

# **UNE EXPÉRIENCE DE QUINZE ANS D'ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ENTRE PAIRS<sup>(1)</sup>**

## **GAPP DE TOURS, GROUPE D'ACCOMPAGNEMENT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES TRANSFORMÉ RÉCEMMENT EN GAPEP, GROUPE D'ANALYSES DES PRATIQUES ENTRE PAIRS**

**D**epuis 1992 plusieurs groupes de médecins du travail de notre région ont expérimenté plusieurs méthodes d'analyse de leurs pratiques en groupes de pairs, pour essayer d'adapter leur métier à l'émergence de la souffrance au travail qui envahissait le champs de « l'altération de la santé du fait du travail » et devant laquelle ils se sentaient démunis.

Ne voulant pas se contenter d'« absorber comme une éponge » la souffrance exprimée, ils s'interrogeaient sur leurs possibilités d'action dans le sens du métier en mars 1992 à Tours, et invitaient Chr. DEJOURS pour présenter les apports de la psychodynamique du travail.

Une trentaine de médecins du travail, convaincus que le sens d'un travail et les façons de le faire ne peuvent s'élaborer qu'au sein même du collectif concerné, se sont déclarés volontaires pour participer à une « formation-action » qui partirait d'une réflexion sur notre profession :

Pour repérer les règles de métier concernant notre rôle face à la souffrance au travail, il nous fallait d'abord approfondir la compréhension de la nôtre, réfléchir ensemble sur les contradictions pénibles du métier et échanger sur son sens, sa légitimité, son utilité.

Deux groupes appelés « Paroles et Pratiques » à Tours et Orléans, ont fonctionné pendant un an avec des réunions

.....

1 - Communication présentée au 30<sup>ème</sup> Congrès national de médecine et santé au travail, Tours juin 2008

mensuelles, animés par Ph. DAVEZIES et D. LEBOUL, et ont restitué un rapport d'enquête, qui a été présenté en 1993 à la Société de Médecine du Travail (la « formation-action » s'était transformée en « formation-enquête » pour nous aider dans notre « action »).

La présentation des difficultés du métier que nous avons pourtant exprimées, nous a plutôt choqués à l'époque, alors qu'elles paraissent évidentes aujourd'hui :

- l'impossibilité d'objectiver le subjectif empêche de rendre compte de la souffrance mentale ;
- les pressions économiques des entreprises entravent notre action pour la santé ;
- le poids de la surcharge (abattage) nous oblige à éluder beaucoup de questions ;
- les contradictions entre nos rôles d'aptitude et de prévention ;
- la carence de reconnaissance autant du coté de l'entreprise que du monde médical ;
- les tentatives d'instrumentalisation par les RH ou les partenaire sociaux ;
- de fréquents vécus d'isolement, parfois des vécus d'agression ;
- souvent un sentiment d'inutilité.

Face à ce doute quant à leur rôle, les médecins du travail mettent en œuvre des stratégies défensives très différentes pour arriver à protéger leur identité professionnelle : pru-

dence, retrait, investissement sélectif, technicisation, juri-  
disme...

Cette auto-expérimentation nous a permis de comprendre que c'était justement l'impossibilité de penser et discuter nos procédures défensives qui entravait la construction de savoir-faire communs et notre efficacité.

Il fallait dépasser cette étape pour progresser dans notre métier.

À la suite de débats agités dans la Société de Médecine du Travail, beaucoup d'entre nous ont souhaité travailler collectivement au sein de GAPP « Groupes d'Accompagnement des Pratiques Professionnelles » pour tenter de cimenter et enrichir la profession avec l'appui de la psychodynamique du travail. Des GAPP ont démarré à Orléans, Bourges, et Tours. Le GAPP de Tours fonctionne depuis 1993 et s'est adapté récemment en GAPEP comme j'expliquerai ensuite.

L'objectif du GAPP était de construire et rationaliser nos pratiques pour mieux répondre à la souffrance/travail, en échangeant sur nos façons de faire et réfléchissant aux règles sous-jacentes à nos décisions : **Mieux faire et mieux faire ensemble.**

Ce groupe de 11 à 15 médecins des différents services inter-entreprises et autonomes du département s'est réuni durant 15 ans, tous les deux mois, hors temps de travail (vendredi 20 h ou samedi).

Il était prévu de travailler de deux façons :

- une partie théorique par lecture et études de textes, parfois ardues, de psychologie du travail et psychodynamique du travail,
- et une partie clinique, devenue vite centrale, par discussion de cas concrets jugés difficiles ou intéressants que chacun présente selon ses souhaits.

En début de réunion nous fixons le programme selon les priorités d'action. Très vite le principe d'entraide avec interdiction de juger a permis la confiance mutuelle, une vraie liberté de l'expression et une sympathique convivialité.

Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu écrit adressé à tous, présents ou non. L'écrit permet de relire et parfois de revoir les faits dans le temps, et également de suivre l'évolution de nos pratiques.

La présentation du cas concret peut se faire à partir de notes, d'observation rédigée (monographie) ou simplement de mémoire pour les problèmes en cours.

Nous abordons souvent des situations graves où planent des risques de perte d'emploi, dangers, conflits, suicides, mais aussi *a posteriori* des cas qui nous interrogent sur notre rôle, ou des cas emblématiques. Autour de l'histoire racontée, les collègues demandent des précisions, se font décrire l'environnement, le contexte, le fonctionnement de l'équipe, le contenu du travail (le travail paraît si évident à l'intéressé qu'il ne le décrit jamais)... Puis chacun y va de son interprétation et de ses suggestions.

On essaie de comprendre ce qui n'est pas explicite, de décoder les stratégies défensives qui brouillent les pistes. On se

pose et on pose des questions. On rentre parfois chez soi perplexe ! Mais cela aide à nous interroger autrement et à interroger autrement les faits. Personne n'apporte de réponse mais c'est en réorientant l'analyse que l'on avance dans la compréhension d'une situation et que l'on voit mieux comment agir dans le sens de la santé.

Nous travaillons les cas cliniques dans trois dimensions très liées et complémentaires. Nous allons présenter les enseignements dans chacun des trois axes, issus de cas discutés en réunions, et non théoriques (72 compte rendus de réunions GAPP).

- Comment aider à la construction de la santé du sujet ? action individuelle ;
- Comment faire remonter le problème dans l'entreprise ? action collective ;
- Quelles règles de métier en tirer en temps que médecin du travail ?

## PREMIER AXE : L'AIDE

### À LA CONSTRUCTION DE LA SANTÉ DU SUJET

Comment aider quelqu'un à sortir de l'impasse et à reprendre la main ? Cela passe par l'écoute attentive, l'écoute compréhensive, qui permet :

- **Donner acte à la souffrance exprimée, sans juger.** Donner acte au vécu douloureux, au vécu de harcèlement, à l'arbitraire d'une décision, à l'humiliation, à la peur face au risque, ou la honte de faire des choses qu'on réprouve, cela permet de rassurer, et cela libère la parole. Aider le salarié à mettre en mots, l'aide à comprendre.
- **Entendre et comprendre les contraintes,** sans les légitimer, toutes les contraintes (physiques, chimiques, mais aussi coûts/délais, etc.), cela permet au salarié de réaliser les injonctions contradictoires qui le mettent forcément en échec d'un côté ou de l'autre, et le culpabilisent.
- **Décoder les procédures défensives,** qui reposent sur le déni, difficiles à déceler car elles s'instaurent inconsciemment et souvent collectivement pour continuer à travailler en masquant ce qui fait mal. Tant qu'elles fonctionnent elles protègent la « normalité » et doivent être respectées. Les carapaces les plus rigides sont les plus fragiles quand elles se fissurent, il faut agir avec prudence pour qu'un travail de fond soit mené collectivement.
- **Chercher les dysfonctionnements de la dynamique de construction de la santé dans l'investissement professionnel,** les entraves à la confiance et la coopération d'une équipe, les mises en concurrence qui gênent la cohésion et la reconnaissance des pairs, donc l'estime de soi. Il faut des espaces de discussion où tout peut se dire en confiance pour que se transmettent les savoir-faire, et que les salariés puissent coopérer et construire l'estime entre eux. Si la souffrance concerne l'investissement affectif, il faut protéger l'engagement dans le travail qui sert alors de pilier principal à l'équilibre psychique.

- **Aider le salarié à reprendre sa situation en main** ; aider à raconter aide à penser, et l'élaboration du point de vue aide à la prise de décision. C'est vrai aussi pour les décisions d'aptitude.

