



POUR NE PAS PERDRE SA VIE À LA GAGNER

Éléments pour un dossier sur la santé au travail

Collectif travail Santé mondialisation :

Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs / **SIT**
Action Populaire Contre la Mondialisation / **APCM**
Médecins contre la mondialisation néolibérale / **Septembre Blanc**
Syndicat du personnel des transports / **SEV**

Forum Santé

Permanence: Tél. 022 7372132
cstoll@sit-syndicat.ch / 022 818 03 00 (Christina Stoll)
<http://www.lecollectif-tsm.org>

Table des matières

I	Préambule	1
II	Tract novembre 2001	2
III	Le travail c'est la santé ?	4
	Nouvelles formes d'organisation du travail et souffrance	4
	Les médecins du travail face à de nouvelles souffrances	6
	Atteintes à la santé liées à l'activité de travail	6
	Atteintes à la santé liées à la précarisation du travail	7
	Le phénomène du mobbing	9
	La reconnaissance au travail	11
	Extension du travail de nuit	12
IV	Quand le néo-libéralisme fait loi	14
	Loi sur le travail : instrument de la politique néo-libérale.....	14
	Prévention et contrôle défailants	14
	MSST, c'est quoi ce machin ?.....	14
V	Les coûts sociaux de la politique néo-libérale	15
	Licenciement sans entrave	15
	Risque limité de payement du salaire	15
	Lorsque les assurances perte de gain maladie s'en mêlent	16
	Lorsque maladies et accidents professionnels deviennent de simples maladies	16
	Le travail, cause oubliée de l'augmentation des coûts de la santé	17
	Explosion des rentes AI : miroir des souffrances au travail	17
VI	Méfais du néo-libéralisme constatés	
	 dans la pratique médicale en cabinet	18
VII	La réalité de la souffrance psychique liée au travail	
	 dans la pratique psychothérapeutique	20
VII	L'action individuelle et collective plus que	
	 jamais nécessaire	21
	Perspective	21
	Sur le plan de l'Etat	21
	Sur le plan des assurances sociales	22
	Sur le plan légal	22
	Sur le plan des entreprises	22
VIII	Témoignages	24
	Au bonheur des dames	25
	Restructuration	26
	Au secours	28
	Gestionnaire de fortune	30
	Déboires d'un chef dans le commerce	32
IX	Rapport sur la conférence des offices cantonaux de	
	 protection des travailleurs romands	
	 et tessinois de décembre 2001	34

I

Préambule

A l'occasion de la conférence de l'OMC à Doha au Qatar en novembre 2001, un collectif de militants a voulu participer à la manifestation de Genève en mettant en lumière une facette de la mondialisation qui affecte particulièrement les salarié-e-s du Nord, mais qui jusqu'ici n'a été que peu mise en avant par le mouvement anti-mondialisation : les conséquences des nouvelles formes d'organisation du travail sur la santé des salarié-e-s.

Le texte qui suit est le fruit du travail en commun du "Collectif Travail Santé Mondialisation : Ctsm", lequel réunit des organisations syndicales, des militants anti-mondialisation et des professionnels de la santé. La diversité du collectif n'est pas un hasard, car en faisant converger les perspectives de ces différents secteurs d'activité, celui-ci espère favoriser une prise de conscience et des synergies qui permettront à chacun de mieux réagir à une offensive concertée contre nos droits, notre bien-être et notre santé, et qui concernent toutes les catégories de salarié-e-s

En introduction, figure le tract d'appel à la manifestation contre la réunion de l'OMC à Doha, suivi d'une synthèse de différentes contributions, de propositions et de témoignages.

Plusieurs documents de niveau national ou international posent aujourd'hui le problème des conséquences sur la santé des nouveaux rapports de travail dans les entreprises. En Suisse, un récent rapport vient d'être rendu public sur cette question et donne une estimation des coûts sociaux et sanitaires engendrés par cette évolution du monde du travail.

Notre collectif souhaite poursuivre ce travail de sensibilisation et appelle donc toutes les organisations et personnes intéressées à nous contacter.

II

Tract de Novembre 2001

Et le boulot, ça va ?

A propos, savez-vous que les récentes enquêtes sur la santé au travail ont montré que la fatigue, les difficultés pour s'endormir, la baisse d'énergie, la déprime, les maux de dos, les troubles des articulations et les affections cardio-vasculaires avaient à voir avec le boulot ? La souffrance et les maladies liées au travail ont littéralement explosé sous l'effet de la réorganisation du travail imposé par la mondialisation. **En Suisse, le nombre de personnes atteintes par des maladies en relation avec leur travail a augmenté de 75% en dix ans, selon les statistiques officielles. On estime que les coûts induits par ces affections représente 30% des dépenses dans le domaine de la santé !**

➤ *Un climat de peur et de stress dans les entreprises*

On a peur du chômage, ce qui amène à accepter des conditions de travail de plus en plus nuisibles. Afin d'augmenter les bénéfices, la production se restructure, éliminant notamment les stocks et les « temps morts ». Cela se traduit par la généralisation de modes de travail tels que les horaires allongés ou « flexibles » et de nuit, ainsi que les statuts précaires : travail sur appel, travail temporaire, temps partiel, contrat à durée déterminée. Ces bénéfices pour certains ont leur coût : intensification du travail, manque de repos, déstructuration de la vie familiale et sociale, isolement et épuisement.

On a peur de ne pas pouvoir tenir le rythme, de ne pas pouvoir s'adapter (à l'informatique ou l'anglais, par ex.), de ne pas être assez « performant », peur que toute la boîte coule ! Cette concurrence à outrance a dégradé les relations au travail entraînant une épidémie de mobbing et autres manifestations de harcèlement et de violence, réalité qui affecte 8% des travailleurs/euses en Europe (12 millions de personnes).

Cette peur entre en résonance avec le sentiment de non-valeur, d'être traité comme un pion, sans reconnaissance du travail accompli. Dans d'autres situations, l'instabilité chronique des relations de travail sabote tout investissement personnel ou créatif. C'est ainsi que les infirmières de l'hôpital qui se sont formées, par exemple pour travailler avec des personnes séropositives, se retrouvent mutées chez des patients accidentés !

Broyés par ces mécanismes, les individus, méprisés, perdent leur capacité de réaction. On les retrouve dans les consultations médicales souffrant de maux de dos, de troubles du sommeil et digestifs, de maux de tête, de malaises, d'angoisse et de stress. D'autres se suicident.

Maria, 52 ans, depuis 30 ans en Suisse, responsable du nettoyage dans l'entreprise Tout Est Propre depuis 25 ans, nommée 2 fois meilleure employée de l'entreprise, élève seule ses 2 enfants encore aux études. Depuis quelques temps, l'ambiance au travail était un peu bizarre et des bruits de licenciements courraient. Elle en était devenue un peu insomniaque et prenait des cachets pour dormir. En arrivant un lundi matin, elle trouve son bureau vide. Son chef lui dit qu'on n'a plus besoin d'elle, qu'elle peut rentrer à la maison et qu'elle recevra encore son salaire pendant 3 mois... et c'est tout. Aucun remerciement pour ces 25 années de bons et loyaux services. Courageuse, elle s'inscrit au chômage, mais ne trouve rien. Trop âgée. Au RMCAS, on la met à l'emploi temporaire pour du ménage lourd, trop dur pour son âge et son état de santé. Elle n'a plus d'argent pour payer les études de ses enfants. Son fils a dû interrompre ses études, il est au chômage, il se met à boire, devient violent et la bat. Un jour, elle saute de son balcon du 8e étage. (récit inspiré d'histoires vraies)

Par ailleurs, à Genève, plus de 3000 personnes sont à l'AI (Assurance Invalidité) en raison d'une atteinte psychique. Une partie de ces personnes ont subi stress, licenciements, mobbing... Une autre partie ne peut trouver un emploi à cause des nouvelles exigences des rythmes de travail. Les entreprises sont devenues tellement exigeantes que de nombreux citoyens et citoyennes sont marginalisés et exclus à vie de la communauté de travail.

Il est de même vraisemblable qu'une partie de l'augmentation dramatique des hospitalisations à la clinique psychiatrique de Belle-Idée (et dans les autres hôpitaux psychiatriques en Suisse) soit liée à la péjoration des conditions de travail.

La production à flux tendu (sans stock), la sous-traitance et les délocalisations se sont généralisées pour abaisser les coûts de production. Les conséquences générales de cette nouvelle situation sont visibles dans le durcissement des relations de travail, l'individualisation des évaluations, la parcellisation des tâches, la sous-traitance des risques, la confrontation directe aux exigences des clients, l'extension de la durée de travail le soir et la nuit.

La nouvelle organisation du travail n'est pas seulement source de souffrance et de maladie. Elle tend aussi à isoler les travailleurs/euses et rend toute résistance collective plus difficile. Cela rend d'autant plus importantes de nouvelles formes de résistance collective qui peuvent renforcer la lutte dans les entreprises. Le travail des syndicats peut notamment se lier avec l'action des organisations des usagers et des patients, des regroupements du personnel de la santé et des nouveaux mouvements sociaux contre la mondialisation.

III

Le travail c'est la santé ?

La politique néo-libérale et les nouvelles formes d'organisation du travail qui en découlent provoquent une nette augmentation des atteintes à la santé psychique et physique des travailleurs et des travailleuses. Les conséquences financières et sociales ne sont toutefois pas assumées par les entreprises mais reportées en majeure partie sur les salariés-e-s, les assurances sociales et les collectivités publiques. L'évidente faiblesse de la protection des salariés-e-s en Suisse renforce encore les conséquences négatives sur le plan social, économique et sanitaire. Lorsqu'il est question des causes de l'augmentation des coûts de la santé, la responsabilité des entreprises et la politique économique actuelle sur la santé des salariés-e-s ne sont jamais mentionnées.

Pris dans l'actualité récente, l'exemple de la tragique explosion ayant eu lieu dans l'usine pétrochimique AZF à Toulouse met en lumière les effets de la politique de compétitivité et de rentabilité à outrance du groupe Total-Fina-Elf. 29 morts, dont 22 employés, quelque 2500 blessé-e-s et des dégâts incommensurables dans le quartier d'habitation environnant. Les syndicats français expliquent cette catastrophe par une drastique baisse des effectifs, un volume élevé d'heures supplémentaires, le développement à outrance de la sous-traitance et le recours systématique au travail intérimaire qui ont dégradé les conditions de sécurité dans l'entreprise. Des événements moins spectaculaires ont lieu quotidiennement en Suisse. Ils reposent sur les mêmes mécanismes.

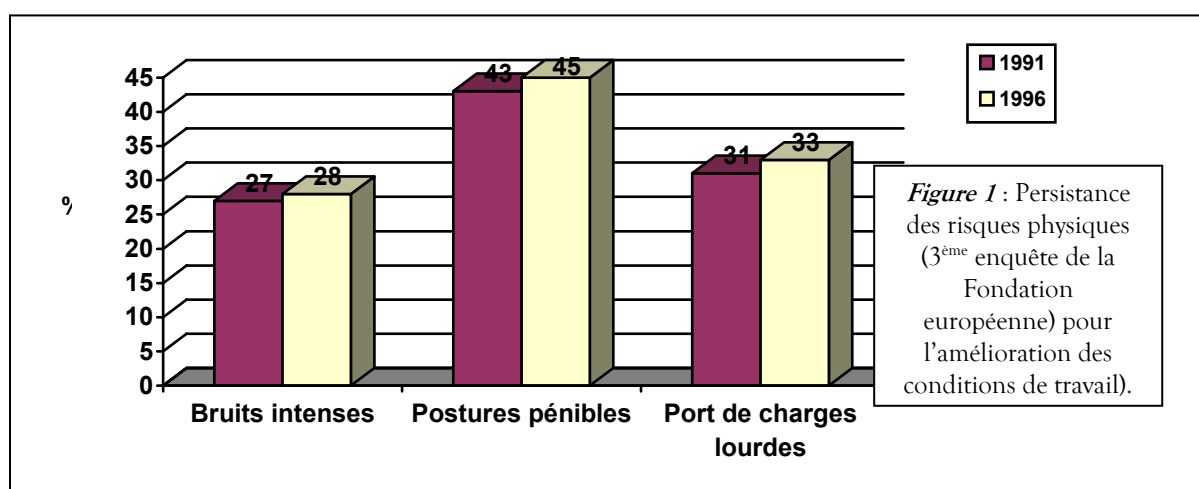
Nouvelles formes d'organisation du travail et souffrance

Aux prises avec une concurrence de plus en plus vive, notamment en raison de l'ouverture des marchés et de la globalisation, les entreprises cherchent à améliorer leur flexibilité et à réduire leurs coûts de production, d'où la fin du taylorisme (organisation du travail), adapté à un environnement stable, et l'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail caractérisées par une autonomie et une responsabilisation plus grandes des travailleurs-euses, par l'intensification des échanges d'information, et par une intensification des rythmes de production. Cette réorganisation a également été rendue possible par la diffusion des nouvelles technologies dont les effets vont dans le même sens, à savoir une augmentation de l'autonomie et une intensification du travail.

