

CLINIQUE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL, ÉTHIQUE DU TÉMOIGNAGE, RÈGLES DE MÉTIER EN MÉDECINE DU TRAVAIL : ÉLABORER LE SENS DE NOTRE ACTION

NORMES REPÈRES OU NORMALISATION DES PRATIQUES

Malgré les dérives de l'encadrement prescriptif du travail, la question des repères ou balises dans le travail aujourd'hui ne saurait être éludée d'autant plus que trop souvent seuls les objectifs sont prescrits, ignorant la boîte noire englobant moyens, contraintes externes, connaissances et savoir-faire, et marges de manœuvre. Compte tenu du fait que tout travail humain s'inscrit aujourd'hui dans un processus collectif complexe dont la finalité, mais aussi les articulations échappent aux salariés, il est certainement nécessaire d'avoir ce type de repère, même parfois sous forme de normes. Ainsi l'illustre la question des effets des risques non perceptibles comme les risques microbiologiques, électriques ou nucléaires. De telles normes repères se rencontrent plus du côté du processus technique et des moyens de travail ; la profession de médecin du travail a été au début fortement influencée par l'approche normative issue des ingénieurs transformant en règles de prévention primaire des connaissances issues de la physiologie. Les apports de l'ergonomie, puis de la psychodynamique ont depuis montré les limites d'une telle approche. Aussi la démarche de normalisation ne saurait passer pour ce qu'elle ne peut pas être, la possibilité de mise en norme de l'entièreté de l'activité de travail des salariés. L'activité de travail se déploie dans les interstices de la prescription, fut-elle normalisée ; c'est elle qui entraîne et demande l'engagement du sujet, permettant la construction de son identité en échange de la reconnaissance symbolique de sa contribution originale, dépassant donc la norme prescrite. Aussi les normes qui prétendraient encadrer de façon prescriptive l'entièreté de l'activité professionnelle sont-elles entraves, déni du travail réel, et donc préjudiciable à la santé des sujets.

Les normes, qu'on finit par confondre avec la réalité du travail lui-même, entraînent la possibilité de confusion entre celui-ci et les traces qu'il engendre. On est sur ce terrain dans l'espace de l'aveuglement défensif du management qui ne prend plus en compte que l'organisation formelle au dépens du travail réel. Cette démarche procède d'une aliénation culturelle coupée du travail réel, génératrice de l'aliénation sociale d'une part grandissante de salariés privés de la reconnaissance de leur contribution.

L'exercice de la médecine du travail s'appuie sur trois champs de repères :

- le socle des connaissances scientifiques en évolution ; il ne saurait être question de les normaliser, ce qui n'est pas contradictoire avec la nécessité sociale que les profession-

nels élaborent des consensus et repères sur les connaissances scientifiquement acquises, par définition provisoires. Cette problématique mettrait partiellement à l'abri les professionnels des opérations de désinformation menées par les différents lobbies industriels. L'exemple de l'amiante est à ce sujet significatif. Une réflexion épistémologique sur l'histoire des connaissances paraîtrait un salutaire rempart contre l'embrigadement de supposées « règles » scientifiques.

- les règles de métier en médecine du travail. Il n'est nul besoin de démonstration ici pour faire comprendre qu'elles échappent par nature à toute normalisation, procède de la reconnaissance des pairs, de l'intercompréhension du sens du métier, s'alimentent de l'évolution des relations santé-travail, sont labiles et évolutives, et sont à la base de nos coopérations professionnelles et de nos collectifs de travail.

- le droit du travail et de la santé : issu du débat social et capitalisant les avancées voire les reculs de l'histoire sociale et politique, il permet et délimite notre champ d'exercice professionnel.

La mise en œuvre de ces trois champs de repères permet la construction d'une professionnalité au quotidien qui devra inventer les règles de son action dans sa confrontation au réel du travail.

Alors dans quel domaine de repères prétend se construire un processus de normalisation en médecine du travail ?

- ou il prétend figer les connaissances scientifiques et il est invalide pour des raisons épistémologiques. Peut-être le fait pour ses initiateurs de confondre la médecine du travail et la médecine d'expertise, particulièrement d'une évaluation normalisée du déficit médico-social, permet-il de comprendre cette démarche psycho-socialement rigide.

- ou il prétend prescrire l'activité professionnelle des médecins du travail, leur domaine d'exercice et les règles qu'ils se donnent, et cette simple énonciation invalide son objet.

