



Dominique HUEZ

Entretien^① avec Annie Drouin (janvier 2021)

et des extraits d'un entretien avec Claude Troullier (2015)

Dominique est le témoin (au sens de butte témoin laissée par les glaciers), avec quelques autres, de la parenthèse de 30 ans (trente glorieuses à notre manière !) à partir de 1970 pendant laquelle nous avons eu la prétention de prendre notre métier au sérieux dans ses concepts et son exercice.

Il raconte très bien l'importance de l'ergonomie dans cette montée en puissance. Ces médecins du travail se sont investis dans la mission d'ordre public social, c'est-à-dire milité vers un unique objectif : celui d'éviter toute altération de la santé des femmes et des hommes du fait de leur travail.

Le mot est lâché : « travail ». Comment pourrait-on être médecin du travail sans avoir les outils pour l'analyser ? C'est, en fait, la question clinique (comment élaborer un diagnostic sur le travail et ses manifestations ?) qui se pose ici avec acuité. C'est cette question plutôt technique compliquée par le caractère parfois énigmatique, du travail, de la vie des collectifs de travail, mais aussi son versant subjectif déroutant : « le travailler », qui ont incité Dominique, moi-même et quelques autres à s'investir en ergonomie et en psychodynamique du travail.

Il faut comprendre que nous ne prétendons pas accéder au métier d'ergonome ou de psychodynamicien mais que nous intégrions ces connaissances pour émettre des hypothèses cliniques et construire le faisceau d'indices pour les vérifier. La spécificité et l'efficacité de la médecine du travail sont à ce prix et la formation des médecins du travail est assez pauvre dans ces domaines.

Ces formations permettaient également, grâce au fond de connaissance commun, des échanges et des coopérations fructueuses avec les ergonomes ou psychologues du travail prestataires et ceux du service général de médecine du travail (SGMT) chargé de l'appui, puis, dans les années 1990, du management des médecins du travail dans l'entreprise où nous exercions.

Dominique est rentré dans l'entreprise quelques années après moi. Nous avons mieux fait connaissance à l'Association pour l'Étude des Risques du Travail (ALERT), sous la houlette d'Henri Pézerat, qui permettait notamment des échanges fructueux entre spécialistes du champ du travail et des syndicalistes de toutes obédiences.

L'autre pôle de coopération était l'association Santé et Médecine du Travail (a-SMT) où les médecins du travail élaboraient et élaboraient toujours, entre pairs, une clinique spécifique : la

¹ Cet entretien est une publication de la Commission Histoire de la Société d'Ergonomie de Langue française. Tout usage, citation ou publication de l'intégralité du texte ou d'un extrait doit porter la référence : Entretien de la SELF avec Dominique Huez mené en janvier 2021 par Annie Drouin. Source : site de la SELF. Lien : <https://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2021/02/huez-dominique.pdf>

clinique médicale du travail, et au-delà exploraient et explorent toujours, leurs règles de métier. Le sens de l'organisation des débats que possède Dominique est pour beaucoup pour la pertinence de ces travaux. Chaque numéro de la revue (actuellement sur le site) ou chaque livre publié par l'association est un témoin précieux de l'état de nos réflexions.

Dans l'entreprise où nous exerçons nous étions quelques-uns à tenter de faire naître des travaux en commun avec nos collègues de l'entreprise, tout en protégeant notre indépendance des empiètements du SGMT. C'est autour de la création d'une matrice emploi-exposition spécifique à l'entreprise (MATEX) que, à l'initiative de Dominique, nous avons, grâce au tout nouveau logiciel médical, élaboré en groupe de travail de médecins du travail les premières fiches de poste (EPREX).

Ces premières fiches, plutôt tournées vers les risques physiques et chimiques repérables, seront suivies dans les années 2000 de l'élaboration de nouvelles fiches de postes qui intégreront des risques psychosociaux que nous nous obstinions à appeler « risques liés à l'organisation du travail », quand la gestion des ressources humaines et le management « participatif » alliés à des réformes profondes des structures de l'entreprise commencèrent à faire des dégâts. Nous étions munis des outils d'analyse pertinents pour intervenir face à la souffrance au travail. Plusieurs de nos collègues furent menacés pour avoir appuyé, voire demandé, des enquêtes en psychodynamique du travail.

Dans les entreprises dans lesquelles nous travaillions, où les risques sont très présents et où la traçabilité collective et individuelle est quasi inexistante, ces travaux sont particulièrement mal vécus. Ce sont souvent les seuls éléments permettant l'accès à la reconnaissance des maladies professionnelles.

