

CAHIER DU S.M.T

n°4

"Santé et Médecine du Travail"

JOURNEE DU 28 AVRIL 1990

ETHIQUE EN MEDECINE DU TRAVAIL

SOMMAIRE

- | | |
|---|------|
| * A PROPOS DES DEBATS
Marie Christine BOSQUILLON | P.2 |
| * LE SOUCI ETHIQUE EN MEDECINE DU TRAVAIL
Nicolas DODIER - Sociologue INSERM | P.4 |
| * UN MEDECIN SOUS INFLUENCE
Denise PARENT | P.12 |
| * ETHIQUE EN MEDECINE DU TRAVAIL
ET STRATEGIE D'INTERVENTION EN MILIEU DU TRAVAIL
Jocelyne MACHEFER | P.14 |
| * PROJET DE CHARTE DU S.M.T. | P.17 |
| * Inscription aux Journées S.M.T. | P.19 |

Supplément N°1 à PRATIQUES N°24
Avril 1991
Prix du Numéro: 50 F

A PROPOS DES DEBATS

La journée s'est déroulée en trois plans de réflexion. Nicolas Dodier nous a apporté ses outils de sociologue et nous a proposé un modèle descriptif de notre activité qui m'a paru très opérant pour parler de l'éthique. Jean Jacques Guvant est inspecteur du travail, militant de l'Association Villermé qui semble très proche de l'ex-Syndicat de la Médecine du Travail dans les motivations, le projet politique et le mode de fonctionnement. Au mot «éthique» il a préféré celui de «morale», et j'aurais aimé qu'il argumente ce choix: est-ce par pudeur? pour s'inscrire dans la continuité du travail des Encyclopédistes? pour parler avant tout des principes? Avec Denise Parent et Jocelyne Machefer, nous réinterrogeons notre quotidien, et cela peut déranger...

Ces trois dimensions ont bien permis la construction d'une pensée personnelle et collective, mais elles sont tellement différentes les unes des autres qu'il est difficile de les articuler. De plus, mes possibilités sont limitées, et j'ai laissé glisser de ma mémoire tout ce qui n'entrait pas directement dans l'élaboration: tout le concret, tous les constats (relation entre mode de financement des services interentreprises et mode de fonctionnement du médecin avec toutes les entorses à l'éthique, médecine du travail des intérimaires, notamment).

LE MOTEUR ET L'ARBRE A CAMES

N. Dodier a décrit quatre univers dans lesquels s'exerce notre activité: scientifique, médical, civique et de gestion économique. Ces quatre univers sont à l'évidence bien distincts voire même, selon ce qu'on les fait être; contradictoires: nous avons tous vécu une opposition immédiate et frustrée entre droit à la santé et «santé économique» de l'entreprise, les divergences entre ce qui nécessite une méthodologie scientifique et ce qu'impose une stratégie inscrite dans la dimension civique. Chacun de ces univers a ses propres lois, ses propres finalités. Nous nous adaptons à chacun d'eux dans le choix de nos outils, et aussi dans la stratégie.

Mais une question du débat a été de savoir si nous nous contentions d'œuvrer de façon schizophrénique dans chacun de ces univers, ou si le plus important de notre travail

ne consistait pas à articuler ces quatre pôles. L'essence de notre éthique serait alors dans ce délicat travail d'articulation. Cela nous renverrait à quelque chose de sous-jacent, majeur, incontournable. Pour nous médecins du travail et vieux membres du S.M.T., il s'agit clairement d'un esprit humaniste reposant sur un concept de santé: ces principes sont capables d'imposer tout à la fois rigueur scientifique, éthique médicale, stratégie sociale et une grande prudence par rapport aux rationalités économiques énoncées...

OU IL EST QUESTION DE MORAL-E

L'activité du médecin du travail est soutenue par une solide mais complexe armature: la loi. La jurisprudence définit notre activité comme régie par le droit privé pour l'exercice d'une mission d'intérêt général, et J.J. Guvant nous a très clairement montré la complexité de ce principe, notamment dans le compromis que le médecin du travail opère entre indépendance professionnelle et subordination hiérarchique.

En fait, ce compromis est aussi très dépendant d'une part du contexte dans lequel nous nous trouvons, de l'étendue du champ du possible, et d'autre part de notre propre santé morale. Ainsi chaque médecin a sa propre morale incontournable, et il y a des conflits qu'il n'esquivera pas (pour tout ce qu'il y a derrière), mais cela lui coûte: face à l'employeur, il risque d'abîmer son identité sociale (et ce d'autant plus que le patron a la pratique de nier les compétences), face aux salariés, il est menacé dans ce qu'il est... Alors, être héros ou se replier? Nous voyons là, combien, pour arriver à bâtir une stratégie qui évite ces deux ornières, une morale professionnelle, stable et solide lui est nécessaire.

Il n'est jamais simple d'affirmer l'indépendance professionnelle et de lui donner matérialité dans le concret et le quotidien. Mais à la discussion, il apparaît très nettement qu'indépendance est subordonnée à transparence: rendre compte de l'activité à ceux envers qui elle s'exerce s'impose pour des raisons éthiques (c'est de leur santé qu'il s'agit), mais aussi parce que l'indépendance n'a pas d'existence intrinsèque, elle ne prend corps que dans un complexe système de forces, le champ social.

LA REGLE DU JEU

Vous vous en doutez, ce qu'a dit Denise

Parent et le débat qui s'en est suivi sont pour moi ce qu'il y a de plus difficile à restituer. Il y a plus qu'ailleurs un écart entre ce qui a été dit, ce que j'ai entendu, ce que j'ai compris. Plutôt que de jouer à cache-cache avec le réel, je préfère mettre à plat ce que j'ai tiré de tout cela...

Dans le rapport de force singulier médecin-travailleur, l'éthique impose au médecin de prendre en compte sa propre subjectivité (déf. philo. du Petit Robert: «caractère de ce qui appartient au sujet»), et en particulier connaître la signification de ce qui fait sa décision et sa conduite pratique. Il y a du pain sur la planche...

«L'éthique du médecin du travail membre du S.M.T. lui impose de privilégier la demande du travailleur en tant que telle». Nous avons tous connu des demandes de changement de poste de travail auxquelles nous n'avons pas répondu au premier degré: en analyser la signification par rapport à l'histoire de l'individu, son contexte, sont de nécessaires préalables à toute action; souvent ensuite, nous la retravaillons, et glissons vers d'autres propositions. Inversement, nous savons que l'absence de plainte peut masquer au contraire de lourds problèmes. Je suppose donc que cette phrase s'inscrit donc dans l'idée que le travailleur est sujet, sujet-acteur de sa santé, de son devenir, et qu'il importe de le laisser responsable.

Le médecin du travail a un pouvoir discrétionnaire absolu en matière d'aptitude au poste de travail. Or dans l'aptitude, se joue pour le travailleur un devenir professionnel. Il est normal, c'est une des règles du jeu, que le travailleur ne dise pas tout au médecin, voire qu'il cherche à le manipuler: c'est une façon pour lui de se protéger, ça a quelque chose à voir avec la liberté, la marge de manœuvre, la conscience d'exister. Quoiqu'on fasse, l'individu n'a pas un plein libre choix de son médecin du travail, et le plus souvent n'a pas fait la démarche volontaire de le consulter: ainsi, à mon sens, l'instauration d'un droit de recours du salarié à l'avis du médecin est nécessaire, mais ne résoudrait pas tout, n'effacerait pas l'obligatoire jeu de pouvoir/contre-pouvoir.

DANS CE FILIGRANE, L'AVIS D'APTITUDE

Tout ce qui a été dit s'illustre par l'avis d'aptitude, et il aurait été tout à fait possible de parler de l'éthique à partir de l'aptitude.

Cela fera peut être l'objet d'un prochain texte... Pour ne pas les perdre, voilà quelques idées émises:

- Initialement, l'avis d'aptitude avait pour fonction d'opposer à un pouvoir patronal abusif un pouvoir médical. A présent, on entend que cet avis est une atteinte aux libertés individuelles. Dominique a bien su formuler ce que nous pensons: *«Notre seul problème éthique est de donner au travailleur le moyen de ne pas être en échec dans son travail».*

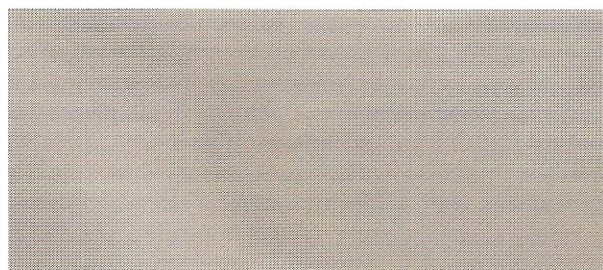
- Lise Laulhère nous a bien montré combien parfois tout concourait à ce que, par les avis d'aptitude émis, on minimise les problèmes de santé: quand une population professionnelle vieillit, on sait que l'employeur ne peut pas prendre en compte les avis émis qui au contraire ne peuvent, dans certains contextes, que pénaliser les intéressés... Il est apparu à la discussion qu'il est important de ne pas esquiver les responsabilités. Celle du médecin du travail est de montrer l'inadaptation du travail aux hommes, celle de l'employeur est de donner ou ne pas donner suite à ces constatations, dans les dimensions individuelle et collective.