- ou il prétend sortir l'exercice professionnel de ses repères juridiques actuels. C'est effectivement le projet de la médecine d'entreprise de fonder un nouvel assujettissement à l'économie de l'exercice en médecine du travail. Et justement en contournant la question de la règle juridique située dans l'espace public social par une règle privée échappant à tout débat et contrôle social, on transforme l'exercice professionnel de la médecine du travail en médecine d'entreprise tout en lui laissant son habillage juridique actuel, alors alibi social exclusif, seul intérêt que lui reconnaisse justement ses détracteurs.

Que représente alors l'intérêt d'accompagner pour contrôler cette politique du pire en matière de normalisation, inap-

plicable en médecine du travail, sinon de lui donner acte d'une parcelle de légitimation. C'est frontalement qu'elle doit être dénoncée, ici comme négation et embrigadement de notre pratique professionnelle comme ailleurs celle d'autres salariés. La normalisation avancera cachée sous les discours mensongers de la définition des bonnes pratiques, du développement de la qualité, de la rationalité et de l'inéluctable raison économique. Reconnaissons la pour ce qu'elle est : une nouvelle tentative de mise au pas de la médecine du travail promue par les turiféraires de la médecine d'entreprise.

ACCOMPAGNER LES TRANSFORMATIONS DU TRAVAIL, OU AIDER A PENSER LE SENS DE CELLES-CI ET EN TÉMOIGNER

L'évolution généralement négative de l'organisation du travail du point de vue de la santé des salariés ne permet généralement plus au médecin du travail de participer comme un autre acteur à sa transformation. Étant le seul dans l'entreprise à pouvoir et devoir tenir le point de vue exclusif de la santé, il doit donc privilégier d'en témoigner des effets et de permettre au sujet d'en construire le sens.

C'était un héritage de l'apport de l'ergonomie pour la médecine du travail de considérer que l'aboutissement du métier de médecin du travail était de participer comme acteur « en responsabilité » à la conception des postes et des situations de travail. Aujourd'hui, si on ne saurait nier l'apport essentiel de « l'analyse de l'activité de travail » pour transformer le regard du médecin du travail sur le travail justement, pour transformer son « interrogatoire » clinique en une approche compréhensive d'assistance à penser la relation santé-travail, il en est tout autrement de l'intérêt de développer pour celui-ci une approche ergonomique de conception. En effet aujourd'hui encore plus qu'hier, toucher à la conception des postes et surtout des situations de travail, c'est intervenir sur l'organisation du travail. Or rien ne garantit qu'une intervention ergonomique, fut-elle celle d'un médecin du travail, va améliorer du point de vue de la santé les situations de travail. On doit de plus constater que les interventions ergonomiques se doivent de découper pour des raisons méthodologiques les situations de travail. Elles sont ainsi de plus en plus cantonnées à faire l'impasse sur les situations de travail qui ne rencontreraient pas le consensus social nécessaire à la dynamique de transformation ergonomique qui présuppose l'accord préalable des décideurs. Or c'est justement dans les situations de travail les plus contraintes, objets d'impasse pour les ergonomes faute de demande sociale consensuelle et solvable que l'intervention du point de vue exclusif de la santé du médecin du travail est la plus importante aujourd'hui. Pour les médecins du travail, la mise en place d'une « clinique de l'activité de travail », et la mise en œuvre de l'éclairage de celle-ci par des études de terrain de l'activité, vise à la compréhension des mécanismes objectifs de contrainte, même si aucune dynamique de transformation n'est immédiatement possible.

