

TRAVAILLER... AU PÉRIL DE SA SANTÉ ?

Le travail occupe une place centrale dans nos vies et détermine pour une large part notre santé, selon les conditions dans lesquelles il s'exerce. Qu'il s'agisse d'un emploi, d'un volontariat, de travail domestique ou de soins à des proches, nous y consacrons toutes et tous une grande partie de notre temps. Ainsi, qu'il soit rémunéré ou non, qu'il soit reconnu socialement ou non, le travail constitue une expérience centrale de la vie en société.

Si l'on se focalise sur le travail rémunéré et la façon dont il est aujourd'hui organisé, nous sommes témoins d'un profond malaise tant les souffrances physiques et mentales liées à l'exercice d'une activité professionnelle semblent s'exacerber. Stress, fatigue, épuisement professionnel, troubles musculosquelettiques, tumeurs, accidents du travail, etc. sont autant de signaux qui ne trompent pas à propos de l'impact du travail sur la santé. L'expression d'un mal-être au travail se répand dans tous les secteurs : privé, public, marchand et non marchand. Même le secteur associatif n'est pas épargné¹. L'absence d'emploi sur une longue durée et la précarité financière qui l'accompagne ont aussi des effets profondément néfastes sur la santé des personnes concernées (stress, épuisement mental, perte de confiance en soi, report de soins, etc.).

Alors que les conditions de travail se sont globalement améliorées au cours du siècle passé (réduction du temps de travail, diminution de la pénibilité physique du travail du fait de l'automatisation et du développement des services, amélioration de la protection sociale face aux risques encourus par les travailleurs...), les chercheurs observent depuis quelques décennies une dégradation des conditions de travail et des indicateurs de santé au travail. À la suite de mutations profondes et structurelles à l'œuvre depuis le tournant néolibéral de notre société, la charge de travail s'est en grande partie déplacée du registre physique au registre psychique : les nouvelles formes d'organisation du travail mobilisent autrement les travailleurs et les travailleuses exigeant leur implication individuelle au service d'objectifs économiques toujours plus élevés que fixent les actionnaires des entreprises. En outre, l'intensité du travail a considérablement augmenté dans un contexte de précarisation et d'individualisation des relations de travail qui neutralise partiellement l'action collective des travailleurs et des travailleuses.



1. L. Mélon, « Budget vs social », *Santé conjugulée*, n° 81, décembre 2017 ; L. Zalzett, S. Fihn, *Te plains pas, c'est pas l'usine. L'exploitation en milieu associatif*, Niet ! Editions, 2020.

En 2017, la Fédération des maisons médicales consacrait déjà un numéro de sa revue *Santé conjugulée* à l'influence déterminante du travail sur la santé et pointait un angle mort entre la médecine générale et le monde du travail². « *La dimension du travail (travail ou absence de travail) chez les patients n'est pas une chose particulièrement abordée en médecine générale*, rapportait Evelyne Lenoir, alors responsable de la cellule santé bien-être au travail à la Société scientifique de médecine générale (SSMG). *Or on s'aperçoit qu'un nombre croissant – pour ne pas dire exponentiel – de consultations y sont liées.* »³ Cinq ans plus tard, nous avons souhaité explorer plus avant cet angle mort – en élargissant la focale aux autres professionnels de santé des maisons médicales – à travers un processus d'éducation permanente structuré autour de la problématique des souffrances au travail.

Nous nous sommes donné pour objectif d'analyser l'offre de soins globale (qui tient compte de l'ensemble des aspects médico-psychosociaux et environnementaux des problèmes de santé), interdisciplinaire (à la croisée des savoirs de multiples disciplines, en réponse à des situations médicosociales de plus en plus complexes) et collective (en collaboration avec le réseau de la maison médicale, à l'échelle du quartier et plus largement) que dispensent les professionnels de santé des maisons médicales quand des patients et patientes leur rapportent des souffrances au travail.

Tout au long de l'année, de nombreuses rencontres ont été proposées aux soignants et soignantes (médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmières, psychologues, assistantes sociales, accueillantes...) ainsi qu'à un plus large public composé notamment des patients et patientes des maisons médicales : ateliers et entretiens collectifs sur la prise en charge des souffrances au travail des patients ; porteurs de paroles organisés dans les quartiers de certaines maisons médicales, articulés à des représentations de théâtre-action suivies de débats sur le burn-out ; ateliers d'arpentage de livres-ressources sur la thématique ; etc. Tous ces échanges ont permis de recueillir de nombreuses paroles et récits qui émaillent la présente étude.

Cette étude se structure en cinq parties. Dans la première partie, nous exposons des données chiffrées relatives aux souffrances au travail pour prendre la mesure du phénomène à l'échelle nationale, européenne et mondiale. Dans la deuxième partie, nous analysons les grandes mutations qui se sont produites dans le monde du travail et leurs effets sur les conditions de travail et la santé des travailleurs. Dans la troisième partie, nous analysons les données recueillies auprès de travailleurs et de patients de maisons médicales pour rendre compte de la prise en charge des souffrances au travail dans ces lieux de soins. Dans la quatrième partie, nous parcourons les grandes évolutions de la loi sur le bien-être au travail et nous questionnons sa portée en tant que levier d'action sur la problématique du mal-être au travail. Enfin, dans la dernière partie, nous envisageons les ressorts de l'action syndicale dans le domaine de la santé au travail. ■

**Pauline Gillard, chargée d'études en éducation permanente
à la Fédération des maisons médicales**

2. « Santé & Travail. Droit, devoir ou incompatibilité ? », *Santé conjugulée*, n° 81, décembre 2017.

3. E. Lenoir, « Les groupes Trio », *Santé conjugulée* n° 81, décembre 2017.

LE TRAVAIL, C'EST LA SANTÉ ?

La dégradation des conditions de travail entraîne des conséquences redoutables – quand elles ne sont pas fatales – sur la santé physique et mentale des travailleurs et travailleuses. Au cours des dernières années, le nombre de pathologies liées à des méthodes d'organisation du travail toujours plus éprouvantes a explosé et cette tendance ne semble pas prête de s'inverser. Dans cette première partie, nous parcourons quelques données chiffrées pour prendre la mesure du phénomène à l'échelle nationale, européenne et mondiale.

Impacts des conditions de travail sur la santé

Selon l'analyse des données belges issues de l'enquête européenne sur les conditions de travail menée par Eurofound (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail) en 2015, près d'un travailleur sur trois considère que sa santé est affectée négativement par son travail⁴. Les profils les plus à risques sont les travailleurs plus âgés, les travailleurs ayant un niveau d'éducation plus faible et les femmes.

Près de la moitié des répondants rapportent avoir ressenti des troubles musculosquelettiques (maux de dos et douleurs musculaires) au cours de l'année précédant l'enquête. Un médecin d'une maison médicale carolorégienne témoigne à ce propos : *« Avec le temps, je suis de plus en plus interpellé par l'impact physique que le travail peut avoir. Peut-être est-ce lié à la zone dans laquelle nous travaillons, mais nous avons des patients qui travaillent dans des secteurs difficiles qui usent les corps et cela se voit. Ce sont des boulots dans les secteurs de la construction, du ménage, en usine, dans la logistique, la grande distribution, etc. qui laissent des marques physiques et cela m'impressionne de plus en plus avec le temps. Les gens paient de leur corps leurs années de travail. »*

Plus du tiers des répondants se plaignent de fatigue et de maux de tête liés à leur travail. En outre, près de 15 % des personnes interrogées font état de symptômes de dépression ou d'anxiété, ce qui indique une progression sensible de ces problèmes de santé au travail comparativement aux données recueillies en 2010 quand moins de 10 % des répondants rapportaient ces types de souffrance. Enfin, entre 20 et 25 % des répondants estiment éprouver des difficultés à s'endormir, se réveiller fréquemment pendant la

nuit et se lever avec un sentiment d'épuisement et de fatigue plusieurs fois par semaine, voire tous les jours.

L'incidence du travail sur la santé varie aussi selon le secteur d'activité et les caractéristiques des entreprises. Le volet belge de l'enquête d'Eurofound met en lumière l'impact particulièrement négatif du travail sur la santé physique dans le secteur de la construction et dans une moindre mesure dans les secteurs du nettoyage et de l'agriculture. Au niveau de la santé

mentale, les secteurs les plus à risques sont ceux de l'agriculture, des activités spécialisées, scientifiques et techniques et de l'administration publique, défense, Sécurité sociale, enseignement, santé et action sociale. Quant à l'incidence de la taille des entreprises, la satisfaction au travail est plus élevée dans les sociétés employant moins de dix personnes et les risques psychosociaux sont plus élevés dans les sociétés employant plus de dix personnes. La fréquence d'utilisation des nouvelles technologies a également un impact sur la santé des travailleurs sachant que celles et ceux qui y recourent au moins la moitié de leur temps de travail présentent des scores plus faibles en termes de bien-être psychologique et d'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée. Sans surprise, les travailleurs confrontés à une restructuration de leur entreprise constituent un groupe à risque du point de vue de la santé physique et psychique, de la satisfaction liée au travail et de l'équilibre travail-famille. ■

**« Les gens paient
de leur corps leurs
années de travail. »**

4. M.Lamberts et al., *Jobkwaliteit in België in 2015, Analyse aan de hand van de European Working Conditions Survey EWCS 2015 (Eurofound)*, KU Leuven, 2016. Les premiers résultats (en anglais) de l'enquête menée en 2021 seront prochainement disponibles sur eurofound.europa.eu.

Explosion du nombre de malades de longue durée

Au 31 décembre 2020, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) recensait plus de 470 000 personnes en invalidité⁵. De 2004 à 2020, le nombre de personnes en invalidité a doublé, la croissance annuelle moyenne étant de l'ordre de 4,8 % par an. Ces données chiffrées illustrent à elles seules l'ampleur et l'expansion de cette problématique sociétale. Plus de 90 % des personnes en invalidité sont des salariés du régime général⁶. Parmi celles-ci, 68 % sont des ouvriers et 32 % sont des employés. La majorité des travailleurs malades de longue durée sont des femmes (57 %) et les personnes âgées de plus de 55 ans représentent 43 % des personnes en invalidité du régime général. Les deux principaux groupes de pathologies dont souffrent les personnes reconnues en invalidité sont :

- les troubles mentaux et du comportement, une catégorie regroupant notamment la dépression, le burn-out, le stress et les dépendances (36 % des personnes en invalidité du régime général et 23 % des personnes en invalidité du régime des indépendants) ;
- et les maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif qui regroupent notamment les troubles musculo-squelettiques (31 % pour le régime général et 30 % pour le régime indépendant).

Les autres groupes de maladies sont constitués des maladies du système nerveux, des tumeurs, des maladies de l'appareil circulatoire, etc.

Deux types de facteurs rendent compte de l'augmentation spectaculaire du nombre de per-

sonnes reconnues en invalidité au cours des dernières années :

- ceux liés à des évolutions structurelles, démographiques et sociales de notre société telles que le vieillissement de la population active et son augmentation notamment en raison de la participation croissante des femmes sur le marché du travail ;
- ceux liés à des décisions politiques telles que l'alignement de l'âge légal de la pension des femmes sur celui des hommes (65 ans pour les femmes et les hommes depuis 2009) et les conditions plus strictes pour pouvoir partir en retraite anticipée (les personnes âgées de 60 à 63 ans peuvent quitter le marché du travail plus tôt à condition de justifier un certain nombre d'années de carrière).

L'indemnisation des travailleurs salariés et indépendants reconnus en incapacité de travail représentait près de 8,6 milliards d'euros en 2019. Parmi celles-ci, les dépenses relatives à l'invalidité sont en plus forte croissance (+ 7,7 % par an) que celles liées aux incapacités primaires (incapacités de moins d'un an) qui connaissent tout de même une croissance soutenue (+ 4,8 % par an). Le secteur des indemnités est ainsi devenu le troisième poste de dépenses de la Sécurité sociale après le secteur des pensions et celui des soins de santé. Avec le psychiatre Christophe Dejours, nous pouvons considérer ces dépenses comme un ensemble de coûts « externalisés » (vers la Sécurité sociale) qui « ne pèsent pas sur le bilan des entreprises »⁷. ■

Le travail nuit plus gravement à la santé des femmes

« La ségrégation⁸ entre hommes et femmes au travail constitue une des caractéristiques principales qui apparaît dans l'enquête européenne sur les conditions de travail », constate Laurent Vogel, juriste et chercheur associé dans le domaine des conditions de travail, de la santé et de la sécurité à l'Institut syndical européen (ETUI)⁹. Les salaires des femmes restent inférieurs à ceux des hommes, la précarisation de l'emploi concerne davantage les femmes et celles-ci continuent d'assurer l'essentiel du travail non rémunéré (le travail domestique étant majoritairement réalisé par les femmes dans la sphère

privée). Le travail à temps partiel, corrélé à une plus grande flexibilité imposée des horaires et à de moindres possibilités de formation et de promotion, est l'un des principaux facteurs de ségrégation et de précarisation du travail des femmes.

« Tant pour les femmes que pour les hommes, des stéréotypes sur ce qui serait un travail "naturellement" féminin ou masculin permettent de banaliser les risques et de minimiser la charge réelle du travail », poursuit Laurent Vogel. Ainsi, il ressort de diverses enquêtes nationales que les activités de prévention sont organisées de manière

5. Mutualité chrétienne, « Incapacité de travail – chiffres et indicateurs », *MC Informations* n° 284, juin 2021. Après un an d'incapacité de travail, on parle d'invalidité.

6. Les deux autres régimes sont constitués des travailleurs indépendants et des fonctionnaires. Les fonctionnaires statutaires n'étant pas couverts par le volet indemnités de l'Assurance soins de santé et indemnités, ils n'apparaissent pas dans ces chiffres.

7. C. Dejours, *Travail vivant. Tome 2. Travail et émancipation*, Payot, 2009, p.86.

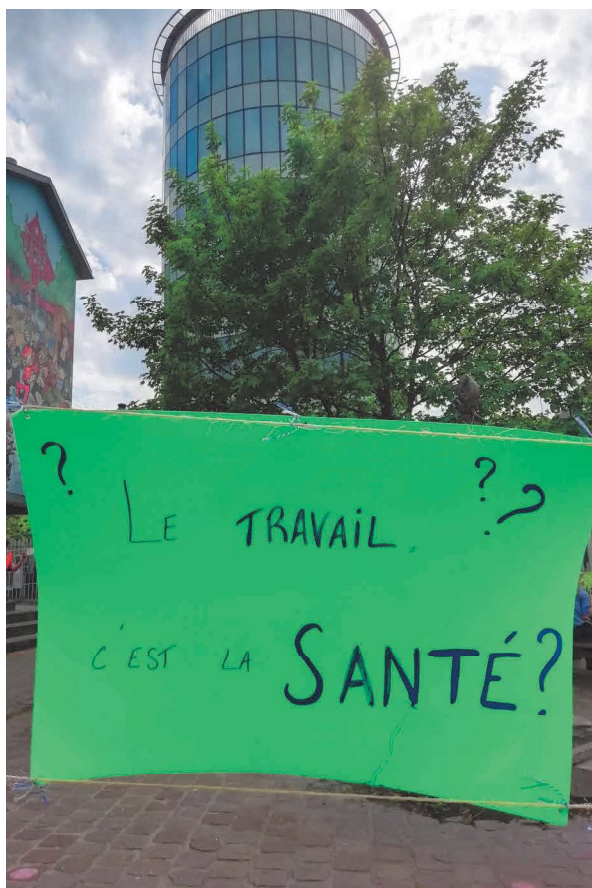
8. La ségrégation professionnelle est « la tendance, pour les hommes et les femmes, à exercer des métiers différents ». Elle s'apprécie principalement dans la répartition des sexes au sein de chaque profession (ségrégation horizontale), mais aussi en fonction des secteurs, des lieux de travail, des types de contrat de travail et des possibilités de progression de carrière (ségrégation verticale), www.wikigender.org.

9. L. Vogel, « "Chausser les lunettes du genre" pour comprendre les conditions de travail », www.etui.org, 2016.

moins systématique dans les secteurs fortement féminisés, la prévention étant davantage pratiquée dans les secteurs considérés comme à haut risque où la concentration d'hommes est très marquée. Or si les risques varient selon le genre et reflètent la ségrégation professionnelle – les hommes sont davantage exposés à des agents chimiques toxiques, au bruit et aux vibrations tandis que les femmes sont plus nombreuses à être exposées aux risques biologiques (infections, intoxications, allergies voire cancers) en raison de leur concentration dans le secteur de la santé et des soins aux personnes (aussi dénommé secteur du *care*), « il n'existe pas de secteurs à bas risque, tout dépend du risque qu'on envisage », rappelle Marianne De Troyer, sociologue et chercheuse à ETUI¹⁰.