Dominique élude l'agressivité vis-à-vis de lui de nos anciens employeurs, qui sont à l'origine des poursuites indignes des conseils de l'ordre, la complicité du conseil d'État, l'inanité de la CEDH, la passivité du défenseur des droits. Il n'insiste pas sur le caractère conflictuel de notre métier dans lequel les rapports de force sur les questions de santé sont essentiels, d'où la vertigineuse chute libre de l'institution en cours. Peut-être n'insiste-t-il pas car le conflit est inhérent à notre métier. Trop souvent l'exploitation de la force de travail se traduit par des altérations de la santé et ceux qui veulent les éviter et prennent la mission à cœur s'attendent à l'existence de ces conflits.

Ainsi, Dominique avait, à Chinon, à traiter d'autres questions et sa participation aux études sur les sous-traitants du nucléaire, son aide constante au CHSCT et, faut-il le dire, son caractère entier, lui attirait des remarques acerbes des directions d'entreprise et de certains médecins du travail, qui recherchaient plus la reconnaissance de l'employeur que celle de leurs patientes et patients, restant englués dans des stratégies défensives.

Car c'est un fait avéré que pour leurs détracteurs, les médecins du travail armés d'outils performants d'analyse, dont l'ergonomie, et qui veulent exercer leur métier, passent pour des fanatiques ou des fous. Dès qu'un collègue, Dominique par exemple, s'attirerait ce qualificatif on pourrait en déduire qu'il fait (et a fait) un travail de qualité !

Alain Carré (février 2021)

AD : Peux-tu nous donner quelques mots de présentation, année de naissance, parcours... ?

DH : Je suis né en 1950 au Lion d'Angers dans le Maine et Loire. Mon père y était médecin généraliste. Ma mère antérieurement était assistante sociale. J'étais le second d'une fratrie de sept enfants.

Je ne voulais pas être médecin généraliste, mais vétérinaire ! Devant décaler la préparatoire vétérinaire d'un an, j'ai commencé médecine et j'y suis resté !

J'ai une formation de Bac « C » mathématiques, sciences. Mon déficit initial de formation en sciences humaines était criant !

Dans l'après 68, j'étais très concerné par la question sociale. L'existence d'un de mes arrière-grands-pères, généraliste mais aussi médecin d'entreprise d'une fonderie dans la Sarthe, très engagé dans le courant de gauche de l'église appelé « le Sillon » (interdit par la suite par l'église), à l'origine de mutuelles, de jardins ouvriers, avec du recul a pesé inconsciemment sur mon choix final de médecine du travail.

Pendant mes études, quand j'étais externe de médecine, j'ai été très impliqué dans la lutte pour la liberté de l'avortement, introduisant avec d'autres dans l'Ouest en 1973 la méthode Karman d'avortement par aspiration. Ceci au sein d'un très fort mouvement local à Tours de prise en charge des femmes devant avorter alors dans la clandestinité. Cela au sein de « Choisir-Tours » puis du MLAC local appelé l'ATLAC. Un film vient d'être réalisé sur cette histoire qui a marqué ma vie !

AD : Avant de devenir médecin du travail à EDF dans le nucléaire, dans quelles entreprises avais-tu travaillé? Quelles ont été tes motivations en tant que médecin du travail ?

DH : De 1978 à 1982, j'ai été médecin du travail à Matra-Automobiles à Romorantin dans le Loir et Cher. J'exerce alors en service autonome d'entreprise. J'y ai exercé cinq ans. La préservation de mon indépendance professionnelle fut difficile et coûteuse. Je crois n'avoir rien lâché. J'ai contribué à faire émerger les risques des peintures polyuréthane à base de poly-isocyanates et des effets irritants des fibres de verre au niveau des voies aériennes supérieures. Je crois avoir initié la première étude scientifique sur les isocyanates, avec l'INSERM et l'INRS. De cette période date ma collaboration avec de multiples équipes de recherche.

À cette époque je me suis formé en ergonomie au CNAM, chez Alain Wisner. Je coopérais, et ceci encore, avec tout un courant de médecine du travail que nous avons structuré progressivement dans l'association Santé et Médecine du Travail. Ce réseau a été « bouleversé » au sens propre par la découverte de la question du « Travail », et des risques découlant de l'organisation du travail. Ceci a évidemment pesé énormément sur ma pratique. Dès cette époque nous critiquions une médecine eugénique d'aptitude médicale, d'hygiénisme sélectif. Nous voulions déjà mettre le travailleur au centre de l'action médicale pour la préservation de sa santé. C'est l'ergonomie qui nous a permis d'appréhender la question des collectifs de travail. C'est aussi par ce biais que j'ai coopéré avec d'autres chercheurs. En 1982, grâce à Bernard Cassou, universitaire de Santé Publique, nous avons réussi, avec une centaine de praticiens et chercheurs, à éditer le premier ouvrage de « l'État du Monde » aux éditions La Découverte, intitulé « Les Risques du Travail » sorti en 1985. Plus de 20.000 exemplaires. Il abordait toutes les questions de santé au travail qui sont encore d'actualité aujourd'hui. Cela m'a beaucoup marqué.

