

La précarisation au travail : la perception des médecins du travail.

DRULHE Marcel, CLÉMENT Serge,
HÉLARDOT Valentine, MANTOVANI Jean,
MEMBRADO Monique, SERRATE Virginie*.

Les médecins du travail articulent à leurs compétences médicales des compétences sociales pour accomplir leur activité professionnelle, idéalement pour "protéger la santé des salariés du fait de leur travail", même si plus prosaïquement "on navigue à vue"¹. Dans tous les cas, l'intervention médicale engage une "définition de la personne"² qui met en œuvre une expertise biomédicale et une expertise sociale. Plusieurs modalités de jugement biomédical coexistent au sein de l'activité professionnelle, entre un pôle "clinique" et un pôle de "sollicitude", l'un attentif aux indices corporels les plus objectifs, l'autre plus soucieux de l'expression des sujets. De la même manière, l'expertise sociale prend différentes formes depuis une évaluation des conditions de travail et de vie les plus facilement observables à partir d'une posture d'extériorité jusqu'aux témoignages qui restituent des expériences dont de multiples aspects relèvent de significations qu'il s'agit d'interpréter et de comprendre. Plus précisément, nous avons **souhaité rendre intelligible la façon dont les médecins du travail appréhendaient la précarité et les processus de son apparition (la précarisation) au sein des situations de travail qu'ils sont amenés à connaître du fait de leurs consultations et du fait des visites des lieux de travail en entreprise ou sur les chantiers**³. Quelles sont

* Marcel DRULHE, professeur, Institut de Sciences sociales de l'Université de Toulouse-le-Mirail, CERS (UMR CNRS 5117) et INSERM U.518 ; Serge CLÉMENT, sociologue, Ingénieur d'Études, CIEU (UMR CNRS 5053) et INSERM U.518 ; Valentine HÉLARDOT, doctorante en sociologie, Institut de Sciences sociales, CERS (UMR CNRS 5117) ; Jean MANTOVANI, sociologue, Chargé d'étude, ORSMIP et INSERM U.518 ; Monique MEMBRADO, sociologue, Ingénieur d'Études, CIEU (UMR CNRS 5053) et INSERM U.518 ; SERRATE Virginie, sociologue, ORSMIP.

¹ Un décalage est souvent relevé entre l'idéal professionnel et l'exercice réel, et conduit plus d'une fois à exprimer un sentiment d'impuissance qui va jusqu'à l'amertume : "On ne peut pas faire notre métier correctement : voilà pourquoi je suis déçue".

² DODIER N. (1991), Expérience privée des personnes et expertises médico-administratives. Une enquête dans la médecine du travail, *Sciences sociales et santé*, IX, 2.

On se référera également à : DODIER N. (1993), *L'expertise médicale*, Paris, A.M. Métaillié ; BASZANGER I. (1995), *Douleur et médecine. La fin d'un oubli*, Paris, Le Seuil.

³ Il s'agit d'une opération de recherche particulière au sein d'un programme visant à étudier l'expérience sociale de précarisation et de santé auprès de salariés et de leur famille (Contrat INSERM 4M602E) : 50 médecins du travail ont été interviewés par téléphone (soit un quart environ de la profession exerçant en Midi-Pyrénées).

les différentes configurations de précarité et de précarisation que ces professionnels composent dans leurs activités d'expertise afin de mener à bien leur mission ? A quel titre et de quelle façon la santé est-elle inscrite dans ces configurations ?

1. Les schèmes de précarité : aspects de jugements en santé publique chez les médecins du travail

Considérons d'abord les schèmes de précarité que l'on peut dégager : il s'agit d'un niveau du jugement médical⁴, le niveau du jugement de santé publique, qui mobilise différents éléments de qualification de la précarité susceptibles de faire obstacle, sur le plan collectif, à la santé. Ces schèmes sont de trois sortes.

- Le premier constitue la précarité en production de la société : elle est liée à l'origine sociale, et le monde du travail ne fait que renforcer cette précarité. C'est dans ce discours qu'on peut repérer la plus grande fréquence de désignation de la pauvreté en général. Il insiste sur l'absence de formation de base. Mais d'où vient cette pauvreté, ce manque de formation, le discours est muet sur ce point. On a l'impression parfois que c'est la faute à "pas de chance". Cette pauvreté de base conduit au manque de choix dans le travail : l'intérim apparaît comme la forme d'emploi de dernier recours.

- Dans le second schème, c'est le travail qui est producteur de précarité, non seulement du point de vue des conditions objectives du travail décrites dans toute leur "dureté", mais surtout parce que de telles conditions produisent une "aliénation". » Les conditions de travail extrêmement pénibles et contraignantes, et les postures de soumission qui se cumulent, voilà le risque de précarité. C'est donc un fonctionnement à la menace qui est décrit : le salarié doit accepter les conditions imposées, sinon il perd son emploi. Loin du cadre régi par l'offre et la demande, on est dans celui du non choix, où l'on n'a pas droit à la parole. Les médecins du travail insistent sur cette dimension particulière de l'aliénation, dans laquelle on est privé de parole. Les conditions de travail dénoncées concernent le découpage du temps, le rendement, le contenu des tâches, les conditions de sécurité, les déplacements. Les relations de domination dénoncées sont celles qui relèvent de l'arbitraire, du mépris, de l'absence de considération. De telles conditions de travail et l'aliénation qui va de pair sont des facteurs de précarité dans le sens où les personnes qui sont sous leur emprise peuvent "craquer".