- M. Duteilli nous a rappelé que si les patrons savent assez bien gérer les cas francs d'inaptitude, il n'en est pas de même pour tous les cas intermédiaires qui n'amènent pas au licenciement mais nécessiteraient souvent de repenser l'organisation du travail...

- L'aptitude doit être prononcée pour un poste de travail précis. Abandonner cela, revient à donner libre cours à la polyvalence, déjà bien assez débridée actuellement. Ou alors, déterminer une aptitude à la polyvalence...

En résumé et pour conclure, une éthique à géométrie variable...
Bon vent à présent!

Marie Christine BOSQUILLON



LE SOUCI ETHIQUE EN MEDECINE DU TRAVAIL

Le surgissement d'un «**problème éthique**» dans une pratique professionnelle signifie que l'on s'arrête dans l'action et que l'on délibère à propos d'un cas. Ceci suppose donc le surgissement d'un choix entre plusieurs possibilités d'action, toutes soutenues par des justifications. L'engagement éthique consiste à trancher entre les alternatives, à faire sienne, après délibération, l'une des voies d'action. Le dilemme éthique typique d'aggravation ou d'accident s'il est maintenu à son poste; s'il est déclaré inapte il risque d'être licencié. Comment soupeser les arguments en présence? Le problème éthique caractérise donc des moments bien précis de la pratique des médecins du travail. Sinon, l'action se déroule sans délibération particulière; les jugements sont pris immédiatement, la conviction s'établit d'elle-même.

Une **éthique professionnelle** est autre chose. C'est un ensemble de formulations qui tentent d'organiser a priori l'ensemble des interventions. La nécessité d'élaborer une doctrine professionnelle peut apparaître lorsqu'il faut prendre position dans un débat. La question se pose en particulier lorsque la production de textes juridiques est en jeu. Un exemple typique est la confection d'une position sur les règles de dépistage de la toxicomanie. Il peut également s'agir de formuler une orientation des pratiques, et de la définir par rapport aux doctrines déjà existantes: législation, doctrines administratives, missions définies par des institutions (OMS, OIT,...), doctrine d'un service central d'entreprise, etc... Poser les questions en terme d'éthique professionnelle, c'est prendre acte d'un espace entre ces doctrines (en particulier le droit) et la pratique. L'éthique limite les prétentions de la réglementation, ou en définit les règles d'application.

Une enquête empirique auprès de médecins du travail montre que certains d'entre eux confectionnent des **éthiques individuelles** (1). Dans un entretien avec un sociologue, au cours de conversations, ils formulent leurs conceptions générales selon des termes qui complètent ou critiquent les représentations usuelles de la pratique. Ces éthiques individuelles n'ont généralement aucun support écrit. Elles n'existent que localement, ne se transportent pas, et sont rarement discutées, en-dehors de discussions privées. La médecine du travail fait par ailleurs partie des professions au sein desquelles on trouve des dispositifs d'élaboration d'**éthiques collectives**: c'est le cas du Syndicat de la Médecine du Travail, mais c'est le cas aussi, à des niveaux plus localisés, de réunions de discussions dans les services, de rencontres avec d'autres professionnels (inspection du travail par exemple). Le souci éthique, ainsi porté à un niveau collectif, est caractéristique d'une génération de syndicats professionnels (Syndicat de la Magistrature, Syndicat de la Médecine Générale), et de collectifs aux géométries variées (Association Villermé à l'inspection du travail, collectifs de réflexion chez les travailleurs sociaux, ou dans les PMI, etc...) (2).

Ces deux moments (le problème éthique à résoudre dans l'action, l'élaboration d'une éthique individuelle ou collective) ont une caractéristique commune: les praticiens s'arrêtent dans leur action et consacrent un moment exclusif à la discussion, intime, privée ou collective des raisons de l'action. Ils parlent des **justifications** de l'action. Mais la question des justifications ne se pose pas uniquement sous cet angle de la réflexion éthique, dans des moments qui lui sont entièrement consacrés: l'acte de se justifier, de rendre des comptes, d'argumenter, est une part essentielle de l'activité courante des médecins du travail dans les entreprises. La pratique est ce mélange de décisions muettes, d'actes divers et de justifications de ces actes à l'intention d'autres acteurs. Le souci éthique est alors simplement un effort d'approfondissement de ces justifications, qui, de toute façon, avec ou sans éthique, viennent émailler et contraindre la pratique, «dans le feu de l'action». J'aimerais dans cette intervention examiner comment se posent concrètement ces exigences de justifications dans la pratique des médecins du travail, comment les médecins les satisfont, les évitent, ou en inventent de nouvelles. Je partirai donc d'un examen systématique des **modalités de justifications**, telles qu'elles se présentent à un sociologue qui accompagne les médecins dans leur travail. Le souci d'une éthique professionnelle, s'il veut être opératoire, doit prendre en considération selon quelles modalités les médecins doivent rendre des comptes dans leur pratique concrète.

Une caractéristique de la médecine du travail est d'avoir à composer avec des acteurs très divers (directions, salariés, syndicats, hiérarchie, autres experts, administration, etc...). Je propose donc de relier ces modalités de justifications aux différents «univers» dans lesquels les médecins du travail circulent. Au sein de chaque univers, les acteurs auxquels le médecin a affaire ont des attentes particulières vis-à-vis de sa pratique et de la manière dont il devra en rendre compte. J'examinerai successivement quatre univers: l'univers **technique**, l'univers **médical**, l'univers **civique** des usagers et des partenaires sociaux, enfin l'univers de la **gestion** de l'entreprise (gestion économique, gestion de la main d'oeuvre). Les médecins ne sont pas tous concernés au même titre par ces contextes d'exercice. Ceci dépend à la fois de leurs conceptions personnelles concernant le type de pratique médicale qu'ils privilégient, et du type d'entreprise dans lequel ils travaillent. Le principe de ma réflexion consistera à rester très ouvert aux exigences de chaque univers, j'essaierai à chaque fois d'en comprendre les implications pour la pratique professionnelle, sans avoir, dans un premier temps, un souci critique. Je les présenterai à plat, en les traitant «symétriquement», en considérant que ce moment intermédiaire de l'analyse peut contribuer à mieux pointer pour quelles raisons, et de quelle façon, un souci éthique peut apparaître dans la pratique professionnelle des médecins (3).

1/ L'UNIVERS TECHNIQUE

L'univers «technique» correspond aux domaines de la vie d'une entreprise investis par les objets créés par la technoscience. Cet univers de justifications jouera par exemple un grand rôle dans une centrale nucléaire, où l'accès aux choses, le langage, les principes d'évaluation des agents, les normes, etc, sont fortement liés à la recherche appliquée. A l'inverse, la présence du langage technique sera faible dans un atelier artisanal de production de camembert, où le poids de la tradition prédominera dans l'environnement de travail, dans la manière de juger du travail des personnes, et jusqu'à la façon de parler des produits utilisés (les qualités du lait, du fromage, de «l'équilibre» de l'atelier, etc...) et des façons de faire (les gestes, le savoir-faire, etc...) (4). Dans un univers technique, les contraintes de justification qui pèsent sur les actions des individus sont caractérisées par: le respect de procédures objectivées; la référence à des chiffres; le recours à des instruments précis, fiables, standardisés, normalisés; la mobilisation d'experts spécialisés pour appuyer les avis. Le médecin se trouve alors immergé dans le domaine de la métrologie, des seuils, des statistiques épidémiologiques, des outils systématisés de collecte des données, des protocoles d'études de poste. Ou, tout du moins, c'est ce qu'on attend de lui si l'on demande quelque chose. Le médecin du travail, comme les autres agents immergés dans l'univers technique, doit pouvoir rendre compte de sa pratique selon ces procédés standardisés et objectivés.

Dans de tels cas, les médecins sont contraints à «durcir» leurs exigences d'objectivations, s'il veulent être crédibles. Ils pourront difficilement développer une argumentation convaincante, vis-à-vis de leurs audiences, au sujet des conditions de travail, dès qu'ils négligeront cet aspect. Ils devront eux aussi montrer des objets techniques pour être crédibles. Ils seront confrontés à des experts spécialisés dans des disciplines connexes à la médecine du travail (ergonomie, toxicologie, épidémiologie, etc...).