J'étais à mi-temps à Matra-Automobiles et je complétais mon temps au CIVG de Tours (interruption de grossesse), puis à EDF Distribution à Blois. Je souhaitais un temps plein. Et je suis arrivé dans le Nucléaire à la Centrale de Chinon.

AD : Quelles sont les formations complémentaires dont tu as éprouvé le besoin de suivre pour enrichir ta pratique professionnelle ?

DH : Durant deux ans j'ai fait les TP « B » du CNAM, véritable symbolique pour toute ma génération pour « découvrir » la question du travail. On côtoyait en formation 1/3 de non médecins, originaires d'entreprises, 1/3 de syndicalistes d'envergure nationale. J'y ai construit des réseaux essentiels. Puis les TP « C ». En 1981 mon mémoire alors y argumentait de l'impossibilité d'être en même temps médecin du travail et exercer le métier d'ergonome du fait des différences de métier, même si nous partageons un « point de vue » identique sur le travail. De là mes rencontres fondatrices avec Jacques Duraffourg, François Guérin et Dominique Dessors. J'ai rejoint leur équipe d'enseignement des TP « B » de 1985 à 1989. Ghislaine Doniol-Shaw nous a rejoints à mi-parcours.

AD : Pourquoi, comment et sur quoi t'es-tu investi aussi bien dans l'enseignement, dans la participation à des ouvrages et à des revues professionnelles, dans des communications lors de journées d'études et de congrès ?

DH : La préparation des « Risques du travail » en 1982 m'a fait rencontrer Christophe Dejours. J'ai rejoint son premier séminaire de formation d'un an vers 1989. Et je n'ai cessé de collaborer avec lui depuis, de ma place de médecin du travail. C'est la psychodynamique du travail qui progressivement a

le plus marqué ma pratique ultérieurement. J'ai permis à Christophe Dejourné de faire une enquête déterminante sur la Centrale nucléaire de Chinon. Progressivement j'ai développé des « préenquêtes » de psychodynamique du travail. Puis un système de « Veille sanitaire » annuelle en médecine du travail basée sur des monographies collectives, nourries de clinique médicale du travail individuel.

Influencé aussi par Philippe Davezies, le réseau de l'association SMT a structuré progressivement « une clinique médicale du travail » qui a modifié en profondeur les pratiques cliniques de tout un courant de médecins du travail. Avec une vingtaine de ses animateurs, nous avons œuvré de concert pendant 40 ans. On trouvera facilement nos contributions sur « www.a-smt.org ». À la fin de ma carrière, j'ai été consultant hospitalier en Psychopathologie du travail.

Ainsi une forte formation en toxicologie - dont ma thèse sur les carbures métalliques frittés, puis l'ergonomie, l'épidémiologie, la psychodynamique du travail et des collaborations en sociologie avec différents chercheurs - ont très fortement nourri ma pratique médicale en la transformant profondément. Nourri du « point de vue du travail », je crois avoir été prêt, à la fin des années 1980, à appréhender les « nouvelles formes d'organisation » du travail, la sous-traitance en cascade, le *new public management* et tous les sigles de méthodes déployant en fait exploitation et aliénation pour nommer les choses.

Depuis le milieu des années 1990, beaucoup plus dans les années 2000, ma pratique professionnelle a été bouleversée par l'émergence des suicides professionnels et de la souffrance délétère au travail.

AD : Tout au long de ta carrière, tu as adhéré à des sociétés savantes et pour certaines d'entre-elles, tu as pris des responsabilités...

DH : L'association Santé et Médecine du Travail a été « ma maison mère » de réflexion et de délibération sur les pratiques. Mais avec de nombreux collègues, j'ai essayé de structurer un réseau croisé « en confiance » qui s'enrichissait en retour d'innombrables coopérations concrètes, études et recherches, se structurant plusieurs fois dans des ouvrages collectifs.

J'ai été Président de la SMTVL, Société de Médecine du Travail du Val de Loire, pour la Région Centre, de 1986 à 2010. Cette structure du fait de la qualité de son équipe d'animation a réussi à déployer la prise en compte de la question du Travail et du Travailler dans toute cette région. L'organisation du Congrès national de Médecine du travail à Tours en 2008, en a été une étape importante.

Au-delà des études et recherches, ma participation à différentes revues, principalement la Revue Santé et Travail de 1987 à sa naissance jusqu'à 2019, qui s'est adossée aux réflexions qui ont émergé de l'ouvrage « les Risques du travail », a été essentiel. Et aussi la revue Travailler, et la correspondance avec la revue Prescrire, etc. De tout cela j'ai acquis un savoir-faire stratégique, qui m'a été utile pour des projets coopératifs multiples. Utile aussi pour tenter de penser et peser sur des réformes impliquant la santé au travail.