## DEUXIÈME AXE : L'ACTION COLLECTIVE DANS L'ENTREPRISE

**C**omment le médecin du travail peut-il faire remonter le problème dans l'entreprise ?

- **À la base nous sommes veilleur et témoin** : la clinique individuelle permet la veille collective par mise en perspective d'éléments collectés au fil de l'eau, ce qui peut permettre d'anticiper des crises et éviter des pathologies en sensibilisant les acteurs de l'entreprise. Parfois il faut aussi alerter en urgence. S'il est témoin de pratiques intolérables, le médecin du travail souvent seul regard externe en particulier dans les petites entreprises peut contribuer à la ré-émergence de limites. Le jeu du regard des autres suffit souvent à arrêter des persécutions.
- **Il faut interpeller les partenaires sociaux** : conseiller des salariés et de l'employeur, le médecin doit renvoyer les problèmes pointés dans le débat social de l'entreprise, en utilisant tous les espaces possibles d'écoute et débat, l'idéal étant le CHSCT quand il existe. Les déclarations d'accidents, de maladies, des courriers, les fiches d'entreprises, les rapports annuels, permettent aussi de transmettre nos avis. Que la souffrance soit dans le débat public ne suffit pas à changer l'organisation du travail mais cela conditionne le démarrage d'une réflexion.
- **Reformuler les discours sur la santé et la motivation au travail** : la santé n'est pas zéro accident, zéro défaut, mais un cheminement personnel qui passe par la construction de l'identité. L'investissement professionnel nécessite le plaisir au travail. L'être humain ne s'investit que s'il dispose d'un minimum d'initiative et créativité. C'est la reconnaissance de l'art de faire, de l'effort, de la compétence, autant par les pairs que par la hiérarchie, qui fait plaisir et motive, quelque soit la peine donnée. Le bon fonctionnement de cette boucle garantit la santé/travail.
- **Imposer la compréhension dans la prévention** : Nos cas concrets montrent des dizaines d'exemples de nécessités de reformuler les discours prévention réduits au respect des normes et prescriptions, pour obliger à la compréhension du fonctionnement humain, j'en citerai quelques uns :

**la qualité ou sécurité totale** ne s'obtient pas par des normes qui protègent de tout dysfonctionnement (normes de durée, distances...) ou garantissent la santé. Rigidifier le prescrit oblige à taire les astuces qui permettent de faire le travail, et empêche d'en discuter : c'est négatif pour la santé de celui qui assume seul dans le doute et sans reconnaissance, et pour la sécurité assurée collectivement.

Il faut sortir les **enquêtes accident** de l'écart au prescrit (**l'erreur humaine !**) qui culpabilise la victime et pousse à dissimuler des éléments essentiels à la prévention.

**L'évaluation des risques, l'étude des postes, toute enquête**, doivent partir des « façons de faire » des agents, qui donnent acte de leurs connaissances et expériences. Il faut saisir toute occasion de formations pour faciliter l'échange des plus isolés.

**Dans les conflits, troubles du comportement, plaintes « harcèlement »**, il faut sortir des discours sur les personnalités ou profils, et tenir compte des surcharges, absences d'autonomie, horaires chamboulés, règles contradictoires... Plus les organisations sont tendues, plus les personnalités s'affrontent. On ne calme un conflit qu'en discutant ensemble de l'organisation jusque dans les détails. L'explosion d'une crise part toujours d'un détail qui fait déborder le vase. La démarche compréhensive part du point de vue du salarié, du vécu, du travail réel, et peut s'appliquer à toute demande santé/travail. C'est le rôle du médecin, humaniste par définition, et parfois seul tiers externe, de plaider la centralité du fonctionnement de l'Homme dans le fonctionnement de l'entreprise, et rappeler que toute conduite humaine a un sens.

- **Externaliser le débat** : si le médecin ne trouve aucune possibilité d'agir ou témoigner dans l'entreprise, il doit porter le débat à l'extérieur, par les médecins traitants, l'inspection du travail, etc. toujours avec l'accord des intéressés, destinataires des copies. Les rapports annuels, en particulier communs à plusieurs entreprises, ou des études sur un secteur, une branche professionnelle permettent de diffuser l'information et peuvent être réutilisés ensuite dans l'entreprise de façon plus anonyme. Témoigner ensemble accroît l'intérêt des études, tout en partageant avec les pairs.

## TROISIÈME AXE : QUELLES RÈGLES DE MÉTIER EN TIRER EN TEMPS QUE MÉDECINS DU TRAVAIL ?

**J**e citerai d'abord D. CRU pour sa définition parfaite des douze règles de métier, qui n'ont rien à voir avec réglementations ou prescriptions :

*« Ce sont des règles formelles et informelles, construites et partagées par les membres d'une équipe ou d'un collectif. Ces règles non écrites, plus ou moins explicites dans leur formulation, relatent les différentes façons de travailler à partir de débats permanents sur le comment faire et le comment faire ensemble. Elles prennent en compte les différences entre les individus aussi bien du point de vue de la personnalité que par l'expérience professionnelle, pour les orienter vers un but commun de travail selon des modalités définies et acceptées par tous. Elles cimentent ainsi une équipe de travail dans les relations de confiance et d'efficacité. »*

Nos réflexions partent d'un cas mais on reconnaît souvent des difficultés analogues dans d'autres entreprises. D'abord chaque expérience semble unique mais les enseignements se recourent. C'est en cherchant ce qui nous est commun et non ce qui nous différencie, que l'on renforce nos possibilités d'action. La délibération collective aide à y voir plus clair, oriente ou conforte nos arguments.