Une enquête empirique sur les pratiques professionnelles en médecine du travail montre que les médecins répondent de manière très diverses à ces attentes de justifications techniques. On constate tout d'abord qu'il existe de grandes variations dans les doctrines que les médecins défendent en tant qu'experts techniques: c'est le cas par exemple pour l'appréciation des seuils de risque dans l'industrie chimique ou nucléaire. Pour un observateur, il apparaît dès lors très difficile, sinon impossible d'isoler, dans ce domaine, ce qui relèverait d'un strict point de vue d'expert par rapport à un engagement d'un autre ordre. On constate également, parmi les médecins du travail, de grandes différences dans la manière de faire le partage entre les faits considérés comme scientifiquement acquis, et les objets de controverses. Par exemple, certains médecins défendent l'idée, devant leurs interlocuteurs (y compris le sociologue), que les listes de cancérigènes publiés par des organismes du type INRS répertorient les risques scientifiquement reconnus. D'autres médecins sont engagés dans une pratique d'«ouverture de boîtes noires» (5): ils considèrent que la plupart des intermédiaires dont ils disposent pour connaître des risques (produits reconnus comme toxiques, par exemple), sont le résultat de «compromis sociaux», sont liés à des motifs politiques, institutionnels, stratégiques, dépendent

de représentations historiquement et culturellement déterminés, et ne sauraient donc constituer, selon eux, une image scientifique de la réalité. A chacune de ces positions correspond une manière spécifique de parler comme expert à l'intérieur d'une entreprise.

Dans les univers techniques, les médecins doivent décider à quel moment les enquêtes, ou les informations dont ils disposent, sont suffisamment consolidées pour les faire circuler comme résultat d'"expertise scientifique". Notre «post-étude» sociologique à l'enquête SUMER du ministère du travail nous a permis de constater une grande diversité parmi les médecins. D'une manière générale le partage entre ce que les médecins vont considérer comme «scientifique» et ce qu'ils qualifient de «non scientifique» est variable. Il dépend des moyens dont dispose le médecin pour approfondir ses investigations: temps, instruments, documentations, etc.... Lorsque le médecin dispose de peu de moyens, il est obligé, dans l'économie de sa pratique, de clore rapidement ses investigations et de faire confiance aux indications dont il dispose. On peut alors penser qu'il sera obligé de soutenir, comme «scientifiques» des informations auxquelles il aura été contraint de porter crédit dans l'urgence de ses décisions quotidiennes. A l'inverse, lorsque le médecin dispose de plus de moyens, il peut plus facilement mettre en doute tous les avis intermédiaires (étiquettes de produits, composition indiquée par les fabricants, avis d'experts divers, ...) pour augmenter les exigences de preuve. On ne peut pas non exclure l'idée que la délimitation, par les médecins, de ce qui relève de la science, dépend de choix personnels liés à des doctrines individuelles, ou à des nécessités du moment, pour soutenir certaines prises de positions.

L'univers technique crée donc une certaine forme d'argumentation où la référence aux chiffres, aux procédures, à la science, devient un passage obligé. Dans cet univers, la tension éthique n'est pas du tout réglée par les contraintes du travail scientifique. Elle est au contraire centrale dans les choix des médecins. Ceux-ci doivent constamment trier, parmi la multitude des candidats, les bons représentants de la réalité, et définir, auprès de leurs interlocuteurs, le degré de solidité scientifique des indications dont ils disposent. Elle est également présente dans la manière de présenter les résultats. Dans un univers technique, le médecin du travail est en effet placé devant l'interrogation suivante. Soit il présente ses résultats comme un fait acquis, sans exposer en même temps, les arbitrages, les compromis qui, inéluctablement jalonnent les procédés d'objectivation. Il transforme le travail de l'expert en une «boîte noire», qu'il ne soumet pas à la discussion. Il renforce sa position, au prix d'une transparence du travail d'expertise. Soit au contraire il accompagne ses avis de l'exposé des interrogations et des choix qui ont marqué l'histoire de l'enquête. Il «ouvre les boîtes noires» de l'expertise. Il satisfait alors un souci de transparence, au prix d'un affaiblissement de sa position, dans un premier temps au moins.

2/ L'UNIVERS MEDICAL

Je suggère de parler d'«univers médical» lorsque les interlocuteurs du médecin du travail s'adressent à lui comme médecin, et lorsque le médecin lui-même se réfère à une spécificité de la pratique médicale pour défendre une certaine manière de rendre compte de ce qu'il fait. La notion d'«univers médical» renvoie à certaines caractéristiques de la profession médicale. On peut citer les plus immédiates: seuls des confrères peuvent réellement juger le travail d'un médecin, le médecin est soumis au «secret médical», il existe une déontologie médicale. Parce qu'il travaille «en médecin» dans l'entreprise, le médecin du travail est soumis à des contraintes (et des levées) de justification qui le distinguent des autres interlocuteurs. C'est cette originalité du médecin, et ses conséquences éthiques, que nous esquissons ici.

Les interventions du médecin du travail dans une entreprise ne sont pas toutes frappées de cette spécificité. Par exemple, les contraintes de l'univers technique s'appliquent également aux ingénieurs, aux divers experts qui rendent des avis dans l'entreprise. Dans l'univers technique, le médecin peut bien évidemment se prévaloir de compétences spécialisées, mais ceci ne lui assigne pas une position particulière: il est un spécialiste de divers domaines (épidémiologie, toxicologie, ergonomie,...) au même titre que les autres spécialistes qui interviennent dans l'entreprise (juristes, économistes, chimistes, etc...). Nous indiquerons par contre deux caractéristiques de l'univers médical, qui ont des conséquences importantes pour la position du médecin du travail dans l'entreprise: le jugement médical comme jugement

«synthétique», le secret médical.

Une caractéristique de la médecine est de défendre la validité d'un jugement sur les choses et les personnes, qui appréhende les situations dans leur ensemble sans pouvoir les dissocier selon une procédure objectivée. Dans le cas de la médecine du travail, la défense de ce caractère «synthétique» du jugement s'articule particulièrement bien avec les modèles épidémiologiques «plurifactoriels», avec les courants de l'ergonomie attachés à comprendre les «interrelations» entre les facteurs, ou avec une conception de la médecine soucieuse de la «santé globale» des personnes. Mais on en trouve également des illustrations toutes les fois que les médecins opposent à des règles standardisées la nécessité de juger, au cas par cas, l'ensemble de la situation. La critique des seuils chiffrés comme critères uniques d'appréciation des risques, la difficulté de faire entrer des avis sur les risques dans des nomenclatures standard (cf. enquête SUMER), la critique des contraintes administratives ou techniques de compte rendu en constituent quelques illustrations.

A la défense du jugement synthétique correspond une prétention des médecins à être les seuls dans l'entreprise à pouvoir intégrer diverses facettes des conditions de vie et de travail des salariés (observations des postes dans les ateliers, connaissance de la vie personnelle, examens cliniques, etc...). Certains médecins du travail considèrent que les autres acteurs de l'entreprise, dans le domaine santé-travail, disposent d'informations parcellaires. La médecine aurait, dans cette perspective, une ambition intégratrice centrée sur les personnes.

Une caractéristique fondamentale du jugement synthétique réside dans son irréductibilité à des procédures systématisées. Il y a donc un lien étroit entre la défense d'une indépendance du médecin. Celui-ci demande que lui soit délégué le moment d'appréciation globale, sans qu'aucun des autres acteurs ne puisse contrôler le bien-fondé de celle-ci. Dans cette perspective, l'univers médical est caractérisé par un allègement des contraintes de justification qui pourraient peser sur les médecins. Le médecin est libéré des exigences de compte-rendu, il juge en son âme et conscience à partir de toute la palette des facteurs dont il dispose, et qu'il est le seul à pouvoir apprécier ensemble, comme un tout. En demandant, au nom du jugement synthétique, une indépendance de décisions dans l'entreprise, sans possibilités de vérifications de leur bien-fondé, les médecins du travail acquièrent une position de force, au sens où ils échappent aux possibilités de contrôle de la part des autres acteurs. Il faudrait toutefois étudier de plus près dans quelle mesure cette indépendance n'augmente pas, inversement, les suspicions des médecins (ingénieurs, techniciens, scientifiques) risquent de refuser de reconnaître la portée d'avis médicaux qui ne respectent pas des contraintes de procédures. Ces acteurs «techniques» seront tentés de voir plutôt que le respect d'une forme originale d'appréciation.

L'existence du **secret médical** a des conséquences analogues sur les relations entre le médecin et les autres acteurs de l'entreprises. En premier lieu, le secret est une contrainte: le médecin ne peut pas déployer l'ensemble des arguments dont il dispose pour justifier certaines interventions dans l'entreprise (demande de changements de poste par exemple). Même si le médecin désire convaincre ses interlocuteurs du bien-fondé de sa décision, il ne peut pas le faire avec la gamme des précisions souhaitables. Sous cet angle, le secret médical est un handicap dans le déroulement des justifications. Il interdit aux médecins d'ouvrir les raisons de leurs décisions, et les expose ainsi aux suspicions relatives à des erreurs ou des abus de pouvoir. Le secret médical oblige le médecin à s'appuyer sur l'autorité de sa position plutôt que sur les effets de conviction d'une argumentation.