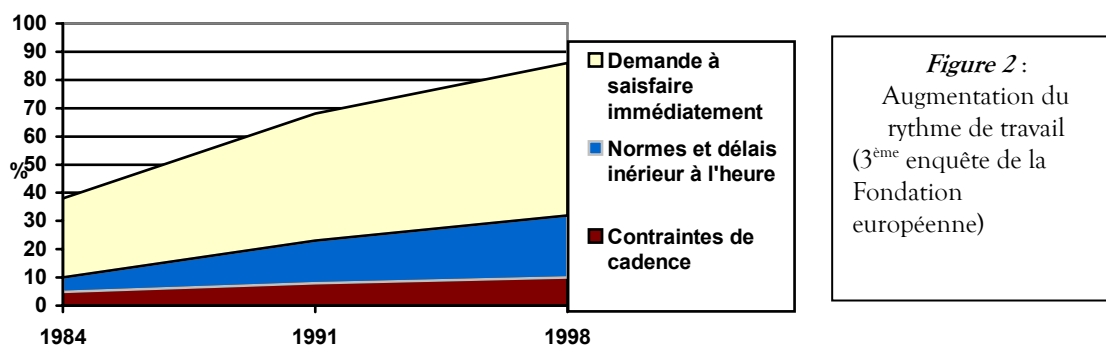
Les effets de ces nouvelles formes d'organisation sur les conditions de travail et la santé ont été mis en évidence par une série d'enquêtes. La « Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail » a effectué pour l'Union européenne trois grandes enquêtes entre 1991 et 2000. Ainsi, il est possible d'avoir une appréciation des changements dans la sphère professionnelle de 159 millions de personnes actives dans l'Union européenne, dont 83 % sont salariées et 17% indépendantes.

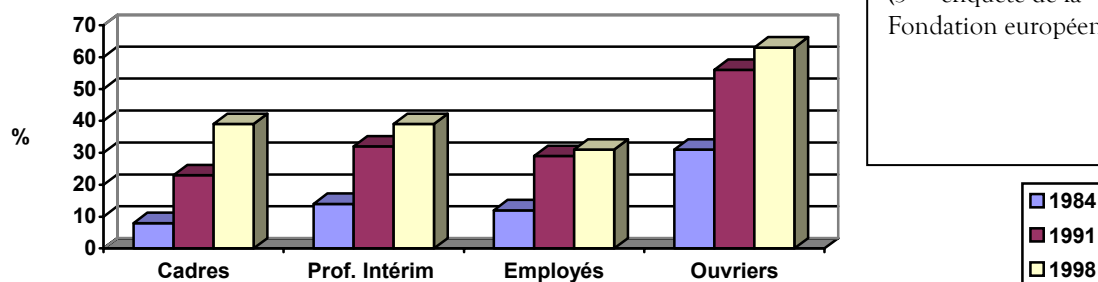
Sur l'ensemble des personnes salariées interrogées, 18% travaillent avec des contrats à durée limitée.

En comparant les trois enquêtes, on observe une forte intensification du travail et un développement du travail flexible, changements qui s'accompagnent d'une augmentation des problèmes de santé liés au travail. Si aujourd'hui on parle de plus en plus de transformation de travail et même de la « fin du travail », la réalité est tout autre. En dix ans, les conditions de travail en Europe se sont dégradées sur toute la ligne. L'étude 2000 montre que 33% des travailleurs/euses souffrent de douleurs dorsales, 28% de stress, 23% de douleurs de la nuque et des épaules, 23% d'un surcroît de fatigue. Ces symptômes sont l'expression d'une surcharge tensionnelle tant physique que psychique. Il ressort également de ces enquêtes que les problèmes de santé sont le plus souvent corrélés à de mauvaises conditions de travail. L'exposition aux risques est inchangée sur les dix dernières années, 28% sont exposés à des bruits intenses, 45% ont des positions de travail pénibles, 37% effectuent des tâches courtes répétitives, 45% des tâches monotones. Par ailleurs, les exigences et les responsabilités dans le travail augmentent, entraînant l'acquisition de nouveaux savoirs pour 74% (41% des salariés utilisent l'outil informatique).



En parallèle, d'autres risques « nouveaux » prennent une place toujours plus importante: intensification des rythmes de travail, délais de plus en plus courts à respecter, augmentation de la pression de la clientèle de plus en plus présente dans tous les secteurs.





Cette détérioration des conditions de travail ne va pas sans risque pour la santé des personnes. L'enquête montre que les douleurs dorsales, le stress et la fatigue générale touchent un tiers des personnes.

Les médecins du travail face à de nouvelles souffrances

« Docteur, mon travail me rend malade, je me sens à bout ». Ce type de remarques est de plus en plus souvent rapporté par des médecins du travail qui reçoivent les travailleurs/euses venu-e-s parler de leur souffrance¹. Si les médecins du travail avaient, il y a dix ou quinze ans, une attention particulière pour les effets des conditions environnementales du travail (et c'est vrai qu'on n'a pas fini d'évaluer les effets à long terme des ambiances de travail comme, par exemple, les risques cancérigènes, le risque pour la reproduction, le vieillissement prématuré...), ils sont aujourd'hui de plus en plus préoccupés par la surcharge de travail, la perte du savoir-faire, la diminution des marges de manœuvre, la disparition des collectifs de travail, l'exclusion de ceux qui ne sont plus performants, et plus généralement par la « négation de la personne humaine au travail ». Comme l'explique l'un d'eux, « De plus en plus de gens arrivent dans mon bureau et pleurent. J'ai dû peu à peu modifier mon approche clinique, comme beaucoup de mes confrères médecins, ...nous sommes confrontés à des malades de « l'organisation du travail ».

Atteintes à la santé liées à l'activité de travail

D'autres pathologies concernent des atteintes du corps liées à l'activité elle-même. Ce sont avant tout les pathologies d'hypersollicitation et les maladies liées à l'usure de l'organisme sous l'effet des contraintes de travail. La pathologie la plus caractéristique de ce groupe a été longtemps la lombalgie. Aujourd'hui ce sont les pathologies musculo-tendineuses

¹ Santé, précarisation et précarité du travail, dossier spécial, Arch. Mal. Prof., 1995, n°3, p. 171-202.

d'hypersollicitation qui sont en augmentation. Ces troubles musculo-squelettiques (TMS) sont liés non seulement aux postures, ou aux efforts mais également à des facteurs de risque liés à l'organisation du travail : travail répétitif, monotonie, forte cadence, etc. A tel point que les spécialistes ont proposé une nouvelle dénomination : « lésions attribuables au travail répétitif » (LATR). Ces pathologies touchent des professions très diverses : caissières de supermarché, employé-e-s de banque, travailleuses à la poste, équipementiers de l'automobile, ouvriers du bâtiment, etc. Il s'agit d'un ensemble d'atteintes aux articulations qui affectent une grande variété de tissus anatomiques : muscles, tendons, ligaments, nerfs périphériques, jointures, os et structures vasculaires associées. De façon générale, ce sont des lésions chroniques qui se développent progressivement. Les premiers symptômes sont le plus souvent l'inconfort, la fatigue et la douleur. Leur persistance peut toutefois aboutir à plus ou moins long terme à un état pathologique et même à une incapacité ou une invalidité². Bien qu'il soit difficile d'évaluer en termes quantitatifs l'importance de ce phénomène, en raison de la sous-reconnaissance et de la sous-déclaration de ces maladies, on note une forte augmentation de leur incidence. En France, par exemple, de 1040 cas reconnus en 1990, on est passé en 1996 à 5852 cas.

Atteintes à la santé liées à la précarisation du travail

Depuis une dizaine d'années, le monde du travail s'est modifié en profondeur. Pour être économiquement viable, il devient dans « l'ordre des choses » que l'entreprise accepte d'être flexible. L'effectif permanent de l'entreprise a été réduit à un petit noyau stable, et l'ajustement aux nécessités de production est assuré par le recours massif à la sous-traitance, au travail intérimaire, aux contrats à durée déterminée. On peut aussi considérer comme travailleur/euse précaire les salarié-es ayant des très fortes amplitudes de travail, ceux/celles ayant des horaires bousculés (incertitudes et variabilité sur les durées et prises de travail), comme c'est le cas par exemple pour les travailleurs/euses sur appel, ou encore ceux/celles qui travaillent très loin de leur lieu de domicile. Cette flexibilité de l'entreprise se traduit donc par une précarité au niveau de l'employé-e, d'autant plus que la peur du chômage est toujours présente.

De nombreuses études ont montré que ces modifications structurelles du travail avaient un impact important sur la santé des travailleurs/euses. On sait, par exemple, que les travailleurs/euses à statut précaire sont soumis à des niveaux de risque plus élevés que les travailleurs/euses permanent-e-s. De ce fait, le taux d'accidents des intérimaires ou des employé-e-s à contrat déterminé est plus du double de celui des employé-e-s permanent-e-s. En ce qui concerne les conditions de travail, on constate la même différence comme le montre le graphique qui suit.

² Kuorinka I., Forcier L. (dir) et al. *Les lésions attribuables au travail répétitif*. Ouvrage de référence sur les lésions musculo - squelettiques liées au travail. Ed. Maloine, Paris, 1995.

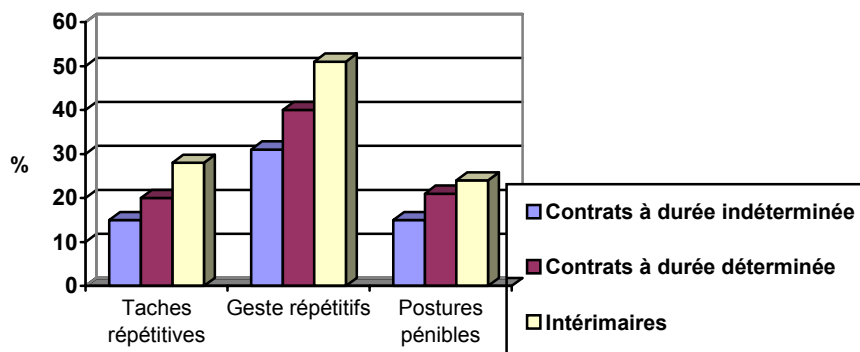


Figure 4 : Pourcentage des salariés exposés à certaines contraintes en fonction de leur statut (3^{ème} enquête de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail).

Dans certains secteurs d'activité, comme la métallurgie, le nucléaire ou la chimie, les postes difficiles sont le plus souvent confiés à du personnel intérimaire embauché directement par l'entreprise utilisatrice ou par l'intermédiaire d'entreprises intervenantes. On peut à cet égard parler de sous-traitance des risques. La flexibilité de l'emploi et du travail introduit également un sentiment de peur chez les employé-e-s. Aujourd'hui, toutes et tous vivent dans la menace du licenciement. Il ne s'agit plus de précarité mais de précarisation. Tout le monde vit dans cette angoisse, même celles et ceux qui travaillent, même dans la fonction publique. A cette peur de la perte de l'emploi, s'ajoute une deuxième qui n'est pas tout à fait indépendante mais différente, la peur de ne pas tenir: ne pas tenir les performances, les cadences, les objectifs, de ne pas être à la hauteur de la situation, des changements de technologie, etc.³

En effet, l'organisation du travail s'est profondément modifiée au cours de ces dix dernières années. Le passage du mode d'organisation taylorienne du travail à la volonté d'ajuster la production aux fluctuations de la demande, rend beaucoup plus difficile la prévision et l'organisation du travail. Nous sommes passés progressivement d'organisations planifiées à des organisations flexibles qui font appel à l'engagement et à la responsabilité du personnel. Du coup la prescription du travail à accomplir se déplace de la définition taylorienne des modes opératoires vers la fixation d'objectifs de plus en plus abstraits et qui entrent en contradiction avec la valeur du travail bien fait telle que la définissent les travailleurs/euses. Ils/elles sont alors écartelé-e-s entre un contrôle de la performance fondé sur des critères quantitatifs et ce qui constitue à leurs yeux les critères d'un bon travail.

Deux exemples illustrent cette contradiction :

- des opératrices de téléphones sont évaluées sur la durée de leurs réponses alors que ce paramètre est contradictoire avec la qualité de leur travail.
- des assistants sociaux sont tenus à des quotas de dossiers à traiter sans tenir compte de la complexité des situations.

Ces contradictions sont aussi à l'origine d'une souffrance. Cette souffrance psychique s'exprime par des états de stress, affectant un quart de la population, par des angoisses diffuses liées à l'insécurité professionnelle croissante, par des sentiments de dévalorisation, de peur, par des troubles psychosomatiques divers, enfin par des sentiments d'impuissance face

aux nombreuses formes d'agression dans la sphère du travail. En Suisse, les sondages du Secrétariat d'Etat à l'économie (Seco) révèlent qu'entre 1984 et 1998, les personnes actives se sentant « souvent ou très souvent nerveuses, sous tension » ont passé de 9% à 21% de tous les actifs, les troubles du sommeil ont passé de 7% à 12%, les maux de tête de 6 à 12%, enfin l'humeur dépressive de 4 à 8%. Lors d'un récent congrès sur « la santé mentale sur le lieu de travail » organisé à Genève en octobre 2000 par le BIT, le World Strategic Partners et la Fédération mondiale pour l'hygiène mentale, une étude du BIT a révélé qu'un travailleur sur dix souffre de dépression aux USA et près d'un salarié sur trois connaît des problèmes de santé mentale au Royaume-Uni.