Nous repérons mieux les pressions sur le service médical pour pousser vers le management, pour cautionner des réorganisations, pour limiter son champ à l'aptitude ou la santé publique. Le médecin doit faire partager les valeurs éthiques de la profession pour maintenir son service solide et solidaire.

Au fil de nos débats concrets, nous développons des façons d'agir, de résister, de défendre un avis professionnel, ancré sur deux repères essentiels : le Code de déontologie médicale « *Primum non nocere* », et le Code du travail « *Éviter l'altération de la santé du fait du travail* », et se dessinent les règles informelles de notre métier, que je présente comme une grille de lecture des événements du quotidien :

- **Garder le seul point de vue de la santé/travail.** Ne jamais oublier au nom de quoi on parle.
- Aider le salarié à raconter pour l'aider à penser sa situation, et à reprendre la main.
- Donner acte à la souffrance, sans juger, et donner acte aux contraintes, sans les légitimer.
- Mettre en lumière l'arbitraire, pour permettre le recouvrement de la dignité.
- Décoder les systèmes défensifs, mais les respecter en l'absence d'autres solutions.
- Reconsidérer tout conflit sous l'angle de l'organisation du travail.
- Permettre aux salariés de débattre de l'organisation de leur travail et des façons de faire.
- Veiller et témoigner dans l'espace public de l'entreprise, ou ailleurs si ce n'est pas possible.
- Recentrer la motivation sur la possibilité d'investissement et de plaisir au travail.
- Rappeler que le bien-être passe par l'estime de soi, qui passe par la reconnaissance/pairs
- Pointer les obstacles à la confiance des salariés entre eux, qui conditionne la coopération.
- Opposer à tout discours de normalisation, un discours de compréhension.
- Rappelant que toute conduite humaine a un sens.
- Remettre l'Homme au centre de l'entreprise, comme fin et non comme moyen.

Cette grille nous guide dans notre action, elle structure notre analyse comme une colonne vertébrale, mais il faut toujours discuter ses applications. Chaque cas concret nous y oblige et garantit l'adaptation de notre métier au réel et aux évolutions de la santé-travail.

**En fin de réunion, après ce travail de cas cliniques en trois dimensions,** nous échangeons également sur des méthodes personnelles, nos façons d'examiner, de se présenter, nos attitudes d'autorité, ou de persuasion, etc. ce qui est

plutôt distrayant ! Nous prenons aussi des nouvelles des personnes dont les « cas » avaient été présentés, et qui souvent vont mieux et se sont réinvesties dans un travail !

Ce côté convivial et réconfortant a contribué à la pérennité du groupe, nous arrivons souvent épuisés en fin de semaine, mais la dynamique des échanges stimule vite. Il est arrivé au moins une fois à chacun d'attendre avec impatience la réunion GAPP pour « déballer » une situation pénible, et repartir allégé, sans solution en poche, mais avec des pistes pour reprendre le dossier.

**Lorsqu'est apparue l'obligation d'Évaluation des Pratiques Professionnelles,** l'ensemble des adhérents a accepté l'évolution du GAPP en GAPEP, Groupe d'Analyse des Pratiques Entre Pairs, au sein de l'association E-pairs (agrée par l'HAS), dès lors qu'il était possible de conserver notre méthode de travail, en toute confiance et toute indépendance.

Nous avons fait quelques adaptations :

- Réunions en temps de travail (huit par an), les médecins peuvent se libérer car l'EPP est obligatoire dans la formation professionnelle.
- Animateur et rapporteur nommés à tour de rôle, ce qui équilibre la charge de travail.
- Une « personne-relais » parmi nous assure le lien avec E-Pairs.

**Pour respecter les engagements de la Charte de E-Pairs,** il nous reste à formaliser des règles de bonnes pratiques, qui doivent prendre en compte :

- les connaissances scientifiques du moment,
- la pratique concrète
- et le questionnement éthique.

Ces référentiels auront pour objectif de faciliter le métier, un peu à la façon des conférences de consensus, et non de le compliquer, ni de le contrôler : nous veillerons à ce qu'ils ne dérivent pas en prescriptions, en les remettant en débat chaque fois que nécessaire...

Pour conclure, nous avons démarré le GAPP il y a 15 ans avec l'objectif de **mieux faire, et mieux faire ensemble.**

Nous témoignons des apports bénéfiques de l'analyse des pratiques en groupe :

- aide à la compréhension des situations difficiles,
- aide à la prise de décision pour l'action dans l'objectif de la santé au travail individuelle et collective,
- élaboration de règles de métier toujours améliorées au fil des discussions,
- renforcement du soutien social et de la reconnaissance entre médecins du travail.

**Mieux faire, et mieux faire ensemble, permet aussi de mieux vivre ensemble !**

*Brigitte PERCEVAL, Bernadette BERNERON,  
Véronique ARNAUDO  
médecins du travail à Tours*