D'où aussi la participation à des « Commissions » diverses, ès qualité personne compétente, ou conseiller de confédération syndicale. Mais je n'ai jamais été porteur de mandats syndicaux nationaux. Il y avait bien d'autres personnes compétentes, mais aussi peut-être parce que je n'ai jamais accepté de mettre sous le boisseau mes analyses, fussent-elles critiques. J'ai toujours privilégié le contenu des analyses de mes interlocuteurs à leurs « étiquettes ». Ce qui ne m'a jamais empêché de prendre et d'assumer des risques professionnels importants quand la nécessité l'imposait : sous-traitance nucléaire, « faibles doses » lors de l'exposition aux rayonnements ionisants, le travail des intérimaires, la souffrance professionnelle délétère, les suicides professionnels, le harcèlement stratégique, les cancers professionnels, la sous-traitance des risques, la primauté du sujet et de son point de vue, l'indépendance professionnelle des médecins du travail, le devoir de témoignage professionnel, les diagnostics médicaux de l'origine organisationnelle des psychopathologies malgré les injonctions de l'ordre des médecins, ce qui m'a coûté cher, et me coûte encore !

AD : As-tu continué à t'investir après la cessation de tes activités professionnelles et sur quoi et pourquoi ?

DH : Après ma retraite en 2013, jusqu'en 2015 j'ai continué une consultation de psychopathologie du travail au CHU de Tours. Depuis 2020, je collabore avec le GISCOP84 d'AVIGNON pour l'expertise des parcours d'exposition à des cancérigènes pour des personnes atteintes par divers cancers professionnels. Ayant été un des fondateurs de la structure de formation médicale professionnelle E-

Pairs (<http://www.e-pairs.org>), j'y collabore encore un peu. Je participe avec d'autres à l'animation de l'association SMT (Santé et Médecine du Travail).

Et évidemment des pratiques solidaires quand cela est nécessaire. Mais ces pratiques ne peuvent exister sans être nourries de pratiques professionnelles que je n'ai plus. Je crois savoir passer la main, ce que je fais réellement ! Évidemment je ne baisse pas mon regard citoyen sur les évolutions sociales, organisationnelles et de la santé. Je me rends aussi compte que celui-ci a été très / trop spécialisé, par nécessité ! Et c'est bien de l'ouvrir plus aujourd'hui, car je mesure son / mon amputation partielle dans de très nombreux domaines !

AD : Merci Dominique pour ta contribution éclairante sur notre « histoire ».

Dominique Huez (extraits de son entretien avec Claude Troullier, 2015, op. cit.)

En 2015, Dominique Huez a accordé un long entretien à Claude Troullier, lorsque celui-ci préparait son mémoire pour le diplôme d'ergologie². Avec leur permission, des extraits de cet entretien sont repris ici, qui complètent le parcours professionnel de Dominique et éclairent sa conception du métier de médecin du travail <Annie Drouin>.

La prévention des risques professionnels d'après la loi de 1991

DH : Cette loi, qui transpose la directive européenne de 1989, spécifie qu'il est nécessaire de concevoir des organisations compatibles avec le travail des hommes, mais cet aspect de la loi de 91 n'a malheureusement pas fait l'objet de décrets d'applications. Il y a également 14 décrets spéciaux, par exemple sur le travail à la chaleur, les ports de charges, la toxicologie, etc., mais il n'y a rien du côté de la conception des conditions de travail : la physiologie, les rythmes compatibles avec la santé des hommes. Jamais l'organisation du travail n'est citée comme risque spécifique, sauf à une exception près, dans le nucléaire, à propos de l'identification des risques d'exposition aux rayonnements ionisants.

Dans l'organisation du travail, on est vraiment au cœur de l'engagement des hommes, leur activité interagit directement avec ce qu'ils font. Ce qui est bien différent des conditions de travail de type environnemental (chaleurs, poussières...), lesquelles relèvent plus de l'extériorité de leur engagement. Les environnements de travail tels que décrits par la réglementation ne sont pas au cœur du travail. Ce qui est au cœur du travail ne fait pas du tout l'objet de préconisations juridiques, opérationnelles sous forme de décrets. Les préconisations qui s'imposent aux employeurs, comme découlant de cette loi, sont pour partie rendus opératoires par les juges de la cour de Cassation, qui ont mis en exergue les déterminants de la faute inexcusable à travers l'obligation de sécurité, de santé et de résultats. Mais il n'y a rien dans les faits qui, déployés sous forme opérationnelle, imposent aux employeurs l'obligation d'appliquer la loi de 1991. (...)