Les expressions de la souffrance psychique sont très diverses :

- * plaintes, manifestations de colères, de dégoût, de désengagement ;
- * consommation de produits psychotropes (alcool, anxiolytiques, sédatifs, somnifères, antidépresseurs), totalement banalisée dans certains milieux de travail ;
- * violence contre le matériel ;
- * violence contre les autres ;
- * violence contre soi-même dont la forme la plus dramatique est le suicide.

Antonio, 24 ans, a eu beaucoup de peine à trouver du travail.

Après plusieurs années de chômage et d'emplois temporaires, il trouve une place dans l'entreprise Bouffe en Gros. Ils sont 4 dans un bureau pour faire les commandes pour toutes les succursales de Suisse romande. Le travail lui plaît car il a l'impression d'avoir des responsabilités. Seulement voilà...la direction zurichoise a décidé que dorénavant toutes les commandes suisses se feraient par un ordinateur central.

Antonio et ses 3 collègues doivent malgré tout, encore pendant 2 ans, venir chaque jour à leur bureau pour faire des commandes « fictives » destinées à être comparées à celles de l'ordinateur qui effectue les vraies commandes. Il passe donc ses journées à prendre des décisions qui ne serviront ...à rien. Son moral se dégrade, d'autant qu'il sait qu'à l'issue des 2 ans, l'entreprise ne gardera qu'un employé sur les quatre du bureau. Les rapports entre eux deviennent tendus.

Antonio

a l'impression d'être méprisé, inutile... Il commence à ne plus aller travailler et passe ses journées

au bistrot, sans le dire à sa femme.

Un soir, ivre, il sort son pistolet militaire et menace de se suicider devant ses 2 enfants. Il est emmené à Bel-Air (récit inspiré d'histoires vraies).

Le phénomène du mobbing

Physique ou psychologique, individuelle ou collective, cette réalité de la violence dans les relations professionnelles affecte directement 8% des travailleurs, à savoir 3 millions de personnes par le harcèlement sexuel, 6 millions par la violence physique, 12 millions par l'intimidation et la violence psychologique. Le harcèlement moral ou « mobbing » est en augmentation. Ainsi les différentes formes de harcèlement sexuel ou psychologique atteignent dans leur santé mentale 15 millions de personnes actives dans l'Union européenne !

Les atteintes à la santé psychique des différentes formes de harcèlement moral peuvent être regroupées selon leurs caractères aspécifiques, à savoir le stress et l'anxiété, la dépression, les troubles psychosomatiques, la réactivation de blessures passées, ou en atteintes spécifiques comme la honte et l'humiliation, la perte de sens, les atteintes à l'identité, la dévitalisation, la rigidification, les pertes de liens avec la réalité.

La question du mobbing ou du harcèlement psychologique est devenue depuis quelques années l'une des plaintes les plus récurrentes des employé-e-s et, de ce fait, un problème important de santé au travail.

Selon Leymann, le processus de mobbing est la plupart du temps induit par un conflit non réglé. Ce conflit peut être un conflit relationnel entre deux personnes, mais également un conflit institutionnel : cahier des charges imprécis, injustice sociale, personne protégée, crainte des directions de ne pas savoir gérer les tensions, stress du "mobbeur", etc. En ce sens les contraintes accrues engendrent de l'insatisfaction au travail qui peut se manifester en mobbing³. A partir de ce conflit, s'il n'est pas réglé, s'installe un processus de "communication non éthique"⁴, c'est-à-dire une forme de communication qui dénature et empêche toutes formes de relation permettant l'intégration d'un individu dans une communauté (ici la communauté de travail).

Une autre caractéristique du processus de mobbing est le déni de l'agression, que ce soit de la part de l'agresseur, de la hiérarchie ou même des collègues. Une véritable loi du silence se met en place qui aboutit à empêcher la victime de se défendre. Il s'agit là pour le groupe de travail, d'une forme de stratégie défensive de métier tel que le décrit Christophe Desjours. Face au climat de violence introduit par l'agression, le collectif de travail se protège contre la peur que cette agression les touche également, en individualisant le problème : ce qui est en cause ce n'est pas l'organisation du travail, c'est la victime qui exagère, qui se montre maladroite, etc. Le mobbing mobilise peu de solidarité dans le milieu de travail. Desjours avance d'ailleurs l'hypothèse que c'est ce déni de l'agression et donc du statut de victime qui pourrait être à l'origine des graves décompensations psychiques que vivent certain-e-s « mobbée-e-s ».

Dans ce cadre, le mobbing doit être analysé non comme une situation de fait, mais comme un processus en évolution et on se pose alors la question des ancrages organisationnels de ces formes de violence.

Les nouvelles formes d'organisation du travail, qui visent à augmenter l'autonomie des personnes au travers d'une organisation moins verticale peuvent être source de dysfonctionnements et de mobbing. En effet, à travers ces formes d'organisations post-fordistes, les collectifs et les anciennes solidarités ont été cassés au profit d'un engagement individuel au projet de l'entreprise et au projet managérial. On remplace alors un système normatif par une régulation autonome des individus. Les relations entre personnes sont moins codifiées par la ligne hiérarchique que par l'interaction stratégique. Il faut collaborer pour obtenir l'objectif prescrit, sans que les règles de la collaboration soient clairement édictées (la fin justifiant les moyens)⁵. Cette apparente liberté laisse une grande place aux rapports de

³ Denise Fromaigeat, Gabriella Wennubust, *Souffrance psychologique au travail*, guide dans les méandres du harcèlement psychologique. Conférence Romande et Tessinoise des offices cantonaux de protection des travailleurs. OCIRT, Genève, sept. 2000.

⁴ Gabriella Wennubust, *Mobbing, le harcèlement psychologique analysé sur le lieu de travail*, Réalités Sociales, Lausanne 1999.

⁵ Christophe Desjours, " *La vie des organisations ; le mal de vivre ensemble* ", Le Monde du 16 janvier 2001.

force, la communication entre égaux n'étant pas un processus naturel, spontané et inconditionné. Cette difficile communication peut aboutir au mobbing défini ici comme une non-reconnaissance réciproque, une non-insertion dans les circuits de la communication normale entre collègues⁶. Cette communication est d'autant plus difficile que se sont mis en place toute une série d'instruments, vécus la plupart du temps par les employés comme des instruments de contrôle tels que les évaluations individuelles des performances, le salaire au mérite, la qualité totale, les contrats d'objectifs, etc. A ce propos, on observe qu'une grande partie des employé-e-s viennent se plaindre à propos ou au moment d'une évaluation. C'est dire que celle-ci est moins vécue comme une appréciation des compétences et des qualités de la personne que comme l'évaluation de la qualité des rapports entre évalué et évaluateur.

Cette autonomie peut paraître d'autant plus contraignante que les employé-es sont soumis-es à une obligation de résultats, le donneur d'ordre se défaussant la plupart du temps sur les prestataires de toute responsabilité vis-à-vis des moyens nécessaires pour atteindre ces résultats. Dans ce cadre le mobbing « est une forme spécifique de l'aliénation sociale. Cette dernière se caractérisant par le fait qu'elle est secondaire à des contraintes psychiques exercées de l'extérieur sur un sujet par l'organisation du travail, par les modes de gestion et d'évaluation ou de direction de l'entreprise »⁷.

Les salarié-e-s se plaignent alors de la dégradation de la qualité et du sens du travail. C'est l'identité qu'ils/elles peuvent construire à travers le travail qui est mise en question.

Sylvie, 51 ans, responsable de la gestion des activités à la Swiss Pomm Assurance, 30 ans de service, adore les contacts humains. Du jour au lendemain, on lui dit que dorénavant, elle sera devant 3 ordinateurs pour tout gérer plus vite, sans sortir de son bureau, sans plus aucun contact humain... et sans la former véritablement en informatique. Sans soutien de ses chefs, elle est dépassée par ce que l'on lui demande. Elle se met à faire des malaises à répétition et est hospitalisée pour un bilan complet qui ne montre rien d'anormal. Ses malaises ne cessent qu'avec la prise de médicaments antidépresseurs. Ses chefs étant compréhensifs, elle attend dans un bureau vide au sous-sol et sans fenêtre, et en passant son temps à lire le journal, une retraite anticipée qui ne sera pas bien lourde... (récit inspiré d'histoires vraies).

La reconnaissance au travail

La question de l'identité au travail renvoie au problème de la reconnaissance. Celle-ci représente une forme de rétribution de l'investissement personnel mis par le travailleur dans son activité. En effet, quel que soit le type de travail, il ne peut être accompli que par la mobilisation personnelle des opérateurs. L'ergonomie a ainsi mis en évidence que le travail doit être analysé comme un processus où interagissent le travailleur, acteur capable d'initiatives et de réactions et son environnement technique lui aussi évolutif et influençable. Il est impossible en situation réelle, de tout prévoir à l'avance. Le travail « d'exécution » n'existe pas. Si tous les travailleurs d'une entreprise s'efforçaient d'exécuter strictement les

⁶ Jean De Munck, " Les métamorphoses de l'autorité " Revue Autrement,

⁷ Christophe Dejours, (2000), *Violence et domination*, Travailler N°3, 11-31.

consignes qui leurs sont données par l'encadrement, aucune production ne sortirait. S'en tenir aux prescriptions, c'est ce qu'on appelle la « grève du zèle », c'est justement un moyen de paralyser le processus de travail. Un atelier, une usine, un service ne fonctionnent que si, à la prescription, les travailleurs ajoutent leur savoir-faire ; que s'ils anticipent, sans qu'on leur ait explicitement demandé, des incidents de toutes sortes, que s'ils s'entraident, enfin, selon des principes de coopération qu'ils inventent et reconstruisent sans cesse. Le travail, c'est la mobilisation d'hommes et de femmes face à ce qui n'est pas prévu par la prescription, face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail. Le travail réel est toujours différent du travail prescrit et c'est dans cette différence que se situe l'investissement personnel et la construction de l'identité. Or comme nous l'avons dit plus haut, la construction de l'identité au travail passe par la reconnaissance.

Au travail, la reconnaissance est fondée sur deux jugements. Le premier est un jugement d'utilité. On reconnaît que ce que je fais est utile. Ce jugement est porté par le client, l'élève, le malade et par la hiérarchie. Mais ce n'est pas tout, l'identité ne se règle pas exclusivement dans la dimension de l'utilité. Un deuxième type de jugement intervient : le jugement esthétique, qui consiste à dire « *c'est du beau travail* ». Ce jugement est le jugement des pairs. C'est un *beau travail* parce que c'est un travail conforme aux règles qui constituent le collectif de travail. Mais c'est aussi un *beau travail* parce qu'il comporte quelque chose de singulier. Parce qu'il y a un apport personnel et parce que ce n'est pas la stricte reproduction de ce qu'on fait habituellement. C'est dans cette double problématique que se constitue le jugement esthétique; d'une part l'appartenance à la communauté et d'autre part l'identité en tant que, justement, identique à aucun autre.

A défaut de cette reconnaissance, la souffrance va prendre le devant de la scène, souffrance qui met en danger la santé. Car la reconnaissance n'est pas une revendication marginale de ceux qui travaillent. Bien au contraire, elle apparaît comme décisive dans la dynamique de la mobilisation subjective de l'intelligence et de la personnalité dans le travail.

Gérard, 42 ans, employé à la Société de Banque à Fric (SBF), doit subir une grave opération d'un cancer du colon. Il a toutes les chances d'être guéri définitivement après son traitement opératoire. La SBF, ayant décidé de « dégraisser » et devant se débarrasser de 250 employés au plus vite, lui envoie une assistante sociale dans sa chambre d'hôpital, la veille de son opération, pour l'inciter à faire une demande d'AI. Pour Gérard, célibataire, son travail et ses copains de travail, c'est sa vie. Il a envie de guérir. Son moral chute au plus bas au moment où il aurait besoin d'être soutenu avant de « passer sur le billard ». Cette méthode de licenciement est criminelle. (récit inspiré d'histoires vraies).

Extension du travail de nuit

Le travail de nuit et en horaires irréguliers ne cesse d'augmenter depuis quelques années. (Il est cependant difficile d'en chiffrer exactement l'ampleur vu la diversité des horaires. Rappelons aussi au passage que par une simple décision légale (la nouvelle loi sur le travail), on a fait disparaître une partie du travail de nuit, puisque la nuit ne commence qu'après 23H au lieu de 20H.).

On sait depuis longtemps que les horaires de nuit ont des effets très lourds sur la santé : problèmes récurrents de sommeil, problèmes digestifs, nervosité, problèmes cardiovasculaires, etc.

Quelques raisons de ces augmentations :

L'organisation en **flux tendu** : depuis les années 80 la plupart des entreprises de production ont fortement diminué ou même supprimé leurs stocks. La mise en production se fait maintenant directement en relation avec les commandes et avec des délais de plus en plus courts. Cela introduit une flexibilisation du temps de travail où des périodes de travail intense (avec du travail de nuit) succèdent à des périodes de chômage technique.