Mais on ne peut nier que le secret médical est également un facteur de liberté. En dehors des cas de controverses en matière d'inaptitude qui remontent au niveau de l'inspection médicale, le médecin pourra décider seul de ses initiatives en matière de justification. Là encore, l'existence du secret médical crée une tension éthique, au sens où c'est le médecin, seul, qui décide de ce qu'il fait et de la manière dont il doit en rendre compte. Prenons l'exemple de la visite médicale. On mesure, dans une enquête auprès de quelques médecins, la marge de manoeuvre dont disposent les médecins du travail pour se créer à eux-mêmes leurs règles de compte-rendu: est-ce que le médecin va commenter pas à pas l'examen médical? est-ce qu'il fait part de ses interrogations, même lorsqu'elles sont encore floues? est-ce qu'il dit au salarié ce qu'il inscrit dans le dossier? est-ce qu'il se contente de dire oralement les conclusions en terme d'aptitude? Au cours d'une visite médicale, le médecin fait le partage entre ce qu'il rend public, et ce qu'il garde dans son for intérieur, au rang d'une délibération intime. Il décide donc ce qu'il va soumettre à une éventuelle discussion.

A l'intérieur de l'univers médical, les médecins du travail ont à vrai dire peu de comptes à rendre. Le secret médical, et la reconnaissance du caractère synthétique de certains jugements permettent de s'opposer efficacement aux exigences de justification formulées par d'autres acteurs. Cette liberté de décision n'est pas propre aux médecins. Mais elle a la caractéristique d'être reconnue en droit. A cet égard, on peut comparer les médecins aux magistrats (procureurs, juges d'instruction) qui peuvent s'appuyer sur des notions comme «le pouvoir d'opportunité» ou «la conviction intime», pour soustraire le contrôle de leurs décisions à l'appréciation d'autrui. Dès lors où les textes deviennent peu opératoires pour encadrer les choix, les garanties de bien-fondé du jugement deviennent alors beaucoup plus une question d'éthique individuelle ou collective que de procédures techniques ou juridiques.

3/ L'UNIVERS CIVIQUE

Lorsqu'il intervient dans le cadre d'un univers «civique» (6), le médecin doit rendre des compte comme professionnel au service d'une collectivité de personnes considérées comme des «citoyens». Les exigences d'un univers civique correspondent au souci de démocratie. Ce sera principalement le cas lorsque les salariés sont considérés comme des usagers, ou comme des travailleurs représentés par des porte-parole, les «délégués». La dimension civique de la pratique des médecins du travail est institutionnalisée dans sa participation aux CHSCT, en tant qu'institution paritaire où siègent les partenaires sociaux. Les contraintes de justification qui pèsent alors sur le médecin peuvent être imposées par les membres du CHS (rendre compte des actions ponctuelles, défendre un rapport d'activité ou un programme de travail, fournir les informations susceptibles d'éclairer les personnes), mais elles peuvent aussi être instaurées par le médecin lui-même qui décide de soumettre ses actions au débat du CHSCT. Dans un univers civique, les exigences de compte rendu correspondent à un souci général de transparence de l'action. Elles font appel à une palette d'opérations caractéristiques: écrire ses prises de position pour les livrer aux différents interlocuteurs, plutôt que de laisser dans l'ombre des tractations orales; parler des actions dans des lieux publics, plutôt que dans les coulisses de l'entreprise; s'astreindre à faire des lettres, envoyer des copies à différents interlocuteurs, garder une mémoire des interventions dans des fiches d'entreprise; écrire des rapports communiqués à l'ensemble des interlocuteurs, etc...

L'entrée des exigences civiques dans la pratique du médecin du travail a aussi des conséquences sur les relations directes avec les salariés. On retrouve là aussi des opérations typiques: dire au salarié ce qui est fait; dire les motifs des décisions; livrer l'avis du médecin à la discussion; dire les avis des confrères; faire part des incertitudes, etc... Le déroulement des visites médicales peut ainsi apparaître comme une succession de séquences composites où s'agencent des contraintes techniques d'objectivation du savoir, des formes proprement médicales d'argumentation, et des procédés civiques de garanties d'une transparence. Dans un univers civique, enfin, le médecin du travail peut considérer qu'il a lui-même un rôle de «porte-parole» à assurer dans l'entreprise particulièrement dans les cas où les institutions représentatives du personnel lui paraissent ébranlées. Certains segments de la visite médicale deviennent alors des moments de recueil des doléances, que le médecin s'efforcera de répertorier auprès des interlocuteurs adéquats. Dans une fonction qui mêle alors étroitement le souci médical de la santé des personnes, et le travail de répercussion des revendications propre à un délégué, le médecin du travail se fait l'écho des problèmes des travailleurs, en complément, ou à la place des institutions représentatives du personnel.

4/ L'UNIVERS DE LA GESTION

Lorsque l'activité du médecin est intégrée à un univers de gestion, principalement comme branche spécialisée de la «gestion de la main d'oeuvre», les demandes de justification qui lui sont adressées portent essentiellement sur l'efficacité économique de ses interventions. Le médecin doit traduire son activité selon un certain nombre d'indicateurs. Il doit s'expliquer en ces termes de ses résultats. De même que pour les univers précédents, on peut constater que l'efficacité de ces indicateurs sur l'activité médicale dépend du type d'entreprise dans lequel est inséré le service médical. On constate également que les médecins sont plus ou moins soucieux de traduire leurs activités selon un moule gestionnaire, dans leurs rapports, dans leurs

discussions avec la direction, dans le CHSCT. Ils acceptent plus ou moins de s'engager activement sur le terrain de la gestion.

La traduction du travail médical selon des catégories adaptées à la gestion des entreprises peut aboutir à une longue série d'indicateurs: nombre d'accidents du travail, connecté aux calculs de cotisations; nombre de lombalgies; évolution des maladies professionnelles; chiffrage détaillé des coûts des maladies et des accidents; évolution des arrêts de travail (comme indicateur, par exemple, de la réussite des mutations proposées par le médecin); comptabilisation des dépistages (comme autant de maladies évitées), etc... Dans tous les cas, le médecin aura le souci de traduire ses activités de prévention en termes d'efficacité économique.

L'activité du médecin, dans un univers de gestion, peut également être jugée en termes d'indicateurs de gestion du service médical. On attend alors que le médecin fournisse les comptes-rendus de son volume d'activité, par rapport à un ensemble de règles de fonctionnement qui fixent les objectifs à atteindre. Le médecin doit assurer, dans cette perspective, une gestion médicale au niveau d'une population. Il doit assurer un certain volume de tâches pour lesquelles on lui demande des documents. Les indicateurs peuvent être les suivants: nombre de visites, taux d'absentéisme à ces visites, nombre de salariés déclarés en SMS, nombre d'exams complémentaires, etc... La trame ordinaire des rapports annuels est un bon exemple de ce genre de compte rendu.

Dans les entreprises où la gestion de la main d'oeuvre est conçue comme politique des «relations humaines», les médecins sont confrontés à des demandes de justification d'un type nouveau. Le service médical fait alors partie de l'arsenal des outils «relationnels» ou «communicationnels» qui doivent contribuer à l'harmonie du fonctionnement interne. De nouveaux indicateurs sont produits pour juger de l'activité médicale: indicateurs de satisfaction ou de stress des salariés, appréciation de la capacité à apaiser les conflits, rapprochements entre le service médical et les services de communication interne (messages de la qualité totale, inventions managériales pour motiver le personnel, mise en oeuvre de concours où se mêlent les préoccupations de santé, de sécurité et d'ambiance au sein des équipes, etc...).

CONCLUSION: QU'EST-CE QU'UNE LIGNE DE CONDUITE?

A l'intérieur des entreprises, les médecins du travail doivent circuler entre plusieurs univers. A chacun d'entre eux, correspondent des exigences spécifiques de compte-rendu: dans les univers techniques, le médecin doit être capable de montrer que son action satisfait des procédures légitimes d'objectivation; dans l'univers médical, le médecin du travail ne peut être jugé que par d'autres médecins, et rend compte de son action conformément aux règles de l'indépendance professionnelle et du secret médical; dans l'univers civique, il doit assurer une transparence de son action à l'intention d'interlocuteurs considérés comme citoyens, usagers ou partenaires sociaux; dans l'univers gestionnaire, il doit traduire son activité selon des indicateurs de gestion, et montrer sa conformité à des objectifs. Le type de pratique de chaque médecin peut être vu, très schématiquement, comme un dosage de chacun de ces univers, à l'intérieur d'un ensemble composite. L'orientation principale d'un médecin correspond aux terrains sur lesquels il est le plus engagé. Elle résulte à la fois de la politique de l'entreprise, dont le médecin ne peut pas faire fi, et des conceptions personnelles de celui-ci. Cette esquisse, non exhaustive, des principaux univers de compte rendu auxquels est confronté un médecin du travail, que ce soit dans ses relations avec divers interlocuteurs, ou dans son for intérieur, suscite quelques remarques sur le souci éthique en médecine du travail.