L'organisation du travail est très globalisante par rapport à un « mixte » entre un système socio-économique et la place des hommes par rapport à ce système. Les modèles de prévention que l'on applique et qui excluent les hommes, sont des modèles de prévention issues des sciences médicales, qui sont structurés autour d'un facteur de risque pris isolément. À partir d'un facteur de risque qui entraîne un risque d'effet sur la santé et sur lequel je vais pouvoir peser, je postulerai qu'il n'y a pas d'interaction entre ce facteur de risque et le reste du travail. Ceci est évidemment faux, mais c'est comme cela que s'est structurée la prévention. Par exemple, je vais isoler la question des charges ou celle du risque chimique, je prétends ainsi que je vais pouvoir isoler un facteur de risque du reste du travail, donc je vais pouvoir le prévenir.

Le modèle de la prévention...

DH : Le modèle de la prévention est hérité des sciences expérimentales. Il comporte des aspects extrêmement positifs, car il faut voir d'où l'on vient. Si on n'était pas passé par les sciences

² Claude Trouillet, 2015, *Adapter le travail à l'homme : une déclaration d'intention à l'épreuve du réel*, Mémoire pour le Master 2 d'Ergologie, Université d'Aix-en-Provence, Département de philosophie.

expérimentales, par l'avancée des sciences et techniques, la prévention n'aurait pas avancé du tout. Ainsi, pour la prévention du risque d'exposition au plomb, comme l'exemple emblématique de la peinture à base de plomb, la céruse, l'avancée des sciences expérimentales s'est déployée en écho aux avancées médicales tout en notant, je le précise, que la médecine n'est pas une science. La médecine n'a des avancées qui s'appuient sur des connaissances scientifiques que seulement pour 10 % des pratiques médicales. Le reste est une pragmatique clinique, un métissage.

[Le raisonnement expérimental est] : « Je prouve la causalité univoque d'un facteur de risque que je pense pouvoir isoler des autres ». Dans les faits, en ce qui concerne les choix de l'isolement d'un facteur de risque pour la prévention au regard de caractéristiques relativement générales, on choisit toujours les facteurs de risque généralement extérieurs à la question politique de l'organisation du travail, à la question de qui va maîtriser *in fine* la question de la productivité ou de la finalité du pourquoi on travaille. Le modèle de la prévention est relativement efficace, car en l'appliquant je ne pèse que sur un déterminant, mais en réalité il fait une impasse totale sur l'organisation du travail. L'organisation du travail est, et reste une « boîte noire » ; l'interaction de tel facteur avec la « boîte noire » peut avoir des effets pernicieux ou délétères à tel point que, dans ces modèles de prévention, un modèle de normes et de prescriptions peut conduire à des prescriptions *in fine* contraires à l'intérêt même de la santé des travailleurs. Notamment du point de vue de la façon dont ils pourraient conquérir ou déployer des marges de manœuvre au regard de contraintes d'organisation du travail. Celles-ci interagissent en permanence entre elles et on a beaucoup plus de mal à isoler des facteurs de risques organisationnels, même s'il y a quand même des éléments du code du travail qui en parlent, par exemple, des contraintes horaires avec le travail de nuit.

L'ergonomie pour adapter le travail à l'homme ?

DH : Je ne partage pas la vision, qui est à la base de l'ergonomie, selon laquelle un compromis gagnant-gagnant serait possible entre les intérêts de la production et l'adaptation du travail à l'homme. Depuis que l'ergonomie de langue française existe cela ne s'est généralement pas montré exact de mon point de vue. Non seulement, je ne crois pas qu'il soit possible de faire ce compromis, mais je ne crois même pas qu'il puisse y avoir des organisations du travail que l'on pourrait concevoir et pour lesquelles on pourrait dire qu'elles sont bonnes pour les hommes et les femmes qui y travaillent. (...)

Il est faux de penser que les spécialistes peuvent changer le monde. Le projet est de déplacer les questionnements et de faire en sorte que de nouveaux questionnements puissent être portés par le plus grand nombre, dans l'espace public interne des entreprises et dans l'espace public externe. Lorsque l'on dit que l'on va mettre l'ergonomie au cœur de l'organisation, du côté de la conception, il n'est pas exact que cela suffise, car le cœur du travail ce n'est pas le bureau des méthodes. Et il faut prendre en compte aussi tous les enjeux économiques (capitalisme financier) qui comptent. Qu'au cœur des bureaux de méthodes toutes les connaissances scientifiques pour ne pas maltraiter les hommes s'y déploient autant qu'il en soit possible, c'est une très bonne chose ; mais il ne faut pas se faire d'illusion, de toute façon, le travail salarié sera une activité toujours subordonnée et il y a toujours une superstructure au-dessus qui va en déterminer les grandes orientations. Autrement dit, il va falloir peser sur ces superstructures elles-mêmes ; il y a des tentatives sur ce sujet pour en infléchir les orientations.

Des organisations qui seraient innovantes pour les travailleurs...