La sous-traitance : toujours dans le même mouvement, les grandes entreprises externalisent et sous-traitent une partie de leur production. Les sous-traitants (qui souvent ne travaillent que pour une entreprise) sont totalement dépendants des commandes et n'ont aucune prise sur les délais (d'où travail de nuit quand il faut répondre à une commande). A tel point qu'on peut la plupart du temps parler de sous-traitance des risques et des mauvaises conditions de travail.

L'intensification du travail : l'augmentation du rythme de travail repousse toute une série d'activités hors des heures ouvrables donc la plupart du temps la nuit. C'est le cas du nettoyage des locaux, de la réfection des voies publiques, de la sauvegarde et du stockage des données informatiques, etc.

Florença, 40 ans, requérante d'asile, vit en Suisse avec ses 3 enfants. Son mari a été assassiné.

Elle doit réapprendre le métier de coiffeuse alors qu'elle était institutrice. Elle est obligée de travailler 44 heures par semaine, en particulier tous les samedis. Pendant ses heures de travail, elle emploie une jeune-fille péruvienne, illégale en Suisse, pour s'occuper de ses 3 enfants. Epuisée, elle consulte pour des migraines et un trouble anxieux majeur, qui nécessite un traitement d'anxiolytique et un arrêt de travail.

Sur les conseils de son assistant social, elle envisage de demander une rente à l'AI pour ne pas accumuler de dettes à l'Hospice Général, car elle n'a pas de salaire lorsqu'elle ne travaille pas étant payée à l'heure (récit inspiré d'histoires vraies).

IV

Quand le néo-libéralisme fait loi

Loi sur le travail : instrument de la politique néo-libérale

En Suisse, l'offensive patronale pour imposer une dérégulation des conditions de travail s'est traduite par les nouvelles dispositions introduites en 2000 dans la loi sur le travail, qui permettent une flexibilité accrue au profit des employeurs. Cette loi facilite le travail du soir jusqu'à 23h, de même que le travail de nuit et du dimanche. Elle permet une plus grande amplitude des horaires et des formes d'annualisation du travail en fonction des fluctuations saisonnières de la production ou de raisons économiques. Cette flexibilité a des conséquences néfastes sur la santé et l'environnement social et familial des salariés-e-s.

Prévention et contrôle défailants

Fidèle à la politique du moins d'Etat, les cantons restreignent les effectifs des offices cantonaux d'inspection du travail qui ont le mandat de surveiller l'application de la loi sur le travail. Ainsi, les faibles moyens de protection persistant dans cette loi sont allègrement transgressés par les entreprises (absence de compensation pour le travail atypique, non-observation du devoir de protection de la santé des travailleurs et des travailleuses, dépassement de l'horaire, absence de pause, etc.). Pris par l'urgence, les inspecteurs et les inspectrices ne disposent que de très peu de moyens pour effectuer des contrôles, sanctionner les entreprises, mettre en place des moyens de prévention et d'information et publier des recherches, notamment statistiques, sur les dégâts constatés et les conséquences néfastes pour les salariés-e-s.

MSST : c'est quoi ce machin ?

La directive relative à l'appel à des Médecins du Travail et Spécialistes de la Sécurité au travail (MSST) est entrée en vigueur le 1er janvier 1996. Elle concrétise l'obligation qui incombe à l'employeur de faire appel à des spécialistes de la sécurité au travail afin de prévenir les accidents et les maladies professionnelles. Alors que les autres pays européens sont déjà dotés de tels moyens depuis longtemps, la Suisse esquisse à peine sa politique de prévention au travail. Les entreprises avaient jusqu'au 1er janvier 2000 pour mettre en place ces mesures. A ce jour, la plupart des entreprises du pays ont ignoré cette directive ou bien la procédure est inachevée. Ce manque d'assiduité de la part des entreprises s'explique par leur volonté de contrer toute forme de réglementation mais aussi par le fait que les travailleurs et les travailleuses y ont un droit actif de participation. Les syndicats, pris dans l'urgence et occupés à contenir les assauts répétés de la politique néo-libérale, ont trop peu investi ce nouvel outil de défense des salariés-e-s.

V

Les coûts sociaux de la politique néo-libérale

Licenciement sans entrave

Le code des obligations permet de licencier un-e salarié-e après 30 jours de maladie ou d'accident au cours de la première année de service, 90 jours de la deuxième à la cinquième année de service et 180 jours à partir de la sixième année de service. Ainsi l'employeur peut se débarrasser facilement d'un-e employé-e malade même si l'entreprise est directement responsable de cette incapacité de travail. Par peur du licenciement et du chômage, les salariés-es hésitent à se mettre en incapacité de travail quitte à aggraver leur état de santé. C'est d'autant plus dramatique que le chômage est lui aussi un facteur aggravant de l'état de santé. Alors qu'en Suisse le chômage n'a jamais atteint les proportions connues dans les pays voisins, il a touché directement une personne sur quatre pendant la crise des années nonante. Une enquête effectuée par MIS-Trend à Lausanne en 1999 auprès de 895 résidents suisses révèle que trois suisses sur quatre l'ont subi au moins une fois dans leur vie, directement ou par leurs proches. Ce sondage montre qu'outre les conséquences financières, la santé et la vie de couple, de même que la foi dans l'avenir sont affectées. La surmortalité des chômeurs est confirmée dans plusieurs études, et un chômeur sur quatre est atteint dans sa santé avec une prédominance de troubles d'ordre psychologique ou psychosomatique. En comparaison avec la population générale en activité, le risque de devenir invalide est cinq fois plus élevé pour les chômeurs.

Risque de paiement limité du salaire

Les salarié-e-s ne disposent pas tous et toutes d'une assurance perte de gain en cas de maladie. Les assurances perte de gain collectives couvrent en général 80% du revenu pendant deux ans. Ce qui signifie que les employés-e-s perdent 20% de leur revenu. Après une certaine durée d'incapacité de travail, les salarié-e-s compromettent le maintien de leurs cotisations au fonds de prévoyance professionnelle, ce qui péjorera leurs conditions de retraite. Les personnes malades sont contraintes de s'adresser à l'assistance ou à l'invalidité après deux ans de prestation, avec les conséquences sociales et financières que cela suppose. Une fois licenciés-es, et nous avons vu combien il est aisé de le faire, les salarié-e-s doivent entreprendre des démarches auprès de l'assurance perte de gain de leur ex-employeur afin de pouvoir y rester en individuel. Lorsque le transfert dans l'assurance perte de gain individuelle est obtenu, l'intégralité des cotisations à l'assurance doit être assumée par les salarié-e-s.

Pour les entreprises qui n'ont pas contracté d'assurance perte de gain collective, le minimum légal de couverture du salaire en cas de maladie est aussi très limité dans le temps et dépend des années de service. Les dispositions du code des obligations prévoient le paiement du salaire durant 3 semaines pendant la première année de service, 1 mois pendant la deuxième année, 2 mois pendant la troisième et la quatrième, 3 mois de la cinquième à la neuvième, 4 mois de la dixième à la quatorzième, etc. Plus l'emploi est précaire et moins

l'employé-e est protégé-e dans la durée. Même si l'employé-e n'est pas licencié-e durant sa maladie, il-elle est contraint-e de donner son congé lorsqu'il/elle ne perçoit plus de salaire. Le recours à l'assistance publique ou au chômage est alors nécessaire. A nouveau, les risques de l'entreprise sont très limités et les salariés-e-s, la collectivité publique et les assurances sociales en payent très directement les conséquences.

Lorsque les assurances perte de gain maladie s'en mêlent

Une maladie qui se prolonge plus d'un mois ou deux est considérée par les assurances comme le signe d'un abus manifeste de l'employé-e. Les assurances perte de gain se sont dotées de prétendus experts (rarement au bénéfice du titre de médecin) pour faire pression sur les salariés-e-s malades et les pousser à une reprise du travail. Pour se défendre, l'employé-e et son médecin traitant doivent se lancer dans une procédure complexe de justification et de recours contre les assurances qui décident de cesser le paiement des prestations, malgré la poursuite de l'incapacité de travail. Sans recours à un avocat, un syndicat ou un organisme de défense spécialisé, l'employé-e perd à tous les coups. Ils-elles doivent bien entendu payer pour assurer leur défense, parfois jusque devant les tribunaux. Si l'employé-e reprend le travail, il/elle est dès lors de nouveau sujet au risque de licenciement.

Lorsque maladies et accidents professionnels deviennent de simples maladies

Toutes les caractéristiques de la nouvelle organisation que nous avons examiné, rajoutées au manque de prévention dans les entreprises et la compression des effectifs, toutes ces données accroissent le nombre de maladies et d'accidents professionnels. La plupart des assurances perte de gain prévoient une couverture à 80% du salaire. Là encore, les salariés-e-s perdent 20% de leur revenu durant cette période d'incapacité de travail. Lorsque le nombre de cas augmente dans une entreprise ou une branche professionnelle, les cotisations sont revues à la hausse pour faire face aux risques. Les salariés-e-s cotisant pour partie, ils-elles assument ainsi financièrement les risques provoqués par l'entreprise.

Dans le même temps, nombres de maladies et d'accidents professionnels ne sont pas reconnus comme tels par les assurances accidents (LAA). C'est par exemple le cas des maux de dos des ouvriers du bâtiment ou des souffrances vécues par les salariés-e-s victimes de mobbing. Ces cas sont alors considérés comme de simples maladies. Il est aussi fréquent que l'assurance accident décide après un certain temps, que l'incapacité de travail n'est plus due à un accident mais à une maladie. Les pseudo-experts, souvent de simples employés de l'assurance, entrent derechef en jeu. L'assurance interrompt alors les prestations et transfère le cas à l'assurance perte de gain (s'il y en a une !). L'employé-e en incapacité de travail devra à nouveau entreprendre une procédure longue et complexe pour faire valoir ses droits. Ce transfert vers l'assurance perte de gain maladie permet d'écourter le versement des prestations, qui ne sont pas définies dans le temps en cas de maladie ou d'accident professionnel, car elles sont versées jusqu'à la guérison ou une reconversion professionnelle. Par contre, les prestations de l'assurance perte de gain en cas de maladie sont limitées à 720 jours. Si l'assurance perte de gain prend en charge le cas avant le passage à l'assurance invalidité, les prestations sont alors moins étendues que si l'employé-e est couvert-e par la SUVA.

Le travail, cause oubliée de l'augmentation des coûts de la santé

La plupart des entreprises ne participent pas aux cotisations de l'assurance maladie (LAMal). Or nous savons qu'une part importante des causes de consultation des médecins généralistes et des thérapeutes, de même que l'explosion de la prise de médicaments sont à chercher dans les conditions de travail dégradées des salariés-e-s. Une fois encore, les conséquences financières de cette politique du tout au marché sont assumées par les salariés-e-s (hausse des cotisations, paiement de franchises élevées) et les collectivités publiques (subventions des cantons et de la Confédération). Le système de cotisation par tête et non-proportionnelle au revenu, conjugué avec le désengagement des pouvoirs publics en matière de financement des prestations de soins, renforce ce déséquilibre au détriment des petits et moyens revenus. L'absence singulière de statistiques sur cette question et le refus systématique des autorités d'englober la responsabilité des entreprises dans les raisons de l'augmentation des coûts de la santé occulte la réalité. Les estimations indiquent que 30% des dépenses dans le domaine de la santé sont le résultat des perturbations de l'équilibre psychique et physique en relation avec les conditions de travail.

Explosion des rentes AI : miroir des souffrances au travail

En période de rationalisation et d'économies au sein des entreprises, les personnes déjà fragilisées sont bien sûr les premières à être mises de côté. Ces dernières années, le nombre de personnes invalides a augmenté considérablement. Venant en bout de chaîne, l'AI est encore l'indicateur le plus révélateur des souffrances vécues par les salariés-e-s. Les statistiques helvétiques sur l'assurance-invalidité le confirment. La probabilité pour une personne active d'être mise au bénéfice d'une rente AI a passé de 5,4% en 1992 à 6,8% en 1998. En Suisse⁸, entre 1988 et 1998, le nombre de personnes invalides obtenant une rente passe de 122'606 à 180'220, soit une augmentation de 50%. On atteint 205'000 en 2000. En pourcentage des assurés, cela représente un accroissement de 3,7% à 5,2% pour les hommes et de 2,7 à 4% pour les femmes. L'évolution du type d'invalidité est particulièrement frappante : en 1985, un rentier sur deux souffrait de troubles locomoteurs ou de troubles psychiques ; en 1995, la proportion est de quatre sur cinq ! En 1998, les troubles neuropsychiques affectent à eux seuls un rentier sur deux.

Ce nouveau phénomène est à mettre directement en relation avec les conditions de travail. En outre, une étude genevoise de l'OCIRT⁹ a confirmé que les catégories socioprofessionnelles n'étaient pas touchées de la même façon par l'invalidité. L'étude porte sur le pourcentage d'invalides ayant obtenu une rente AI entière entre 45 et 65 ans. Les écarts vont de 2,1% d'invalides pour les professions libérales et scientifiques à 25,4% (12 fois plus) pour les ouvriers semi-qualifiés et non-qualifiés. Le pourcentage s'élève à 31,3% pour les manoeuvres d'usine et à 40% pour les travailleurs du bâtiment.

Là encore, les salariés-e-s payent le prix fort sur le plan des conséquences financières (perte de revenu) et sociales (perte d'emploi).