Le travail des femmes au foyer reste quant à lui largement invisibilisé. À ce propos, Laurent Vogel avance que « peu d'enquêtes étudient de façon détaillée les conditions du travail non rémunéré » et que « les accidents causés par le travail non rémunéré sont très mal documentés en Europe »¹¹. Pourtant, nombreuses sont les femmes au foyer qui rapportent des souffrances physiques et mentales liées au travail domestique qu'elles exercent gratuitement. Une kinésithérapeute d'une maison médicale bruxelloise s'indigne du sort qui leur est réservé : « Je reçois énormément de femmes au foyer qui ont des maux psychosomatiques et qui auraient besoin de repos, mais à qui nous ne pouvons pas délivrer de certificat médical. Beaucoup sont proches du burn-out et témoignent de grandes souffrances psychologiques liées au confinement dans des appartements exigus pendant la

pandémie de covid. Même si leur activité n'est pas reconnue comme un travail et n'est pas rémunérée, ça l'est réellement puisqu'elles passent leur vie à travailler à la maison. » ■



Toutes les photos qui illustrent ce dossier ont été prises lors d'animations « Porteurs de paroles » réalisées à Bruxelles, dans les Marolles, et à Namur, dans le quartier des Arsouilles, en mai 2022. Ce sont quelques-unes des réponses des passantes et des passants à cette question : « Le travail, c'est la santé ? »

Écarts de mortalité entre professions

Faut-il le rappeler, la santé est déterminée par de nombreux facteurs sociaux, économiques, environnementaux, culturels et comportementaux qui interagissent entre eux et produisent des différences de niveaux de santé à l'échelle d'une population. Le travail est l'un de ces déterminants sociaux et joue un rôle central dans la production d'inégalités de santé. En effet, selon leur activité professionnelle, les travailleurs et travailleuses sont confrontés à des réalités de travail très différentes qui pèsent de manière inégale sur leur santé. « Les personnes occupant les positions sociales les plus basses sont tendanciel-

lement les plus exposées à des conditions de travail difficiles et préjudiciables pour leur santé physique : conduite de machines dangereuses, travail de nuit, manipulation de produits toxiques, port de charges lourdes, tâches répétitives... », explique le sociologue Joël Girès¹². « Ce sont aussi les personnes qui tirent les revenus les plus faibles et peu de reconnaissance sociale de leur activité professionnelle, pesant sur les conditions de vie hors du travail même. »

Dans une analyse des inégalités face à la mort à travers le prisme des inégalités socioprofessionnelles, Joël Girès rend compte de la surmortalité

10. V. Amboldi, « Et si la santé des travailleuses devenait une priorité ? », www.cepag.be, février 2016.

11. L. Vogel, *op. cit.*

12. J. Girès, « Le travail c'est la santé ? (pas pour tout le monde). Écarts de mortalité entre professions en Belgique », Observatoire belge des inégalités, www.inegalites.be, décembre 2020.

té et de la sous-mortalité de 76 professions par rapport à la moyenne de la population active occupée. Ses constats sont édifiants. Les différences en termes d'espérance de vie sont très marquées entre les professions. « *Éboueurs, standardistes, ouvriers de la construction, conducteurs de transports collectifs, serveurs, facteurs, cheminots, nettoyeurs industriels et aides-soignantes présentent des mortalités bien supérieures aux avocats, scientifiques, dentistes, chefs d'entreprises, médecins, cadres dirigeants, entrepreneurs en bâtiment, ingénieurs et enseignants du supérieur.* » En outre, l'ordre des professions classées en fonction de leur mortalité correspond globalement à la hiérarchie sociale : les personnes occupées dans des activités professionnelles peu valorisées

sont celles où la mortalité est plus élevée et inversement. « *Les activités professionnelles en haut de la hiérarchie – prestigieuses et liées au pouvoir – sont clairement en sous-mortalité. Les professions en bas de la hiérarchie – subordonnées et qui consistent en des tâches d'exécution, souvent physiques – sont, quant à elles, en nette surmortalité.* » Même si les résultats de cette analyse ne permettent pas d'isoler l'activité professionnelle des conditions de vie qui y sont associées (pratiques alimentaires, qualité du logement, types de loisirs...), la combinaison systématique des métiers les plus pénibles à une mesure de surmortalité semble rendre compte de l'impact déterminant du travail sur la santé et l'espérance de vie. ■

Le travail tue

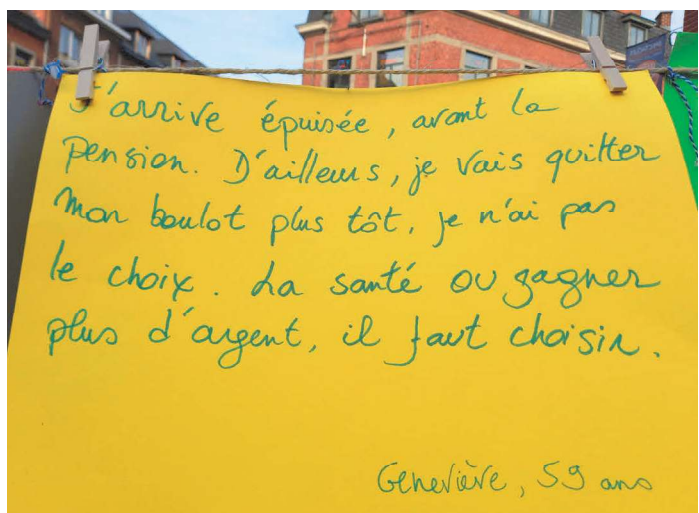
D'après un rapport conjoint de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Organisation internationale du travail (OIT), près de deux millions de décès liés au travail sont enregistrés chaque année dans le monde dont la majorité sont dus à des maladies respiratoires et cardiovasculaires¹³. Cette étude pointe 19 facteurs de risques professionnels au rang desquels figurent principalement l'exposition à de longues heures de travail, l'exposition à la pollution atmosphérique sur le lieu de travail et les accidents du travail.

Selon les dernières données publiées par l'office statistique de l'Union européenne Eurostat, les accidents du travail mortels ont augmenté dans douze États membres en 2020¹⁴. La plus forte hausse a été enregistrée en Italie. Au total, cette année-là, 2,7 millions d'accidents du travail ont été répertoriés dont 3 355 ont été mortels.

La Confédération européenne des syndicats (CES) rapporte quant à elle qu'en Europe 8 % des décès provoqués par un cancer sont directement liés au travail. En Europe, le cancer est d'ailleurs la première cause de mortalité due aux conditions de travail et cause 20 à 30 fois plus de décès que les accidents du travail¹⁵.

Dans un contexte de profonde transformation du monde du travail qui se traduit par un affaiblissement des collectifs de travail, les pathologies de surcharge et les pathologies mentales se soldent parfois par des suicides. Un phénomène particulièrement médiatisé dans les années 2000 quand des suicides au travail en série ont défrayé la chronique dans de grandes entreprises françaises comme France Télécom, Renault ou La Poste. Les anciens dirigeants de France Télécom ont entretemps été condamnés pour « harcèlement moral institutionnel ». Plus récemment, le tribunal correctionnel de Bruxelles a condamné la Mission locale d'Etterbeek pour des infractions au Code du bien-être au travail et au Code pénal social, à la suite du suicide d'une employée en 2018. ■

13. Fédération générale du travail de Belgique (FGTB), « Le travail ne devrait pas tuer. Et pourtant... », *Syndicats magazine*, syndicatsmagazine.be, juillet 2022.
14. P. Bérastégui, « Les accidents du travail mortels en hausse dans 12 États membres », *European Trade Union Institute*, www.etui.org, novembre 2022.
15. FGTB, « Objectif : zéro cancer professionnel », www.fgtb.be, avril 2019.



QUELLES MUTATIONS DANS LE MONDE DU TRAVAIL ?

Tous les indicateurs de santé au travail exposés dans la première partie de cette étude sont au rouge. Comment expliquer les atteintes croissantes du travail à la santé physique et mentale des travailleurs et travailleuses ? Quelles transformations structurelles se sont opérées dans le monde de l'entreprise au cours des dernières décennies ? Dans cette deuxième partie, nous mobilisons les analyses de plusieurs sociologues du travail pour rendre compte de ces grandes mutations et de leurs effets.

Tournant néolibéral

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, le monde du travail se structurait autour du rapport salarial fordiste qui « possédait trois caractéristiques majeures : un modèle d'emploi stable, le CDI (contrat à durée indéterminée) ; un compromis social fort entre les entreprises, les syndicats et l'État ; un plein emploi », rappelle le sociologue Nicolas Latteur¹⁶.

Dans les années 1980, sous l'effet de la restructuration néolibérale du capitalisme, émerge un système d'emploi plus flexible qui scelle la victoire politique de la finance sur le monde du travail et rend possible l'introduction de nouvelles méthodes de travail visant « à l'intériorisation par chaque salarié des contraintes de rentabilité financière et des nouvelles normes d'efficacité productive et de performance individuelle »¹⁷. Ce nouveau modèle fondé sur la création de la valeur actionnariale, « c'est-à-dire la production de valeur au profit des actionnaires telle que les marchés boursiers la déterminent », se substitue au modèle fordiste caractéristique du capitalisme industriel¹⁸.

On assiste alors à la disjonction entre la logique productive et la logique financière : la libre circulation des capitaux entraîne une déterritorialisation de la finance et des délocalisations massives sous la pression d'une recherche permanente de gains de productivité. « Au modèle "fordiste", qui mettait en synergie les intérêts des actionnaires, des salariés et des clients, se substitue le modèle "Walmart", qui conduit à une pression à la baisse des salaires et des produits pour la recherche d'un profit maximal », explique le sociologue Vincent de Gaulejac¹⁹.

Présente dans le monde entier, Walmart est une entreprise spécialisée dans la grande distribu-

tion qui mise sur l'internationalisation pour faire baisser les coûts de production et les salaires. Elle impose des conditions de travail flexibles, contourne le droit social et le droit du travail et développe des stratégies antisyndicales. À l'inverse du compromis fordiste qui imposait des conditions de travail éprouvantes en contrepartie d'un partage de la valeur ajoutée avec les salariés pour qu'ils accèdent à un mode de vie consumériste, le modèle « Walmart » distribue l'essentiel des gains de productivité aux actionnaires, contribue au démantèlement du système de protection sociale caractéristique du modèle fordiste et crée des travailleurs pauvres contraints de se fournir dans cette enseigne.

Dans cette nouvelle configuration, « les écarts mirobolants de revenus entre les patrons et les salariés sont significatifs de cette dégradation, ajoute V. de Gaulejac. Les dirigeants qui se soumettent sans regimber à la pression des actionnaires sont récompensés. L'évaluation de leur réussite ne prend en compte ni la pérennité de l'entreprise, ni l'amélioration des conditions de travail, ni la préservation de l'environnement, encore moins leur contribution au bien commun, mais uniquement le résultat financier et la rémunération du capital »²⁰. ■

**La libre circulation
des capitaux entraîne
une déterritorialisation
de la finance et des
délocalisations
massives sous la
pression d'une
recherche permanente
de gains de
productivité.**

16. N. Latteur, *Le travail, une question politique*, Aden, 2013, p.66.

17. N. Latteur, *op. cit.*, p.33.

18. P. Dardot, C. Laval, *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*, cité par N. Latteur, *op. cit.*, p.32.

19. V. de Gaulejac, *Travail, les raisons de la colère*, Seuil, 2011, pp.212-213.

20. V. de Gaulejac, *op. cit.*, p.216.

Précarisation des emplois

À partir des années 1980, dans un contexte de chômage massif et de sous-emploi structurel, l'exigence de rentabilité actionnariale – qui conçoit la main-d'œuvre comme une variable d'ajustement – conduit à la suppression d'emplois stables au profit de la création d'emplois temporaires et précaires. Les contrats à durée déterminée (CDD), les emplois en intérim, le travail à temps partiel, les stages, etc. sont en croissance et offrent souvent « un moindre accès à la protection et aux avantages sociaux auxquels le contrat standard à temps plein et à durée indéterminée donne droit (couverture en cas de maladie ou invalidité, allocation de chômage, congé de maternité, etc.) », exposent les sociologues Patricia Vendramin et Agnès Parent-Thirion²¹.

Plus récemment, dans un contexte d'accélération du développement des nouvelles technologies, l'économie des plateformes numériques symbolisées par les entreprises Uber ou Deliveroo rencontre un succès grandissant auprès de travailleurs généralement embauchés comme indépendants ou freelances. Ces travailleurs ne bénéficient dès lors pas des protections sociales liées au salariat. En outre, l'isolement social, les longues heures de travail et les formes intenses de surveillance numérique participent à la dégradation de leur santé.

D'après Nicolas Latteur, cette précarisation a plusieurs conséquences : « Intensification du travail et du mal-être au travail ; neutralisation partielle de la mobilisation collective contre la souffrance, l'aliénation et la domination ; développement de la stratégie défensive du silence, de la cécité et de la surdité. Chacun doit d'abord se préoccuper de tenir. (...) Ouvriers et cadres se défendent par le déni de la souffrance des autres et le silence sur la leur ; développement de l'individualisme, du chacun pour soi, du "sauve-qui-peut". À partir d'un certain niveau, au lieu de rassembler, la misère peut détruire la réciprocité. »²² Face au développement de ces nouvelles formes de flexibilité, la précarisation des conditions de l'emploi génère effectivement des rapports de concurrence entre les salariés et met à mal leur capacité de résistance. « Même si la précarité ne touche pas tous les travailleurs, elle a des conséquences sur le vécu et le comportement de ceux qui travaillent, constate-t-il. Leurs emplois sont menacés par le recours aux contrats précaires qui deviennent susceptibles de les remplacer et par

la crainte d'être licenciés au moindre écart. »²³ « La précarité objective est un moyen coercitif efficace, confirme la sociologue Danièle Linhart. Les salariés en CDD, intérim, temps partiel imposé, contrat saisonnier, stage ne sont pas enclins à critiquer ni à chercher à imposer leurs aspirations, valeurs et convictions. (...) S'ils espèrent décrocher le fameux CDI qui les insèrera dans des conditions plus stables, il leur faut, comprennent-ils vite, se conformer strictement à ce que l'on attend d'eux, apprendre même à devancer les attentes de leur hiérarchie. La population précaire est par essence plus facile à manœuvrer, à contraindre et à convaincre. »²⁴ ■

Travail précaire des femmes

Les différences de genre sont particulièrement marquées et tendent à s'accroître, les femmes occupant la majorité des emplois à temps partiel. D'après une récente enquête sur le caractère (in)volontaire du temps partiel féminin menée à la demande du Conseil de l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, « aux extrêmes, une partie des salariées, principalement des femmes, doivent se contenter d'emplois à temps réduits tandis qu'à l'autre bout de l'échelle sociale, les cadres, majoritairement masculins, connaissent de longues journées de travail. En Belgique, quelque 20 % des femmes travaillent moins de 20 heures par semaine, contre 5 % des hommes et, en miroir, 20 % des hommes travaillent plus de 40 heures par semaine contre près de 10 % des femmes. »²⁵ L'exposition aux horaires de travail dits « atypiques » (travail de nuit, horaires irréguliers, travail le dimanche, etc.) constitue également une forme de précarisation de l'emploi. Ce phénomène en croissance, particulièrement marqué chez les femmes, a des conséquences importantes sur la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle des travailleurs et travailleuses. « Celles-ci trouvent en effet très majoritairement à s'employer dans les activités de services où précisément l'organisation repose largement sur l'amplification des plages de disponibilité et la flexibilité de l'horaire. Cette exigence de disponibilité temporelle se marque notamment par l'extension du travail féminin du samedi, du dimanche et selon des horaires flexibles. »²⁶ ■

21. P. Vendramin,

A. Parent-Thirion,

« Redéfinir les conditions de travail en Europe », *Revue internationale de politique de développement*, 11, 2019.

22. N. Latteur,

op. cit., pp.67-68

23. N. Latteur, *op.cit.*, p.67.

24. D. Linhart, *La comédie humaine du travail. De la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale*, Érès, 2015, p.127.

25. E. Martinez-Garcia

et al., *Enquête sur le caractère (in)volontaire du temps partiel féminin*, Université

Libre de Bruxelles, février 2020, conseildelegalite.be.

26. E. Martinez-

Garcia et al., *op. cit.*

Développement de la sous-traitance

Le recours à la sous-traitance a connu un essor considérable dans nos contrées. Autrefois limitée dans des métiers annexes à la production (nettoyage, gardiennage, restauration...), elle s'est généralisée et est devenue l'une des principales variables d'ajustement au sein des entreprises. Le rapport de sous-traitance n'est pas sans conséquence sur la qualité du travail et peut générer des risques spécifiques : « Dans de nombreuses situations, des sous-traitants chargés de vérifier la sécurité (dans les centrales nucléaires par exemple) des installations sont amenés à masquer les problèmes identifiés de peur de perdre le contrat auprès de l'entreprise commanditaire », expose Nicolas Latteur. « Sur les chantiers, les délais imposés sont généralement intenable. Ils obligent les travail-

leurs sous-traitants à effectuer des heures supplémentaires et à négliger les règles de sécurité. »²⁷

La précarité des relations de sous-traitance peut aussi mettre à mal les collectifs de travail : « Les travailleurs se connaissent moins entre eux, certains accomplissent des missions (provisoires ou non) sur un même lieu de travail, mais pour des employeurs différents et ne sont pas intégrés dans les mêmes conditions de travail (barèmes, conventions collectives...), explique N. Latteur. Ils se voient sommés d'accepter de nouvelles exigences des entreprises commanditaires par la menace de la perte de contrats vitaux pour le maintien de l'emploi. »²⁸ Le rapport de sous-traitance tend donc à accentuer la subordination des travailleurs et à rendre plus difficile le déploiement de résistances collectives. ■

La nouvelle idéologie managériale

Dans ce contexte, le management par l'excellence et la culture de la performance deviennent de nouvelles normes dans le monde du travail. Une révolution managériale est à l'œuvre et exige des salariés qu'ils mettent leurs compétences au service de la compétition économique, ce qui change profondément leur rapport au travail. S'appuyant sur les travaux du sociologue Michel Lallement, V. de Gaulejac observe trois grandes transformations relatives aux savoirs mobilisés, aux résultats escomptés et à l'attribution des responsabilités :

- « Les compétences attendues ne sont plus seulement des compétences techniques liées au métier ; elles combinent des savoirs (en termes de disciplines scientifiques et de techniques spécialisées), des savoir-faire (en termes d'intégration et de coordination des activités) et des "savoir-être" (en termes de motivation, d'esprit d'équipe et de relations humaines). La maîtrise technique ne suffit plus pour être reconnu comme compétent. D'autres qualités "comportementales" sont attendues, sans que l'on puisse les définir aussi clairement, tant elles laissent place à des considérations subjectives et incertaines.
- Les salariés deviennent responsables des résultats. L'employé ne doit plus seulement se conformer aux règles du métier, mais aller au-delà de la simple mise en œuvre de moyens, pour remplir les objectifs qui lui sont fixés. À la soumission à l'autorité et au respect des normes qui caractérisaient l'ordre taylorien se substitue une double

exigence d'autonomie et de responsabilité. (...)