⁴ Nous nous référons ici aux analyses de : RICCEUR P. (1996), Les trois niveaux du jugement médical, *Esprit*, n°227.

- Le troisième schème caractérise la précarité par la rencontre d'une situation sociale et de conditions de travail, et par là même établit un lien entre structure de la société et impact du travail. En amont, il y a de la différenciation sociale, qui fait que tout le monde n'a pas les mêmes ressources face au marché de l'emploi. Or, c'est à ceux qui sont les plus mal lotis qu'on offre les travaux les plus pénibles et/ou les plus dangereux, qu'on donne le "sale boulot". Et c'est ainsi que se croisent précarité sociale et précarité professionnelle, elles-mêmes préludes à de la précarité sanitaire.

Ce niveau du jugement médical constitue un arrière-fond mobilisé dans les activités de consultation pour élaborer une expertise à propos des cas particuliers. Ce faisant, quelles figures du précaire construisent les médecins du travail ?

2. La construction de figures du précaire par les médecins du travail

A ce niveau, il s'agit bien de mises en scène de la singularité des cas rencontrés et racontés, ou bien de situations particulières que les médecins jugent typiques dans le cadre de leur pratique.

Ainsi, c'est l'inaptitude qui structure d'abord deux sortes de figures de la précarité aux prises avec des problèmes de santé : d'un côté la figure de la personne prématurément usée (entre 40 et 50 ans), de l'autre celle de jeunes victimes d'une faiblesse sanitaire dont ils/elles ont hérité. Ces deux figures apparaissent comme des victimes mais la première est produite par l'engagement dans un ou des postes de travail, qui aboutit à des séquelles de traumatisme ou à diverses pathologies (même si elles ne sont pas reconnues comme maladies professionnelles) tandis que la seconde relève d'une mise à l'épreuve ou d'une "utilisation" inadaptée d'une force de travail fragile. Ces deux figures sont emblématiques d'une souffrance physique importante au travail qui interpelle les médecins du travail : peuvent-ils indiquer des restrictions d'aptitude ou revendiquer l'inaptitude pour des salariés dont ils savent qu'ils ont peu de chances de reclassement ou de reconversion, c'est-à-dire qu'ils vouent pratiquement au licenciement ? Aux deux extrémités de la carrière, une santé déficiente apparaît, à travers ces figures, comme facteur de précarité.

Le stress et éventuellement la souffrance psychique sont le point commun de deux autres figures de précaire. D'une part reviennent régulièrement de portraits de femmes seules du fait de quelque rupture matrimoniale (séparation, divorce ou veuvage) : elles sont contraintes de travailler alors qu'elles n'ont pas de formation spécifique et que rien

ne les a préparé au monde de l'activité professionnelle ; elles présentent en quelque sorte un cumul de caractéristiques qui multiplient les risques. D'autre part, les médecins mettent en scène la figure de personnes "harcelées" : elles sont victimes de diverses formes de pression (passage à des postes plus difficiles, surcharge de travail, sur contrôle des activités...) qui peuvent engendrer dépression et/ou démission.

Si ces quatre figures sont les plus récurrentes, d'autres figures apparaissent à titre secondaire en quelque sorte : la personne qui n'arrive pas à basculer de CDD en CDI et dont tout autre projet devient difficile à construire, ou encore les personnes soumises au spectre d'un licenciement collectif en grande entreprise, ou bien les personnes brutalement soumises à une politique de dérégulation au sein de l'entreprise... Ces nouvelles figures du précaire sont associées à un "risque social", celui de la décomposition de l'intégration, le risque de la désaffiliation, du désengagement et de la démotivation.

Avec ces figures sont apparues déjà diverses formes de lien entre la précarité et la santé. C'est à préciser ces formes que nous allons nous consacrer maintenant.

3. Santé et précarisation : les référentiels des médecins du travail

En effet, comme pour la précarité, les médecins du travail mobilisent divers modèles ou référentiels pour situer la question de la santé au regard de la précarité.

Le premier modèle qui "s'impose" en quelque sorte (au regard de leur formation), est le modèle étiologique classique de l'épidémiologie sociale (la précarité est un facteur de mauvaise santé). Sa manifestation exemplaire s'opère dans tous les cas de mortalité ou de traumatisme sur le lieu de travail ou lorsque l'on peut établir qu'un suicide est la conséquence de ce qui s'est passé au cours du temps de travail. Mais ces cas extrêmes n'exclut pas que la précarité soit aussi cause de morbidité. Sur ce plan-là, les médecins du travail invoquent souvent le cas des intérimaires dont ils connaissent mal la trajectoire sanitaire et dont ils ignorent tout du poste qu'ils vont occuper, sinon qu'il sera parmi les plus difficiles ou les plus exposés. Ils soulignent la médiation du stress et du mal-être dans ces processus.