⁸ Gilles Godinat. *Quelques aspects de la souffrance dans la population en lien avec la crise*. In Droit dans le Mur ! 1999. Editions d'en bas

⁹ Etienne Gubéan et Massimo Usel. *Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève*. Mars 2000, OCIRT

VI

Méfais du néo-libéralisme constatés dans la pratique médicale en cabinet

Progressivement dans les années nonante, l'activité des médecins généralistes s'est vue modifiée par l'émergence de nouvelles problématiques médicales en lien avec la réorganisation de type néo-libéral dans la vie professionnelle.

Aujourd'hui les personnes consultent non seulement pour des problèmes médicaux : maux de dos, céphalées, tendinites ^{1,2,3}, hypertension ⁴, maladies cardiovasculaire ⁵, malaises, accidents, troubles du sommeil, troubles anxieux, dépression, stress ⁶, consommation d'alcool et/ou de médicaments⁷, mobbing⁸... , mais également pour obtenir toutes sortes d'attestations (certificats d'arrêt de travail, certificats de maladie lors de licenciement, expertises médicales, certificats concernant un mobbing,...) afin de faire valoir leurs droits et de ne pas être pénalisées au sein de leur entreprise et/ou par rapport à des prestations des services publics (chômage, office cantonal de l'emploi, Hospice Général,...).

Malgré lui, le médecin participe à un nouveau secteur de l'économie : **la médicalisation des problèmes socio-économiques.**

Le médecin a le devoir de **reconnaître** au cours de consultations médicales les pathologies en lien avec les problèmes professionnels (cf supra), comme il a appris à reconnaître les liens entre les cancers de la plèvre et le travail avec l'amiante ou l'apparition de phénomènes vasospastiques de type Raynaud chez les ouvriers utilisant des marteaux piqueurs de manière prolongée. De la sorte, il pourra aider ses patients à faire les liens entre leurs problèmes de santé et leurs conditions de travail ; ils auront ainsi la possibilité d'exprimer leur souffrance individuelle et de faire des démarches avec la collectivité pour essayer de remédier aux aberrations du système néo-libéral de management dans les entreprises en s'aidant par exemple des syndicats ou d'autres associations de travailleurs.

1 : Lemasters GK., Atterbury MR., Booth-Jones AD., et al.: *Prevalence of work related musculoskeletal disorders* in active union carpenters. *Occup Environ Med.* 1998; 55(6): 421-427.

2 : Morse TF., Dillon C., Warren N., et al.: *The economic and social consequences of work-related musculoskeletal disorders: the Connecticut Upper-Extremity Surveillance Project (CUSP).* *Int J Occup Environ Health.* 1998; 4(4): 209-216.

3: Kuorinka I., Forcier L.(dir) et al. : *Les lésions attribuables au travail répétitif.* Ouvrage de référence sur les lésions musculo-squelettiques liées au travail. Ed. Maloine, Paris,1995.

4 : Niedhammer I., Siegrist J.: *Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires: l'apport du modèle Déséquilibres Efforts Récompenses.* *Rev Epidém et Santé Publ.* 1998 ; 46(a) :398-410.

5 : Tenkanen L., Sjoblom T., Kalimo R., Alikoski T., et al.: *Shiftwork, occupation and coronary heart disease over 6 years of follow up in the Helsinki Heart Study.* *Scand J Work Environ Health.* 1997; 23(3); 257-265.

6 : Ramaciotti D., Perriard J. : *Les coûts du stress en Suisse.* Zürich, seco-Ressort Arbeit und Gesundheit. 2000

7: Torgler J. et al.: *Consommation de médicaments chez les médecins en formation.* Travail de Thèse de Médecine. Faculté de Médecine de Genève. A paraître. Genève 2001.

Le médecin doit également **dénoncer** l'apparition de ces nouvelles pathologies qui occasionnent des coûts directs et indirects très importants pour la collectivité et qui témoignent du mépris des nouveaux patrons pour les travailleurs en tant qu'**êtres humains**. En effet ils ne les considèrent que comme des **ressources humaines**, bonnes à jeter lorsqu'elles ne sont plus rentables ; alors même que ces entreprises augmentent leur marge de bénéfices de manière indécente. Le médecin doit utiliser ses connaissances et sa situation privilégiée concernant la récolte d'informations très précieuses auprès des patients⁹, pour publier des documents d'analyse et des travaux de recherche, afin d'influencer les décisions politiques dans le domaine de la santé et de prévenir sa marchandisation dans une économie néo-libérale.

De fait, tous les frais liés aux pathologies du travail devraient être pris en charge par une caisse de type CNA en tant que **maladies professionnelles**. Ceci concernerait non seulement les frais liés aux investigations médicales et aux traitements, mais aussi les frais administratifs liés aux démarches multiples (attestations médicales pour le travail, les assurances perte de gain, le chômage, ...visites chez le médecin conseil, reclassement professionnel,...).

Parallèlement, les médecins devraient pouvoir recevoir une **formation** plus spécifique dans le domaine de ces nouvelles pathologies professionnelles afin de pouvoir faire les liens qui s'imposent et de **ne pas banaliser la souffrance** de leurs patients, perdus dans des problématiques socioprofessionnelles. Ils doivent apprendre à introduire dans leurs anamnèses médicales des questions spécifiques quant aux liens possibles entre les symptômes et les conditions de travail actuelles. Ceci afin de dépister au plus vite la cause réelle de la maladie, avant que la situation ne soit trop dégradée, tout comme ils ont appris à le faire pour dépister les problèmes de dépressions masquées ou d'alcoolisme¹⁰.

8 : Conne-Perréard E.,Parrat J., et Usel M. : *Effets de conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques*. Conférence Romande et Tessinoise des Offices Cantonaux de Protection des travailleurs. Décembre 2001

9: Wasem L., Holtz J., Decrey H., et al.: *Le médecin praticien: un acteur important dans le dépistage des problèmes de santé liés au travail*. Actes des XIXèmes Journées franco-suissees de médecine du travail. 2001 ; 39-43

10 : Wasem L., Holtz J., Decrey H., et al.: *L'anamnèse professionnelle en médecine de premier recours: présentation d'un questionnaire de dépistage des problèmes de santé liés au travail*. Rev Med Suisse Romande. 2001 ; 12: 845-849.

VII

La réalité de la souffrance psychique liée au travail dans la pratique psychothérapeutique

Deux enquêtes statistiques ont été menées à Genève concernant les patients des psychiatres privés en 1987 (777 patients) et 1997 (1429 patients). Certains points de comparaison montrent qu'entre les deux enquêtes, les hommes en emploi passent de 70,4 à 66,7%, en formation de 12 à 8,8%, au chômage ou à l'assistance de 5,6 à 10,3% et à l'invalidité de 7,9 à 9,7%. Respectivement, les femmes en emploi passent de 57,6 à 59,8%, en formation de 12,2 à 10,4%, au chômage ou à l'assistance de 5,5 à 8,3% et à l'invalidité de 5,3 à 7,7%. Ces données indiquent que dans la consultation des praticiens privés la réalité de l'insertion professionnelle des patients a changé entre 1987 et 1997, à savoir que la réalité des changements survenus dans le monde du travail pendant la crise économique des années nonante est présente dans le champ d'activité d'un praticien privé.

Quelques pointages effectués chez les praticiens montrent que les certificats pour arrêt de travail ont augmenté pendant cette période pour atteindre chez certains 30% de leur clientèle. Entre un quart et un tiers des patients expriment des souffrances psychiques en relation avec leur milieu professionnel ou la perte de leur emploi, soit à travers des symptômes dépressifs, anxieux, d'angoisses diffuses, de somatisations diverses, de troubles du comportement, en particulier des conduites addictives (dépendances aux médicaments sédatifs, analgésiques, à l'alcool, par exemple) pour ne décrire que les principales manifestations.

L'approche thérapeutique en cabinet peut soulager l'individu de sa souffrance, au mieux lui permettre d'améliorer l'utilisation de ses ressources pour faire face à sa réalité et trouver une issue vers plus de satisfaction dans sa vie professionnelle ou dans sa vie sociale. Mais les limites d'un tel processus thérapeutique sont évidemment atteintes lorsqu'il s'agit de modifier les conditions du travail lui-même et surtout lorsqu'il s'agit de mettre en place des mesures préventives. Sur le fond, une difficulté et un danger nous guettent : le déplacement et la réduction au seul champ sanitaire, par la psychologisation ou la médicalisation des problèmes émanant des différents rapports de pouvoir dans les entreprises (rapports économiques, sociaux, psychologiques, juridiques, éthiques, symboliques). Les approches et les interventions juridiques ou sanitaires ne doivent pas occulter le terrain où se concrétisent et se confrontent les rapports de travail, à savoir le monde du travail lui-même.

VIII

L'action individuelle et collective plus que jamais nécessaire

La transformation actuelle du monde du travail rend plus que jamais nécessaire une intervention sur les lieux de travail. Cette conscience semble se renforcer dans les milieux syndicaux. L'Organisation internationale du travail (O.I.T) vient d'adopter en 1998 une déclaration relative aux principes et droits fondamentaux des travailleurs. De nouvelles dimensions de l'action syndicale intégrant les préoccupations sociales se développent actuellement sur le terrain, à un rythme lent, de façon très contrastée, mais la prise de conscience des conséquences néfastes de la mondialisation économique dans ses formes actuelles tend à se renforcer. Les récentes mobilisations sociales et syndicales relancent l'espoir de changements en profondeur dans les relations de travail, condition nécessaire pour une diminution de la souffrance liée au travail et à la place du travail dans la vie quotidienne.

Perspectives

Les niveaux d'intervention possibles sont forcément multiples. Nous évoquerons ci-après une liste non exhaustive de pistes pour l'avenir, sur lesquelles «Collectif santé travail mondialisation » entend travailler :

Sur le plan de l'Etat

La Suisse doit se doter d'une véritable politique publique de santé au travail. Pour cela, il est notamment indispensable de renforcer nettement les effectifs des services publics, et en particulier ceux mis à la disposition des offices cantonaux d'inspection du travail. De moyens véritables doivent être débloqués afin qu'ils puissent effectuer des contrôles dans les entreprises et mettre en place des systèmes de prévention et d'information. La recherche et les statistiques en matière de santé au travail doivent être développées. Des enquêtes doivent être menées sur le plan national, par branches professionnelles, afin de mettre en évidence les risques pour les salarié-e-s liés aux conditions de travail. Les offices cantonaux d'inspection de travail doivent en outre être dotés d'un véritable pouvoir de sanction à l'encontre des entreprises violant les dispositions en matière de protection de la santé des salarié-e-s. Leur rôle ne doit en aucun cas se limiter au constat des abus ! Les coûts liés aux accidents et aux maladies du travail doivent être clairement identifiés. Des formations spécifiques sur les nouvelles pathologies professionnelles doivent être mises sur pied dans un but préventif à l'intention du corps médical. La médecine du travail doit se développer.

Sur le plan des assurances sociales

Une véritable assurance perte de gain en cas de maladie couvrant tous les salariés et toutes les salariées y compris les chômeurs-euses est absolument urgente. La compensation du salaire doit être intégrale jusqu'à la guérison ou le passage à l'assurance invalidité. Les cotisations au deuxième pilier doivent être maintenues en cas de maladie prolongée afin d'éviter des pertes de revenus à l'âge de la retraite. Le système d'experts des assurances perte de gain doit être contrôlé et modifié. Il doit être mis fin aux pressions exercées sur les personnes en arrêt de travail.

Il faut adapter la liste des atteintes à la santé reconnues comme maladies et accidents professionnels (troubles musculo-squelettiques, dépression. Là également, la couverture à 100% de la perte de gain en cas d'accident et de maladie professionnels doit être généralisée. En outre, tous les frais liés aux investigations médicales, aux traitements mais aussi aux frais administratifs (attestations médicales, visites chez le médecin-conseil, reclassements professionnel, etc.) devraient être pris en charge.

Instaurer une caisse-maladie publique unique permettrait de mettre en lumière les causes des incapacités de travail et les coûts qu'elles engendrent. De réelles mesures de prévention seraient dès lors ressenties comme une nécessité. Nous demandons l'instauration des cotisations aux caisses-maladie selon la capacité financière des assuré-e-s.

Sur le plan légal

La protection contre le licenciement est notoirement insuffisante en cas de maladie et d'accident. Les dispositions du code des obligations doivent être renforcées.

Au même titre qu'en cas de harcèlement sexuel, le versement d'indemnités aux travailleurs-euses ayant subi des atteintes à leur santé provoquées par des conditions de travail défavorables doit être prévu par le code des obligations, à moins que l'employeur ne prouve qu'il a tout entrepris pour y mettre fin. En outre, il y a lieu de renverser le fardeau de la preuve. Dans le cadre du service public, le recours au tribunal administratif et fédéral doit être rendu possible. Des indemnités de dédommagement des victimes doivent aussi être prévues.

Sur le plan des entreprises

Les salarié-e-s et leurs syndicats doivent combattre toutes les formes de flexibilité imposées aux salarié-e-s dans les entreprises et lutter pour des protections accrues dans les conventions collectives de travail. Cela passe par l'élimination du recours au travail temporaire, l'abolition des contrats précaires (travail sur appel, sous-traitance, contrat de courte durée), la réduction drastique des heures supplémentaires, la baisse du temps de travail, la suppression de toute annualisation du temps de travail, et l'augmentation des effectifs pour diminuer les rythmes de travail.