La première est relative à l'univers technique. Nous avons noté que le médecin doit faire des choix décisifs dans ce domaine: trier ce qu'il va considérer ou défendre comme «scientifique», parmi la masse des énoncés qui prétendent à ce statut (ce qui suppose notamment de doser le crédit accordé aux divers intermédiaires qui se font les porte-parole des «données scientifiques»); mesurer jusqu'à quel point il ouvre ou il ferme les «boîtes noires» lors de l'exposé des résultats d'enquête. Le domaine de la technoscience est donc inséparable d'engagements personnels. Pas seulement, comme il est le plus souvent dit, parce que le travail scientifique a des répercussions sur les hommes qui engageraient une réflexion éthique (cf les «comités d'éthiques»), mais parce que la manière même de trancher sur des questions technico-scientifiques engage une conviction personnelle. Dans les domaines d'intervention des médecins

du travail, cette dimension de l'univers technique est accentuée par l'ampleur des questions soumises à controverses (rares sont les points d'accord solide dans le champ des risques professionnels), et par toutes les interrogations qui surgissent, dès que l'on veut transporter des résultats de laboratoire dans le contexte concret des entreprises. La séparation traditionnelle entre la neutralité de l'expert et les intérêts des acteurs sociaux paraît, dans ces conditions, une manière très insuffisante de concevoir le statut des avis techniques du médecin du travail.

L'univers médical est caractérisé par un régime particulier d'argumentation, lié pour une grande part aux effets de l'indépendance professionnelle et du secret médical. Une conséquence importante, par rapport à d'autres professions, est la levée des contraintes de justification. On peut voir cette levée comme un avantage (une liberté accrue), ou un handicap (l'impossibilité de dérouler des arguments). Cette particularité de la médecine permet de comprendre pourquoi les médecins, plus que d'autres, formulent leurs interrogations sur un mode «éthique». Dès lors où le médecin, dans ses rapports avec autrui, n'est pas lié par des textes précis auxquels il doit faire référence, nombre de ses choix sont envisagés comme résultats de délibérations intimes. Les principes éthiques sont alors des repères pour le cheminement intérieur du médecin vers sa décision.

Par rapport à l'univers civique, la réflexion éthique concerne les règles que le médecin se donne pour assurer la transparence de ses décisions auprès des salariés, considérés comme des citoyens ou des usagers, ou auprès des partenaires sociaux. Là encore, le médecin dispose généralement d'une assez grande latitude pour doser les contraintes qu'il se donne à lui-même. Il n'a pas à choisir entre une transparence et une opacité totales de ses décisions médicales, mais à trouver les formes adéquates à travers lesquelles il rendra compte à autrui de ce qu'il fait. Chaque médecin, dans la solitude de son cabinet ou de son entreprise, se forge des principes, ou met au point les outils de la transparence. L'approfondissement éthique consiste à limiter la part d'arbitraire, d'humeur, ou de fausse évidence, dans le degré de transparence consenti, pour faire de la pratique effective la mise en oeuvre des règles ou de principes consciemment assumés.

Le souci éthique, enfin, peut être vu comme une ligne de conduite, qui permette au médecin de trouver un chemin cohérent au milieu des différents univers auxquels il est successivement confronté. De nombreuses interrogations éthiques proviennent en effet de la coexistence, dans les entreprises, d'univers de justification contradictoires. Le médecin ne saurait en effet satisfaire les demandes de tous les acteurs, au risque d'apparaître comme inconséquent, ou de devenir fou. A la limite, une forme particulière d'absence d'éthique consisterait à suivre toutes les demandes sans faire de partage, sans hiérarchiser les attentes. Dans un tel cas de figure, le médecin du travail devient une girouette soumise successivement à des exigences contradictoires. Cette situation est favorisée par le statut du médecin, qui le définit à la fois comme conseiller des employeurs et des salariés. Avoir un souci éthique consiste alors, à l'inverse, à trouver des positions de surplomb qui permettent d'avoir une perspective personnelle et justifiée sur la pertinence respective des différents univers.

*Nicolas DODIER
Sociologue - INSERM
Centre de Recherches Médecine,
Maladie et Sciences Sociales*

NOTES

(1) Je m'appuie dans ce papier sur une enquête que j'ai réalisée auprès de médecins du travail, qui avait pour but l'étude détaillée de leur pratique professionnelle. Certains résultats sont publiés dans un rapport destiné au Ministère du Travail, et relatif à la confection de l'enquête SUMER (N. Dodier, 1990). Les autres aspects de cette recherche feront l'objet d'un ouvrage. Le texte que je présente ici s'apparente par contre plus à une réflexion qu'à l'exposé d'une recherche.

(2) On pourra par exemple se reporter aux travaux de C. Herzlich (1984) sur les groupes Balint,

à ceux d'A. Chauvenet (1988) sur les PMI, et à mon enquête sur les inspecteurs du travail (N. Dodier, 1989).

(3) En adoptant cette attitude, je ne prétends pas établir une coupure entre une neutralité scientifique, qui serait typique du sociologue, et un engagement dans l'action, qui serait typique des praticiens. Je prends simplement acte du fait que sociologues et médecins du travail, en l'occurrence, n'ont pas les mêmes «contraintes de jugement». Ils n'ont pas à se prononcer sur les mêmes réalités. Il m'apparaît donc plus éclairant de penser des formes d'engagement différentes, liées à des tâches différentes, plutôt qu'une opposition, difficile à tenir, intellectuellement et humainement, entre «engagement» et «non engagement».

(4) On trouvera une opposition très éclairante entre les modèles «industriel» et «domestique» de fabrication du camembert dans les articles de P. Boisard et M.T. Letablier (1987) et de L. Thévenot (1989). Des différences apparemment anecdotiques entre des procédés de fabrication sont en fait associées à des manières radicalement différentes de qualifier et d'organiser l'ensemble des ressources de l'entreprise, et en particulier de gérer le personnel.

(5) Pour reprendre un terme de B. Latour (1989), qui qualifie ainsi les outils (règles, machines, ...) que les chercheurs utilisent dans les laboratoires scientifiques sans réinterroger leurs modalités de fonctionnement. Dans le travail quotidien des chercheurs, il faut généralement des situations de forte controverse pour que ceux-ci commencent à réouvrir des boîtes noires qui, jusqu'à présent, fonctionnaient toutes seules sans que personne n'y prête une attention particulière.

(6) Je reprends ici le terme utilisé par L. Boltanski et L. Thévenot (1987) dans leur travail sur le sens ordinaire de la justice. Ils distinguent six modèles de justice: «inspiré», «marchand», «domestique», «industriel», «civique», «du renom», qu'ils relient à des doctrines tirées de la philosophie politique. Ils fournissent ainsi un modèle d'ensemble fructueux pour comprendre toutes ces situations où, au cours des différends, les personnes s'appuient sur principes généraux d'organisation de la société pour justifier leurs actes. La complexité des entreprises est en partie liée à cette nécessité de composer entre des principes opposés.

BIBLIOGRAPHIE

Boisard P., Letablier M.T., 1987, «Le camembert: normand ou normé. Deux modèles de production dans l'industrie fromagère», Cahiers du Centre d'Etudes de l'Emploi, n°30, 1-30.

Boltanski L., Thévenot L., 1987, Les économies de la grandeur, Paris, PUF-CEE.

Chauvenet A., 1988, «La santé publique de l'enfance: la norme et le droit subjectif», Sciences sociales et santé, VI51, 33-59.

Dodier N., 1989, «Le travail d'accommodation des inspecteurs du travail en matière de sécurité», in Boltanski L., Thévenot L., éd. Justesse et justice dans le travail, Paris, PUF, 281-306.

Dodier N., 1990, Jugements médicaux, entreprises et protocoles de codage. La contribution des médecins du travail à l'enquête SUMER sur les risques professionnels, rapport au Ministère du Travail, Paris, La Documentation Française (à paraître).

Herzlich, C., 1984, «Du symptôme organique à la norme sociale: des médecins dans un groupe Balint», Sciences sociales et santé II (1), 11-31.

Latour B., 1989, La science en action, Paris, La Découverte.

Thévenot L., 1989, «Economie et politique de l'entreprise; économies de l'efficacité et de la confiance», in Boltanski L., Thévenot L., éd. Justesse et justice dans le travail, Paris, PUF, 135-208.

UN MEDECIN SOUS INFLUENCE

S'il va de soi que la qualité relationnelle de nos visites médicales, et cela quelque soit notre Ethique, sera tributaire des personnes en présence, on est cependant en droit d'espérer que les avis qui en découleront n'en souffriront pas trop!

Ainsi, nous avons eu envie de cerner d'un peu plus près cette «évidence» au regard de notre Ethique pour tenter de la redéfinir et de dégager les quelques facteurs d'influence qui ne manqueront pas de peser sur elle.