Mais ce premier modèle est nuancé et contesté. Le malaise de certains médecins du travail à l'égard de ce modèle étiologique associant la détérioration de la santé à la précarité culmine dans l'incertitude quant à l'exclusivité causale d'un tel facteur : dès que l'on invoque le psychique, ces médecins se sentent peu assurés pour "faire la part

des choses". Les troubles psychologiques, qu'ils entraînent ou non une prise de médicament, s'insèrent dans un environnement social plus large que le monde du travail : ils peuvent être provoqués, ou du moins amplifiés par des problèmes personnels et/ou relationnels qui ont peu de chose à voir avec l'activité professionnelle.

C'est pourquoi il n'est pas étonnant que le modèle symétrique de "la sélection sociale par la santé" soit évoqué : leur vie quotidienne est émaillée d'exemples de salariés jugés inaptes ou dont l'aptitude a fait l'objet de restriction, que cette "qualification protectrice" disqualifie. Cette "impossible protection" par la médecine du travail apparaît de façon encore plus éclatante dans "l'exception" que voici : les intérimaires qui travaillent dans le cadre d'une entreprise de sous-traitance ne peuvent pas faire l'objet d'une "surveillance spéciale", c'est-à-dire relever d'une mesure décidée par un médecin du travail dont l'expertise aboutit à demander des visites régulières pour des salariés jugés surexposés à des risques. Finalement, ce modèle aboutit à faire apparaître paradoxalement le médecin du travail comme un acteur de la précarisation, à partir du moment où il a la prétention d'accomplir correctement sa mission de prévention !

Un troisième modèle met en avant une détérioration progressive de la santé faute de soins et faute d'un minimum de prévention. Les difficultés financières empêchent les salariés en situation de précarité d'avoir recours au dentiste ou à l'opticien, mais surtout cela perturbe la prise en charge de la santé d'une autre manière : cela fait obstacle à un suivi médical régulier. Les médecins du travail notent qu'il y a des problèmes de suivi gynécologique chez les femmes sous l'emprise de la précarisation. Plus généralement ils insistent sur les conséquences de cette absence de suivi régulier : ces personnes sont "mal soignées" et leur santé se détériore.

Une partie des médecins associe de façon originale les trois modèles précédents. L'originalité de la combinaison tient à la non-juxtaposition des mécanismes ainsi qu'au rejet de leur utilisation alternative selon les situations. Ces médecins partent d'une configuration de base : en diverses situations ils observent que des salariés ayant une santé fragile sont inscrits dans des situations précaires de travail (du fait du type de contrat et/ou des conditions de travail) ; la précarité du travail favorise alors une dégradation de la santé et celle-ci a pour effet à son tour d'accroître la précarité de ces personnes.

Si certains médecins privilégient l'un ou l'autre de ces référentiels (ce qui tend à les rapprocher de leur typicalité la plus pure), ils le font rarement de façon exclusive : on observe le plus souvent le recours à l'un ou à l'autre selon les situations, même si chaque entretien souligne un penchant plus marqué pour l'un ou l'autre. Seul un très petit nombre de médecins se réfère quasi-exclusivement au dernier modèle, peut-être parce qu'il est le plus élaboré et que la réflexivité y est plus engagée.

Lorsque plusieurs référentiels sont mobilisés, le passage de l'un à l'autre manifeste souvent un changement de posture : lorsque le médecin raconte un cas ou lorsqu'il évoque une situation typique, c'est-à-dire lorsqu'il se met dans une posture de consultation, les référentiels étiologiques de précarisation de la santé ne sont guère convoqués : il est beaucoup plus question des conséquences de la mauvaise santé sur la précarité du travail ou des problèmes de prise en charge qu'elle peut engendrer. Au contraire quand le médecin se place d'emblée dans une perspective généralisante de santé publique, il convoque plus facilement le premier et le dernier modèle.

Quel que puisse être leur souci de généralisation et leur perspective de santé publique, les médecins du travail restent prudents dans leur expertise sociale et s'efforcent de l'ancrer dans leur expérience de consultation. Comme le dit l'un d'entre eux : "*On fait au cas par cas*". Il reste, en dépit des différences, un fonds commun dans les éléments rassemblés par les médecins pour construire leur expertise : d'un côté les déficits de la pauvreté et de la mauvaise santé et les effets néfastes des mauvaises conditions de travail, d'un autre côté les figures correspondantes de faiblesse sanitaire et de travailleur usé. Le caractère transversal de ces éléments renvoie bien à l'expérience professionnelle des médecins du travail. Mais pour en comprendre l'aspect qui relève plus particulièrement de la précarité, c'est leur insistance sur "l'aliénation" qui importe : dans la précarité il n'y a pas de place pour la prise de parole et la négociation d'une juste place, et la précarisation revient, métaphoriquement, à une "extinction de voix" progressive.