- Enfin, le salarié est invité à gérer sa carrière comme un entrepreneur, à prendre des risques : mobilité, adaptabilité et employabilité deviennent les maîtres mots de la révolution managériale. »²⁹
- Par conséquent, « les salariés sont incités à s'impliquer de façon plus intense, à mobiliser leur subjectivité pour répondre aux nouvelles exigences d'autonomie et de responsabilité, à s'investir dans le travail, moins pour effectuer une tâche précise prédéfinie, mais pour affronter la complexité, faire face aux imprévus, s'adapter à des situations inédites. »³⁰

Si l'épanouissement personnel du travailleur semble être au cœur des préoccupations de l'entreprise, « l'autonomie est en partie un leurre puisqu'elle ne vaut que si les objectifs sont atteints, si le salarié se conforme aux attentes de l'entreprise et se coule dans ses prescriptions. L'épanouissement de l'individu et son développement personnel ne sont recevables que s'ils contribuent à rendre le salarié plus performant et plus productif. »³¹

Par ailleurs, la révolution managériale n'épargne pas les secteurs de la production. Au contraire, elle entraîne une profonde mutation des modes d'organisation du travail quand le *lean management* y est introduit. « Il s'agit d'un système de production à haute performance cherchant à éradiquer toute forme de gaspillage (délais inutiles, coûts inutiles, stocks inutiles, etc.). L'objectif est d'améliorer la productivité avec le concours actif des travailleurs. »³² ■

27. N. Latteur, *op cit.*, p.70.

28. N. Latteur, *op cit.*, p.71.

29. V. de Gaulejac, *op. cit.*, pp.254-255.

30. V. de Gaulejac, *op. cit.*, p.255.

31. V. de Gaulejac, *op. cit.*, p.256.

32. V. de Gaulejac, *op. cit.*, p.257.

Les travailleurs noyés dans les paradoxes

Dans ce contexte, pour répondre aux exigences de rentabilité imposées par les actionnaires, « les grandes entreprises capitalistes sont entraînées dans une frénésie de réorganisations permanentes et chaotiques », expose V. de Gaulejac. À l'instar de cette patiente d'une maison médicale bruxelloise qui travaillait dans une société de consultance internationale : « La transformation organisationnelle de cette entreprise a été l'un des facteurs déclenchants de mon burn-out. Il s'agissait d'un projet de transformation incessant qui entraînait une réorganisation tous les 18 mois et s'accompagnait de réductions de personnel. Qui dit transformation, dit aussi externalisation des ressources et délocalisation de services vers des pays tiers pour réaliser des économies. Le corollaire pour moi, c'a été de passer d'une équipe européenne à une équipe mondiale. J'ai ainsi perdu des collègues, autrement dit des liens et du soutien qui étaient fondamentaux dans mon travail. Un autre volet de la transformation a consisté à nous faire travailler en open space. Dans cette configuration, tout le monde voit et entend ce que vous faites tout le temps et subit un bruit de fond et des va-et-vient incessants. »

Dans cet environnement de réorganisation permanente, « l'instabilité, l'incohérence et le désordre deviennent des données "normales" de l'organisation, explique le sociologue. Les salariés, comme le management, ne comprennent plus "où l'on va", quel est le sens de ces réorganisations constantes, pourquoi un monde qui se veut si rationnel produit du chaos. Ils sont désespérés, soumis à des tensions

contradictaires qui se transforment en paradoxes. »³³ Finalement, c'est l'ensemble du système qui devient paradoxant, conclut-il.

Dans cet univers éclaté où chaque élément de l'organisation produit des procédures, des règles, des référentiels, des normes ayant une logique propre et qui « ne peut se fixer durablement une ligne de conduite stable », les travailleurs peinent à remettre de la cohérence et de la rationalité. « On assiste dès lors à l'émergence d'un système paradoxant selon lequel les tentatives de chacun pour lutter contre l'incohérence, pour "résoudre" les contradictions, pour réinsuffler du sens, pour rationaliser les conduites, se traduisent en fait par un renforcement de la complexité, dans laquelle les "logiques" antagonistes et contradictoires l'emportent sur les complémentarités et les synergies. »³⁴ En outre, dans ce type de configuration, « les organisations ne fonctionnent que parce que des milliers d'agents, à chaque instant, inventent des médiations contre les "logiques" des systèmes qui les emploient. » Un phénomène largement documenté par le médecin, psychiatre et psychanalyste Christophe Dejours qui affirme qu'il existe toujours un décalage entre le travail prescrit et le travail réel, un écart que combent les travailleurs. Dans cette perspective, le travail peut alors se définir « comme ce que le sujet doit ajouter aux prescriptions pour pouvoir atteindre les objectifs qui lui sont assignés ; ou encore ce qu'il doit ajouter de soi-même pour faire face à ce qui ne fonctionne pas lorsqu'il s'en tient scrupuleusement à l'exécution des prescriptions. »³⁵ ■

Évaluation individualisée des performances

Les pratiques managériales reconfigurent les modes d'exercice du pouvoir mis en œuvre sur les lieux de travail. Pour ce faire, elles s'appuient sur des dispositifs d'invisibilisation des conditions de travail et des rapports de subordination, de culpabilisation des travailleurs en leur faisant porter la responsabilité des résultats et d'individualisation des relations de travail.

Pour parvenir à mobiliser et impliquer subjectivement les salariés au service des objectifs de l'entreprise, les directions recourent à des méthodes d'évaluation individualisée des performances qui se sont généralisées « au nom de la volonté d'instaurer une reconnaissance réelle des qualités et de la valeur de chacun », ironise la so-

ciologue Danièle Linhart³⁶. « Le management en vient à présenter les contraintes de plus en plus fortes, les moments les plus ingrats (comme la fixation des objectifs, les évaluations, les contrôles) qu'il impose comme autant de défis à relever qui permettent aux salariés de découvrir qui ils sont vraiment, de faire émerger en eux des qualités qu'ils ne soupçonnaient pas, d'approcher un idéal du moi. »³⁷ Ces évaluations portent sur la réalisation d'objectifs préalablement définis, parfois par le salarié lui-même, mais aussi, de plus en plus, sur les comportements et savoir-être des travailleurs, une approche qui renforce la tendance à la psychologisation des relations de travail. Elles rendent possible l'individualisation des objectifs

33. V. de Gaulejac, *op. cit.*

34. V. de Gaulejac, *op. cit.*

35. C. Dejours, *op. cit.* p.21.

36. D. Linhart, *op. cit.*, p. 108.

37. D. Linhart, *op. cit.*, pp.113-114.

et des gratifications (rémunérations liées aux résultats, primes de productivité, d'assiduité...) et mettent inévitablement les salariés en concurrence. « *L'exigence du toujours plus se substitue à l'exigence du bon travail. Il ne s'agit plus de bien faire, normalement, mais de se dépasser, en compétition avec les autres* », note Vincent de Gaulejac³⁸. En outre, « *les enjeux de pouvoir de l'évaluation sont souvent occultés par un processus de légitimation qui la présente comme objective, neutre et pragmatique* »³⁹. Or trois dimensions du pouvoir sous-tendent l'évaluation, selon ce sociologue :

le pouvoir d'imposer une vision et un système de valeurs, le pouvoir d'imposer un cadre et des règles et le pouvoir d'imposer une interprétation des résultats. Ainsi, « *la "perte de sens" exprimée comme une plainte lancinante est la conséquence de ce processus : l'acte de travail n'est plus mesuré à l'aune de celui qui le fait, mais à l'aune de celui pour qui il est fait. La perte de sens est d'autant plus mal vécue que le travailleur est encouragé à s'identifier à ce qu'il fait. S'il ne peut en fixer lui-même la valeur, cette invalidation le touche dans son être même : c'est lui-même qui est dévalué.* » ■

Novlangue managériale

La révolution managériale s'accompagne de l'élaboration d'une nouvelle langue produite par et pour les managers. Se voulant positive et pragmatique, elle tente de réduire l'écart qui sépare les exécutants des concepteurs. « *Elle soutient essentiellement l'idée qu'il y a convergence d'intérêts entre l'entreprise et ses travailleurs, avance Nicolas Latteur. Les mots "collaborateurs", "coopération", "solidarité", "convivialité" ont été introduits alors même que les conditions de travail se détérioraient progressivement pour un grand nombre de salariés.* »⁴⁰ « *Voilà de quoi alimenter l'amnésie, pointe Danièle Linhart : les représentations mentales antérieures en termes de classe ouvrière, conflictualité, inégalités, injustice, luttes s'éloignent.* »⁴¹

Nouvelles technologies

La révolution managériale n'aurait peut-être pas eu le même impact si elle n'avait pu s'appuyer sur le développement des nouvelles technologies d'information et de communication qui ont transformé en profondeur l'organisation et les conditions de travail. « *La conséquence la plus notable est l'exacerbation des contradictions dans la mesure où ces nouvelles technologies engendrent à la fois plus d'autonomie et plus de dépendance, plus de liberté et plus de contrainte, plus de facilité et plus de complexité* »⁴⁴. Leur introduction massive dans le monde de l'entreprise a profondément modifié les relations entre les travailleurs et a fait de l'urgence une nouvelle norme : « *Au lieu de se parler, les salariés s'envoient des courriers électroniques, rapporte Christophe Dejourns. La conversation est remplacée par un flux d'informations démultipliées, car un mail est souvent adressé à plu-*

Au-delà des entreprises privées, les secteurs public et non marchand sont également « *contaminés* » par l'usage de ce nouveau langage qui vise à obtenir l'adhésion et l'implication subjective des travailleurs dans un nouveau modèle de performance « *qui mise sur les qualités profondément humaines des salariés et réconcilie ainsi tout le monde puisque chacun est traité en fonction d'une condition humaine que tous partagent.* »⁴² En tronquant la réalité, « *ces discours managériaux sont venus progressivement monopoliser l'espace médiatique [et politique] et ont participé à la redéfinition des mots légitimes et des valeurs morales associées au travail.* »⁴³ ■

sieurs personnes. Le message est aussi régulièrement présenté comme urgent, capital. Au final, cette multiplication des échanges engendre une énorme masse de travail. »⁴⁵ « *La contrepartie de cette circulation permanente de l'information est un piège, poursuit Vincent de Gaulejac. On ne peut plus dire que l'on n'était pas informé pour justifier un silence, une absence de réponse, la lenteur d'une réaction. Chacun est censé disposer de l'information, tenu de la traiter et de réagir comme il se doit. La réactivité devient une valeur essentielle, l'absence de réactivité, une faute grave.* »⁴⁶

V. de Gaulejac évoque aussi la fracture numérique qui s'établit entre celles et ceux qui maîtrisent les nouvelles technologies et celles et ceux qui ne les maîtrisent pas. « *La tension vient d'abord de l'absence de compétences pour tous ceux qui n'ont pas pu ou pas su se former, explique-t-il. (...) Elle*

38. V. de Gaulejac, *op. cit.*, p.191.

39. V. de Gaulejac, *op. cit.*, p.192.

40. N. Latteur, *op. cit.*, p.60.

41. D. Linhart, *op. cit.*, p.55.

42. D. Linhart, *op. cit.*, p.55.

43. N. Latteur, *op. cit.*, p.61.

44. V. de Gaulejac, *op. cit.*, p.270.

45. J. Leymarie, « Le cynisme de la résignation. Entretien avec Christophe Dejourns », Revue XXI, 33, hiver 2016.

46. V. de Gaulejac, *op. cit.*, p.273.

vient ensuite du renouvellement permanent des machines et des logiciels, qui rend très rapidement obsolètes les apprentissages précédents. Il faut se recycler constamment, renouveler le matériel, acquérir de nouveaux langages, mettre en place de nouvelles procédures, de nouvelles formes de traitement de l'information. D'autant que, dans la plupart des cas, aucun temps supplémentaire n'est prévu pour ces acquisitions. Elles doivent se faire dans la foulée, occasionnant une surcharge censée passer inaperçue. L'exigence d'adaptabilité et de flexibilité conduit donc à intérioriser l'idée que ces évolutions rapides sont normales et nécessaires, et que l'effort attendu pour les maîtriser fait partie du métier. »⁴⁷

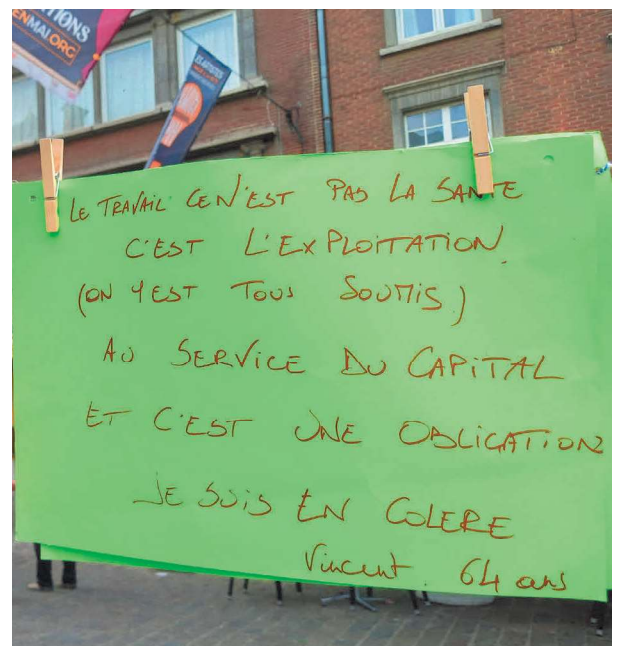
Un médecin d'une maison médicale carolo-régienne se remémore la situation d'une patiente qui était employée dans une banque et qui a subi de plein fouet la fracture numérique sur son lieu de travail : « Elle approchait de la soixantaine et je pense qu'elle n'avait pas bien géré le switch informatique. Son employeur ne lui donnait pas de travail. Donc elle allait au bureau, mais elle ne faisait rien. C'était une source de souffrance énorme pour elle. » Cette patiente semblait vivre un *bore-out*, ce syndrome d'épuisement professionnel dû à l'ennui provoqué par le manque ou l'absence de travail et qui peut engendrer de la démotivation, une dévalorisation de soi, de l'anxiété et une fatigue importante.

Par ailleurs, la frontière entre les sphères professionnelle et privée tend à s'estomper, la présence physique sur son lieu de travail n'étant plus toujours nécessaire pour exercer son activité professionnelle. Cette révolution technologique a permis la généralisation du télétravail dans certains secteurs entraînant de nouveaux risques pour la santé des travailleurs dans la mesure où ceux-ci subissent un allongement de la durée du travail et une intensification du travail⁴⁸. Cette nouvelle façon d'organiser le travail participe également à l'affaiblissement des collectifs de travail et engendre des pathologies liées à l'isolement des travailleurs.

En outre, l'outil informatique permet aux employeurs de suivre l'activité des salariés en continu et de contrôler leur productivité en temps réel. « Cet instrument de contrôle est à la disposition du management, mais surtout de l'agent lui-même, qui est invité à autoévaluer ses performances et à en tirer les conséquences, précise V. de Gaulejac. Chacun intériorise la nécessité

d'améliorer ses résultats à partir de la mesure quotidienne de son activité "réelle", la réalité étant ici traduite en termes financiers. »⁴⁹

Un médecin évoque les conditions de travail dans le secteur de la grande distribution : « J'ai reçu une patiente qui travaille comme caissière et qui doit scanner un certain nombre d'articles à la minute. » Ce type de pratiques peut directement être mis en lien avec l'explosion des troubles musculosquelettiques dans cette profession. De même, les activités de préparation de commandes guidées par un système d'instructions vocales (*voice picking*) aux manutentionnaires permettent d'optimiser leurs tâches et leurs déplacements et d'analyser finement leurs faits et gestes à travers un système de géolocalisation. Ces pratiques fondées sur la chasse aux temps morts génèrent une intensification du travail, enlèvent toute marge de manœuvre aux travailleurs et entraînent une fatigue physique et mentale difficilement soutenable. Un kinésithérapeute d'une maison médicale bruxelloise expose le cas d'une patiente qui travaille dans ce domaine : « J'ai reçu une patiente qui consultait pour une douleur au dos. Elle travaille dans un entrepôt d'une plateforme de distribution du genre Amazon et elle m'a raconté qu'elle est traquée à propos de tout ce qu'elle fait. Au total, elle marche vingt à vingt-trois kilomètres par jour. À côté de ça, elle doit s'occuper de ses trois enfants en se pliant à un horaire décalé. À un moment donné, il y a forcément des répercussions sur sa santé physique et mentale. » ■



47. V. de Gaulejac, *op. cit.*, p.271.

48. P. Bérastégui, « Les gagnants et les perdants du télétravail », Etui, www.etui.org, avril 2022.

49. V. de Gaulejac, *op. cit.*, pp.273-274.

LA PRISE EN CHARGE DES SOUFFRANCES AU TRAVAIL EN MAISON MÉDICALE

Cette étude s’ancre dans un travail empirique sur la prise en charge globale et interdisciplinaire des souffrances au travail des patients des maisons médicales. Dans cette troisième partie, nous présentons les objectifs, la question de recherche et la méthodologie à laquelle nous avons recouru. Puis, nous analysons les données recueillies auprès de travailleurs et de patients de maisons médicales.

Objectifs et question de recherche

Plusieurs constats nous ont amenés à explorer la question des souffrances au travail et de leur prise en charge en maison médicale. D’abord, celui de la croissance spectaculaire du nombre de travailleurs et travailleuses malades de longue durée en Belgique et du défi social qu’il représente ; ensuite, le constat, avancé par la Société scientifique de médecine générale (SSMG), du nombre croissant – voire exponentiel – de consultations médicales liées au travail ; enfin, celui de l’angle mort entre la médecine générale et le monde du travail déjà mis en lumière dans le dossier intitulé « Travail et santé : droit, devoir ou incompatibilité ? » de la revue *Santé conjugquée* paru en 2017.

Cet état des lieux interpellant nous a poussés à questionner l’ampleur du phénomène et à comprendre ses causes au départ des situations de mal-être au travail rapportées par des patients et patientes des maisons médicales. Contrairement à la tendance qui consiste à surresponsabiliser et culpabiliser les personnes en souffrance physique ou psychique à cause de leur travail, nous souhaitons déplacer la focale et mettre en lumière les facteurs organisationnels (liés aux modes d’organisation du travail et aux nouvelles contraintes qui pèsent sur celui-ci) et sociétaux (liés au paradigme de l’excellence et de la performance imposé par les chantres du néolibéralisme dans le monde du travail et au-delà).

Pour ce faire, nous sommes allés à la rencontre de soignants et soignantes de maisons médicales, témoins « privilégiés » des effets du travail sur la santé physique et mentale des patients, quelle que soit la fonction qu’ils et elles remplissent dans ces lieux de soins.

La question de recherche qui a guidé notre tra-

vail se formule comme suit : au-delà du colloque singulier entre les soignants et les patients, quelle offre de soins globale (qui tient compte de l’ensemble des aspects médico-psychosociaux et environnementaux des problèmes de santé), interdisciplinaire (à la croisée des savoirs de multiples disciplines, en réponse à des situations médicosociales de plus en plus complexes) et collective (en collaboration avec le réseau de la maison médicale, à l’échelle du quartier et plus largement) dispensent les professionnels de santé des maisons médicales quand des patients et patientes leur rapportent des souffrances au travail ? D’autres sous-questions ont structuré cette étude : quelle place les soignants accordent-ils au travail dans leurs contacts avec les patients ? Quels liens font-ils entre le travail et la santé ? Posent-ils la question du travail et des conditions de travail ? Comment se représentent-ils la pénibilité des métiers de leurs patients ? Quelles évolutions des impacts du travail sur la santé observent-ils et comment les expliquent-ils ?