Faut-il rappeler que nous sommes censés rencontrer des personnes, dans leur globalité, qui ne sont ni des prolongements de machines à remplir ni des encolleurs de semelle, ni même des mains ou des poumons à protéger que nous nous empresserons pourtant de masquer avant de les reconnaître.

Que ces «personnes» ont le droit de réponse et que ce qu'elles ont à dire d'original sur leur travail (dont le contenu n'est jamais réductible ni au titre du poste ni à la tâche prescrite et dans les rapports sociaux qui leurs sont propres) il nous appartient de les laisser s'exprimer et de les entendre...

Tandis que pour simplifier, nous essayons de les ranger dans des catégories plus facilement repérables et forcément simplificatrice.

Quand je vous dis «Famille de soudeurs, à quoi pensez-vous? Vous avez une minute pour répondre! - Ne respirez plus... et aspirez!» Ethique - Etiquetage qui reste accroché dans leur dos comme une pancarte jusqu'à leur retour à l'atelier et nous occulte le reste, préoccupés que nous sommes d'ajuster nos avis à une situation de travail donné.

Nous schématisons à l'extrême et notre questionnement qui se veut pertinent devient réducteur.

Enfin, savoir faire dire ne rime pas toujours avec savoir entendre et nos oreilles se protègent des filtres sélectifs même lorsqu'elles se veulent attentives... Si la surdité médicale n'est jamais une cause d'incapacité pour le médecin elle risque d'en devenir une pour le salarié.

En grattant nos souvenirs, sédimentés, des consultations réussies ou manquées, il est une constante qui a marqué l'histoire de nombreux débutants «le handicap de l'image», un peu, passablement ou passionnément médiocre, encore aggravé parfois par l'histoire de la médecine du travail locale.

Handicap porté en sautoir plus ou moins longtemps selon l'attitude de chacun à s'en

débarasser mais que l'on vous flanque en miroir au moment où vous semblez l'avoir oublié.

Pour les moins masos d'entre nous, les tentatives de réhabilitation devront être efficaces (pas plus d'une demi heure pour convaincre lors d'une première consultation et toute une vie d'un travail de fourmi sur le terrain) pour convaincre... et vaincre cette méfiance à priori si légitime qui a justement à voir avec notre éthique (méfiance réciproque d'ailleurs: qui n'a appris à ses dépens que certaines compassions imprudentes se retournaient parfois contre les médecins qui s'étaient démasqués un peu vite... eux).

Dans tous les cas, la suspicion se laisse grignoter et, la curiosité aidant, le dialogue qui s'était poursuivi dans la neutralité s'oriente peu à peu vers l'expression de soi.

Qu'est-ce qui a permis ce glissement? Quelle est notre part de pouvoir et qu'en faisons-nous? Seul plaisir d'accumuler les échanges chaleureux qui nous consolent de l'aridité de certaines consultations «ping, pong» ou les R.A.S. devraient s'écrire R.E.D. (Rien Envi de Dire). Filtrage des éléments qui nous paraissent utiles à la reconstitution de l'activité de chacun telle que nous la rescénarisons.

Et puis, il n'est pas donné à tout le monde d'émouvoir, ... ou d'être émotif! Cette charge affective ne va-t-elle pas bénéficier aux uns plutôt qu'aux autres (les R.E.D.) et la virulence de nos arguments ne risque-t-elle pas d'être un peu trop dépendante de la qualité de la relation que nous avons su ou pu développer dans le secret de nos cabinets?...

Quoi qu'il en soit, il y a là, un espace «crucial et sans équivalent, dirait DEJOURS», en tout cas sans concurrence pour le médecin du travail qui serait un tant soit peu préoccupé de psycho-pathologie pour y récolter en primeur tout ce dire qui peut devenir tellement significatif.

Et bien sûr, il y a des matins toniques après réimprégnation idéologique (ou selon forme saisonnière) où nous avons de l'appétit pour le dialogue et une énergie démultipliée pour l'examen de routine. Ces jours là, le téléphone ne sonne que pour apporter de bonnes nouvelles:

«Oui, Madame X est satisfaite de ses nouvelles conditions de travail»,

«Non, Monsieur Y n'a pas de tumeur de l'ethmoïde»,

mais il y a aussi des matins moroses, grisonnants, comme le médecin, qui ne veut plus se battre quand chacun semble vouloir s'agripper à ses vêtements (au propre comme au figuré).

Parano ou lucidité? Des rictus flottent sur les visages et nos questions posées sans

conviction comme pour en effacer l'inconfort, restent sans vraies réponses... et nos palpations prennent un ton agressif ou inutile. Ces journées là nous laissent un drôle de goût. Mais le dégoût ou l'inappétence du médecin n'auraient guère d'importance si elles n'étaient un manque à gagner pour les deux interlocuteurs pendant ce temps incontournable de recueil d'histoire (s).

Il faut compter aussi avec les coups de fils perturbateurs, les articles et les rapports qui courent dans nos têtes tandis que tombent goutte à goutte ou en rafales, les précieuses informations que nous avons sû provoquer, sans plus personne pour les recueillir. Informations qu'il nous faudra ensuite manier avec prudence pour qu'elles puissent trouver leur prolongement dans nos avis et notre action sans pour autant nuire aux informateurs.

Si je me suis attardée sur ces «fluctuances» qui parasitent la qualité de notre relation ce n'est pas tant (ou pas seulement) par plaisir narcissique que pour en souligner le caractère aggravant sur nos comportements et leurs effets sans que nous en ayons toujours une conscience bien claire, y compris chez les plus soucieux d'Éthique médicale d'entre nous.

Et cela tant sur le plan collectif qu'individuel, puisqu'aussi bien nous serons tentés d'extrapoler de façon parfois abusive à l'ensemble d'un groupe nos constats tronqués, parcellaires voire erronés ou à l'inverse nous les individualiserons à l'excès là où il aurait fallu faire une lecture collective de la souffrance verbalisée, quand ce ne serait que par quelques uns...

Il faut encore préciser que certaines «ratées» de notre relation, par manque de recul dans l'urgence de la demande, seront plus ou moins facilement récupérables selon la structure à laquelle nous appartenons, et par conséquent selon l'accessibilité du salarié.

De quel contre-pouvoir va-t'il alors disposer quand il se trouve livré ainsi à nos verdicts d'inaptitude et nos conduites «manipulatoires» au gré de nos humeurs mouvantes et de nos personnalités.

Cela va du pire (juste pour l'anecdote!) tel que: «Je ne vous mettrai «apte» que lorsque vous vous serez lavé...», à tous les cas de figure, plus ou moins subtils suivant les priorités que chacun se donne.

- Ici: goût de la «rigueur» (ou de la rigidité) politique-parapluie, prévention personnelle contre les risques procéduriers, difficile slalom entre les avis d'aptitude par excès ou par défaut.

- Ailleurs, rage de n'avoir pas été obéi par ce métallier dans notre prescription de protections auditives (il avait le choix pour tant, entre le casque et les bouchons), et

j'entends d'ici les menaces sournaises de restriction d'attitude pour ces récidivistes qui ne veulent pas entendre raison.

Ou encore, de trop molles propositions d'aménagement de poste ou de mutations avec discours réaliste à l'appui lorsque les négociations s'annoncent difficiles... parfois même, effets pervers de la confiance suscitée qui entraîne des aveux difficiles à gérer sur le plan de l'aptitude.

Enfin, devant des informations contradictoires ou tout simplement nos impressions, lesquelles va-t'on privilégier? C'est le poids des opinions qui risque de l'emporter sur celui de l'analyse...

«C'est clair, Madame X ne veut plus travailler!» Attitudes normatives, teintées de moralisme, adaptives, inflexible les décisions...

Sur quels critères socio-économiques si bien digérés que les objectifs en sont adoptés, va-t'on décider de l'aptitude de l'autre et l'ajuster aux possibilités de reclassement qui lui sont offertes.

Là encore, nos attitudes ne sont pas univoques et dans ce rapport de force singulier qu'est le colloque du même nom, tout le monde n'est pas prévenu à la même Éthique.

Si «la vérité est en perpétuel procès» selon HABERMAS, nul impérialisme pseudo-scientifique (très pseudo parfois) et grévé, on l'a vu, de tant d'aléas, ne saurait habiller le médecin à être seul juge de ses sentences sans la contre-partie d'un vrai droit de regard et de parole des jugés.

Il est grand temps de ressortir du placard 89, dépoussiérée, la notion de citoyenneté du salarié face à celle du médecin quand bien même il serait au-dessus de tout soupçon.

Alors, seulement peut être la qualité de notre Éthique à géométrie si variable dans le cadre de la relation individuelle se vérifiera et trouvera son prolongement naturel dans celle de notre stratégie en milieu de travail.

