

Thème : Atteintes à la santé et nouvelles organisations du travail : quelles stratégies d'action ?

Les débats sont le reflet d'une certaine impuissance des Médecins du travail confrontés à de nouvelles organisations dont les effets délétères ont produit des mécanismes pathologiques qui par leur existence entravent, aussi, les recherches d'issues pour la santé.

Une liste en est dressée au cours de la matinée :

- Réification des salariés
- Travail de sape de ce qui pourrait toucher au « professionnel »
- Crise du sens du travail
- Clandestinité du « travailler »
- Perte des repères et de l'action collective
- Négation du réel des situations
- Stigmatisation de l'arrêt de travail

Autant d'obstacles qui minent les stratégies d'actions des médecins du travail. Ces derniers se retrouvent face à un chaos institué, un « grand désert » où syndicats et institutions représentatives sont très affaiblis.

La question de la somatisation, engendrée par l'impossibilité de nommer ce qui rend malade, est au premier plan. La somatisation est la forêt que cache l'arbre les manifestations psychiques, au sens strict, dues au travail. Elle constitue sans doute la quotidienneté du médecin de soins, si on en juge par ce que les médecins et infirmières du travail présents observent notamment pour les salariés précaires (pour qui nommer revient à s'exclure).

En outre, les médecins du travail se sentent peu autorisés à suivre les gens : « il m'a écouté et m'a dit : je ne peux rien faire ». Seuls nos collègues en charge de petites structures notent qu'il est parfois plus facile d'agir dans un tel cadre du fait de la proximité des personnes et l'incontournable des réalités vécues en commun. Devant l'absence des services sociaux, certains ont mis en place un suivi personnalisé, qui se substitue à eux, ce qui parfois relève de l'exercice de la médecine de main d'œuvre, bénévole sinon militante.

Il est étonnant de constater comment la question de l'arrêt de travail est spontanément évoquée comme stratégie (éloge de la fuite ?)

La possibilité de « botter en touche » dès lors qu'une situation de travail est dangereuse pour la santé du salarié, ce que certains appellent « l'évacuation sanitaire », est rendue difficile du fait de la réticence de certains médecins généralistes à prescrire des arrêts, en référence à la pression insistante des organismes d'assurance maladie en matière de contrôle des prescriptions. Mais si certains sont apeurés, d'autres résistent.

La situation des médecins conseils est évoquée. Leurs confrères médecins du travail s'interrogent sur leur capacité à réfléchir collectivement sur leur exercice et l'existence de stratégies défensives inconscientes parmi ce corps professionnel.

Il est également constaté, exemples à l'appui, que la réticence à prescrire est entretenue par l'existence de plus en plus envahissante des médecins de contrôle patronal dont l'ambiguïté du rôle est encore plus manifeste dans certains régimes spéciaux où ils sont aussi médecins conseils.

Seuls les médecins du travail posent la question du sens de l'arrêt de travail : son lien aux situations de travail et à son organisation ne méritent-ils pas une prévention plus tournée vers la réalité sociale ? Réprimer les arrêts, comme tels, sans tenter d'en cerner les causes et d'y porter remède, n'est-il pas à terme contre productif pour la santé mais aussi d'un point de vue économique ? Les transferts de coût entre les branches maladie et AT-MP sont en effet évidents pour tous les participants.

La visite de pré reprise paraît importante pour pouvoir permettre une mise en mots de la réalité. Celle du lien de la pathologie au travail, celle de l'étude de poste ou de l'intervention auprès de l'employeur qui vont permettre une « véritable » réinsertion au travail. Des expériences de suivi médical professionnel pendant l'arrêt sont évoquées : la nécessité de se livrer à une étude de poste en amont de la reprise peut constituer une stratégie replaçant le travail au cœur de la problématique.

Hélas, induit par le médecin traitant ou le médecin conseil, l'examen de pré-reprise n'est pas ou peu demandé. Quant à sa demande par le salarié, elle est freinée par son un certain a priori négatif sur les possibilités d'action du médecin du travail ou son abandon de tout espoir d'amélioration.

La tonalité des expressions sur les difficultés de l'exercice de la médecine du travail est très négative parmi les participants. La description de cette perte de la capacité d'action, la cantonnant à la limite de la ruse, du compassionnel impuissant, du malmenage des pratiques professionnelles par la rudesse des pratiques sociales, s'accompagnent d'une vive émotion. Pourra-t-on résister ? Devons nous être des militants, faut il aller au front ? demandent certains. Impuissance ou héroïsme ? S'agit-il de choisir ?

Émerge alors la question du courage. Selon un quotidien, les médecins du travail manqueraient de « courage ». Mais qu'est ce qu'une société où pour soigner ou prévenir les altérations de la santé du fait du travail (et peut être « informer ») il faudrait du courage ? L'exercice « normal » d'un métier ne doit pas exiger de courage, sauf à ce qu'il occulte alors un problème social.

Quand une société ne supporte plus la réalité et la dissimule dernière des opinions et des professions de foi factices, dans laquelle l'hubris tient lieu de politique, c'est qu'elle est en voie de disparition.

La négation dans l'entreprise de la réalité du travail, la cécité sur l'activité de travail, la réduction du travailleur à un objet à valeur économique exclusive, qui se dissimulent derrière la communication en toile peinte, sont la source même de la crise sociale. Exerçant au cœur du mensonge, les médecins du travail, par fonction, doivent agir pour le dissiper et permettre la mise en lumière des pathologies qu'engendre un tel système.

Alors, oui ! quand il n'y a plus de travail et qu'il n'y a que des ennemis, il leur faut du courage, pas celui de la violence, mais celui de la dénégation, de la persévérance et de la réalité :

- Dénier toute pertinence aux discours tout faits, aux analyses de surface et aux solutions délétères.
- Comme médecins, exercer la persévérance hippocratique : tout homme, toute femme qui s'adresse à nous est un sujet, libre de son destin, que nous avons le devoir d'aider à cheminer dans la recherche de ce qu'il ou elle considère comme sa santé.
- pas n'importe quelle réalité cependant, mais celle que nous enseigne la clinique médicale : « *du symptôme au signe, de l'observé au signifiant* », « *Toute théorie se tait ou s'évanouit toujours au lit du malade* », « *l'art de décrire les faits est le suprême art en médecine : tout pâlit devant lui* »¹.

Ainsi, loin de l'impuissance, apparaissent dans le débat des lignes de conduite pour agir. Il faut s'en tenir au réel et non aux opinions :

- prendre et se donner du temps,
- Mettre en mots ce que nous observons,
- nommer le travail en référence à l'activité du sujet, dire obstinément ce que nous percevons et la nécessité d'un débat professionnel,
- donner du sens aux somatisations, en faire ré émerger la question du travail.

¹ Les citations sont de Pinel, Corvisard et Amard tirées du livre de Michel Foucault : « naissance de la clinique »

Le travail entre pairs est, au sens propre, notre garde fou.

Certains évoquent aussi la possibilité de structurer des consultations cliniques centrées sur la réalité du travail dans un cadre extérieur à l'entreprise.

Le lien avec les médecins d'autres exercices (médecins traitants, MIRTMO...) paraît indispensable, non seulement du côté de la méthis mais aussi de la mise en compréhension et de la protection.

Parce qu'enfin, si le travail ne permettait plus qu'on y construise sa santé, en disparaissant comme lieu d'émancipation et de lien social, qu'en resterait il, sinon un lieu vide de sens et délétère, devenu une pure machine à aliéner ? C'est cela que nous refusons, quelles que soient nos positions morales ou politiques respectives, tout simplement parce que nous sommes médecins.