Nous souhaitons également prendre connaissance des éventuelles démarches collectives et communautaires déployées dans les maisons médicales qui, complémentaires à la nécessaire prise en charge individuelle des souffrances au travail vécues par les patients, visent à agir à plus large échelle sur cette problématique. ■

Nous sommes allés à la rencontre de soignants et soignantes de maisons médicales, témoins « privilégiés » des effets du travail sur la santé physique et mentale.

Méthodologie

Au cours de l'année, la question des souffrances au travail a été dépliée à travers d'autres dispositifs destinés tant aux travailleurs et travailleuses de maisons médicales ainsi qu'à un plus large public. Dans un premier temps, nous sommes allés à la rencontre des premiers et premières concernés pour explorer, puis délimiter notre objet de recherche. Cela a pris la forme de :

- trois opérations « porteurs de paroles » dans l'espace public et à l'assemblée générale de la Fédération du 24 mai 2022. Elles ont permis une phase de « prise de température » par l'équipe d'éducation permanente à propos des représentations partagées et des réalités vécues auprès de travailleurs de maisons médicales et d'habitants du quartier, à proximité du centre de santé du Miroir à Bruxelles et de la maison médicale des Arsouilles à Namur ;
- deux ateliers thématiques sur le burn-out proposés dans l'intergroupe carolo des maisons médicales visant notamment à identifier les acteurs qui interviennent sur les souffrances au travail et analyser leurs (potentielles) interactions ; et un atelier lors de la plénière des maisons médicales du 30 mars 2022 visant à mettre en lumière les leviers et manquements dans les prises en charge des souffrances des patients ;
- cinq représentations d'une pièce de théâtre-action suivies d'un débat sur le burn-out à Bruxelles, Namur, Liège, Charleroi et Marche-en-Famenne.

Dans un deuxième temps, nous avons enrichi notre recueil de données empiriques de lectures théoriques pour creuser les causes organisationnelles, institutionnelles et sociétales des souffrances au travail, à travers des séances d'arpentage (une méthode de lecture collective issue de la culture ouvrière de la fin du XIX^e siècle) de deux ouvrages. L'un faisait le lien entre les mécanismes psychologiques et le capitalisme (*Le capitalisme paradoxant* de Vincent de Gaulejac et Fabienne Hanique⁵⁰) ; l'autre alliait théorie, état des lieux des actions non curatives pour éradiquer les souffrances au travail et témoignages en cabinet de médecins généralistes (*Docteur, je vais craquer !* de Staf Henderickx et Hans Krammisch⁵¹). Les discussions qui ont suivi ont nourri une partie des questionnements

et analyses repris dans cette étude. Enfin, pour recueillir les données exposées, nous avons recouru à une méthodologie qualitative et réalisé dix entretiens semi-directifs avec des soignants, des patients et d'autres acteurs et actrices disposant d'une expertise particulière sur la problématique des souffrances au travail. Plus précisément, nous avons réalisé :

- six entretiens avec des équipes de soignants de maisons médicales carolorégienne, bruxelloises et liégeoises ;
- un entretien avec des patients d'une maison médicale bruxelloise qui ont témoigné au départ de leur expérience d'un burn-out professionnel et d'une longue période d'incapacité de travail ;
- trois entretiens complémentaires avec :
 - Jean-Marie Léonard, ancien permanent syndical dans la région de Charleroi puis secrétaire fédéral au SETCa (syndicat des employés, techniciens et cadres) de la Fédération générale du travail de Belgique (FGTB). Il s'investit actuellement dans l'Atelier Santé de Charleroi qui regroupe des travailleurs, des représentants syndicaux, des soignants et des chercheurs œuvrant à la promotion de la santé au travail au moyen de recherches-actions menées dans divers milieux professionnels (nettoyage, notamment) ;
 - Anne Burlet, coordinatrice du CITES (Clinique du stress et du travail) intégré à l'Intercommunale de soins spécialisés de Liège (ISoSL). Composé d'une équipe pluridisciplinaire, le CITES s'adresse à toute

50. V. de Gaulejac, F. Hanique, *Le Capitalisme paradoxant. Un système qui rend fou*, Seuil, 2015.

51. S. Henderickx, H. Krammisch, *Docteur, je vais craquer ! Le stress au travail*, Aden, 2010.



personne éprouvant des difficultés liées à son environnement professionnel. Ce centre propose une approche clinique individuelle et collective centrée sur une analyse des organisations du travail et vise à construire avec la personne (ou le collectif) des pistes de réflexion et d'action afin de retrouver un bien-être au travail ;

- Rachel Carton, coordinatrice et conseillère en prévention aspects psychosociaux de l'Association bruxelloise pour le bien-

être au travail (ABBET) et Coline Roulin, également conseillère en prévention aspects psychosociaux. L'ABBET a pour mission d'informer, de sensibiliser et d'accompagner les associations sans but lucratif bruxelloises reconnues par la Commission communautaire française (COCOF) et la Commission communautaire commune (COCOM) à développer leur politique de bien-être au travail par le biais de formations, d'analyses de risques, d'outils, etc. ■

Analyse des données recueillies

Dans cette section, nous analysons les témoignages collectés auprès de travailleurs et de patients des maisons médicales lors d'ateliers et d'entretiens collectifs réalisés tout au long de l'année 2022.

Le travail, une question centrale en maison médicale

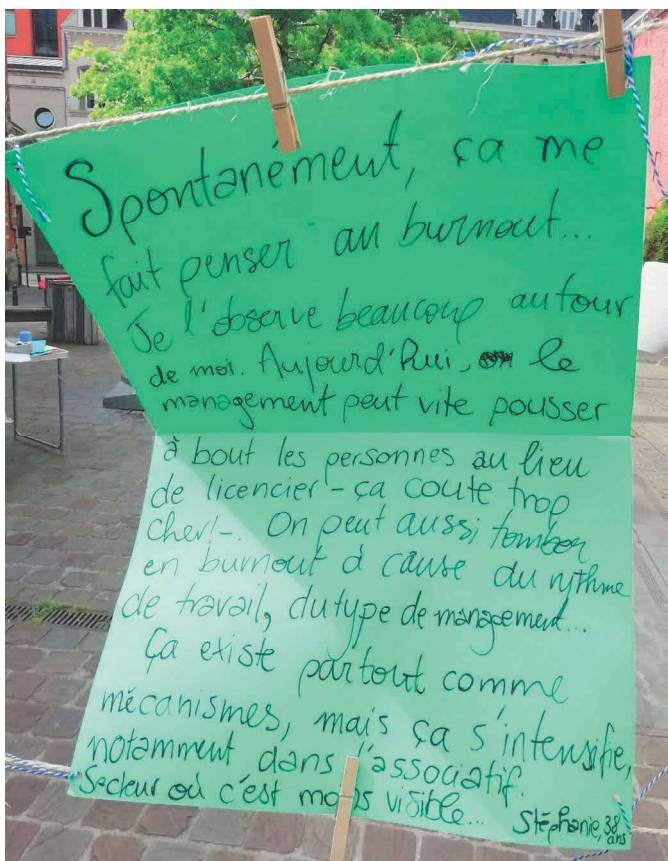
Bien qu'elles ne disposent pas de données chiffrées sur la proportion des consultations liées aux effets du travail sur la santé, les équipes que nous avons rencontrées témoignent de la place importante qu'occupent les souffrances au travail dans les consultations de médecine générale, de kinésithérapie et de psychologie ainsi que dans les contacts avec les accueillantes et les assistantes sociales. Un médecin d'une maison médicale carolorégienne note à cet égard : « Dans notre maison médicale, les patients rapportent beaucoup de situations de souffrance au travail. C'est du pain quotidien, du moins en consultations de médecine générale. » Les propos de sa collègue kinésithérapeute vont dans le même sens : « Nous constatons des liens entre la souffrance au travail et la souffrance physique à longueur de journée. Ça fait vraiment partie de notre quotidien dans les prises en charge de kinésithérapie, qu'il s'agisse de douleurs cervicales, de dos, etc. Nous voyons des patients qui se chronicisent dans leurs douleurs parce qu'ils vivent une situation compliquée au travail. »

Une kinésithérapeute d'une maison médicale bruxelloise observe quant à elle une aggravation du phénomène : « J'ai l'impression qu'il y a beaucoup plus de souffrances liées au travail qu'avant. En tant que kinés, nous sommes souvent confrontés à une prise en charge de longue haleine, car, qu'elles

soient psychologiques ou physiques, les douleurs sont souvent chroniques. » Son collègue, kiné aussi, rend compte des troubles d'origine professionnelle qu'ils prennent en charge : « Nous sommes souvent confrontés à des troubles musculosquelettiques, des tendinites, des douleurs diffuses, etc. Dans la majeure partie des cas, ces douleurs sont liées à l'activité professionnelle. Classiquement, ce sont des quinquagénaires du bâtiment qui consultent pour leur dos ou leurs genoux, des femmes de ménage et beaucoup de femmes au foyer qui, quand elles ont trois ou quatre enfants en bas âge, supportent une charge physique et mentale importante et présentent des troubles musculaires ou des lombalgies. »

Une psychologue d'une maison médicale liégeoise constate quant à elle une augmentation des pathologies anxiodépressives liées au travail, particulièrement dans le secteur social-santé : « J'ai l'impression qu'on reçoit de plus en plus de patients en difficulté dans des environnements très pressurant, spécifiquement dans de "gros" services tels que les CPAS, les mutuelles et les services hospitaliers. Ce sont des personnes qui veulent bien faire et se mettent une grande pression pour répondre aux demandes des usagers, mais qui sont dans des conditions qui ne permettent pas un travail adéquat, ce qui crée de la souffrance. »

Un kinésithérapeute d'une autre maison médicale liégeoise pointe aussi l'effet cyclique des souffrances au travail : « J'ai des patients qui ne se sentent pas bien au travail et chez qui les soins de kiné ne suffisent pas à solutionner leur mal-être. Il y a souvent un lien qui n'est d'ailleurs pas bien compris par les patients entre leur état physique et leur état psychique : si quelqu'un a par exemple des lombalgies chroniques depuis quatre ans, je soupçonne qu'il y a quelque chose qui ne se passe pas



bien au travail ou à la maison. Ensuite, souvent, le patient change de travail et retombe dans les mêmes problèmes, comme si le système était répliqué tellement de fois ailleurs que le travailleur y retombera de toute façon à un moment donné. »

Si tous n'adoptent pas ce réflexe, certains soignants prêtent une attention particulière à la problématique du mal-être au travail, comme en témoignent les médecins d'une maison médicale carolorégienne : « Même si ce n'est pas de cela que se plaignent les patients, nous faisons souvent un lien entre leurs souffrances et leurs conditions de travail. » D'autres abordent systématiquement le travail lors de leurs consultations, à l'instar de cette infirmière d'une maison médicale bruxelloise qui veille à toujours prendre en considération l'occupation (professionnelle ou autre) du patient : « À chaque fois qu'un patient entre dans mon cabinet, la première question que je lui pose, c'est la raison qui l'amène et la deuxième concerne ce qu'il ou elle fait dans la vie, explique-t-elle. C'est une façon pour moi de m'intéresser à la personne dans sa globalité. » Et de préciser : « Il m'arrive même de fixer un nouveau rendez-vous à des patients qui souffrent de leur travail, en prétextant un contrôle de leur tension par exemple, pour parler plus longuement du problème vécu au travail

et envisager une stratégie à mettre en place, un collègue vers qui l'orienter... »

Des accueillantes liégeoises constatent une certaine pudeur chez les patients à évoquer leurs souffrances mentales liées au travail : « Ce sont des maladies qui semblent assez honteuses. Vu qu'il ne s'agit pas d'un mal au bras ou de 40 degrés de fièvre, nous nous retrouvons face à des personnes qui sont assez mal à l'aise et qui peuvent fondre en larmes quand nous déplaçons leur rendez-vous ou quand leur médecin-référent n'est pas disponible. Nous détectons donc ces souffrances en filigrane. C'est très rare que des patients nous disent que ça ne va pas au travail. Nous avons l'impression qu'il y a une pudeur à en parler. »

Le certificat médical, un outil indispensable

De l'avis partagé des soignants et soignantes que nous avons rencontrés, le certificat médical représente un outil indispensable pour mettre un patient à l'abri d'un contexte de travail maltraitant. « Le certificat reste la première action à mettre en œuvre et parfois de manière urgente, rappelle un médecin généraliste d'une maison médicale carolorégienne, car le patient ne réalise parfois pas qu'il doit s'arrêter et s'évertue à continuer de travailler au péril de sa santé. »

Il n'empêche que le recours au certificat médical fait l'objet d'un débat parmi les soignants et au-delà du secteur des soins. « Il m'est arrivé de discuter avec des patrons d'entreprise qui sont effarés de la rapidité avec laquelle les médecins généralistes délivrent des certificats à des patients qui disent qu'ils ne se sentent pas bien au travail, poursuit le généraliste. Or nous travaillons sur base des déclarations du patient et nous sommes là pour le soutenir. » Il nuance et partage ses questionnements : « Cela dit, je pense qu'il arrive que des patients disent à leur patron que si les choses ne s'améliorent pas, ils vont "se mettre en burn-out", ce qui ne veut absolument rien dire. Mais ce que cela reflète, c'est qu'il n'est pas si compliqué d'obtenir un certificat médical et que le système est bien fait puisqu'il protège les personnes. Il n'empêche que cela nous pose des questions : quelle est la place du certificat ? Fait-il vraiment du bien ? » Une psychologue d'une maison médicale bruxelloise s'interroge aussi sur la portée du certificat en tant que levier d'action sur la problématique des souffrances au travail : « Il arrive que des patients demandent plu-

seurs certificats sans parvenir à mettre en place des choses pour que la situation s'améliore à leur travail et on en vient à se demander si on les aide en optant pour ce type de solution. » Une médecin généraliste carolorégienne remet la balle au centre en rappelant l'une des balises de la médecine forfaitaire : « En maison médicale, nous avons l'avantage que les patients ne consultent que chez nous. C'est un des grands avantages du forfait : les patients ne vont pas demander des certificats à plein de médecins différents et nous voyons le nombre de certificats qu'ils ont. Cela dit, si un patient nous dit qu'il est en pleine souffrance alors que ce n'est pas vrai, nous le croirons sur parole. Nous savons que des patients n'exagèrent pas, d'autres pour lesquels nous avons un peu plus de doutes. Mais cela ne concerne pas la majorité des patients et ce n'est pas notre rôle de contrôler cela. Nous savons qu'il y a un médecin-contrôle qui assure cette fonction. »

Prise en charge interdisciplinaire

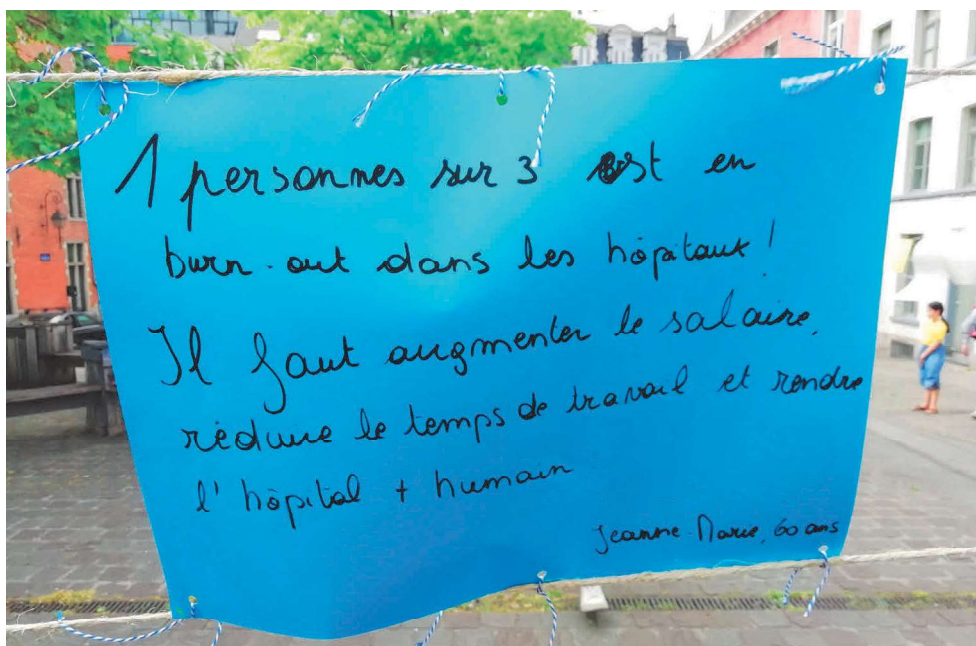
La prise en charge interdisciplinaire caractérise les pratiques de soins des maisons médicales. Et la problématique des souffrances au travail n'y déroge pas, comme l'expose une assistante sociale d'une maison médicale bruxelloise : « Nous collaborons souvent quand un patient rapporte des souffrances au travail. Soit les médecins viennent vers moi, soit je vais vers eux pour avertir ou mettre en lumière quelque chose. Ce sont des situations qui s'étalent sur plusieurs mois. Une fois que nous avons répondu à l'urgence de mettre la personne en sécurité sur le plan administratif et médical – car des patients ont parfois des idées noires –, c'est un long cheminement et traitement qui durent des mois et s'accompagnent d'échanges avec les soignants ou en équipe. C'est très important, car nous ne disposons pas des mêmes informations selon que nous sommes médecin ou assistante sociale. »

Un médecin généraliste carolorégien explique la façon dont se nouent

les collaborations au sein de sa maison médicale : « Au niveau de la prise en charge, travailler seul sur des situations pareilles est assez compliqué. Je privilégie le travail en équipe en fonction des compétences des uns et des autres et réfère souvent vers la psychologue. » Il précise son propos : « Le travail interdisciplinaire renvoie à la question des compétences. Je joue ce rôle de premier lien et je réalise les premières démarches en vue de l'établissement d'un diagnostic. À cette étape, c'est important d'avoir le regard des accueillantes ou d'autres soignants tels que les infirmières, kinés ou psychologues pour être tenu informé de l'évolution de l'état de santé du patient. Et puis, interviennent le suivi et l'approche thérapeutique et, à ce niveau-là, je suis probablement moins bien formé que ma collègue psychologue pour prendre en charge un syndrome anxiodépressif par exemple. Quand la situation devient problématique, je ressens parfois le besoin d'orienter le patient vers la seconde ligne, vers un spécialiste tel qu'un psychiatre par exemple. »

Son collègue, médecin également, complète : « Toute l'équipe a un rôle à jouer, vu que chacun d'entre nous peut favoriser l'exercice des droits en fonction de ses connaissances. Nous avons une réunion médicale par semaine et nous discutons parfois en réunion pluridisciplinaire de situations plus compliquées. Mais, dans les faits, nous attendons rarement une réunion pour partager ce type de situations. Des informations peuvent s'échanger entre deux portes, lors d'une consultation... »