Docteur Denise PARENT

1990 - ETHIQUE EN MEDECINE DU TRAVAIL ET STRATEGIE D'INTERVENTION EN MILIEU DU TRAVAIL

Le terme d'éthique, bien au-delà de la déontologie (type protection des plate-bandes du confrère et entretien des relations de bon voisinage), nous fait appréhender l'idée de liberté individuelle, replacée au sein de la collectivité de travail.

Parler éthique en Médecine du Travail c'est se situer d'emblée dans le CHAMP SOCIAL.

Le terme de stratégie paraissant tout d'abord un peu provocateur par rapport à l'éthique, risque bien alors de prendre toute sa dimension.

I - ETHIQUE ET SPECIFICITE

1/ La loi de 46: Le CHAMP SOCIAL a donné tout son sens à la Médecine du Travail: «EVITER TOUTE ALTERATION DE LA SANTE DES TRAVAILLEURS DU FAIT DE LEUR TRAVAIL...»

Au delà de l'écoute individuelle, la Médecine du Travail ne peut faire l'économie du passage à l'approche collective.

2/ La spécificité au quotidien: est donc cette écoute particulière sans cesse rattachée à la connaissance du risque inhérent au poste lui-même.

Elle permet de regrouper des dossiers au cabinet médical, des risques à l'atelier (ou par branche professionnelle) et ainsi de mettre en évidence la réalité de risques professionnels.

Cette spécificité et la démarche scientifique qui l'accompagne sont bien démontrées par Nicolas DODIER; mais au delà de la démarche diagnostique (de pathologie, d'imprégnation, d'exposition, des contraintes de poste).

La spécificité s'inscrit aussi dans l'information, le rendu des résultats. Car l'information, si elle s'adresse à l'opérateur (salarié citoyen), doit aussi se resituer dans le CHAMP SOCIAL: écouter pour écouter, voire écouter pour connaître ne suffit pas. L'éthique c'est remettre à chacun des partenaires sociaux, à chaque

question posée, le point de vue de la SANTE AU TRAVAIL.

3/ S'appuyer sur le droit social: On sait l'absence de pouvoir du médecin du travail dans l'entreprise; le législateur a choisi de donner aux partenaires sociaux des lieux de débat où le point de vue de la santé est abordé.

En ce lieu, le savoir médical, réapproprié par l'individu citoyen et par les instances représentatives, utilisé en même temps que critères et infos propres à ces instances renforce le savoir collectif.

Une part de la spécificité du médecin du travail est donc de travailler avec les instances; de reconnaître le droit social qui les a mises en place, et de renforcer l'expression de ces instances et de l'individu citoyen dans l'entreprise.

II - ETHIQUE ET COMPETENCE

Au delà de l'intervention de type parole d'expert du médecin du travail, qui est aussi une forme de pouvoir (droit à la parole, reconnaissance d'une compétence en de vastes domaines inhérent à la santé au travail), apparaît la nécessité d'une connaissance solide et d'une démarche de rigueur scientifique, afin d'apporter des informations relevant de l'analyse, à l'écart des opinions personnelles.

1/ L'équipe pluridisciplinaire...92?

Acceptant les limites de sa compétence, le médecin du travail demande à d'autres de valider ses résultats.

L'INRS, la CRAM viennent étayer par des mesures rigoureuses les dossiers qui porteraient à la critique.

L'idée qui se profile à l'horizon de 1992 faisant appel à l'équipe pluridisciplinaire, doit reprendre l'idée de la rigueur scientifique des approches du milieu du travail.

Des problèmes d'éthique qui existent à l'heure actuelle, devront être résolus: qui effectue la demande d'analyse? et à qui rendre les résultats? mais aussi qui choisit les experts et le contenu des expertises à faire, qui en éclaire l'interprétation et comment?

CONNAISSANCE POSTES ET RISQUES
· POSTE A
· POSTE B
· POSTE C
ANALOGIE DE RISQUES A, B, C

MISE EN EVIDENCE DE LIENS
ENTRE RISQUES A, B, C
ET PATHOLOGIE 1, 2, 3

CONCLUSION
PATHOLOGIE
PROFESSIONNELLE

EXAMEN SYSTEMATIQUE
· DOSSIER 1
· DOSSIER 2
· DOSSIER 3
SIMILITUDE DE CAS 1, 2, 3

Y A T-IL LIEN ENTRE
A, B, C ET 1, 2, 3?

CONNAISSANCE INSUFFISANTE
DES POSTES A, B, C
· NOUVEAU PRODUIT
· NOUVEAU MODE OPERATOIRE
· NOUVELLE TECHNOLOGIE

- ETUDE APPROFONDIE DU
POSTE
· AMBIANCE TRAVAIL,
VITESSE D'AIR, HUMIDITE,
ECLAIRAGE
· TOXIQUES ET MODE D'EMPLOI
· POSTURES, EFFORTS
· ALTERNANCE EXPOSITION,
NON EXPOSITION
= ERGO TOXICOLOGIE
- ETUDE DES POSTES
= ERGO EPIDEMIOLOGIE

QUELQUES ALGORHYTHMES

2/ L'indépendance:

C'est parce que la loi de 46 est parfois qualifiée d'utopique que l'on y adjoint la notion de contrat de travail préservant l'indépendance professionnelle du médecin du travail. Cette loi, élargie à une équipe pluridisciplinaire, reste une utopie en pratique. D'où la nécessité d'une éthique appliquée à l'équipe elle-même.

3/ Les limites de l'efficacité

a - Il n'en reste pas moins des choix difficiles dans les négociations entre partenaires sociaux, des choix où le point de vue de la santé sera plus ou moins pris en compte. Il importe d'être clair et d'informer sans déformer, sans amputer l'information d'éléments nécessaires à l'argumentation ultérieure. Il est des arguments médicaux indispensables à connaître, à mettre en avant. Il importe de s'entourer de précautions, un dossier écrit, contenant:

- des mesures précises tenant compte des modes opératoires, des ambiances, des fluctuations dans les pratiques individuelles et collectives et de la variabilité du risque aboutissant à l'ERGOTOXICOLOGIE.

- des études épidémiologiques aussi minutieuses que possible et l'on pourrait là aussi parler d'ergoépidémiologie.

b - Il importe de ne jamais céder sur certains points et de ne pas laisser s'installer le doute ou enterrer de tels dossiers. On voit alors l'intérêt d'informer les instances représentatives afin qu'elles reprennent en main nos dossiers un peu vite «oubliés».

c - Pour un risque moindre, mieux vaut prendre le vent à temps et ne pas nous user à traiter des dossiers enterrés d'avance par les partenaires sociaux pour des raisons diverses, économiques parfois.

A l'inverse, quelque soit le souhait des opérateurs plutôt préoccupés par des problèmes de confort (renouvellement d'air par exemple) et l'on doit aussi les appuyer en ce domaine; il convient de rester intraitable sur un risque qui nous préoccupe (fibres d'amianté par exemple).

En un mot, il est des compromis à ne pas faire. Sans psychodrame et sans banalisation, il est des ALERTES à ne pas passer sous silence.

III - ETHIQUE ET CHAMP D'ACTION

Mais à vouloir trop bien faire, le médecin possède une bonne palette de connaissances, aussi larges qu'incomplètes. A prendre souvent la parole et à donner en de nombreux domaines le point de vue de la santé, le médecin ne vait-il pas induire la confusion entre champ d'action, immense dans le monde du travail, et compétence.

Si le médecin du travail est compétent pour parler du retentissement sur la santé de certaines formes d'organisation, de certaines insuffisances de formation, de certaines techniques de travail, il ne peut prendre la décision du choix du mode d'organisation, de formation, de fabrication, ultérieurs.

Il importe à chaque solution préconisée par l'employeur et après avis des instances représentatives, qu'il donne le point de vue de la santé.

Mais il est des questions floues, larges, ambiguës, piégées, où il faut savoir répondre de façon ciblée, pointue, mais partielle. Voire répondre par une question... que l'on posera aux utilisateurs. Acceptons de ne pas avoir réponse à tout!

Accepter les limites de nos compétences est aussi l'occasion de donner la parole aux utilisateurs qui ont leur savoir, leur connaissance des difficultés antérieures, et qui sauront les replacer dans le nouveau contexte qui leur proposé.

Car le plus souvent, l'entreprise passe à côté de ce savoir-faire, ou pire, se donne les moyens de reporter l'échéance de leur libre expression en l'ignorant, en l'étouffant.

Or, à cette incommunicabilité, résultat d'une relation dominant-dominé pathogène, s'ajoute l'inadaptation des moyens mis en oeuvre pour réaliser la tâche, voire l'impossibilité ou l'interdiction plus ou moins formelle de l'organiser autrement.

«La charge de travail, c'est l'état de fermeture de l'éventail des modes opératoires qui permettent une issue» DANIELOU.

Le médecin du travail, témoin du rôle pathogène de certaines conditions de travail, peut jouer les ergonomes pour tenter de redonner à l'opérateur certains degrés de liberté dans la réalisation de sa tâche. Ce qui ne veut pas dire prise en charge, assistance.