DH : Les organisations innovantes, ce n'est pas qu'un slogan. C'est la reproduction des acquis « diviser pour mieux régner ». C'est à dire que l'on donne des orientations générales aux managers et on se débrouille pour que celles-ci soient déployées de façon différentielle et différenciée, avec le projet d'éclater les résistances ouvrières. Pour ne pas avoir à affronter des résistances unies, on expérimente de façon différentielle des réorganisations qui toutes vont dans le même sens, mais on laisse de la marge aux dirigeants, du côté de la temporalité. On expérimente éventuellement des accélérations dans certains endroits pour sonder des résistances, on provoque des retours d'expériences, mais à la fin, l'orientation globale où l'on voulait aller, on y va toujours. Ces orientations sont toujours autour de l'intensification du travail, de la densification du travail, du côté du contenu même d'un travail qui vise à adapter le service à la conception que l'on aurait du marché (ex : les gens travailleraient trop bien, feraient de la sur-qualité !). Ce sont des réorganisations qui vont casser tout le contenu que les hommes et les femmes

ont mis à l'intérieur même de leur engagement professionnel, pour s'y déployer, pour y créer du sens. (...)

Les organisations innovantes, c'est la même logique que les organisations participantes, ou organisation « râteau » ou « plastique », au final les salariés ne savent plus qui décide. Il y a des grandes organisations générales que l'on retrouve de partout. Et l'organisation innovante tolère le passage d'un « killer » tous les dix ans, histoire d'éradiquer la résistance au changement !

On pourrait dire aussi que dans les aspects le plus positifs du toyotisme³ (lequel comporte surtout des aspects négatifs), il pourrait aussi y avoir le projet d'intégrer de façon relativement primaire et isolée, les connaissances sur des facteurs de risques, de telle façon que cela augmente la productivité en laissant croire par ailleurs que cela serait favorable à la santé des hommes et des femmes. Tout cela est faux. On voit bien que l'on ne pèse que sur un facteur et on fait l'impasse sur les autres. Généralement on aggrave la situation. Au final, on pèse toujours sur la diminution des espaces de respiration qui ont été conquis ou préservés par les travailleurs pour pouvoir travailler ensemble, pour pouvoir s'auto-organiser. Du point de vue des employeurs, ce sont des connaissances qui deviennent hyper dangereuses.

Changer les organisations et conditions de travail délétères pour la santé des travailleurs. Exemples.

DH : À Matra automobile en 1978, dans une usine complètement taylorisée. C'était également une espèce d'usine chimique puisqu'on y produisait de la carrosserie en plastique polyester. En premier lieu, il y avait des risques toxiques majeurs, avec le premier déploiement industriel des peintures en polyuréthane. J'ai donc participé à la déclaration des asthmes professionnels où le coût de la prise en charge des asthmes professionnels devenait supérieur, dans cette usine automobile, au coût des accidents de travail. Il a fallu quand même que j'en déclare un grand nombre ! Cela n'a pu se faire qu'au prix de véritables bras de fer avec la direction, mais aussi avec la société Bayer qui produisait les peintures incriminées. Il a été nécessaire de monter une très grosse étude scientifique (avec l'INRS puis avec l'INSERM) sur plusieurs années qui a prouvé finalement que cette peinture était profondément dangereuse.

Quant à la quotidienneté de l'intervention médicale, elle portait sur les organisations du travail, par la mise évidence d'effets sur la santé par le biais des troubles musculo-squelettiques, que l'on connaissait très mal à cette époque. En 1978, le mot TMS n'existait pas. J'ai donc déclaré des syndromes du canal carpien en maladie professionnelle chez des femmes notamment. Or, la littérature médicale à cette époque n'expliquait pas que cela pouvait être le résultat de contraintes liées à l'organisation du travail. Cette littérature expliquait que les syndromes du canal carpien se rencontrent principalement chez les femmes ménopausées. Or, les femmes concernées par ces syndromes n'avaient que 25 ou 30 ans. Je me suis retrouvé en difficulté lorsque le mécanisme devenait profondément collectif et que je ne pouvais plus faire de sauvegarde individuelle pour des salariées qui étaient éreintées, avec des épaules douloureuses (TMS sur l'épaule). Finalement je passais mon temps à mettre des gens inaptes. Par contre la règle était, on ne prescrit pas d'inaptitudes quand les gens ne sont pas d'accord.

La confiance avec les salariés s'est créée très vite, ils venaient souvent me voir, car pour eux, c'était un lieu de contre-pouvoir. Je n'intervenais que dans l'objectif de la préservation de leur santé. Par exemple, il y avait des chaînes en mouvement continu sur lesquelles étaient menées des activités de marouflage des phares avant, c'est-à-dire coller du papier épais sur les phares pour préparer la phase suivante de peinture. Cette activité était faite par des femmes, certes souples, des jeunes femmes qui travaillaient, accroupies, à reculons et en mouvement ce qui est humainement impossible ! Je les ai donc mises inaptes à ce poste précis à 50 ou 100%, au point où cela en est arrivé à bloquer la production. Dans cette activité de marouflage, la direction a dû changer le mode de travail en passant à des modalités de chaîne « pas à pas ».