Les salarié-e-s, et les syndicats qui les représentent, doivent se saisir de l'opportunité de la mise en place des MSST pour reprendre du pouvoir sur leurs conditions de travail et la préservation de leur santé. La directive doit être appliquée sans délai. Les organes de contrôle (SUVA et offices cantonaux d'inspection du travail) doivent utiliser tous les moyens légaux qui leurs sont donnés afin d'obliger les entreprises à respecter la directive. Les syndicats doivent se battre afin d'augmenter la part des cotisations payées par l'employeur aux assurances perte de gain en cas de maladie.

La prévention représente la meilleure façon de se défendre contre le mobbing. Cela passe par l'adoption de règlements d'entreprise et d'articles spécifiques dans les conventions collectives de travail (CCT). Ceux-ci doivent indiquer l'interdiction de ce type de comportement et les procédures de plainte et d'enquête mises en place. La formation du personnel, des cadres et des militant-e-s syndicaux doit être une priorité. L'action collective syndicale et solidaire demeure la meilleure défense contre toutes les formes d'atteinte à la personnalité des collègues.

Il faut refuser ces conditions de travail qui rendent tristes et malades !

Aux entreprises d'assumer les coûts des dégâts à la santé qu'elles provoquent !

Organisons-nous pour faire sortir cette souffrance solitaire du secret des cabinets médicaux !

IX

TÉMOIGNAGES

Aux Bonheur des Dames

Restructuration...

Au secours

Gestionnaire de fortune à l'UBS parti en retraite anticipée

Les déboires d'un chef dans le commerce alimentaire

Aux Bonheur des Dames

Nous travaillons dans un magasin d'habits qui se trouve dans un centre commercial. Il y a une surface de 750m². Nous sommes 2 vendeuses fixes et 5 vendeuses auxiliaires pour faire tout le travail, c'est-à-dire, vendre, arranger la marchandise, descendre dans la réserve au sous-sol pour chercher de la marchandise, décharger le camion etc. C'est extrêmement lourd d'aller au sous-sol et de porter toute la marchandise. Un jour, on a dit que c'était trop pour nous de descendre au sous-sol, mais les autres vendeuses ont continué à le faire. On ne sait pas qu'est-ce qu'on a droit et qu'est ce qu'on n'a pas droit de demander.

On a énormément de travail, on est très peu de vendeuses pour un magasin aussi grand. Une semaine entière j'étais bloquée au dos parce que j'avais trop porté. Je venais quand même travailler. Je prenais des médicaments. La gérante m'a ironisé : "Ah, il faut pas pousser les cartons, parce que vous avez mal au dos ?". Mais il n'y avait personne qui pouvait le faire et je devais le faire quand même. J'ai tout le temps des DAFALGAN dans mon sac pour supporter les maux du dos.

La gérante nous harcèle. Elle nous fait peur. Elle nous dit qu'on n'a pas le droit d'être malade. Elle dit que les accidents, même les accidents de travail, sont provoqués exprès. Celles qui sont malades sont licenciées.

Une fois, j'ai fait une grippe horrible. J'ai pris beaucoup de cachets pour quand même pouvoir aller travailler. Mais je n'ai pas pu aller travailler, j'étais tellement mal. J'ai essayé de trouver quelqu'un pour me remplacer. Je n'ai pas réussi. La gérante m'a dit : « Malgré la fièvre, il faut venir travailler. Vous travaillez seulement l'après-midi, 5 heures, ce n'est rien.... »

Un jour une cliente m'a remercié pour mon travail et elle l'a aussi dit à la gérante. La gérante lui a répondu : « Mais non, elle est obligée de travailler comme ça. » Ensuite elle m'a reproché que cette cliente était sûrement ma cousine. Mais ce n'était par vrai, je ne connaissais pas cette dame. On n'est jamais remercié pour rien. Des fois on est tellement stressée qu'on n'arrive plus à dormir.

La gérante licencie tout le monde, sans aucun motif, des personnes formidables et travailleuses. Elle rengage derrière des vendeuses plus jeunes qui coûtent moins. Elle est très raciste. Elle m'a dit : Je n'aime pas les étrangères.

Restructuration...

Le mobbing pour moi a commencé en 1999. En fait, c'est le système qui a changé en 1999 quand, dans un souci de rationalisation économique, on a mis en place une nouvelle structure de soins à domicile. Les anciennes responsables ont été dégradées, remplacées par des infirmières n'ayant aucune expérience de notre travail, en particulier de l'aspect soutien moral et aide sociale.

J'ai tout de suite beaucoup souffert de cela. Par exemple, on avait l'habitude d'emmener les patients handicapés faire leurs courses dans les magasins qui leur convenaient. En 1999, une circulaire nous a ordonné de ne plus sortir du quartier, pour les achats des patients. Ils prétendaient qu'on coûtait trop cher au kilomètre...(à 50 centimes le km !..)

Un autre exemple : une patiente de 87 ans, veuve, qui ne sortait jamais de chez elle, dans une solitude extrême...J'avais pris l'habitude de l'emmener une fois par semaine au bord du lac pour donner à manger aux canards, ce qui était à peu près sa seule joie de la semaine. Cela faisait 8 ans que nous avions cette habitude. Mais depuis la mise en place de la LAMAL (Loi sur l'Assurance Maladie), ce genre de promenade thérapeutique (moral, soleil, vitamine D..) n'a plus été remboursée. Quand la nouvelle responsable est venue prendre son poste, elle a décidé d'évaluer toutes les personnes anciennes sur le terrain. Pour moi l'évaluation a été plus que positive, même parfaite. Mais quand nous sommes arrivées au bureau, et les jours qui ont suivi, elle m'a fait appeler à peu près une fois par semaine pour dire qu'à son avis mon travail était parfait mais que je m'attache trop au malade (que nous devons dorénavant appeler « client », ce que je ne suis jamais arrivée à faire)...bref, que je prenais trop de place, et que pour mes collègues, c'était dur de passer derrière. Moi, je lui ai demandé : « quelles collègues ? ». Elle m'a répondu : « les jeunes qui ont moins d'expérience ». Le travail était devenu difficile pour moi, parce que je connaissais tout le monde dans le secteur. Donc, après mûres réflexions, j'ai décidé de demander mon transfert dans un autre secteur. Ma collègue qui a 20 ans de travail sur le terrain est tombée malade (cancer dans un sein), donc nous sommes parties toutes les deux. La seule ancienne qui reste est en train de chercher du travail ailleurs.

Dans mon nouveau secteur, le mobbing a commencé tout de suite, mais sur toutes les aides. Pour deux raisons essentielles. Les aides ont peur de la responsable qui utilise aussi bien le Syndicat (mais à sa façon) que la Direction, où elle se plaît à dire que de toute façon, elle est protégée. Donc, les aides ont peur. Alors, on m'a parachutée dans ce contexte par malheur, car je suis une personne qui connaît bien le Syndicat et la Direction aussi, puisque j'ai toujours travaillé avec le Syndicat pour négocier et signer la Convention Collective. Alors quand cette

personne responsable d'une équipe a senti, ou pensé, que ma présence était dangereuse pour elle, le mobbing a été une solution de facilité.

En Septembre 2001, j'ai eu un appel à l'aide d'un patient que je connaissais depuis 8 ans, et que j'ai trouvé par terre chez lui, sans personne pour le relever et le coucher puisque le service n'avait pas donné suite à sa demande, disant qu'il n'avait pas été prévu dans le planning. Il a téléphoné chez moi, et sans trop réfléchir, par humanité (alors que je venais de rentrer chez moi à 20h30, et que je n'avais pas mangé), je me suis rendue chez lui, et j'ai fait mon métier, mais sans facture, puisque cela se passait en dehors de mon temps de travail. Et j'ai oublié de téléphoner à la Centrale Informatique, parce que j'avais paré au plus pressé : le patient m'est apparu plus important que l'ordinateur. Un avertissement m'a été donné. Mais lors du rendez-vous fixé par la Responsable des Ressources Humaines, le Chef de Secteur, et ma Responsable, on m'a insultée, plus que accusée, puisqu'elles ont profité pour me reprocher des choses impensables :

- on m'a reproché d'être non professionnelle

- on a décidé de ne plus me confier de cas lourds, alors que j'ai 10 ans d'ancienneté et que ce sont ces patients que je préfère, car avec eux, j'ai vraiment l'impression de me rendre utile

- on a décidé que je devais être coachée pendant 6 mois par la responsable, qui ne connaît rien du terrain.

J'avais l'impression qu'elles parlaient de quelqu'un d'autre que moi. Je me sentais humiliée, psychologiquement détruite : je remettais en question 10 années de ma vie, n'y comprenais plus rien. Je me suis permise d'écrire au Directeur des Ressources Humaines pour lui faire savoir mon désarroi. Il m'a répondu qu'il n'y avait rien par écrit. Donc qu'il ne pouvait pas le croire.

Depuis ce jour-là, ma Responsable a saboté tout mon travail ; elle s'est faite une joie de ne pas me laisser parler, et de faire en sorte que lors de mon arrivée au bureau ou ailleurs, on s'arrête de parler.

Donc, ma réaction est d'aller encore voir le Directeur des Ressources Humaines. Il m'a fait savoir de rentrer chez moi, sans dire au revoir à personne, et d'attendre qu'il me trouve un autre secteur. Pour moi, ça a été la même chose que si j'avais commis une faute grave, ce qui n'est pas le cas.

J'ai décidé d'aller voir mon médecin, qui m'a mise immédiatement en arrêt de maladie, car j'étais effondrée. J'ai démissionné du service. Et dès que j'ai pu me reprendre psychologiquement, j'ai trouvé un autre travail. Pourtant, j'ai été tellement marquée que je n'ai pas retrouvé la confiance en moi que j'avais auparavant. J'ai été rassurée quand la direction m'a félicitée récemment, alors qu'avant, je n'avais pas besoin d'être félicitée pour savoir ce que je valais.

J'ai travaillé 10 ans aux soins à domicile et j'ai eu 8 ans de bonheur, avant la restructuration du service pour des raisons de rentabilisation économique.

Au secours

Au secours mon travail me tue !

Au secours mon travail te tue !

Au secours mon travail se tue !

Les new-management, coaching, brainstorming, et autre « leadership » sont entrés dans le service public qui m'emploie comme la mondialisation est entrée dans la vie de chacun, c'est à dire sans sonner et sans y être invité.

C'est un vrai cas d'école du néo-libéralisme qui est appliqué, là où je travaille.

Tout d'abord a été instauré un règne de terreur. Renvois (les années 90 furent atroces), peur du chômage, chantage au licenciement massif ou à la perte de gain importante, soutenu par des bruits de couloir, savamment entretenus, concernant des délocalisation dans un pays limitrophe ou par la sous-traitance, la menace de grosse multinationale (Vivendi) frappant à nos portes. Cette terreur permit à la direction d'appliquer un dérèglement général. Changement de statut du personnel, des tournus horaires, instauration d'évaluations personnelles, blocage des salaires, etc. etc.. La peur au ventre tout passait ! Pas une tête qui se relevait ! Ce fut là le travail d'une nouvelle école de directeurs formés aux Etat-Unis (comme par hasard).

L'évaluation personnelle réalisée avec l'aval d'un panel représentatif de collègues(?), et sous la surveillance des syndicats (?) est un outil, qui pour l'instant, n'a d'autre but que l'amélioration de chacun. Pas de récompense, pas de sanction directe, hormis une demande d'amélioration dans les deux années suivantes. Car elle se répète continuellement « jusqu'à la fin de ta mort », par période de deux ans. Nous ignorons le véritable but de cette estimation. Serait-ce une porte d'entrée pour le salaire au mérite et à une compétition entre tous ? Ou une porte de sortie pour ceux qui n'arrivent plus à tenir le rythme pour cause de vieillesse, de maladie, ou autres soucis ? Les deux mon capitaine !

L'angoisse qu'elle occasionne, reconnue ou pas, (et il n'est pas bon de la reconnaître car c'est un signe de faiblesse vis à vis des autres) et là. Lourde, étouffante, handicapante avec la peur de la moindre peccadille, car tout, absolument tout, est noté, consigné, archivé. Les années s'accumulant, le dossier s'épaissit tout devient de plus en plus difficile, ce travail ou en trouver un autre.

Bref, nous en sommes maintenant à l'application pure et dure de tous les concepts du nouveau management néo-libéral:

Suppression des titres : plus d'employés plus de dirigeants, plus de chefs, tous collaborateurs. L'un d'entre eux (un chef) s'était d'ailleurs fendu d'un article dans un quotidien, sous le couvert de l'anonymat, pour marquer leurs désarrois, leurs sentiments d'être dégradés, dans tous les sens du terme, de ne plus être reconnus dans leurs tâches spécifiques qu'ils continuent pourtant à exercer à ce jour.