Dans la même équipe, une kinésithérapeute ap-



porte une illustration concrète de leur travail en interdisciplinarité : « Nous observons dans la majorité des cas une combinaison de maux physiques et psychiques et nous essayons de le refléter progressivement aux patients parce qu'ils ont toujours l'impression qu'on leur annonce qu'ils sont fous ou qu'on minimise leurs douleurs physiques, comme si ces douleurs étaient dans leur tête. Nous sommes convaincus que ces douleurs sont présentes et qu'ils ont mal où ils le disent, mais qu'elles sont le reflet d'un stress plutôt que d'une lésion organique. D'où l'importance de pouvoir travailler en interdisciplinarité, car nous nous rendons compte que nous arrivons parfois à des limites thérapeutiques, là où un collègue va pouvoir agir sur la dimension psychologique ou sociale de la santé. Dès que nous réglons des problématiques en parallèle avec la problématique physique, nous observons souvent une meilleure action que si nous réglions uniquement l'une d'entre elles. Nous orientons donc souvent les patients vers l'assistante sociale ou la psychologue. »

Admettre l'origine professionnelle de sa souffrance

Plusieurs soignants constatent la difficulté pour certains patients à admettre l'origine professionnelle de leur mal-être, comme cette assistante en médecine générale d'une maison médicale bruxelloise : « Il nous arrive de recevoir des personnes qui se plaignent régulièrement de symptômes physiques comme des maux de ventre, des difficultés à s'alimenter, des troubles du sommeil, etc. et où l'on se rend compte qu'il y a probablement des difficultés d'ordre professionnel que les patients ont du mal à admettre. Dans ce cas, il faut entamer un travail de reconnaissance de cet état avec le patient et lui faire comprendre qu'il ne souffre pas d'une maladie grave, mais que sa situation professionnelle difficile peut occasionner des symptômes physiques que les examens cliniques et les visites chez les spécialistes ne révèlent pas. Ces situations génèrent parfois de la colère chez les patients et certains refusent même de revenir à nos consultations parce que les troubles psychosomatiques ont une connotation négative pour eux. »

Les propos d'un assistant social d'une maison médicale liégeoise vont dans le même sens : « Je décèle souvent de la détresse et un sentiment de culpabilité chez des personnes qui souhaitent continuer à travailler parce qu'elles ne reconnaissent pas leur état de souffrance. Il y a alors tout un travail à accomplir pour les aider à prendre conscience de

leur état. Mais malgré les explications qu'on leur apporte sur les procédures existantes, c'est la panique à bord. » Sa collègue infirmière relève le poids de la culture dans le processus d'acceptation d'une souffrance mentale : « Dans certaines cultures, le fait d'être dépressif a une connotation négative. Des patients ne supportent pas ce statut et n'acceptent pas de recevoir de l'aide dans ce domaine ».

Une médecin généraliste bruxelloise éclaire la situation spécifique des personnes en situation d'épuisement professionnel : « Une difficulté se situe dans la prise en charge des personnes souffrant de burn-out. La première fois que je les rencontre, ce qui est difficile c'est que ces patients ne se rendent pas compte à quel point cette situation les impacte et qu'une semaine de repos ne va strictement rien changer parce qu'ils ne vont pas avoir le temps de prendre de la distance par rapport à leur travail. Donc en général je leur propose d'emblée un arrêt de trois semaines en leur expliquant que cette période devra peut-être être prolongée. Je dois parfois presque "imposer" trois semaines – s'ils ne le souhaitent pas, je ne vais évidemment pas les forcer – parce qu'ils ne réalisent pas à quel point ils sont épuisés. Les patients me remercient par la suite d'avoir été reconnus dans leur souffrance alors qu'ils ne la réalisaient pas. »

Continuer à travailler, quoi qu'il en coûte

Il arrive que des patients continuent à travailler au péril de leur santé en raison d'enjeux qui les dépassent ou d'une méconnaissance de leurs droits. Un médecin d'une équipe liégeoise met en lumière la situation particulière des ressortissants étrangers qui continuent à travailler malgré leurs souffrances au travail : « Parfois nous sommes face à des patients qui ne vont pas bien, mais qui ne veulent pas l'accepter parce qu'ils sont confrontés à des enjeux que nous ne percevons pas directement. Dans le secteur des maisons de repos par exemple, des personnes continuent à travailler sous une pression continue parce qu'elles doivent justifier trois années de travail chez un employeur pour obtenir un permis de travail B. Si elles changeaient d'emploi, elles devraient recommencer toute la procédure dans une autre structure. Il n'y a pas d'alternative. Et c'est un facteur sur lequel beaucoup de maisons de repos jouent. Ce sont des personnes qui refusent les certificats, quitte à être détruites par après, pour atteindre leur objectif. Et moi, je suis

dans une position où, médicalement, je ne peux pas leur imposer un arrêt. »

Un patient en incapacité de travail de longue durée en raison d'un burn-out aurait arrêté de travailler plus tôt s'il avait été mieux informé : *« Dans mon entourage, j'ai reçu de mauvaises informations sur mes droits sociaux. Je pensais qu'en démissionnant, je n'aurais pas droit à des allocations de chômage. Si j'avais eu de meilleures informations, j'aurais pris d'autres décisions. Je me serais arrêté de travailler et je ne me serais pas tant abimé. »*

Accompagner dans la durée

« La temporalité est assez spécifique dans les problématiques de souffrance au travail », explique un médecin généraliste d'une maison médicale carolorégienne. *« De manière globale, ce sont la plupart du temps des prises en charge qui courent sur une certaine durée, sans compter le délai qui s'écoule avant que les patients viennent nous consulter »,* ajoute-t-il. *« Il y a une souffrance qui est déjà installée depuis très longtemps avant qu'ils consultent, surenchérit son collègue, médecin aussi. Souvent leur santé s'est détériorée depuis des mois voire des années, en tout cas en ce qui concerne les problèmes d'usure mentale. »* Et de poursuivre : *« Un des défis, c'est la durée de l'accompagnement et l'aspect médico-légal qui n'est pas confortable parce qu'il faut jauger la place de l'incapacité de travail et sa durée alors que nous ne sommes pas experts. »*

Leur collègue assistante sociale appuie leurs constats : *« Quand la personne ne va pas bien, les démarches administratives prennent aussi plus de temps et, par ailleurs, le travail avec la psychologue ne s'entame souvent qu'après le cheminement du patient par rapport à l'acceptation de ce type d'accompagnement. »* Les soignantes et les soignants pointent également les difficultés financières engendrées par tout arrêt de travail de longue durée : *« Les aspects financiers entrent aussi en ligne de compte et freinent la personne à accepter un arrêt de travail, poursuit l'assistante sociale. Souvent, les médecins discutent pendant plusieurs consultations avant de convaincre la personne d'accepter un certificat. La peur de perdre des revenus en passant "sur la mutuelle" après quelques semaines d'incapacité est fréquente dans notre patientèle. »*

Une médecin d'une maison médicale bruxelloise confirme ce frein économique à la prise en charge médicale des souffrances au travail et l'illustre au départ d'une situation concrète :

« Il s'agit d'une dame de 55 ans qui travaille en tant qu'employée administrative dans un CPAS. Elle a développé une tendinite du coude assez importante qui pour moi était clairement liée à la mauvaise posture au travail. À cela, s'ajoutait le sentiment de ne pas être à sa place et d'être harcelée par ses chefs. Elle n'en pouvait plus psychologiquement. Le problème, c'est qu'elle assure seule les revenus de son foyer et qu'elle ne voulait pas avoir trop de certificats d'incapacité de travail. Un arrêt de travail relativement court associé à de la kinésithérapie lui a permis de soigner sa tendinite. Mais ce qui était compliqué à gérer, c'était le fait que sa plainte était mixte et que son problème financier empêchait de prendre en charge la deuxième partie de sa plainte, car elle aurait eu besoin de prendre davantage de recul avant d'envisager une reprise du travail. C'est difficile de dire à un patient que sa santé passe avant l'argent. »

À ces difficultés économiques liées aux statuts de l'incapacité de travail et de l'invalidité, s'est ajoutée la problématique de l'allongement des délais de traitement des demandes dans un contexte de numérisation accélérée des services publics et d'intérêt général. L'assistante sociale d'une maison médicale bruxelloise en témoigne : *« Ces derniers temps, et cela s'est accentué depuis la crise du covid, nous avons beaucoup de problèmes avec les syndicats et les mutuelles. S'ajoute aux problèmes de santé l'angoisse liée à la durée de traitement de la demande et sur laquelle je suis absolument inefficace. Je ne peux rien faire si ce n'est contacter ces institutions par mail ou téléphone. C'est une angoisse supplémentaire qui pourrait être évitée. Actuellement, les patients attendent trois mois pour obtenir une réponse de leur syndicat concernant l'obtention d'un revenu de remplacement. Vu le temps que prennent les démarches, nous demandons une avance remboursable au CPAS. Mais même le CPAS est défaillant. »*

Reprendre le travail (trop) rapidement

La peur du licenciement suscite une angoisse largement partagée par les patients soignés en maison médicale et reconnus en incapacité de travail. Des employeurs perçoivent mal les arrêts de travail du personnel et n'hésitent pas à mettre la pression sur les employés pour qu'ils réintègrent rapidement leur poste en menaçant de les licencier. Plusieurs paroles de soignants éclairent cette réalité.

Un médecin d'une maison médicale carolorégienne détaille l'expérience d'une patiente : « J'ai récemment reçu une patiente qui était presque en pleurs dans mon cabinet en racontant que cela faisait une quinzaine d'années qu'elle travaillait dans la même entreprise de nettoyage – nous recevons beaucoup de femmes qui travaillent comme techniciennes de surface – et que c'était la première fois qu'elle était mise en arrêt de travail – ce qui est assez impressionnant dans ce secteur-là. Elle venait pour une douleur d'épaule. Elle s'était entretenue par téléphone avec son patron qui a remis en question la véracité de son certificat et lui a annoncé qu'il allait essayer de trouver un moyen pour la licencier. Elle était donc très inquiète à l'idée de perdre son travail et était très choquée de l'attitude de son patron alors qu'elle travaille avec cœur depuis quinze ans en essayant d'en retirer une estime de soi. »

Une autre médecin de son équipe confirme : « Souvent, dès que les patients remettent des certificats, leurs patrons s'inquiètent qu'ils ne puissent plus travailler et les menacent de les virer très rapidement. Dès qu'ils ont 45 ou 50 ans, cela devient très compliqué. En plus, ce sont des gens qui ne savent pas vraiment se réorienter vers un travail moins physique et c'est donc hyper anxiogène dès qu'ils atteignent un certain degré de douleur. »

Leur collègue infirmière appuie leurs constats : « J'ai déjà soigné des plaies, qu'elles soient postopératoires ou accidentelles, qui ont été provoquées par le travail ou sur le lieu de travail. Souvent les patients demandent combien de temps cela va durer. Ils sont très, très angoissés par rapport au temps d'arrêt qu'ils vont devoir respecter parce que l'employeur met directement la pression et harcèle vraiment les travailleurs en cas d'incapacité de travail. » Elle illustre ses propos de cas concrets : « Je me rappelle un patient qui s'est gravement brûlé – ce n'était pas une petite plaie – et il n'a pas attendu sa guérison pour retourner au travail. Il était donc en souffrance physique parce que son chef le harcelait et qu'il craignait d'être licencié. Cette problématique s'observe particulièrement chez les gens qui n'ont pas de qualification reconnue. Il est donc allé travailler avec une brûlure à la cheville dans de grosses chaussures de sécurité et c'était l'enfer pour que sa plaie guérisse, sans parler de la souffrance qu'il a subie. J'ai également soigné quelqu'un qui venait pour une complication d'une plaie postopératoire parce qu'il n'a pas voulu ou pu s'arrêter. La ci-

atrice s'est rouverte, il y a eu des complications et ça, c'est quand même assez courant. »

Des soignants parfois démunis

Les soignants rapportent un manque de connaissances et de formation sur la problématique des souffrances au travail, à l'instar de cette assistante en médecine générale exerçant au sein d'une maison médicale bruxelloise : « C'est parfois difficile de reconnaître les souffrances au travail chez nos patients, même si cela fait partie de notre rôle de soignants de première ligne. Quand je décèle ce genre de souffrances, je me sens un peu démunie et pas toujours légitime d'aller bousculer les croyances de mes patients. C'est donc quelque chose qu'il faut apprendre à aborder, chose à laquelle nous ne sommes pas toujours formés au cours de notre formation en médecine générale. Il y a néanmoins des pistes partagées par des acteurs comme la Société scientifique de médecine générale. »

D'autres professionnels pointent l'absence d'une vue d'ensemble sur les situations de souffrance au travail vécues par leurs patients. Un médecin d'une maison médicale carolorégienne explique : « Ce sont des situations qui ne sont pas faciles en médecine générale parce que nous sommes tenus par notre relation thérapeutique avec le patient – nous ne sommes ni juges ni parties – sans avoir tous les éléments en main, ce qui donne parfois l'impression que des situations nous échappent. Ce ne sont pas des situations faciles à tout point de vue : le patient est en souffrance, nous ne disposons pas de toutes les informations utiles pour apprécier au mieux les situations et la question de la durée de l'incapacité de travail est également difficile à appréhender. » Sa collègue, médecin aussi, complète : « Nous n'avons que le point de vue de notre patient et des informations nous échappent, ce qui est particulièrement compliqué dans les situations de harcèlement où il est difficile de distinguer ce qui relève de la perception du patient et de la situation objective. Cela dit, je ne pense pas qu'il faille pallier ce manque d'informations, car notre rôle est de défendre le patient. Mais, dans le traitement de sa problématique, nous ne savons pas tout faire, d'où l'intérêt de passer par une médiation au sein de l'entreprise si l'on veut régler un problème de harcèlement. » Un autre médecin de l'équipe rappelle cependant un des principes guidant leurs pratiques : « C'est inconfortable, mais ce n'est pas pour autant qu'il faut essayer de pallier le manque d'in-

Le défi de la réintégration professionnelle

Une médecin généraliste d'une maison médicale bruxelloise met en lumière la difficile réinsertion socioprofessionnelle des personnes dont les qualifications sont peu valorisées.

« J'accompagne une jeune femme de 37 ans d'origine étrangère qui parle très peu le français et le néerlandais. Après de multiples étapes, elle a obtenu des papiers et a commencé à travailler dans le seul secteur qui s'offrait à elle, celui du nettoyage. Elle a décroché un emploi précaire dans une agence de titres-services et effectuait de nombreux déplacements pour se rendre chez les clients qui n'étaient pas pris en charge par la société qui l'employait. Très rapidement, cette dame – qui est en surpoids et a un diabète mal équilibré – a souffert de lombalgies qui la bloquaient complètement. J'ai été obligée de la mettre en arrêt-maladie de longue durée. Elle a commencé de la kiné, mais ça ne l'a pas vraiment aidée. Elle a repris le travail jusqu'à ce qu'elle n'y parvienne plus. Puis j'ai compris qu'elle ne reprendrait jamais son travail. Actuellement, elle est en incapacité de travail depuis trois ou quatre ans. La difficulté dans cette situation, c'est le manque de perspectives pour ce type de profil parce que c'est bien beau de dire qu'il est possible d'adapter le travail quand les patrons ne veulent rien entendre ou qu'elle peut s'orienter vers un autre secteur alors qu'elle n'a aucun diplôme reconnu et qu'elle maîtrise à peine les langues. Que peut-elle faire ? Commencer une formation en langue, puis une formation professionnelle à 40 ans dans l'espoir d'obtenir un diplôme à 50 ans, en sachant qu'il y a peu d'offres sur le marché de l'emploi pour ce genre de personnes ? Cela revient à accepter qu'elle sera en incapacité de travail toute sa vie et que sa situation est bloquée. Et j'ai quand même pas mal de patients qui sont dans la même situation. Inévitablement, je pense que ça induit une persistance de ses plaintes douloureuses et que ça ne lui permet pas de sortir de ce syndrome douloureux chronique parce qu'elle n'a pas de perspectives. Je trouve qu'en tant que médecins, nous sommes vraiment bloqués.

Dans son cas, elle est devenue bénévole dans une maison de repos. Elle est suivie par un service social pour réaliser ses démarches administratives, mais au niveau de la remise à l'emploi il y a vraiment peu de perspectives. Nous avons introduit une demande de reconnaissance de handicap, mais elle n'a pas abouti, car son handicap ne génère pas suffisamment de perte d'autonomie pour obtenir les fameux 12 points. Si seulement les employeurs étaient capables de s'adapter un peu plus aux fragilités des gens, je pense qu'on pourrait remettre pas mal de monde à l'emploi. Il y a aussi toute la problématique du "reclassement" des gens qui n'ont pas 100 % de leurs capacités vers du travail adapté alors qu'il n'y a pas assez de places dans ce type d'entreprises. Si on augmentait les places dans ces entreprises, je pense que nous pourrions redonner un emploi à davantage de monde. Et si la société misait moins sur la surefficacité et pouvait accepter le fait qu'une personne vienne travailler alors qu'elle n'a que 50 % de ses capacités, nous n'en serions pas là. »

Notons que cette jeune femme exerce une activité bénévole en maison de repos qui n'est reconnue ni socialement ni économiquement comme du travail. Cet extrait nous invite à nous décentrer d'une conception du travail souvent limitée aux activités productives marchandes et à l'étendre en incluant des activités telles que le volontariat ou encore le travail domestique et l'aide apportée aux proches, deux autres illustrations de travail non rémunéré majoritairement réalisé par des femmes dans la sphère privée. ■

formations, car cela fait partie de la relation thérapeutique, de lien de confiance et du secret médical. Sans cela, nous aurions moins de patients qui viendraient nous consulter et nous détecterions encore moins ce type de problématiques. »

D'autres soignants pointent les limites de leur pouvoir d'action sur des dimensions d'ordre institutionnel ou sociétal sur lesquelles ils et elles estiment avoir peu de prise, comme cette psychologue d'une maison médicale liégeoise : *« C'est un peu frustrant, car l'impact qu'on peut*

avoir au niveau organisationnel et sociétal est difficilement palpable, hormis ce que l'on peut faire sur un plan plus personnel et militant. En tant que psychologue, j'ai l'impression que je travaille plus sur les aspects symptomatiques avec la personne pour l'aider à rebondir et éviter qu'elle se retrouve confrontée aux mêmes difficultés. J'essaie que la personne comprenne ce qui s'est passé et distingue ce qui relève de sa responsabilité personnelle et des conditions externes pour qu'elle visualise mieux les signaux d'alarme à l'avenir (dépassement d'heures,

demandes qui ne relèvent pas de son profil de fonction, nombre de tâches attribuées trop élevé, etc.). » Certaines équipes tentent cependant de dépasser ce sentiment d'impuissance en proposant des ateliers de prévention des troubles musculo-squelettiques, des groupes de parole ou des ateliers d'écriture qui permettent aux patients et patientes de briser leur sentiment d'isolement et de se réappropriier collectivement les enjeux organisationnels et politiques du travail.

