revient toujours à l'ordre du jour la question de l'hygiène des sanitaires. Un peu de gêne, puis, il faut bien en parler, on parle de ces individus qui ne tirent pas la chasse d'eau et jettent leur mégot de cigarette dans l'urinoir («pas vous, bien entendu») et puis, au bout du compte, le service Entretien nous explique que le système d'arrivée d'eau a été mal conçu (le centre de tri mis en service en 1975...), le calibrage des arrivées d'eau est très insuffisant, «alors, forcément, ça s'entarte, et les urinoirs sont bouchés», finalement on décide de demander que les travaux à faire soient inscrits sur le prochain budget «mais ça coûte cher, on ne pourra pas tout faire». On passe au point suivant.

Voilà une des réalités de la situation de travail au centre de tri. Sans faire une liste exhaustive, on peut dire aussi celles du travail dans la poussière et des gaz d'échappement des camions au transbordement, des néons blanc industrie dont une bonne part clignote ou ne marche pas, y compris dans les salles de tri et d'indexation (le centre «tourne» surtout la nuit), des cadences (tri manuel 1 500 lettres/heure en moyenne), des longs trajets en voiture pour rejoindre le domicile après une nuit de travail, ou bien encore le fait que les femmes soient vécues comme indésirables au transbordement alors que c'est statutairement possible.

Bien évidemment, toutes ces composantes de l'activité de travail et ses conditions ne constituent pas en elles-même une image du corps. En général, l'individu ne s'identifie pas directement à sa situation de travail, ni à son travail lui-même (ce serait quand même à discuter). Mais dans ces réalités, et compte-tenu de son histoire propre, de ce qu'il est, l'Homme - sujet (au sens psychanalytique) puise de quoi construire une image de son corps, de la même façon qu'il trouve dans le verre étamé une image scopique. Je pose cette analogie y compris en pensant aussi aux limites physiques du miroir: le miroir rend à sa manière ce qu'il reçoit, c'est-à-dire une image en deux dimensions de quelque chose qui existe en trois, et avec des effets d'optique selon son incidence par rapport à l'objet «vu».

De par sa nature, le travail serait donc un miroir particulièrement complexe, et qui plus est, il n'est pas que ça pour le sujet : c'est un peu comme une roue d'engrenage (qui a donc pouvoir de potentialiser ou au contraire de tout gripper). Je repense à ce que vous dit Ch. DEJOURS du travail et de la souffrance au travail, en comparant ce qui se passe chez les pilotes de chasse et chez les manoeuvres du Bâtiment et Travaux Publics d'un point de vue psychanalytique :

Pour les pilotes de chasse «le travail, c'est aménager une autre scène, un autre théâtre, aux fantasmes et aux conflits qui leur ont donné naissance sur la scène intrapsychique. Le champ social est directement investi par l'exigence de travail qu'implique toute pulsion. Le champ social devient lieu privilégié de renégociation par le sujet de son histoire singulière».

Pour ce qui est de la souffrance, «dans le cas de l'aviation de chasse, la souffrance occasionnée par le travail fait écho à la souffrance conflictuelle, tandis que chez les manoeuvres du Bâtiment et Travaux Publics, il n'y a pas de choix vis-à-vis du travail ni de ses enjeux, et la souffrance qui résulte de l'affrontement à l'organisation du travail est désarticulée. Elle s'ajoute à la souffrance intrapsychique, dans le pire des cas elle la redouble, mais ne lui donne qu'un faible espace de négociation (celui qui sépare organisation prescrite et organisation réelle du travail). Dans d'autres cas, elle n'a tout simplement aucun rapport avec la souffrance conflictuelle mais elle gêne la négociation de cette souffrance dans le champ social».

Il me semble que dans tous ces enjeux psychiques, se forme une image inconsciente du corps. Mais, je le répète, c'est aux psychanalystes ou aux artistes de nous rendre ces images visibles.

QUAND AU TRAVAIL, S'ABIME L'IMAGE DU CORPS...

M. K. est préposé manutentionnaire dans un bureau de poste depuis 1983, mais je ne le vois pour la première fois, et à sa demande, qu'en 1987 (oui, c'est çà la médecine du travail dans la Fonction Publique...). Il a mal au dos, il a peur que le travail entraîne une récurrence (il a été opéré deux fois d'un kyste synovial lombo-sacré, il impute cette pathologie au choc d'un caddie sur la région lombaire). Il demande une dispense de certaines tâches, ou plutôt à être affecté à une activité de guichet.