Je me suis retrouvé dans la même configuration sur la fabrication de pare-chocs en plastique époxydique qui déclenchait, du fait des conditions de travail, des rhinites allergiques (on n'était pas sur un aspect cancérigène) ; mais de fait, j'ai cassé entièrement cette production. La direction a décidé de confier ce travail à un sous-traitant à l'extérieur, ce qui, de fait, a échappé à mon contrôle ; et cela a été un échec de la prévention !

³ Souvent associé au modèle d'organisation *Lean*.

Dans une autre activité, les ouvriers se cassaient les épaules pour obtenir une surface de carrosserie à polir très lisse, afin d'y appliquer une peinture polyuréthane. J'ai pu démontrer, par une analyse ergonomique que c'était impossible à réaliser sans s'abimer sérieusement les épaules. Un ingénieur en a tiré la conclusion qu'il fallait inventer (et ils l'ont inventé) un système où il n'était plus nécessaire de polir parfaitement, car finalement le coût humain devenait, pour la direction, trop important. Ils ont donc inventé des peintures granitées pour le toit du véhicule, qui limitent la phase de polissage.

Cela m'amène à une remarque générale que j'ai rencontrée dans toute mon expérience professionnelle : quand on tient très fort une posture sur la santé au travail et que l'on refuse de la croiser avec les contraintes économiques que généreraient la mise en visibilité de cette contrainte, que l'on refuse d'en subordonner l'énonciation sociale au fait que toi, tu perçois la solution (l'ergonomie prétend qu'elle perçoit toujours la solution ; or, il faut être bien plus prudent que ça), alors l'intelligence de l'ingénierie que l'on laisse se déployer trouve toujours une solution technique ! Il y a toujours des alternatives possibles pour un médecin du travail, à condition de ne pas en subordonner l'énonciation au fait de se sentir comptable d'une solution qui serait économiquement viable. À chacun son métier !

La sous-traitance comme facteur d'insécurité dans l'organisation des grands systèmes.

DH : Dans le nucléaire, on a cru que l'on pouvait faire intervenir, au plus près des systèmes en maintenance - *process* arrêté - des personnes qui auraient des compétences relativement peu étendues et qui n'auraient pas besoin d'intégrer l'histoire même de la maintenance de ce *process* technique où ils interviendraient. De fait, cela ne s'avère pas exact, parce que, si ces travailleurs de maintenance sous-traitants ne travaillent pas avec les personnes qui ont préparé ces activités et que ces derniers n'ont pas eu d'interaction avec les travailleurs de maintenance de terrain pour qu'ils puissent faire un retour sur ce qu'ils ont observé lors leur intervention, là on se dirige vraiment vers des dysfonctionnements graves en matière de sécurité et de sûreté, du moins pour ce que j'ai constaté dans mes trente ans de carrière dans une centrale nucléaire. Les dysfonctionnements techniques ne peuvent pas toujours être imputés aux vieillissements des installations, ils relèvent aussi d'un « travailler ensemble » empêché ! (...)

Au début dans le nucléaire, j'ai connu une phase où les contacts entre ceux qui préparaient la maintenance et ceux qui faisaient la maintenance étaient extrêmement fluides et pas très normés. Par la suite, aux prétextes qu'il y avait des dysfonctionnements et qu'il fallait développer des systèmes d'accréditations qui garantiraient, à cause de leur système de qualité intrinsèque, soi-disant un travail de « qualité » normée, les choses n'ont pas arrêté de se dégrader. Je pense que la raison principale est liée au fait que les organisations sous-traitées postulent que des fragments organisationnels (qui comprennent de compétences, des fragments d'hommes, des fragments d'équipes humaines) seraient interchangeables. Donc cela a mis en exergue le rôle de plus en plus central des zones de préparation (préparation technique, interface entre maintenance et conduite) et a conduit à faire l'impasse sur la capitalisation de l'intelligence professionnelle, de la sommation des expériences dans la maintenance.

Quand on a basculé dans des organisations sous-traitantes, les directions ont recruté des personnes qui n'avaient plus ces compétences de terrain qui permettaient de comprendre énormément de savoirs et de savoir-faire ; en conséquence il y a eu une augmentation des phases de fragilité. Il y a des zones dangereuses dans une organisation lorsqu'il n'y a plus assez de personnes expérimentées. Les nouveaux ne peuvent plus capitaliser leur savoir sur l'expérience des anciens, et si les anciens ne sont plus assez nombreux et disponibles ils peuvent renoncer à transmettre leurs savoirs aux nouveaux ; cela devient dangereux. Beaucoup d'employeurs ne se rendent pas compte du coût temporel et psychique qu'il faut pour réussir à transmettre la complexité des savoir-faire professionnels invisibles qui ne se donnent jamais à voir.