Relations avec d'autres acteurs

Dans la prise en charge des souffrances au travail de leurs patients, les soignants des maisons médicales sont en contact avec divers interlocuteurs qui assument des rôles et missions différents. Parmi ceux-ci, nous pointons les médecins-conseils des mutualités, les conseillers en prévention-médecins du travail et les organisations syndicales. Quels rapports les soignants entretiennent-ils avec ces acteurs ? Sont-ils de nature complémentaire ou contradictoire ? Et quelles tensions mettent-ils au jour ?

Relations avec les médecins-conseils. Les relations des soignants et soignantes des maisons médicales avec les médecins-conseils des mutualités sont l'objet de tensions en raison d'un manque de contact et de collaboration, de la complexité des procédures administratives, de la mécompréhension d'une décision ou de la connaissance limitée des évolutions de la législation sur l'incapacité de travail.

Un médecin généraliste d'une maison médicale carolorégienne relate : *« J'ai plus d'exemples de non-collaborations que de collaborations avec les mutualités. Peut-être que nous ne sommes pas assez proactifs pour les contacter, mais je me méfie des médecins-conseils. Je trouve que les rapports ne sont pas cordiaux quand nous les contactons. Ils ne sont pas facilement joignables. Il y a eu un gros travail de communication ces dernières années pour favoriser le trio médecin généraliste/médecin du travail/médecin-conseil et les mutualités ont communiqué sur le rôle du médecin-conseil qui est là pour aider le patient. Mais, dans la pratique, tout ce que je constate, c'est que les gens pleurent en sortant de chez eux. Et c'est avec cet a priori là que je contacte les médecins-conseils. Tant que cela ne changera pas, je pense que je serai toujours aussi défiant. »* Il ajoute : *« Beaucoup de personnes reviennent de leur entretien*

chez le médecin-conseil en disant qu'ils ont pleuré pendant l'entretien. Les plaintes du type "J'ai été reçu comme une merde et je n'ai pas été écouté" sont hyper fréquentes. Moi, le médecin-conseil, je ne le vois pas comme un allié. » Son collègue, médecin aussi, tempère et met en lumière la souffrance institutionnelle observée dans cette profession : *« À leur décharge, nous n'aimerions pas faire le travail des médecins-conseils. Même si le patient doit rester au centre de toute prise en charge médicale, leur travail et leur objectif diffèrent des nôtres et leur position par rapport au patient n'est pas la même. Mais les collaborations sont clairement compliquées la plupart du temps. »*

Les soignants mettent aussi en évidence la complexité des démarches administratives liées à l'incapacité de travail et pointent les sanctions financières qui sont appliquées en cas d'oubli, d'incompréhension ou de négligence. Leur collègue assistante sociale en rend compte : *« Les documents administratifs des mutualités génèrent beaucoup d'incompréhension chez les patients. La mutuelle envoie de nombreux documents et, si la personne ne les renvoie pas dans les délais impartis, elle est sanctionnée. Il y a beaucoup d'incompréhension sur ce qui doit être complété – il y a tellement de petites cases à remplir. J'observe parfois un manque de cohérence entre les différentes réponses apportées par la mutuelle. Et je constate une réticence chez des patients à accepter un certificat tant les démarches à accomplir auprès de la mutuelle sont nombreuses et complexes. »* Un médecin d'une maison médicale liégeoise déplore également la standardisation des procédures : *« Les mutualités envoient des courriers selon un calendrier standardisé. Après quelques semaines d'incapacité, les patients reçoivent automatiquement des documents, sans explication, ce qui génère de l'inquiétude par rapport au paiement de leurs indemnités et à la suite de la procédure. Ils ont besoin d'aide pour compléter ces formulaires et qu'on prenne le temps de les leur expliquer. »*

Sur le plan médical, plusieurs soignants témoignent de la difficulté plus grande de faire reconnaître les troubles psychologiques que les troubles physiques dans le régime de l'incapacité de travail, comme l'illustrent les propos de ce médecin généraliste : *« Au niveau de l'incapacité de travail, les problématiques psychosociales peuvent être moins prises au sérieux que des problématiques organiques survenant après une opé-*

Incapacité de travail : qui fait quoi ?

Le médecin généraliste (ou médecin traitant). Il ou elle constate l'incapacité de travail d'un patient ou d'une patiente et remet un certificat médical à l'attention de l'employeur et de la mutualité. Le suivi médical de l'état de santé du patient est sa première mission. Il ou elle peut aussi participer à la procédure de réintégration au travail, à la demande du médecin du travail ou du médecin-conseil, voire initier un plan de réintégration avec l'accord du patient. Moyennant son accord, le médecin généraliste peut transmettre des informations sur l'état de santé du patient à ces deux interlocuteurs.

Le médecin-conseil. Il ou elle travaille pour une mutualité et évalue l'incapacité de travail d'un travailleur ou d'une travailleuse afin de déterminer s'il ou elle peut prétendre à un revenu de remplacement (indemnités). Il ou elle contacte la plupart des travailleurs en incapacité de travail au-delà de la période de salaire garanti (après deux ou quatre semaines). Concrètement, « *il analyse [l]a situation médicale [du patient], en la replaçant dans le contexte professionnel. C'est à lui/elle de décider si un patient est toujours reconnu en incapacité – et peut prétendre aux indemnités correspondantes – ou s'il est apte, à partir d'un moment, à reprendre son activité/une activité adaptée (horaires allégés, poste de travail aménagé, changement de fonction...)*. Le médecin-conseil examine avec l'assuré les démarches envisageables pour contribuer à sa réinsertion professionnelle, complète ou partielle ».

Le conseiller en prévention-médecin du travail. Il ou elle fait partie du service de prévention et de protection au travail (interne et/ou externe) auquel l'employeur est affilié. Son rôle consiste à évaluer l'aptitude du travailleur ou de la travailleuse à l'exécution de son travail habituel lors de la reprise du travail. Plus globalement, « *l'employeur a l'obligation de prendre les mesures nécessaires afin de promouvoir le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. Le conseiller en prévention-médecin du travail assiste l'employeur dans l'application de ces mesures. Il ou elle donne son avis sur l'environnement et les postes de travail. Il ou elle repère les risques éventuels, assure la surveillance de la santé des travailleurs, dépiste aussi précocement que possible les maladies professionnelles, propose des solutions de travail adapté pour les collaborateurs dont l'aptitude à effectuer un travail est limitée...* ».

Des acteurs et actrices rencontrés dans le cadre de cette étude mettent en lumière la pénurie qui touche ces professions et qui met à mal l'exercice de certaines de leurs missions. ■

Sources : « Santé et bien-être au travail – Glossaire », Société scientifique de médecine générale, www.ssmg.be ;

« Qui sont les médecins intervenant lors d'un arrêt de travail ? », mongeneraliste.be, www.mongeneraliste.be.

ration par exemple. » « *Quand nous envoyons le rapport d'un psychologue, il arrive que le médecin-conseil exige un rapport du psychiatre* », complète une psychologue d'une maison médicale liégeoise. Elle semble aussi y constater une remise au travail plus rapide des patients souffrant de pathologies mentales : « *Quand le patient présente seulement des symptômes psychologiques, j'ai l'impression qu'il y a de plus en plus une injonction à la remise à l'emploi assez rapide dans le chef des médecins-conseils. Je remarque aussi que quand la personne a des difficultés à admettre ses souffrances mentales et à en parler, elle est assez vite remise à l'emploi à la suite d'un entretien de quelques minutes chez un médecin-conseil alors qu'elle n'était pas du tout prête.* » Par ailleurs, plusieurs soignants de cette équipe ont observé qu'un rapport d'un médecin spécialiste pouvait avoir plus de valeur que le leur

auprès des médecins-conseils, illustrant la hiérarchie symbolique qui structure encore le milieu médical. Un assistant en médecine générale témoigne : « *Récemment, un médecin-conseil a remis au travail une patiente qui a subi une intervention au canal carpien alors que celle-ci s'estimait incapable d'aller travailler et que plusieurs examens médicaux et une intervention étaient encore programmés. J'ai contacté sa spécialiste en médecine physique et quand celle-ci a remis un certificat de trois mois, il a été accepté. Personnellement, je l'ai vécu comme une injustice. Les certificats d'un généraliste et d'un spécialiste devraient avoir le même poids.* » Sa collègue médecin relève le caractère paradoxal de cette situation, car « *le médecin généraliste est celui qui connaît le mieux ses patients et qui centralise des informations en provenance de différents spécialistes.* » Leur collègue psychologue confirme : « *Je ne pousse pas les pa-*

tients à transmettre un rapport psy à leur médecin-conseil, car je sais que ces rapports n'ont pas beaucoup de valeur à leurs yeux. Si les patients le demandent, je le fais, mais je ne veux pas leur donner de faux espoirs. Et s'ils sont suivis par un psychiatre, je les enjoins à leur demander un rapport qui aura un impact beaucoup plus important que le mien. » Un patient abonde dans le même sens : « Des connaissances m'avaient dit qu'il fallait absolument que je trouve un psychiatre sans quoi mon dossier serait fragile face à une mutuelle. D'un point de vue institutionnel, le suivi d'un médecin généraliste est fondamental, mais il n'est pas suffisant. Cela devrait faire partie d'un ensemble d'informations qui devraient être facilement accessibles aux personnes en incapacité de travail pour cause de burn-out. » Anne Burlet, la coordinatrice du CITES partage et regrette cet état de fait : « c'est un peu dommage, car l'idée n'est ni de psychologiser ni de psychiatriser la problématique. »

Relations avec les conseillers en prévention-médecins du travail. Les relations entre les travailleurs de maisons médicales et les conseillers en prévention-médecins du travail semblent plus cordiales, comme l'exprime une médecin généraliste d'une maison médicale carolorégienne : « Nous percevons plus positivement les médecins du travail que les médecins-conseils. Il y en a qui font très bien leur travail et qui sont de bons alliés, d'autres qui sont moins motivés. Mais, la plupart du temps, ça se passe plutôt bien. » Elle ajoute : « Quand nous demandons des adaptations des postes de travail, nous sommes entendus par le médecin du travail, mais plus rarement par les employeurs. » Un constat que confirme une étude de la Mutualité chrétienne selon laquelle environ 40 % des personnes qui demandent des aménagements du travail ne les obtiennent pas⁵².

Son collègue médecin apporte quelques détails : « Nous les sollicitons principalement pour des adaptations de postes en cas de port de charges lourdes par exemple ou pour des demandes de réduction de temps de travail en raison d'une pathologie oncologique ou autre. Généralement, nous travaillons ensemble dans l'intérêt du patient et cela se passe bien. » Cependant, il observe une moins grande disponibilité des médecins du travail depuis l'entrée en vigueur de la législation sur la réintégration professionnelle : « Depuis la remise au

travail des malades de longue durée, les médecins du travail ne sont plus sollicités que pour ça. Ils sont actuellement phagocytés par des procédures qui, sous la pression des employeurs, mènent au licenciement de travailleurs en incapacité de longue durée. »

Relations avec les organisations syndicales.

Lorsque des problèmes physiques ou psychologiques rendent une personne en incapacité de travail définitivement inapte à exécuter le travail convenu, son employeur (ou elle) peut rompre le contrat de travail moyennant le respect de certaines conditions. On parle alors de rupture de contrat (ou C4) pour force majeure médicale. À l'inverse d'une démission ou d'un licenciement, le contrat est rompu sans préavis ni indemnité. Les travailleurs syndiqués peuvent solliciter les conseils du service juridique de leur organisation syndicale pour contester ce type de décisions devant le tribunal du travail.

Dans ces cas, il arrive aux soignants des maisons médicales d'entrer en relation avec les syndicats. Certains d'entre eux relèvent le caractère standardisé de leurs démarches, comme ce médecin carolorégien : « Nous constatons que leur approche est toujours la même : ils contestent une décision et nous demandent de fournir un certificat médical pour aller devant le tribunal. Je constate que les patients se définissent parfois par cette procédure et qu'il n'y a plus que celle-ci qui les fait tenir. Et si cette démarche n'aboutit pas, ils s'effondrent parce qu'ils se sont accrochés à cette procédure, ce qui peut être délétère pour leur santé. D'après l'expérience que j'en ai, ce sont des procédures dans lesquelles les patients ne devraient pas s'engager d'un point de vue médical. »

Fort de son expérience syndicale, Jean-Marie Léonard reconnaît la lourdeur de ce type de procédures, mais il rappelle qu'il n'en existe pas d'autres. Tandis qu'il leur reproche « d'individualiser le problème », il souligne aussi les effets qu'elles peuvent avoir en termes de jurisprudence négative quand des travailleurs perdent leur recours devant le tribunal du travail.

Reconnaissance des maladies professionnelles

En Belgique, la reconnaissance d'une maladie contractée au travail comme maladie professionnelle peut se faire selon deux modalités auprès de l'Agence fédérale des risques professionnels (FEDRIS) : soit dans le cadre du système fer-

52. S. Vancorenland et al., « Trajets de l'incapacité de travail : l'expérience des personnes avant, pendant et après leur incapacité », *MC-Informations* 284, juin 2021.

mé de la liste des maladies professionnelles ; soit dans le cadre du système hors liste ou système ouvert (dans lequel le travailleur ou la travailleuse doit apporter la preuve du rapport de causalité entre la maladie et l'exposition professionnelle au risque de cette maladie).

Au cours des dernières décennies, des maladies reconnues dans le système fermé ont quasiment disparu en raison de l'amélioration de la prévention sur les lieux de travail, mais aussi de la forte diminution de l'emploi dans certains secteurs comme l'industrie minière, l'industrie lourde, la métallurgie, etc. auquel étaient associés des risques professionnels qui sont moins courants aujourd'hui.

Dans le même temps, le développement de nouvelles formes d'organisation du travail (intensification du travail, management par les chiffres, évaluation des performances, numérisation...) génère des pathologies physiques (troubles musculosquelettiques, tumeurs...) et mentales (stress, dépression, burn-out...) dont le caractère professionnel n'est encore que peu ou pas reconnu dans le système d'indemnisation des maladies professionnelles. « *Les reconnaissances de maladies professionnelles sont très faibles chez nous, confirme Laurent Vogel. Sur cent demandes, il y en a peut-être une qui sera acceptée. Et il n'y a pas de recours possible. Si ce n'est en justice, devant le tribunal du travail.* »⁵³

Un médecin généraliste d'une maison médicale carolorégienne souligne pourtant le caractère symbolique de la reconnaissance des pathologies contractées sur les lieux de travail : « *Nous n'avons expérimenté que des demandes de reconnaissance de pathologies reprises dans la liste et certaines d'entre elles ont abouti. C'est un bon outil, car si une maladie professionnelle est reconnue, au-delà de l'indemnisation, ça aide le patient à se sentir reconnu dans sa souffrance et ça l'apaise beaucoup. Ils fulminent au contraire quand il n'y a pas de reconnaissance alors que l'évidence est là.* »

Une médecin généraliste d'une maison médicale bruxelloise insiste quant à elle sur la lourdeur administrative d'une demande d'indemnisation : « *Je trouve que les démarches sont très frustrantes pour les patients qui mettent souvent beaucoup d'espoir dans cette reconnaissance. Quand leur dossier est accepté, la reconnaissance ne concerne souvent qu'un problème de santé très précis et les patients se décomposent... au point que je les décourage parfois d'en-*

Inégalités de genre et maladies professionnelles

On observe un déficit de recherches sur les maladies d'origine professionnelle qui touchent majoritairement les femmes. « *Historiquement les femmes ont toujours été exclues des études professionnelles, ce qui signifie que les questions de santé qui les touchent principalement, notamment le cancer du sein, ont été sous-étudiées, voire ignorées* », rapporte Henri Bastos, expert à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses, France)⁵⁴. Or l'environnement et les conditions de travail jouent un rôle largement sous-estimé dans la survenue des cancers du sein. La plupart des infirmières de cancérologie ignorent les risques qu'elles courent en manipulant sans protection des produits de chimiothérapie qui s'avèrent être cancérigènes. L'ignorance est tout aussi importante chez les femmes qui travaillent la nuit et qui s'exposent à un risque accru de 30 % de développer un cancer du sein. Sans parler des coiffeuses et des femmes actives dans les secteurs des cosmétiques et du nettoyage qui utilisent aussi quotidiennement des produits classés cancérigènes. À ce déficit de recherches s'ajoute un manque de reconnaissance et d'indemnisation des femmes touchées par un cancer dont l'origine est liée à l'activité professionnelle. Prenant appui sur les connaissances accumulées au cours des dix années d'existence du Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle en Seine Saint-Denis (GIS COP93), la sociologue Michelle Paiva estime que « *33 % des hommes ayant eu des expositions identifiées dans leur parcours de travail ont obtenu la reconnaissance de l'origine professionnelle de leur cancer contre seulement 7 % des femmes.* »⁵⁵ Et la Belgique fait encore pire puisqu'à ce jour aucune femme ayant contracté un cancer du sein n'a été reconnue dans le système d'indemnisation des maladies professionnelles. ■

treprendre de telles démarches. Je me souviens d'un patient qui a bénéficié d'une reconnaissance d'un problème à l'épaule et d'une prise en charge des traitements qui y sont liés. Mais, dans son cas, cela ne lui

53. N. Weiler, « Le cancer du sein, une maladie professionnelle méconnue », *Axelle magazine*, 248, septembre-octobre 2022.