Instauration de séances de concertation, directeurs, employés. L'écoute s'y faisant à titre individuel, chacun y va alors de son idée, de sa revendication, de son petit grief, de sa petite calomnie, de sa petite délation, voulant briller devant les directeurs et les collègues. En bon leaders, bien formés, rompus à toutes les situations possibles de la communication, comme ils le sont, ils manipulent leur monde, acceptant avec un brin d'ironie les sous-entendus voir les mots les plus durs.

Tout le monde en ressort avec l'impression d'avoir pu s'exprimer, d'avoir agit directement, d'être en ligne directe avec les décisionnaires, d'avoir mis les points sur les i.

Savoir si on a été entendu, est un autre problème.

Le véritable constat est que l'on en ressort surtout un peu plus désolidarisé, déstructuré, individualisé, isolé. A quoi bon les syndicats ou autres organismes puisque chacun a pu être entendu par les directeurs ! Diviser pour régner !

Formation minimum dans des conditions inadéquates sur le nouveau matériel de plus en plus pointu, demandant un investissement accru de chacun, avec la peur de mal faire devant le premier imprévu venu, augmentant ainsi le doute quant à nos propres capacités.

- Pour couronner le tout : La recherche incessante de la productivité dans le travail fourni, la rentabilisation de chaque seconde pour un coût minimal, l'instauration de rythmes intenable.

Voilà pourquoi mon travail me tue !

Mon travail vous tue aussi, parce que sous le couvert d'améliorations techniques ou d'infrastructures, on nous lance, nous, avec le poids de tout ce que l'on subit, en ville, avec des engins de plusieurs tonnes en nous demandant d'être plus productifs, plus rentables, sur des parcours créés par des technocrates n'ayant jamais mis les pieds dans nos véhicules, ne sachant faire la différence entre une route sèche, mouillée ou grasse, avec des temps de parcours intenable où les minutes de retard s'additionnent à la vitesse d'un cheval au galop sur les plages du Mont. St.

Michel, avec des pauses au terminus si restreintes pour cause de rentabilité qu'il nous est impossible de s'arrêter, de décompresser, de satisfaire un besoin naturel, de se dégourdir les jambes ankylosées par notre position assise et immobile (sauf le pied droit), de redresser le dos brisé par les milliers de soubresauts dûs à la route, de fumer une cigarette pour les fumeurs, de renseigner le client perdu, de se dire que se tour a été dur mais que le prochain sera plus facile, de se rafraîchir pour se tenir éveillé, de boire une gorgée d'eau en été, de fermer les yeux ne serait-ce qu'une minute car ils piquent de fatigue. Non il faut repartir, pour ne pas prendre encore plus de retard, pour ne pas subir les remarques des passagers tout aussi stressés que nous par les conséquences que peut engendrer un petit retard, repartir pour que le collègue de derrière ne vienne pas se coller à nous et hériter ainsi de ces clients, et être en surcharge. Repartir un peu plus vite, un peu plus énervé, un peu plus anxieux, un peu moins apte à réagir normalement, un peu plus mûr pour l'accident. Avec qu'on le veuille ou pas, dans un coin de la tête, la trouille. Cette trouille dont personne ne parle, et que hélas certains connaissent. La peur de savoir que l'on peut tuer, vous tuer !

Et c'est cette recherche effrénée de la rentabilité, de la productivité, là justement où ces notions ne devraient être que secondaires, qui fait que mon boulot se tue lui-même. Voyez ce que le libéralisme à outrance a fait dans les services publics anglais, par exemple.

Gestionnaire de fortune à l'UBS parti en retraite anticipée

Dans le secteur bancaire, la fusion de l'UBS et de la SBS annoncée en décembre 1997 a renforcé la tendance qui préexistait à la rationalisation du travail. La réorganisation de la nouvelle UBS a été pensée par une entreprise de conseil en gestion d'entreprise. Elle était basée sur une baisse des effectifs. L'annonce de la suppression de 7000 emplois a terrorisé bon nombre de collaborateurs et de collaboratrices. Le personnel le plus qualifié est parti, car il a facilement trouvé à se replacer à de bonnes conditions. D'autres ont été poussés à la retraite anticipée. En fait, la diminution des frais généraux a créé une véritable gabegie et il a fallu ensuite réengager, mais il s'agissait de personnes possédant moins de compétences et n'ayant pas l'expérience des précédents-es. La compression du personnel administratif a aussi nécessité l'engagement de personnel temporaire, ce qui a naturellement entraîné une baisse de la qualité du travail. La rationalisation du travail s'est aussi traduite par le déplacement de secteurs entiers de Genève à Zürich ou une région périphérique comme Bussigny. Le surcroît de travail pour ces services a été difficile à résorber, ce qui a entraîné des effets négatifs pour les salariés-es et la clientèle. De nombreux collaborateurs-trices ont été contraints-es de se déplacer et ont vu leur trajets considérablement augmenter, avec le supplément de fatigue ou l'impact négatif sur la vie sociale et familiale que cela suppose. Un trajet de 1h30 était considéré comme acceptable par la direction. Un refus d'accepter un déplacement pouvait signifier le licenciement ou une perte de 20% du salaire et la dégradation d'un niveau de responsabilité.

Les gens ne se connaissant plus, il y a eu une perte considérable de capacité à collaborer. Les problèmes sont devenus plus difficiles à résoudre, car les interlocuteurs-trices n'étaient jamais les mêmes. Le mariage entre les deux façons de travailler a créé des tensions et a renforcé la mise en concurrence entre les salariés-es d'un même service. L'ambiance au travail a été alourdie par les accusations mutuelles. Les réorganisations successives n'étaient jamais expliquées au personnel et certaines d'entre-elles n'étaient pas compréhensibles ou nous faisaient perdre du temps. Ainsi, lorsqu'il y avait une panne informatique, il fallait s'adresser à Bâle, dont la ligne téléphonique était déviée sur Zürich. De là, les instructions revenaient en allemand auprès des techniciens informatiques qui se trouvaient dans notre propre bâtiment... C'était très démotivant. Dans cette situation de stress et de tensions, des

collègues ont craqué et ont eu une dépression. Certain-e-s ont vécu des ruptures sur le plan familial.

La recherche du profit maximum impliquait le développement des secteurs rentables au détriment des plus petits clients. Un système de segmentation du travail a été mis en place, certain-e-s collaborateurs-trices se spécialisant par exemple dans la gestion de fortune de plus d'un million de francs, d'autres de plus de 500'000 francs, etc. Le travail était donc devenu moins diversifié et moins intéressant. Nous avons été dépossédé-e-s d'une partie de notre activité et de nos relations avec la clientèle. Les collègues ont fini par perdre de l'intérêt pour l'ensemble de la structure de l'entreprise et s'intéressaient uniquement à leur travail direct. Cette segmentation a été renforcée par le modèle de rémunération au mérite et la répartition d'une partie du bénéfice par le système de bonus. Chaque salarié-e doit réaliser des objectifs prédéterminés (volume d'affaire, nombre de clients, etc.), qui sont évalués chaque année. Ce système de bonus provoque forcément des jalousies et des tiraillements. De plus, ces revenus échappent à la prévoyance professionnelle. Ce système salarial favorise indéniablement la concurrence interne et le manque de solidarité entre les salariés-es.

Les déboires d'un chef dans le commerce alimentaire

La genèse d'une histoire banale débute il y a un quart de siècle au moment où, mon avenir à long terme chez mon ancien employeur devenant aléatoire, j'ai alors saisi l'occasion de répondre à une offre d'emploi de notre "ennemi public n° 1" (concurrent principal, à l'époque).

Tractations d'engagement rituelles et acceptation de mon dossier dans cette grande entreprise bâloise, avec néanmoins la remarque en point d'orgue : "votre candidature est retenue, ... bien qu'avec une grosse trentaine, vous ayez presque passé la limite d'âge...".

Après avoir accepté le challenge d'effectuer une maîtrise, hors des heures de travail, représentant trois années de labeur, j'ai eu droit aux félicitations d'usage. La satisfaction personnelle d'avoir relevé le défi mise à part, cet investissement ne m'a rien apporté professionnellement dans la mesure où le vent avait tourné... premiers prémices de restructuration, de centralisation.

L'entreprise "évolue", sans préciser que l'évolution équivaut à la disparition de la fonction pour laquelle j'avais été engagé. Se voulant rassurants, nos responsables se plaisent à nous confirmer qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter. La structure directoriale se resserre; les compétences sont redistribuées; mon honnête mais insipide chef de service, assez opportuniste cependant pour avoir su soigner les relations avec les "poissons pilotes" est propulsé "divisionnaire"; depuis lors, chacun sait qu'il est le chef puisque il nous le confirme chaque fois qu'il est mis en difficulté.

Cette fonction lui permet de figurer régulièrement en photo dans le bulletin d'entreprise avec ses petits camarades. Avec la mise en place de la nouvelle structure, j'ai eu droit, moi également, à ma nomination, en devenant le "supérieur", entre autres, d'un collaborateur "difficile"; du coup la hiérarchie se dégageait d'une bête noire sans devoir s'en séparer. Les relations évoluent, oui bien sûr; prioritairement, en soignant celles entretenues avec les instances dirigeantes; il ne s'agit plus de rechercher la meilleure alternative, d'innover, de stimuler l'activité il faut appliquer, si nécessaire, comme l'autruche face au danger. Pas de menaces précises mais beaucoup d'inquiétude ...

- *quelles alternatives pour moi ? à mon âge !*
- *de quoi seront faites mes dernières années professionnelles ?*
- *aurais-je la possibilité de pouvoir fonctionner ainsi jusqu'au terme ?*
- *comment va évoluer mon statut dans la mesure où mon activité est amenée à disparaître ?*
- *vais-je pouvoir préserver les acquis ?*

Réflexions déstabilisantes qui, du coup, ont influencé et dérégulé directement mon comportement, mon "style" habituel; l'irascibilité remplace une certaine confiance, éveil de la méfiance vis-à-vis de mon entourage, la consommation de "gin's to." et "whisky cook's" devient régulière, les "deux" de gamay accompagnent mes plats du jour, l'ascenseur remplace l'escalier, le sofa... le footing, etc. une descente confortable, "standard".

Quelque peu introverti, mes implosions demeurent apparemment invisibles; extérieurement mon comportement n'a pas fondamentalement changé jusqu'au jour où : accumulation de frustrations + contrariétés + stress + cholestérol débouchent sur des malaises vagues dont un sur mon lieu de travail. Inquiétude du chef : "... as-tu un problème ?" Consultations médicales, check-up's minutieux pour un diagnostic étonnant mais juste : grosse déprime"! Avec l'appui d'une prescription de "Fluctine" j'entame durant deux ans env. une réflexion parfois chaotique avec ses hauts (prises de décisions) et ses bas (coups de cafard) débouchant aujourd'hui sur un bilan me permettant de tenir professionnellement la tête hors de l'eau,

en étant convaincu d'avoir :

- *le privilège de l'âge qui m'évite de me poser des questions sur mon plan de carrière*
- *pris du recul vis-à-vis de mon environnement; de mieux relativiser. Je ne fais plus systématiquement le poing dans ma poche; j'exprime mon opinion sans détour en sachant du coup avoir moins d' "amis"*
- *moins de scrupule de gagner ... autant*
- *obtenu un statut satisfaisant avec l'effort et l'investissement personnel fourni*
- *la chance aussi, d'être accompagné et soutenu par un suivi médical de qualité.*

Je suis ainsi contraint de poursuivre la gestion

- du "deuil" d'une carrière bloquée, sans alternative
- du regret de devoir se contenter de finir en roue libre et devoir déléguer des compétences à des roitelets, souvent présomptueux, pas forcément plus capables que moi
- d'une certaine jalousie de voir d'autres pouvoir progresser et être impliqués dans des décisions auxquelles je prenais part
- du sentiment d'avoir été floué, de régresser en devenant le larbin
- d'une remise en question trop tardive; le sentiment de n'avoir pas su (voulu ?) anticiper, de ne pas avoir été assez clairvoyant par paresse et confort.

Ce bilan "du jour" n'aurait certainement pas été rigoureusement le même s'il avait été établi hier et serait certainement un peu différent s'il avait été fait la semaine prochaine.

Genève, le 27 mars 2002

X

EFFETS DE CONDITIONS DE TRAVAIL DÉFAVORABLES SUR LA SANTÉ ET LEURS CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES.

Tiré de la conférence romande et tessinoise des offices cantonaux de protection des travailleurs. Soutenu par la Fondation suisse pour la promotion de la santé. Genève (OCIRT) et Delémont (SAMT), décembre 2001.

Une étude récente apporte une caution scientifique utile dans la discussion sur les risques de santé attribuables aux conditions de travail. Un état des lieux des connaissances à disposition récapitule ce qu'on peut affirmer sur les liens entre certains facteurs de risque liés au travail et des pathologies comme le cancer, les maladies cardio-vasculaires, les troubles musculo-squelettiques, les atteintes à la santé mentale.

Ce rapport est destiné à éclairer la lanterne des décideurs helvétiques en matière de politique de prévention et promotion de la santé au travail. Ce faisant, il apporte des arguments de poids aux thèses qui sont développées dans le présent dossier.

On y trouve enfin quelques estimations qu'on peut appliquer à la Suisse pour chiffrer la part des frais médicaux consacrés à soigner des problèmes imputables aux conditions de travail.