L'administration de la Poste est très rigide, productivité comme dans le privé, rigidité des règles de mutation et d'accès à un autre grade comme dans tout secteur public. Il passe selon la procédure, en commission de reclassement. L'administration ne prend pas en compte l'avis du médecin de prévention, ne donne pas suite à la demande, mais la démarche vaut à M. K. d'être classé «Handicapé» dans les dossiers du service du personnel, ce qui a pour effet d'handicaper demandes de mutation, notations et accès à certains concours... M. K. a échoué plusieurs fois au concours d'AEX SG (activité de guichet).

Les choses empirent : l'administration se plaint de son «attitude» (congés de maladie de brève durée à répétition), les conflits avec les collègues se multiplient (ils ne veulent plus l'aider). Je l'adresse à un psychanalyste, il y va, le temps de réussir au concours d'AEX SG.

Françoise DOLTO : «L'image du corps, ... c'est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles ; elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant ; l'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle».

L'image du corps de M. K. était manifestement en pleine mutation : ce chef de famille devenait «fragile du dos», de secrétaire dans un lycée à Pondichéry, il devenait manutentionnaire, d'agent estimé pour sa minutie et sa conscience professionnelle, il devenait «tire-au-flanc revendicateur», d'Hindou de nationalité française il devenait, du fait de sa transplantation, et au vu de la couleur de sa peau, un étranger. Elle a été profondément altérée, et dans toutes ses dimensions (François DOLTO décrit de façon très opérante une image de base, une image fonctionnelle, une image érogène, une image dynamique). Il y a eu blessure dans son narcissisme (sa sûreté d'être, sa puissance). Tout cela s'est pleinement joué dans la relation intersubjective (notamment entre M. K. et l'administration qui a dénié la pénibilité du travail, refusé d'entendre la plainte et le désir).

Pour nous, médecins du travail, cette histoire est banale, fréquente. Des cas individuels ? Il ne peuvent que se multiplier quand l'organisation du travail heurte trop violemment le sujet désirant et que la fonction du collectif de travail est de constituer des défenses adaptatives et non plus de porter le désir.

JAMAIS DITE, TOUJOURS LA

34

Il arrive qu'il fasse très chaud au guichet de certains bureaux de poste surtout depuis qu'on a installé des vitres de sécurité et qu'on a informatisé... Plaintes dans le cahier d'Hygiène et Sécurité, demandes de travaux du receveur, la question revient régulièrement en C.H.S., rien n'y fait. Jusqu'à l'été suivant, où le système informatique tombe plusieurs fois en panne. Grâce à quoi, le chef de service donne en C.H.S. un avis favorable à la demande d'une miniclimateur. Logique simplement économique.

Ce n'est que dans l'intérêt de ses statistiques (ah, cette loi sur l'embauche des handicapés!) et dans le cadre de sa gestion de ressources humaines (nous avons eu un chef de service départemental qui ne manquait pas de dire en

commission de Reclassement, C.H.S. et autres lieux que «la Poste ne pouvait plus se permettre de porter des canards boiteux et autres bras cassés») que l'administration fait d'un agent demandant, pour des raisons médicales un changement ou un aménagement de poste de travail, un «handicapé».

C'est simplement à cause d'une logique de l'histoire que les accidents de service survenus sur la voie publique (ce n'est pas rare pour les préposés à la distribution cycliste et motocycliste) sont comptabilisés sur les listings «Dégâts matériels et corporels du parc de véhicules», glissés entre bris de pare-brises, accidents de trajet et autre déconvenues.

Bien que l'encadrement ne porte pas cela consciemment, et en nuançant (une partie de l'encadrement savait se frayer une marge de manoeuvre, mais cela devient de plus en plus difficile), ces logiques de décision dans le quotidien procèdent bien d'une logique d'aliénation. Pour moi, la seule difficulté à l'affirmer tient de ce que cela n'est, bien sûr, jamais dit. Il n'est pas pensable qu'une telle machinerie d'exclusion du sujet désirant ne heurte pas l'image du corps principalement dans le narcissisme et la dynamique du désir. A moins que les stratégies défensives, adaptatives, organisées et structurées dans le collectif ne parviennent justement à préserver l'image inconsciente du corps. Je ne sais pas, je ne sais rien du tout, je pose des questions.

OU IL FAUDRA REPARLER DE LA QUESTION DE LA CITOYENNETE DANS L'ENTREPRISE ET DE CELLE DE L'ALIENATION

C'est volontairement que je ne parle pas de la négociation de l'image du corps avec le médecin du travail : l'introduction de ce tiers occulterait le rapport de forces essentiel au sein de l'entreprise, il faudrait au préalable reposer la fonction de la médecine du travail dans le champ social (Cf. nos débats des années précédentes), et pour ce qui est de la façon propre au médecin de produire une image du corps, attendons le Congrès du S.M.G...