Selon DEJOURS *«la santé est pour chaque homme, femme ou enfant d'avoir les moyens de tracer un cheminement personnel vers un état de bien être physique, psychique et social»*. La démarche du médecin du travail, au delà de la mise en évidence de facteurs pathogènes

et de la recherche de moyens de prévention serait alors de tendre vers un maintien d'une éthique de la santé au travail, et par là même de veiller à ce que la citoyenneté ne reste pas aux portes de l'entreprise.

Jocelyne MACHEFER

PROJET DE CHARTE DU S.M.T.

(sera soumis à l'assemblée générale en
Novembre 1991)

Le **CRIAST**, collectif rassemblant des ergonomes, médecins du travail, inspecteurs du travail organise une journée-débat:

L'HOPITAL, PAR EXEMPLE: TRANSFORMER LE TRAVAIL DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

le samedi 29 juin 1991
de 9H à 19H

au FORUM 104
104, rue de Vaugirard 75006 Paris
Métro: Saint Placide

Avec la participation d'ergonomes, médecins du travail, inspecteurs du travail intervenant dans le secteur de la santé, et de militants syndicalistes.

Participation aux frais: 50 F
déjeuner sur place - prévenir à l'avance

CRIAST 4 square Grangé 75013 Paris

L'Association SANTE ET MEDECINE DU TRAVAIL (S.M.T.) a pour projet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la Médecine du Travail. Elle est ouverte aux Médecins du Travail et aux Spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la Médecine du Travail.

Dans le système français, la Médecine du Travail est la seule forme de **Médecine Préventive** qui a pour vocation de s'adresser à l'ensemble des salariés de façon systématique. Les employeurs, responsables juridiques des conditions de travail, prennent en charge financièrement ce système de prévention et les usagers sont en droit d'exercer un **contrôle social** sur ce système.

Cet exercice professionnel est caractérisé par une prise en compte de la **santé individuelle de chaque salarié** dans l'entreprise et de la **santé de la collectivité au travail**. Il permet une approche individuelle-plurielle, basée sur une visite systématique annuelle de tous les salariés, source d'informations, à partir desquelles le médecin du travail observe pertinemment les situations de travail au cours de son tiers-temps. Avec complémentarité la richesse des informations recueillies sur les lieux de travail oriente l'examen clinique. Cet **aller-retour entre activité clinique et action sur le milieu de travail** est le **fondement de la spécificité de la Médecine du Travail**, mode d'exercice médical original axé sur une **prévention primaire**.

La Médecine du Travail à la «française» est donc une **Médecine de première ligne**, et souvent le seul mode de prévention médicale pour l'ensemble des salariés.

Les décisions de l'Entreprise, lieu fermé et espace clos, sont la résultante d'interactions économiques, politiques et sociales où trop souvent prime la seule logique de rentabilité. Sur les lieux de travail, le Médecin du Travail privilégie un point de vue particulier, celui de la **SANTE**. Il ne se situe donc pas dans une

PROJET DE CHARTE DU S.M.T.

(sera soumis à l'assemblée générale en
Novembre 1991)

L'Association SANTE ET MEDECINE DU TRAVAIL (S.M.T.) a pour projet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la Médecine du Travail. Elle est ouverte aux Médecins du Travail et aux Spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la Médecine du Travail.

Dans le système français, la Médecine du Travail est la seule forme de **Médecine Préventive** qui a pour vocation de s'adresser à l'ensemble des salariés de façon systématique. Les employeurs, responsables juridiques des conditions de travail, prennent en charge financièrement ce système de prévention et les usagers sont en droit d'exercer un **contrôle social** sur ce système.

Cet exercice professionnel est caractérisé par une prise en compte de la **santé individuelle de chaque salarié** dans l'entreprise et de la **santé de la collectivité au travail**. Il permet une approche individuelle-plurielle, basée sur une visite systématique annuelle de tous les salariés, source d'informations, à partir desquelles le médecin du travail observe pertinemment les situations de travail au cours de son tiers-temps. Avec complémentarité la richesse des informations recueillies sur les lieux de travail oriente l'examen clinique. Cet **aller-retour entre activité clinique et action sur le milieu de travail** est le **fondement de la spécificité de la Médecine du Travail**, mode d'exercice médical original axé sur une **prévention primaire**.

La Médecine du Travail à la «française» est donc une **Médecine de première ligne**, et souvent le seul mode de prévention médicale pour l'ensemble des salariés.

Les décisions de l'Entreprise, lieu fermé et espace clos, sont la résultante d'interactions économiques, politiques et sociales où trop souvent prime la seule logique de rentabilité. Sur les lieux de travail, le Médecin du Travail privilégie un point de vue particulier, celui de la **SANTE**. Il ne se situe donc pas dans une

logique de compromis «réaliste avec les nécessités économiques». Il ne se confond pas avec une «médecine d'entreprise» participant à un projet économique.

L'objectif du Médecin du Travail est la **PROMOTION DE LA SANTE**. Santé qui, pour le S.M.T., se conçoit dans une conception dynamique évolutive (ne se réduisant pas à l'absence de maladies) où le sujet acteur-citoyen a la possibilité de construire sa santé et en l'occurrence sa santé au travail.

Les risques professionnels, les effets du travail sur la Santé sont aujourd'hui gravement sous-estimés:

- que ce soit les risques à moyen et à long terme: cancers professionnels, troubles de la reproduction, vieillissement accéléré, usure professionnelle, etc...
- que ce soit les effets des contraintes organisationnelles sur le fonctionnement psychique.

De plus, on assiste actuellement à un développement du travail précaire pour des raisons contractuelles (contrat à durée déterminée, interim, apprentis, faux artisans) ou économiques (sous-traitance de site et hors site). Ces formes de travail engendrent une aggravation des conditions de travail, et par conséquent ont un effet négatif sur la santé de ces salariés. On assiste ainsi à une **destructuration du travail** qui rend difficile et inefficace le système de prévention collective mis en place.

Face à cette situation, la Médecine du Travail et les Médecins du travail ont des **devoirs**:

- Celui d'assurer le suivi médical préventif de l'ensemble des salariés quelque soit les différences de statut socio-professionnel.
- Celui d'informer les salariés et de leur **rendre des comptes** par le biais des instances légales responsables dans l'entreprise des conditions de travail.
- Celui de favoriser une **dynamique de prévention** en proposant des objectifs particuliers de santé dans l'entreprise.
- Celui de prendre **en compte la demande sociale**.
- Celui de développer des **pratiques coopératives** afin d'augmenter la visibilité des risques professionnels.
- Celui de développer une **approche de Santé Publique** en Médecine du Travail dans le champ SANTE-TRAVAIL.

Ce souci éthique d'intervention, cette volonté novatrice doivent s'appuyer sur un développement des moyens mis à la disposition des médecins du travail, sur une amélioration de leurs conditions de travail (diminution des effectifs surveillés en particulier) ainsi que par un renforcement de leur indépendance professionnelle.

Nadine MARZUCK
Alain RANDON

PRATIQUES La Lettre du S.M.G.

Numéros à paraître:

SANTE - IMMIGRATION
N°24 (Avril)

SANTE: LES MARCHANDS D'ILLUSION
N°25 (Juin)

SPECIAL JOURNEES DE PRINTEMPS A PRAGUE:
Rencontre avec des médecins de l'Europe de l'Est
N°26 (Septembre)

ABONNEMENT

- ☐ 200 Frs pour 1 An (4n°)
- ☐ 100 Frs (Etudiants, difficultés financières)

A l'ordre du S.M.G. 52 rue Galliéri
92240 Malakoff

JOURNEE DE L'ASSOCIATION SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (S.M.T.)

SAMEDI 1er JUIN 1991
de 10H à 17H

au FIAP
30 rue Cabanis 75014 Paris
Métro: Glacière
Tél: 45 89 89 15

PRECARITE ET SOUS-TRAITANCE Elaboration de nouvelles pratiques en Médecine du Travail

MATIN

Introduction: Eclatement des collectifs de travail, la nouvelle donne de la précarité
D. HUEZ

Santé, sous-traitance et travail précaire: approche sociologique - A. THEBAUT-MORY, chargée de recherche INSERM

Identité, expérience de travail et précarité -
P. DAVEZIES, Maître de conférence, Institut de Médecine du Travail

Travail précaire et approche psychopathologique -
D. PARENT

APRES-MIDI

Précarité et Médecine du Travail - F. LAUZIER,
N. MARZUCK, A. RANDON

Les brèches réglementaires - N. SANDRET

Précarité de la citoyenneté en Entreprise -
J. MACHEFER

Pratiques coopératives en Médecine du Travail -
D. HUEZ

* GRATUIT: Adhérents S.M.T.

* Participation au frais 150 Frs: Non Adhérents S.M.T.

Repas sur place possible (en sus)