Facteurs de risque et maladies liées au travail

L'étude reprend les données épidémiologiques d'études réalisées à l'étranger. Les plus impressionnantes portent sur de grands groupes de personnes au travail suivis sur plusieurs décennies, comme l'enquête Whitehall sur les fonctionnaires anglais, les travaux de Johnson et al. sur les salarié-e-s de la région de Stockholm, la Cohorte GAZEL en France. Les compilations systématiques de données du NIOSH (Institut national de santé et sécurité au travail des Etats-Unis) et les travaux d'un groupe européen d'épidémiologues qui étudient les relations entre stress et maladies cardiaques (European Stress Network) ont également été très utilisées.

La synthèse des résultats étudiés se concentre sur certaines pathologies qui ont des liens avec le travail et sur certains facteurs de risques qu'on ne peut honnêtement plus ignorer – et qui sont néanmoins exclus de la compétence de la LAA (loi sur les accidents et maladies professionnels) et des prestations de la CNA (dont la définition des maladies professionnelles est très restrictive).

Les maladies liées au travail ne se limitent pas aux problèmes considérés administrativement comme des accidents et maladies professionnels donnant droit aux prestations de la CNA-SUVA. Une part non négligeable des atteintes à la santé est attribuable à l'environnement au travail sans pour autant avoir le statut de maladies professionnelles. Les frais médicaux qu'elles impliquent sont invisibles pour les employeurs, ce qui ne les encourage pas à s'en préoccuper. Par contre, les arrêts maladie, invalidités et décès prématurés représentent un volume considérable de temps de travail perdu qui diminue la productivité. Les **facteurs de risque pour la santé provenant de l'environnement au travail** sont par conséquent un problème de santé publique qui touche tous les partenaires de la prévention au travail.

Le travail posté (horaires de travail comportant du travail de nuit ou par équipes en rotation) représente un risque significatif de maladie coronarienne (+40%). Sur la base des études, on peut avancer que le risque de MCV est augmenté de 40% par rapport à la population non exposée. Il influe aussi sur les troubles du sommeil, les troubles gastro-intestinaux: chez les femmes qui y sont soumises, on constate une diminution du taux de fécondité. En Suisse 25% des personnes actives sont exposées à des horaires irréguliers situés en dehors des horaires habituels de travail.

Les **facteurs psychosociaux** sont l'ensemble des contraintes organisationnelles qui agissent comme des « agents stresseurs » ayant des effets sur la santé des travailleurs: travail

monotone et bousculé, risque de perdre son emploi, insatisfaction générale au travail, bas statut dans la hiérarchie, déséquilibre entre les efforts et les récompenses.

Le modèle explicatif le plus généralement repris par les études épidémiologiques au cours des 20 dernières années est celui de la *tension au travail* (selon Karasek) Selon ce modèle, les groupes à haut risque psychosocial sont soumis à la fois à de *fortes exigences* (charge de travail et contraintes temporelles), une *faible autonomie* (peu de latitude de décision et de possibilités de développer ses compétences) ainsi qu'un *faible soutien social* au travail. On estime entre 9 et 12% la proportion de la population active masculine de l'Union européenne qui est exposée à ces conditions de tension (une fourchette qui s'accorde avec les enquêtes suisses sur le stress). Cet ensemble de facteurs est associé significativement à des taux de morbidité et de mortalité plus élevés dans les populations qui y sont particulièrement exposées.

De plus, les sources de tension au travail sont en augmentation dans la population active en Europe (Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail).

Les atteintes au dos et aux articulations (TMS= Troubles Musculo-Squelettiques) constituent le groupe de maladies les plus répandues dans la population active (entre 1984 et 1998, la prévalence des lombalgies en Suisse a passé de 13 à 21%). Il existe des évidences d'un rapport de causalité entre certaines expositions et les TMS. Les catégories professionnelles particulièrement exposées sont les manœuvres et le personnel peu qualifiés, ainsi que les personnes peu satisfaites de leurs conditions de travail.

La grande majorité des études épidémiologiques obtiennent un RR (risque relatif) d'au minimum 1.5 (50% d'augmentation de risque) pour l'exposition aux risques physiques : travaux et postures pénibles, gestes répétitifs, force, posture, vibration, manipulation de lourdes charges. Ce minimum est plus souvent proche de 2 (soit 100% d'augmentation du risque pour la population exposée) lorsqu'il y a une combinaison de facteurs de pénibilité physique, comme par exemple les travailleurs de la construction.

Ces risques physiques, bien qu'établis par la littérature scientifique, sont reconnus de manières très différentes par les systèmes de compensation selon les pays. En Suisse, par exemple, un accident survenant lors d'un port de charge sera indemnisé, par contre, une maladie chronique du système musculo-squelettique liée à une longue exposition à un facteur de risque (port de lourdes charges par exemple) ne sera pas facilement indemnisée.

Les associations entre TMS et facteurs de risques psychosociaux sont plus faibles quantitativement (RR de 1.1 à 1.6, soit une augmentation du risque de TMS allant de 10 à 60%), mais suffisantes pour accorder aux TMS leur place dans l'ensemble des maladies provoquées en partie par les "agents stresseurs" organisationnels. Dans les travaux peu qualifiés, on peut admettre que les travaux pénibles, la faible autonomie et la pression au travail sont un ensemble de risques qui peut être atténué par des conditions de travail plus satisfaisantes.

On sait que **les maladies cardio-vasculaires (MCV)** sont la première cause de mortalité en Suisse. Par contre, on ignore souvent que la mortalité prématurée et l'incapacité de travail dues aux MCV sont significativement plus fréquentes dans des populations exposées à des risques spécifiques liées à leurs conditions de travail.

Il existe un consensus sur les ordres de grandeur des risques relatifs aux principaux facteurs de risque de l'environnement au travail:

Travail posté:	RR =1.4
Bruit (> 90 décibels):	RR =1.2
Tabagisme passif:	RR =1.3

<i>Travail sédentaire:</i>	RR =2.0
<i>Risques psychosociaux:</i>	RR =1.2 - 2.0

Une estimation très prudente des **risques psychosociaux** des conditions de travail permet de poser comme base minimum une fourchette de RR allant de 1.2 à 1.4 (20 à 40% de risque supplémentaire) lorsque tout ou partie des variables psychosociales caractérisant la *tension au travail* selon Karasek sont présentes. Olsen conclut à un RR de 2 (100% de risque supplémentaire) associé à la variable "Travail monotone et rythme rapide". Les études citées éliminent toute confusion avec les comportements individuels à risque (tabagisme, manque d'exercice physique) ou d'autres prédispositions (surcharge pondérale, âge, etc.). Il s'agit donc bien de **facteurs de risques collectifs** à considérer en termes de conditions de travail et pas en termes de comportements individuels à corriger.

Atteintes à la santé mentale : les résultats de différentes recherches confirment un lien entre facteurs psycho-sociaux et problèmes de santé mentale, notamment la dépression, la détresse psychologique, l'épuisement professionnel et la consommation ou l'abus de substances psychotropes. Ces données permettent de contredire ceux qui suggèrent que les atteintes à la santé mentale sont la cause des déclarations négatives des sujets sur leurs conditions de travail et non l'inverse.

En Suisse, 30% des rentes AI mentionnent des atteintes à la santé mentale (1999). Si on attribue aux conditions de travail le 5% du coût de ces rentes (un chiffre plancher), on trouve 75 millions de francs annuels.

Les cancers professionnels: on estime que 4 à 10% des cancers sont d'origine professionnelle, dont un certain nombre sont reconnus comme maladies professionnelles par la CNA. Ces cancers figurent dans des listes qui ont établi une relation de causalité de plus 75% avec l'exposition à un agent nocif. Ces expositions aux agents nocifs sont très bien établies au niveau international et font l'objet d'un suivi épidémiologique systématique. Par contre, il existe un problème de sous-déclaration : on peut supposer raisonnablement qu'un certain nombre de cas de cancers professionnels sont traités comme des maladies non professionnelles, faute de déclaration.

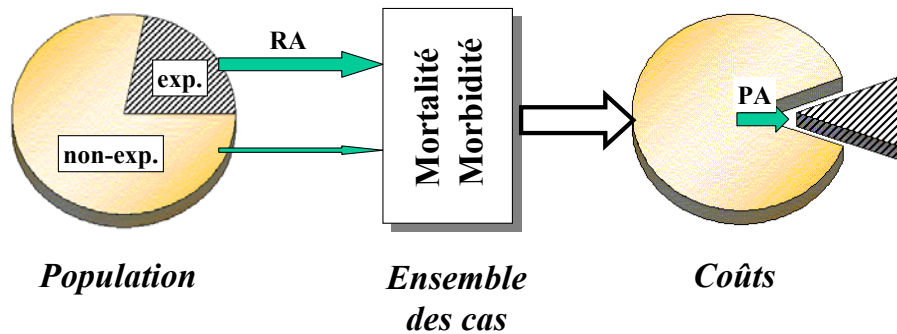
Le calcul des coûts des maladies liées au travail en Suisse

Les risques relatifs (RR) fournis par l'épidémiologie des maladies liées au travail peuvent servir de base de calcul pour établir sur la base d'un consensus scientifique des fourchettes établissant une association entre l'exposition à un risque ou à un groupe de risques et la fréquence de la maladie dans la population active.

Les autres éléments nécessaires au calcul des coûts des maladies liées au travail en Suisse sont les suivants :

- Le risque de maladies attribuables au travail (RA) obtenu à partir du risque relatif et de la prévalence d'exposition dans la population active.
- L'ensemble des coûts médicaux selon le groupe de maladie (coûts directs).
- Les coûts indirects, soit les unités de temps perdues pour cause d'arrêt maladie, d'invalidité et de mortalité prématurée

- La part attribuable (PA) est le RA appliqué au montant des coûts directs dont on dispose.



En l'état actuel des statistiques à disposition en Suisse, les données sont très partielles ou inexistantes.

Contrairement à ce qu'on peut trouver dans d'autres pays, il n'existe pas de statistiques sur les coûts des maladies par groupes de diagnostics. Seule exception : le cas des cancers professionnels qui sont dédommagés par la CNA-SUVA, dont on peut tirer certaines informations. Il faut attendre que les études en cours sur les coûts hospitaliers liés aux groupes de diagnostics soient disponibles pour envisager des estimations quant à leur part attribuable au travail.

On peut néanmoins avancer des ordres de grandeur : en appliquant au cas de la Suisse le risque attribuable au travail posté, on peut évaluer que 7% des maladies cardio-vasculaires touchant la population âgée de 16 à 65 ans pourraient être évitées si le facteur de risque 'travail posté' était supprimé.

Sur les quelque 42 milliards de francs de dépenses annuelles de santé, les chercheurs situent la part imputable aux conditions de travail entre 6 et 12 milliards, soit une fourchette comprise entre 15 et 30% de l'ensemble. Si l'on retient une proportion de 20% et qu'on la ramène aux seules dépenses couvertes par les caisses-maladie, cela équivaut à un petit peu moins de deux mois de primes par assuré, bébés et personnes âgées compris, versées de fait en «subventionnement» à une économie de plus en plus pathogène. Le travail n'est plus la santé...

On peut donc en conclure comme le fait Michel Schwery (Le Courrier) : une partie des coûts actuellement pris en charge par l'assurance-maladie découle d'atteintes à la santé liées à des conditions de travail défavorables et représente de ce fait une forme d'externalisation des coûts par les entreprises. Et cela porte sur de belles sommes!

Propositions pour l'avenir de la recherche dans le domaine

Les propositions apportées en conclusion de l'étude suggèrent quelques moyens d'intégrer les données sur l'exposition aux risques pour la santé liés au travail aux enquêtes existantes (Enquête suisse sur la population active et Enquête suisse de santé, participation à l'enquête de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, participation aux bases de données internationales sur les cancers professionnels).

La mise sur pied d'un instrument de mesure des risques de santé liés au travail permettrait d'intégrer des données standardisées dans les enquêtes nationales et dans les différentes structures de recueils de données, de même que la mise au point de matrices emplois-expositions standardisant les expositions psychosociales et physiques des postes de travail selon les professions ou groupes de profession.

Ces données ont leur place au sein du projet d'observatoire de la santé qui est actuellement en préparation au niveau suisse.

Des enquêtes approfondies plus spécifiques permettraient de mieux documenter en Suisse des problèmes dont l'importance est démontrée dans la littérature scientifique internationale qui a été consultée. En collaboration avec des médecins de ville intéressés, il a été recommandé d'étudier particulièrement le secteur du commerce de détail, ainsi que les liens entre les conditions de travail d'une part et les problèmes cardio-vasculaires et de santé mentale d'autre part.

Note :

RR = risque relatif : RR mesure l'association entre une maladie et un facteur de risque. Il est le résultat du rapport du risque dans le groupe exposé divisé par le risque dans le groupe non exposé. Il peut être calculé dans les enquêtes transversales (comparaison une seule fois entre population exposée et non exposée) ou de cohorte (évolution dans le temps de la population exposée à un risque).

OR= Odd Ratio. OR est aussi une mesure d'association entre exposition et maladie qui se calcule lors d'études du type cas-témoins dans lesquelles on comparent un groupe d'individus atteints d'un maladie avec un groupe d'individus non atteints en vue de rechercher la présence du facteur de risque associé.