Restons donc à observer les relations dans le travail. Surtout dans les tâches peu qualifiées et à organisation du travail rigide, il y a un glissement subtil approximatif vers ce qui pourrait être des relations parents - enfants : attitude protectrice ou autoritaire de l'encadrement, attitude «infantile» des subordonnés (comportement déresponsabilisé ou au contraire de défi de l'autorité). Tout, dans le quotidien du travail, nous invite à opérer une telle transposition.

Mais il faut rapidement faire cesser l'analogie. L'employeur n'est pas l'instance tutélaire, la relation de travail est avant tout une relation contractuelle (même si elle sous-tend un lien de subordination) et non une relation de géniteur / engendré. Pire encore, nous savons tous, et très concrètement combien il est facile de dérapier plus loin encore vers une relation d'aliénation. Cette question est malheureusement loin d'être dépassée en cette fin de 20e siècle. Il y a là de grands enjeux pour l'Être sujet désirant, voilà pourquoi j'aimerais que nous discutons de la citoyenneté dans l'entreprise du point de vue de la psychopathologie du travail.

Septembre 1992
Marie-Christine BOSQUILLON
Association Santé et Médecine du Travail

P.S. : C'est évident, dans le travail, se joue donc la représentation que les gens se font d'eux-mêmes. Il y a des effets non-maîtrisés qui se passent dans leur inconscient.

De part notre fonction, nous sommes amenés à entendre leur plainte, leur parole ou leur symptôme. A nous de faire que le temps de la parole et de l'écoute ne soit pas un sédatif (entendre pour calmer, c.f. corps opaque) mais que ce temps soit la première étape d'une stratégie de ré-introduction du sujet dans l'entreprise.

PAROLES DE MEDECIN DU TRAVAIL

LE LIVRE BLANC DE LA PRECARISATION

Colloque réunissant tous les auteurs

Samedi 4 décembre 1993 - PARIS

Le lieu sera précisé ultérieurement

**Samedi 26 juin 1993 de 9 heures à 18 heures 30
au Forum 104 - 104, rue de Vaugirard - 75006 PARIS**

Journée d'Etudes sur le thème

TRAVAIL ET SANTE IMPACT DE LA PRECARITE ET DE LA PRECARISATION AU TRAVAIL

A l'appel de : ALERT, AOICP, CRIAST, SMT, VILLERME*

I Objectif Général :

Décrire, comprendre les situations de précarité et les processus de précarisation en vue de mieux saisir les conséquences sur la santé.

II Objectif spécifique :

- Cinq associations dont les objectifs de réflexion, d'études et de recherches sur l'homme au travail, chacune dans un champ d'observation particulier, chacune dans des champs disciplinaires spécifiques se sont entendues sur:
- 1) L'importance -au niveau individuel et collectif- des transformations de la gestion de l'emploi, de l'organisation de travail, impliquant précarité et précarisation.
 - 2) Sur le peu d'informations statistiques pertinentes sur ces problèmes et sur l'absence d'études descriptives, analytiques et évaluatives en particulier concernant les conséquences sur la santé.
 - 3) Sur la nécessité, dans un premier temps, de confronter les modes d'approches (concepts, outils de mesure, protocole d'études, applications ou retombées attendues).

Pour ces raisons, ces cinq associations ont décidé d'organiser une journée de type colloque ayant pour but d'articuler les trois volets de l'objectif général : décrire, comprendre et saisir les conséquences sur la santé de la précarité et de la précarisation de sorte que des éléments de réponses puissent être confrontés dans le cadre des cinq questions suivantes:

- a) Comment comprendre d'où vient la précarité?
- b) Comment se construit la précarité?
- c) Comment évaluer la précarité?
- d) Comment se répercute la précarité sur la santé?
- e) Comment réagit-on à la précarité?

III Organisation de la journée colloque

Quatre tables rondes successives :

1. De quoi parle-t-on en termes de précarité et de précarisation?
2. Comment la précarité percute-t-elle les conditions de la construction de la Santé au travail?
3. Comment la précarité percute-t-elle nos propres pratiques?
4. D'une lecture de la précarisation à une lecture de la société.

* * *

*

ALERT : Association pour l'Etude des Risques du Travail
AOICP : Association pour l'Ouverture du Champ
d'Investigation Psychopathologique
CRIAST : Collectif pour la Recherche et l'Intervention
contre les Atteintes à la Santé des Travailleurs
SMT : Association SANTE ET MEDECIN DU TRAVAIL
VILLERME : Association Villermé (inspecteurs - contrôleurs
du travail)