54. H. Bastos cité par N. Weiler, *op cit.*

55. M. Paiva cité par N. Weiler, *op cit.*

apporte pas beaucoup d'avantages vu qu'il est inscrit au forfait dans notre maison médicale et que tous ses traitements de médecine générale et de kinésithérapie sont déjà pris en charge par la Sécurité sociale. »

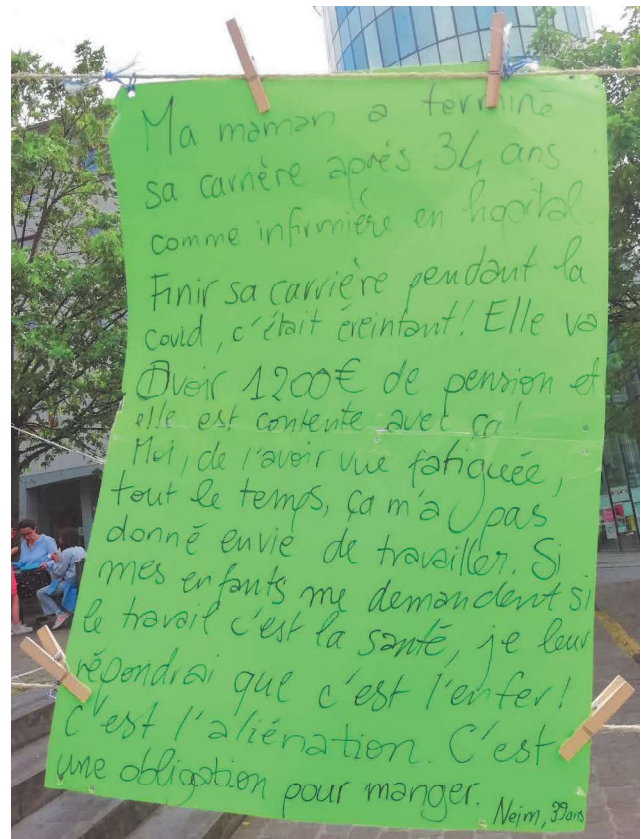
Reconnaissance des accidents du travail

Les soignants que nous avons rencontrés témoignent enfin des difficultés à faire reconnaître les accidents du travail de leurs patients auprès d'entreprises d'assurances privées. « Il y a beaucoup d'employeurs qui font pression sur leurs employés pour qu'ils ne demandent pas de reconnaissance de leur accident du travail, explique une médecin généraliste d'une maison médicale carolorégienne. Certains ne fournissent pas les documents, d'autres trainent ou leur mettent des bâtons dans les roues. Je pense que c'est lié au fait que s'ils déclarent souvent des accidents, le montant de la prime qu'ils doivent payer à l'entreprise d'assurances augmente. » Il en résulte une sous-déclaration d'accidents qui sont pourtant directement liés à l'exercice d'une activité professionnelle.

Une infirmière d'une maison médicale bruxelloise illustre le caractère éreintant de ces procédures : « Ces démarches prennent beaucoup de temps, parfois des années et elles usent les patients. Tout se passe comme si les entreprises d'assurances faisaient tout pour que les gens abandonnent tant les démarches sont difficiles psychologiquement, mais aussi financièrement quand ils doivent solliciter les services d'un avocat. Cela a aussi un impact sur le retour au travail vu le temps qui passe et la distance qui s'installe par rapport aux collègues, le fait que l'on est parfois remplacé... Tout cela génère de l'anxiété et finit par avoir un impact sur leur vie privée. Je repense à une patiente qui a connu des difficultés pour faire reconnaître son accident du travail. Elle a introduit un recours au tribunal du travail et s'est retrouvée face à trois experts, celui de l'entreprise d'assurances, un autre désigné par le tribunal du travail et un troisième qu'elle paie. Elle a dû se déshabiller alors qu'il s'agissait d'un problème à l'épaule, ce qui est déshumanisant. Ce sont des démarches tellement usantes qu'elles peuvent détruire des patients. »

L'assistante sociale d'une maison médi-

cale liégeoise rapporte la situation d'un patient qui a perdu la vision d'un œil à la suite d'un accident sur son lieu de travail : « Il a bénéficié pendant six à sept mois d'indemnités jusqu'à ce que l'entreprise d'assurances estime que cette personne était apte à reprendre le travail. Son patron lui a alors posé un ultimatum : "Tu restes ou tu pars". Il a choisi de partir, mais il représente un danger pour lui-même et pour les autres puisqu'il continue à conduire des véhicules de chantier ! C'est un cas qui illustre la non-reconnaissance de son handicap et la pression mise sur les travailleurs pour reprendre rapidement le travail, sans lui laisser le temps de s'habituer à sa vision partielle dans ce cas-ci. » Sa collègue médecin ajoute : « C'est une difficulté quand un accident du travail entraîne une pathologie chronique. Les entreprises d'assurances mettent des clauses particulières dans les contrats qui limitent la durée de reconnaissance de l'accident. Même si la maladie persiste, il y a souvent un délai au terme duquel la personne ne sera plus reconnue dès lors que les conditions contractuelles ne sont plus remplies. Et c'est très difficile à contourner vu que le patient a signé ce contrat. En outre, cela entraîne souvent une rupture du contrat de travail avec l'employeur et contraint le patient à chercher un autre emploi. Selon moi, le patient subit une double peine. » ■



BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL ET PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Depuis 1996, la loi sur le bien-être au travail constitue le cadre législatif en matière de prévention des risques professionnels et de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs.

Cette loi définit le bien-être au travail comme « l'ensemble des facteurs concernant les conditions dans lesquelles le travail est effectué » (sécurité au travail, protection de la santé des travailleurs, ergonomie, hygiène au travail, etc.) et oblige les employeurs à mener une politique de prévention des risques professionnels par le biais d'un plan quinquennal global de prévention et d'un plan d'action annuel⁵⁶.

Quelles évolutions ?

Depuis la modification de la loi en 2014, plusieurs changements importants ont été opérés, parmi lesquels :

- L'introduction de dispositions spécifiques en matière de prévention des risques psychosociaux au travail définis comme « la probabilité qu'un ou plusieurs travailleur(s) subisse(nt) un dommage psychique qui peut également s'accompagner d'un dommage physique, suite à l'exposition à des composantes de l'organisation du travail, du contenu du travail, des conditions de travail, des conditions de vie au travail et des relations interpersonnelles au travail, sur lesquelles l'employeur a un impact et qui comportent objectivement un danger »⁵⁷. La focale s'est donc élargie et cible d'autres problématiques que le harcèlement ou le stress.
- La notion de plainte a évolué. « Avant, la loi reflétait une approche réparatrice par rapport à des problématiques comme le harcèlement, la discrimination, la violence ou le stress, explique Rachel Carton, coordinatrice de l'ABBET. La loi de 2014 adopte une logique plus préventive. La demande d'intervention ne concerne plus seulement une plainte pour harcèlement ou pour violence. Un travailleur peut désormais faire appel à un service externe pour la prévention et la protection au travail afin d'introduire une demande d'intervention psy-

chosociale, qu'elle ait un caractère individuel ou collectif (une autre nouveauté de la loi). »

- « Les rôles des acteurs de la prévention (conseillers en prévention, personnes de confiance...) ont été mieux définis », ajoute Anne Burlet, coordinatrice du CITES. « Mais dans certaines institutions le recours aux personnes de confiance ne fonctionne pas bien, s'empresse-t-elle d'ajouter. Que ce soit par méconnaissance, par manque d'information ou de compréhension des rôles de chacun. Les personnes ne savent pas toujours à qui elles peuvent faire appel ni comment et elles craignent parfois le manque de confidentialité au sein de l'institution. »

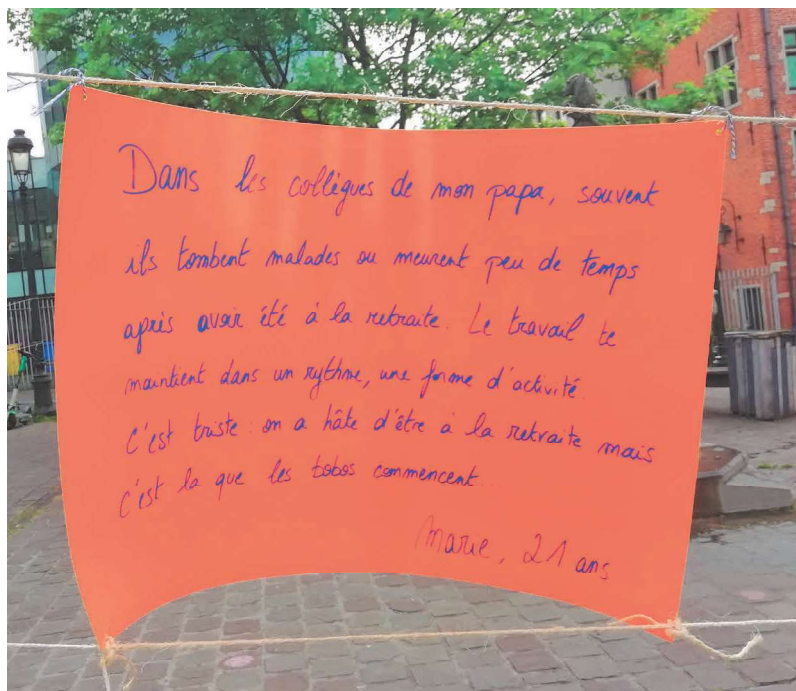
Les acteurs et actrices rencontrés dans le cadre de cette étude s'accordent toutes et tous sur le chemin parcouru en matière de protection de la santé des travailleurs et travailleuses depuis l'adoption de la première version de la loi sur le bien-être au travail. Ils et elles portent néanmoins un regard critique sur la mise en œuvre pratique de certains aspects de la loi.

« La mise en œuvre de la législation sur le bien-être au travail constitue une belle avancée, estime Jean-Marie Léonard, ancien secrétaire fédéral au SETCa. Mais malgré l'existence de cette législation importante en Belgique, nous assistons encore à des drames si l'on considère le nombre de personnes touchées par des troubles musculosquelettiques, des burn-out ou des cancers professionnels. Ces maladies professionnelles sont extrêmement difficiles à faire reconnaître et nous sommes occupés à travailler, dans le cadre de l'Atelier Santé de Charleroi, à une meilleure mise en œuvre de la surveillance médicale des travailleurs qui figure dans la législation,

« La demande d'intervention ne concerne plus seulement une plainte pour harcèlement ou pour violence. »

56. Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, *Moniteur belge*, www.ejustice.just.fgov.be.

57. Loi du 28 février 2014 complétant la loi du 4 août 1996 quant à la prévention des risques psychosociaux au travail dont, notamment, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail, *Moniteur belge*, www.ejustice.just.fgov.be.



mais qui est insuffisamment mise en œuvre sur le terrain. Car il y a deux dimensions à la problématique de la surveillance de la santé des travailleurs : la dimension des facteurs de risques auxquels ils sont confrontés aujourd'hui au sein de leur entreprise, et la dimension du suivi de leur santé tout au long de leur carrière professionnelle. Or il n'y a aucun instrument pour assurer ce suivi d'une entreprise à l'autre. Idéalement, le dossier médical des patients de maisons médicales devrait contenir ces informations. Mais à ma connaissance, cela n'existe pas. »

Forte de ses contacts avec le monde de l'entreprise, Anne Burlet observe aussi des évolutions positives dans l'application de la loi. Elle pointe cependant des enjeux à plus large échelle, celle de la transformation sociale et politique : « Je trouve que les choses changent parce qu'il y a tellement d'absentéisme et de personnes qui tombent malades que les entreprises sont contraintes d'interroger leurs pratiques. Avant, quand on rencontrait les entreprises, elles avaient très peur d'ouvrir la boîte de Pandore du stress – à l'époque on parlait du stress. Aujourd'hui, je pense qu'elle est ouverte. Désormais certaines entreprises viennent spontanément à notre rencontre pour mettre quelque chose en place parce qu'elles ont été alertées par l'absence de plusieurs travailleurs ou d'un manager en burn-out. Elles s'interrogent, font des analyses de risques... Mais c'est presque un remaniement profond de la société et du monde de l'entreprise qui devrait se faire, car c'est à cette échelle que le problème se pose. Mettre

des choses en place et changer les visions dans un tel contexte reste extrêmement compliqué. »

Dans le même sens, Rachel Carton met en lumière les difficultés spécifiques rencontrées dans le secteur non marchand : « Aux facteurs institutionnels et organisationnels de souffrance au travail s'ajoutent des facteurs sociétaux et politiques globaux qui sont tout aussi déterminants pour le bien-être des travailleurs. C'est un aspect sur lequel nous nous sen-

tons un peu impuissants. Comment pointer ces facteurs sur lesquels les employeurs n'ont pas directement prise ? J'entends par là le sous-financement du secteur non marchand, les modes de financement, la précarisation des publics, la complexification des problématiques sociales... Il y a aussi la numérisation des services publics et des administrations et ses retombées sur les travailleurs sociaux de première ligne qui se retrouvent à faire du travail administratif pour que les personnes puissent avoir accès à leurs droits. Cela dénature leur travail et le fait de ne plus être en mesure d'accomplir leur travail d'accompagnement pour lequel ils et elles ont été engagés est un facteur de souffrance important. Je pense aussi à l'augmentation de la violence institutionnelle et sociale qui se répercute sur les travailleurs sociaux. L'enjeu est de trouver les moyens de faire remonter ces constats globaux, notamment au travers des études que nous publions. Nous avons également la volonté de développer une approche plus transversale et globale sur ces enjeux au sein de l'organe d'administration de l'ABBET dans lequel siègent les représentants de différentes fédérations patronales du secteur non marchand, les représentants des organisations syndicales de ce secteur et les pouvoirs publics qui y siègent en tant qu'observateurs. »

Analyse des risques psychosociaux

Pour mettre en œuvre leur stratégie de prévention pour la santé des travailleurs, la loi préconise aux employeurs de recourir à une analyse

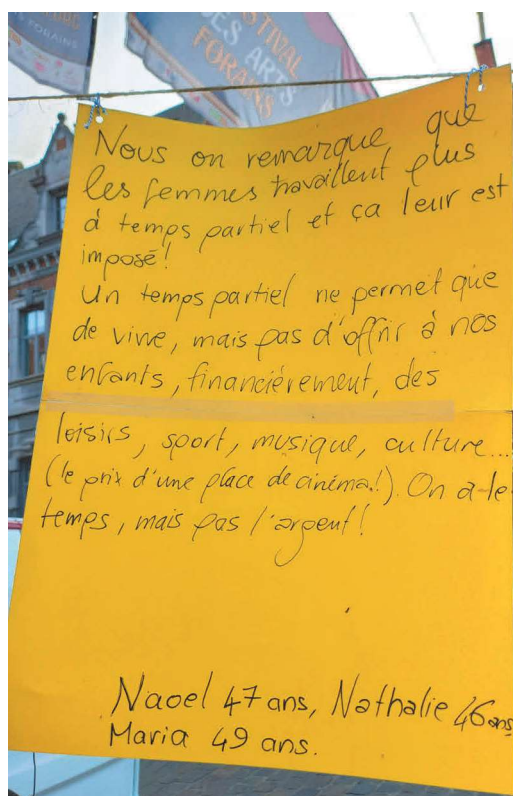
de risques psychosociaux avec la participation des employés. Ces analyses sont réalisées par des services externes pour la prévention et la protection au travail auxquels tout employeur doit être affilié en Belgique. En tant qu'organisme subsidié, l'ABBET propose également ce type d'analyses aux associations sans but lucratif (asbl) bruxelloises reconnues par la COCOF ou la COCOM. Les acteurs et actrices que nous avons interviewés pointent plusieurs limites par rapport à ces analyses.

« Souvent, ce type d'interventions se limite à la remise d'un rapport destiné au conseiller en prévention ou au coordinateur ou à la coordinatrice de l'association, explique Coline Roulin, conseillère en prévention à l'ABBET. Elles ne permettent donc pas d'avoir un retour sur ce qui a été mis en place ni sur les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre. » En outre, « nous avons beaucoup d'échos du secteur associatif sur le décalage important entre les méthodes et les recommandations des services externes de prévention et les réalités du secteur non marchand, ajoute Rachel Carton. Ces services adoptent des approches quantitatives et recourent souvent à des questionnaires, ce qui permet d'obtenir une photographie de l'état de santé des travailleurs d'une association, mais ne permet pas d'analyser finement les causes et les pistes de prévention. À l'ABBET, nous avons choisi une autre approche, collective et qualitative. Dans certaines associations, nous avons pu partager les résultats aux travailleurs en présence des représentants du comité pour la prévention et la protection au travail (CPPT) qui exposaient ce qu'ils allaient mettre en place à la suite des recommandations que nous avons formulées. C'était très intéressant pour nous de prendre connaissance de ce suivi. » Quant aux recommandations (non contraignantes pour les employeurs) qui ressortent des analyses de risques psychosociaux, les personnes que nous avons rencontrées les considèrent au départ de points de vue différents. Anne Burlet relève le caractère complexe de certaines recommandations et pense qu'il faudrait davantage sensibiliser les employeurs à la législation sur le bien-être au travail : « Ces recommandations relèvent parfois d'une complexité incroyable. Par ailleurs, le temps qui s'écoule parfois entre une analyse de risques et sa mise en œuvre constitue une autre difficulté quand des recommandations deviennent obsolètes en raison du changement de configuration qui s'est entretenu au

sein de l'organisation. » Selon elle, « il faudrait atteindre une réelle prise de conscience et une véritable implication de la part des employeurs pour qu'à très long terme les choses puissent changer. »

Rachel Carton note quant à elle l'importance de séparer les fonctions de conseil et de contrôle/sanction. À cet égard, elle pointe le rôle central du service d'inspection du contrôle du bien-être au travail « qui a été fortement affaibli » au cours des dernières années.

Un constat corroboré par les chiffres récemment communiqués par l'Inspection du bien-être : à l'échelle du pays, seulement septante-sept inspecteurs contrôlent si les entreprises prennent des mesures pour la protection de la sécurité et la santé au travail, soit un inspecteur pour 52 252 travailleurs et pour 3 825 sites d'entreprises⁵⁸. En raison du manque croissant d'inspecteurs et d'inspectrices, très peu d'entreprises sont donc contrôlées et sanctionnées en cas de faute⁵⁹. Considérant que ce service d'inspection a la charge d'un nombre croissant de missions liées notamment à la réintégration des travailleurs et travailleuses en incapacité de travail de longue durée, l'engagement d'inspecteurs et d'inspectrices supplémentaires est nécessaire et urgent pour assurer le contrôle de l'application d'une législation protectrice de la santé au travail. ■



58. K. Van Eyck, « Surveillance de la législation sociale : besoin d'inspecteurs », *Syndicaliste*, 965, mai 2022.

59. L. Lorthioir, « Risques psychosociaux au travail : une meilleure législation s'impose ! », *Démocratie*, juin 2021.

SANTÉ AU TRAVAIL ET ACTION SYNDICALE

Qu'elles soient mises en œuvre dans les entreprises privées, les administrations ou les associations, les formes contemporaines de managements tendent à positionner les travailleurs et travailleuses dans un « face-à-face direct et solitaire avec l'organisation »⁶⁰. Un enjeu majeur pour l'action syndicale en matière de santé au travail.