Nécessité de contre-pouvoirs

DH : Je m'interroge... Ne doit-il pas rester en toute organisation des contre-pouvoirs, tels que les intérêts des hommes et des femmes qui seront toujours en difficulté vis-à-vis d'organisations de travail quelles qu'elles soient, car il ne faut pas grand-chose pour qu'elles deviennent maltraitantes ? Le travail sera toujours maltraitant sans la centralité des travailleurs pour la réalisation de leur activité et donc de son organisation. On a donc besoin, par rapport à n'importe quelle expérimentation, à n'importe quelle avancée, de conserver des contre-pouvoirs. Car cela sera toujours des avancées circonscrites, limitées, subordonnées à des dynamiques économiques qui sont finalement très souvent réabsorbées.

Le véritable enjeu est ailleurs, il faudrait permettre que puisse se déployer, de façon la plus variée possible, dans des systèmes économiques en construction ou en déconstruction, l'intervention des travailleurs sur leur propre travail, que puisse se poser en permanence la question du politique, c'est-à-dire la question de l'organisation, la question de la décision, en articulation avec la question des contre-pouvoirs.

Autrement le risque serait de tomber en permanence dans l'assujettissement, dans la subordination de l'intelligence humaine au service de gains de productivité immédiats, à l'immédiateté du travail, qui ne peut qu'aggraver l'aspect délétère du travail des hommes. C'est ce que j'en tire de mon expérience, moi qui ai travaillé dans une industrie taylorienne et dans une industrie de *process*. Sans poser la question de l'intervention humaine, sans poser la question des contre-pouvoirs au moins au niveau de l'entreprise, le projet risque vite de devenir aliénant et subordonné.

L'engagement militant du médecin du travail

DH : Oui, s'il s'agit d'être militant du seul point de vue de la santé ; c'est d'ailleurs la base d'une posture médicale déontologique ! J'ai un passé militaire comme médecin « appelé », où j'ai expérimenté ce rapport à la santé dans une confrontation sur la nécessité de l'indépendance médicale. J'ai failli être médecin généraliste pour contribuer au renouvellement d'une médecine de première ligne ; j'ai basculé vers la médecine du travail pour laquelle la nécessité d'en renouveler le sens s'est très vite imposée. La question des valeurs morales comme soubassement à des pratiques professionnelles est aussi centrale. (...)

Le parti-pris de la santé est risqué et nécessite deux choses, qui sont différentes et pas faciles à articuler. D'une part, il faut des connaissances extrêmement pointues sur tous les domaines de la santé au travail. D'autre part, on est obligé d'inventer des savoir-faire d'action collectifs qui articulent de la *praxis*, de la pratique professionnelle avec le Politique, et des stratégies professionnelles opérationnelles pour agir du seul point de vue exclusif de la santé.

Le médecin de travail doit intervenir pour arriver à soupeser en quoi le collectif est fragilisé et agir collectivement de façon à pouvoir « détensionner » les contraintes pour favoriser la reconquête d'un *travailler collectif*. Repérer les mécanismes de fragilisation du « travailler ensemble » est plus facile, et lorsqu'on les repère, c'est plus facile d'intervenir. (...)

On apprend à partir de l'activité de travail des salariés en difficulté, telle qu'elle est énoncée, telle qu'on la reconstruit et qu'on la comprend avec les salariés lors des entretiens médicaux individuels de médecine du travail. Il y a un moment de compréhension, de dévoilement dans une extrême diversité mais une grande concrétude des choses. De ce fait, on a toujours un coup d'avance, on a accès à l'ensemble de la diversité de toutes les situations de travail possibles, à la condition de permettre l'énonciation par le travailleur de ce qui fait difficulté dans son activité de travail via le récit que nous lui permettons. Ainsi, à travers l'aspect toujours minoritaire des travailleurs les plus en difficultés auprès desquels tu en apprends toujours le plus, on peut contribuer à la prise en compte des risques pour le plus grand nombre. (...)

L'avantage de privilégier la dimension collective, c'est que les travailleurs t'apprennent en permanence sur leur travail, car au-delà des connaissances scientifiques indispensables, mes connaissances c'est d'abord les leurs. Cela a aussi un inconvénient vis-à-vis des équipes syndicales qui peuvent ne pas être très au fait sur les questions de la santé au travail. La posture du médecin du travail est de se nourrir des savoirs des gens en difficultés de santé. De ce fait, tu as un coup d'avance car tu as accès à des informations concrètes que les syndicalistes n'ont pas. Donc tu lèves des lièvres avant les syndicalistes. Et tu peux te retrouver seul !