Sous l'effet de l'individualisation des relations de travail et d'une mise en concurrence des salariés, ceux-ci se retrouvent souvent isolés et démunis face à leur organisation, une tendance qui participe à l'augmentation des souffrances au travail. Dans ce contexte, les salariés et salariées expriment des attentes fortes à l'égard des organisations syndicales dont ils et elles espèrent des réponses concrètes à la problématique du mal-être au travail⁶¹.

Or, avec le temps, les organisations syndicales ont centré leurs combats sur l'exigence de compensations économiques ou quantitatives (augmentations salariales, engagement de personnel supplémentaire...) en réponse à des conditions de travail éprouvantes, voire dangereuses. « Une longue tradition de monétarisation des risques du travail s'est souvent affirmée au détriment de l'action pour la prévention », rapporte Laurent Vogel⁶². En revanche, les syndicats ont eu tendance à négliger les revendications collectives sur l'aspect qualitatif du travail et les actions ciblant l'organisation du travail en tant que telle et ses effets sur la santé⁶³.

Dans les entreprises qui comptent au moins cinquante travailleurs, des espaces existent pourtant pour agir sur les conditions de travail et l'organisation du travail. Composé de représentants élus par les salariés, de représentants de l'employeur et d'acteurs de la santé au travail (conseillers en prévention), le comité pour la prévention et la protection au travail (CPPT) est un « organe central qui permet de retrouver un contrôle sur l'organisation du travail au détour de la santé et de la protection de la santé au travail », d'après Rachel Carton, anciennement formatrice syndicale à la Centrale culturelle bruxelloise. C'est un lieu où « les représentants des travailleurs tentent d'imposer des actions concrètes en faveur de l'amélioration des conditions de travail », ajoute Ni-

colas Latteur⁶⁴. Souvent présenté comme un lieu de seconde zone – par rapport au conseil d'entreprise (l'organe bipartite d'avis et d'information des travailleurs institué dans les entreprises privées comptant plus de cent travailleurs) et à la délégation syndicale (l'organe représentatif des salariés qui a pour objectif de défendre les intérêts du personnel auprès de l'employeur dans les entreprises comptant au moins cinquante travailleurs) –, le CPPT n'en demeure pas moins le lieu où les délégués peuvent instruire les problèmes de santé au travail en s'appuyant sur l'expertise des premiers et des premières concernés.

L'action syndicale pour la santé au travail, au sein de cet organe et au-delà, peut cependant être freinée par divers obstacles, parmi lesquels :

- La possible instrumentalisation des représentants des travailleurs par des directions qui les considèrent comme des cogestionnaires de l'entreprise et du personnel. « On a vu que des directions tentent de faire des délégués des alliés aux réformes de l'organisation du travail qu'elles entendent introduire, relate Nicolas Latteur. Des employeurs tentent également de vider de son sens l'action syndicale en essayant de lui imposer un cadre et des modalités d'action très limités. »⁶⁵ Une pratique syndicale autonome doit au contraire s'appuyer sur le collectif des travailleurs et travailleuses pour envisager avec celui-ci des actions visant à transformer l'organisation du travail.
- Le recours à des dispositifs d'expertise externes (sollicités pour la réalisation d'analyses de risques psychosociaux par exemple) tend à déposséder le personnel et ses représentants d'un contrôle sur les conditions de travail et les réponses apportées aux situations de souffrances au tra-

60. Y. Miossec, Y. Clot, « Le collectif de travail : entre fragilité et ressource », in A. Thébaud-Mony et al., *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, La

Découverte, 2015.

61. N. Latteur, *op. cit.* ;

L. Vogel, « L'action syndicale peut faire la différence », *Santé conjugulée* n° 81, décembre 2017.

62. L. Vogel cité par N. Latteur, « Santé au travail & action collective.

Partie II : stratégies syndicales », Centre d'éducation populaire André Genot (CEPAG), juin 2016.

63. Entretien avec Jean-Marie Léonard, 15 septembre 2022.

64. N. Latteur, « Santé au travail & action collective.

Partie II : stratégies syndicales », *op. cit.*

65. N. Latteur, *ibidem*.

vail. « *Alors que l'on est parti d'une situation où, pour défendre les travailleurs, une délégation énonce le problème des risques psychosociaux et les obligations légales de l'employeur, elle peut se faire délégitimer par les suites réservées à cette question, d'après les témoignages recueillis par N. Latteur auprès de représentants de salariés dans des CPPT. Soit que les résultats travestissent la réalité du travail vécue au quotidien, soit que les "solutions" identifiées tendent à responsabiliser les salariés qui peuvent légitimement se demander à quoi l'équipe syndicale sert, soit qu'aucune réponse n'est donnée, démontrant par là la force de l'employeur à imposer les conditions de travail et les difficultés de la délégation syndicale à organiser leur transformation.* » Les démarches de recherche-action constituent une réponse à cette tendance à la dépossession des savoirs des travailleurs et travailleuses. Pensés par et pour les travailleurs, ces lieux d'expression leur permettent de construire une compréhension commune de leurs difficultés et des capacités d'action sur leurs conditions de travail. « *C'est la raison pour laquelle nous utilisons cette méthode à l'Atelier Santé de Charleroi, explique Jean-Marie Léonard. Nous considérons que les premiers experts sont les travailleurs eux-mêmes qui connaissent le mieux les facteurs de risques auxquels ils sont confrontés.* »

- Le fait qu'en Belgique la majorité des emplois se concentre dans des petites et moyennes entreprises (PME) de moins de cinquante travailleurs dans lesquelles les salariés sont privés d'une représentation syndicale. C'est particulièrement le cas dans le secteur non marchand. Or, quand le collectif de travail est soutenu par un travail syndical stratégique, il s'en trouve renforcé dans ses revendications en faveur de l'amélioration de la santé au travail.
- Plus globalement, l'accroissement du recours au travail intérimaire et à la sous-traitance entraîne une dispersion des travailleurs (les travailleurs se connaissent moins, ne dépendent pas du même employeur alors qu'ils travaillent sur le même lieu de travail, ne sont pas soumis aux mêmes conditions de travail...) et entrave la défense collective de l'ensemble de ceux-ci. Face à cet enjeu

qui complique le travail de représentation des délégués, les organisations syndicales gagneraient à déployer un syndicalisme de réseau dépassant les frontières de l'entreprise et des secteurs d'activité.

- Plus généralement encore, les acteurs et actrices que nous avons rencontrés notent la tendance à banaliser les souffrances au travail et à intérioriser la représentation selon laquelle il serait devenu normal de supporter une organisation du travail qui génère un mal-être physique ou psychique. « *Nous avons intégré qu'il était normal de souffrir au travail, d'avoir mal quand on rentre chez soi, de prendre un antidouleur ou un somnifère, pointe Rachel Carton. Je pense que la première étape du travail syndical en matière de santé au travail consiste à remettre au centre le fait que le travail ne doit pas nuire à notre santé.* » ■



CONCLUSIONS

Au cours de l'année écoulée, les travailleurs et travailleuses de la Fédération des maisons médicales ont déployé un processus d'éducation permanente structuré autour de la problématique des souffrances au travail. Destiné aux soignants et soignantes des maisons médicales et à un plus large public, il visait à questionner l'ampleur du phénomène et à comprendre ses causes organisationnelles, institutionnelles et sociétales en prenant appui sur des situations de mal-être au travail rapportées par des patients et patientes de maisons médicales. Cette étude constitue donc le fruit d'un travail collectif alliant partage de savoirs « chauds » (savoirs expérientiels) et « froids » (savoirs théoriques) sur les effets du travail sur la santé dans une société fondée sur l'individualisation croissante des relations sociales et de travail et sur un système de normes contraignantes de rentabilité financière et de performance individuelle.

Les paroles des professionnels de santé que nous avons recueillies mettent au jour la diversité des pathologies physiques et mentales directement liées aux conditions dans lesquelles les patients et patientes des maisons médicales travaillent : affections mentales (stress, dépression, burn-out...) liées aux modes de management toujours plus éprouvants et contrôlants à l'œuvre dans les secteurs privé (usines, banques...), public (administrations, CPAS, enseignement...), marchand (aide et soins en maison de repos, dans le milieu hospitalier...) et non marchand (associations, mutualités, syndicats...); troubles musculosquelettiques notamment liés à l'intensification du travail et à l'(auto)évaluation des performances des travailleurs dans les secteurs de la construction, du transport, de la logistique, de la grande distribution... et qui touchent aussi les femmes qui exercent majoritairement le travail domestique non rémunéré dans la sphère privée; cancers professionnels notamment liés à l'exposition à des agents chimiques toxiques et au travail de nuit; etc.

Ces récits soulignent aussi l'augmentation des souffrances au travail – corroborée par les chiffres sur l'explosion du nombre de travailleurs et travailleuses en incapacité de longue durée – et la place croissante qu'elles occupent dans les consultations de médecine générale, de kinésithérapie, de psychologie... et lors des contacts avec les accueillantes ou les assistantes sociales. Par ailleurs, les soignants rapportent que l'absence d'emploi, cumulée à la précarité économique, touche une grande partie de la patientèle des maisons médicales et entraîne aussi des conséquences redoutables sur la santé physique et mentale des personnes concernées.

Que dire alors de l'affirmation selon laquelle il y aurait un angle mort entre les pratiques de soins en maison médicale et le monde du travail? Bien qu'elles ne rendent pas exhaustivement compte des réalités et pratiques à l'échelle du mouvement des maisons médicales, les données que nous avons collectées semblent attester de l'importance qu'y représente la prise en charge psychomédicosociale des souffrances au travail, constituant le « pain quotidien » de certaines équipes. La globalité et l'interdisciplinarité caractérisent leurs pratiques de soins et la problématique du mal-être au travail n'y déroge pas. Si tous les soignants et soignantes ne posent pas systématiquement la question du travail aux patients, ils et elles estiment établir souvent des liens entre le travail et la santé.

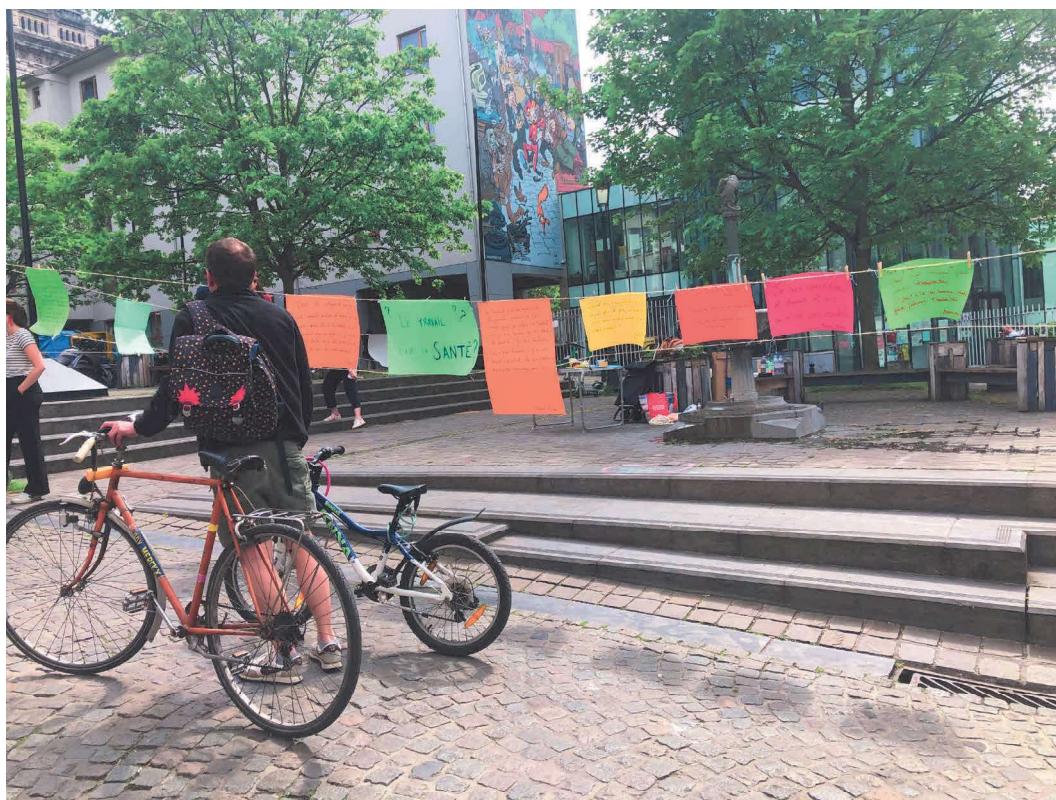
Cela dit, plusieurs soignants et soignantes pointent les limites de leurs approches thérapeutiques : ils et elles interrogent la portée du certificat médical et des rapports psychomédicaux qu'ils rédigent, questionnent leur périmètre d'action en comparaison à celui des médecins-conseils, des conseillers en prévention-médecins du travail et des médecins spécialistes, mettent en exergue leur manque de formation sur les pathologies d'origine professionnelle, la complexité des procédures ad-

ET PERSPECTIVES

ministratives et leur connaissance limitée des évolutions de la législation relative à l'incapacité de travail ainsi que le manque de prise qu'ils et elles estiment avoir sur les aspects organisationnels et sociétaux du travail.

En effet, les approches thérapeutiques que rapportent les soignants et soignantes – qu'il s'agisse du colloque singulier soignant/patient ou de leur travail en interdisciplinarité – font, dans une certaine mesure, écho à la tendance à médicaliser des problématiques sociales et à négliger leur dimension politique. Bien que la prise en charge individuelle et interdisciplinaire des souffrances au travail vécues par les patients soit indispensable pour les mettre à l'abri d'un contexte de travail maltraitant et leur permettre de prendre du recul par rapport à celui-ci, elle ne peut se suffire à elle-même pour agir sur une problématique caractérisée par l'imbrication de facteurs sociétaux, organisationnels et individuels. Les pratiques des soignants et soignantes gagneraient

à s'articuler davantage à des initiatives collectives de prévention, de formation, de réflexion critique et d'action collective pour réaffirmer le droit à la santé au travail et œuvrer à son application. Qu'elles ciblent les risques professionnels, le droit social et le droit du travail, la législation sur le bien-être au travail ou les ressorts de l'action syndicale, toutes ces pistes prennent à contre-pied le renvoi des personnes à leur seule responsabilité individuelle et au renforcement de leurs ressources personnelles. Elles nous poussent au contraire à (re)considérer le travail comme une question politique qui nous concerne toutes et tous et à nous réapproprier les questions démocratiques de son utilité sociale et écologique et du temps que nous souhaitons y consacrer. Elles ouvrent ainsi une voie pour retrouver du sens au travail et pour s'émanciper collectivement, dans le monde du travail et au-delà, du poids de l'idéologie managériale et des normes d'efficacité productive et de performance individuelle que nous avons intériorisées. ■



BIBLIOGRAPHIE

- V. Amboldi, « Et si la santé des travailleuses devenait une priorité ? », www.cepag.be, février 2016.
- P. Bérastégui, « Les accidents du travail mortels en hausse dans 12 États membres », European Trade Union Institute, www.etui.org, novembre 2022.
- P. Bérastégui, « Les gagnants et les perdants du télétravail », European Trade Union Institute, www.etui.org, avril 2022.
- V. de Gaulejac, *Travail, les raisons de la colère*, Seuil, 2011.
- V. de Gaulejac, F. Hanique, *Le Capitalisme paradoxant. Un système qui rend fou*, Seuil, 2015.
- C. Dejours, *Travail vivant. Tome 2. Travail et émancipation*, Payot, 2009.
- Fédération générale du travail de Belgique (FGTB), « Le travail ne devrait pas tuer. Et pourtant... », *Syndicats magazine*, <https://syndicatsmagazine.be>, juillet 2022.
- FGTB, « Objectif : zéro cancer professionnel », www.fgtb.be, avril 2019.
- J. Girès, « Le travail c'est la santé ? (pas pour tout le monde). Écarts de mortalité entre professions en Belgique », Observatoire belge des inégalités, <https://inegalites.be>, décembre 2020.
- S. Henderickx, H. Krammisch, *Docteur, je vais craquer ! Le stress au travail*, Aden, 2010.
- M. Lamberts et al., *Jobkwaliteit in België in 2015, Analyse aan de hand van de European Working Conditions Survey EWCS 2015 (Eurofound)*, KU Leuven, 2016.
- N. Latteur, *Le travail, une question politique*, Aden, 2013.
- N. Latteur, « Santé au travail & action collective. Partie II : stratégies syndicales », Centre d'éducation populaire André Genot (CEPAG), juin 2016.
- E. Lenoir, « Les groupes Trio », *Santé conjuguee*, n° 81, décembre 2017.
- J. Leymarie, « Le cynisme de la résignation. Entretien avec Christophe Dejours », *Revue XXI*, 33, hiver 2016.
- D. Linhart, *La comédie humaine du travail. De la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale*, Érès, 2015.
- L. Lorthioir, « Risques psychosociaux au travail : une meilleure législation s'impose ! », *Démocratie*, juin 2021.
- E. Martinez-Garcia et al., *Enquête sur le caractère (in)volontaire du temps partiel féminin*, ULB, <https://conseildelegalite.be>, février 2020.
- L. Mélon, « Budget vs social », *Santé conjuguee* n° 81, décembre 2017.
- Y. Miossec, Y. Clot, « Le collectif de travail : entre fragilité et ressource », in A. Thébaud-Mony et al., *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, La Découverte, 2015.
- Mutualité chrétienne, « Incapacité de travail – chiffres et indicateurs », *MC-Informations* n° 284, juin 2021.
- S. Vancorenland et al., « Trajets de l'incapacité de travail : l'expérience des personnes avant, pendant et après leur incapacité », *MC-Informations* n° 284, juin 2021.
- K. Van Eyck, « Surveillance de la législation sociale : besoin d'inspecteurs », *Syndicaliste*, 965, mai 2022.
- P. Vendramin et A. Parent-Thirion, « Redéfinir les conditions de travail en Europe », *Revue internationale de politique de développement*, 11, 2019.
- L. Vogel, « L'action syndicale peut faire la différence », *Santé conjuguee* n° 81, décembre 2017.
- L. Vogel, « "Chausser les lunettes du genre" pour comprendre les conditions de travail », www.etui.org, 2016.
- N. Weiler, « Le cancer du sein, une maladie professionnelle méconnue », *Axelle magazine*, 248, septembre-octobre 2022.
- Wikigender, « La ségrégation professionnelle femmes-hommes », www.wikigender.org.
- L. Zalzett et S. Fihn, *Te plains pas, c'est pas l'usine. L'exploitation en milieu associatif*, Niet ! Editions, 2020.