L'intervention du clinicien de la santé au travail qu'est le médecin du travail est plus de déplacer les questions, d'intervenir là où on ne l'attend pas, de surprendre par les terrains qu'il choisit et où il construit une professionnalité. L'intervention du médecin du travail est riche quand il sort des « rôles convenus ». Le premier pas sur un terrain à défricher est le plus difficile, car il s'agit de « s'autoriser professionnellement à ». Et comment s'autoriser, s'il n'y a pas de réflexion sur le sens du métier de médecin du travail, s'il n'y a pas de construction de règles de métier, où se conjuguent savoir-faire de prudence par rapport aux personnes qui nous ont confié ou permis de comprendre leurs difficultés, et inventivité validée par nos pairs et construite dans nos collectifs de travail. Les règles de métier se construisent et font écho à cette « clinique de la santé au travail », tournée vers la prévention primaire, qui nourrit principalement nos consultations, à côté de la clinique médicale traditionnelle, tournée vers la prévention secondaire. De nouveaux espaces d'exercice de notre professionnalité sont à conquérir à partir des questions en attente d'élucidation et de mise en débat repérées dans nos consultations. Le médecin du travail, parce qu'il est clinicien de la santé au travail doit refuser de « déréaliser » le travail comme le développe l'approche managériale aujourd'hui sous les approches réductrices de ratios chiffrés et indicateurs en tout genre qui flattent la culture mathématique des cadres dirigeants, et renforce leurs procédures défensives. L'intervention du médecin du travail est du côté de la légitimation des questions de santé au travail, de l'accompagnement de la recherche du sens du travail pour les personnes qui s'y construisent et en pâtissent. L'inéluctabilité des événements à venir dans les entreprises au regard de l'impuissance de nombre de cadres intermédiaires est la base de la perte de confiance qu'on rencontre de plus en plus souvent dans les entreprises à leur égard. Malheureusement, la perception comme inéluctables de transformations organisationnelles à venir vécues comme néfastes est directement à l'origine de possibles décompensations psychopathologiques collectives aigues, aux formes individuellement différenciées, dont la plus visible est le suicide quand un sujet a le sentiment de devoir « jouer sa vie » face au déni du « réel de son travail ». Mais se saisir professionnellement « en situation » de la question d'un suicide, c'est instrumentaliser une situation qui appartient irrémédiablement à son auteur, et les « règles de métier » peinent à se construire pour socialiser la question de la souffrance. Nous ne pourrions longtemps comme professionnel faire l'économie de cette question.

UNE CLINIQUE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL MOTRICE POUR L'ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Un rapport des forces sociales favorable à une amélioration de la santé au travail est-il le seul déterminant pour valoriser l'action du médecin du travail ? Est-il le déterminant essentiel, voire peut-on s'en passer ? En effet, c'est bien souvent un élément essentiel de l'espace de liberté professionnelle dans l'entreprise de l'intervention du médecin du travail, l'espace où il engage sa responsabilité de spécialiste du point de vue

de la santé, disposant d'une éthique et d'une déontologie professionnelle qu'il se doit de respecter. La question n'est pas incongrue aujourd'hui du fait que plus les conditions de travail sont dégradées, plus généralement le syndicalisme, élément fondamental même s'il n'est pas suffisant d'une dynamique de transformation des conditions de travail, y est moribond.

En effet, un contexte social favorable et une capacité à prendre en compte « la demande sociale » dont « l'analyse de la demande » doit beaucoup aux ergonomes, sont souvent considérés comme les deux déterminants de l'action du médecin du travail.

Dans bien des cas, particulièrement dans les PME-PMI, il n'y a pas de dynamique sociale favorable à l'amélioration des conditions de travail et de son organisation, et la demande sociale subit tellement le poids de la répression de son expression et de l'autocensure que le médecin du travail reste un observateur essentiel, mais de plus en plus solitaire. L'origine de ses observations naît particulièrement de la mise en œuvre dans ses consultations d'une « clinique de la santé au travail » à la construction de laquelle chaque médecin du travail se doit de participer. Il faut donc souligner la nécessité de mettre en œuvre dans le quotidien « une clinique de la santé au travail » prenant en compte la normalité et la souffrance, pierre angulaire d'un exercice professionnel pour être en prise, au delà de la compassion, sur l'action, clinique en construction radicalement différente de la clinique médicale ou de la clinique de l'activité de travail qui sont les deux autres cliniques habituellement déployées par les médecins du travail. C. Dejours a bien montré en effet, concernant les rapports santé-maladie, que la description de la santé est différente de la description de la maladie, santé et maladie ne constituant pas un seul et même processus, et comment la description des processus salutaires et morbides suggèrent l'une et l'autre des mesures pratiques bien différentes.

Il semble alors intéressant de repérer quels sont les obstacles, et qu'est ce qui favorise de ce point de vue l'action du médecin du travail. L'écoute compréhensive et la mise en œuvre d'une clinique de la santé au travail sont de nature à lui permettre de construire et renforcer une professionnalité appuyée sur des règles de métier sur le continent d'une clinique qu'il rencontrait sans pouvoir l'identifier ni en faire un objet professionnel. Il peut ainsi accéder au sens des conduites élaboré par les sujets qu'il accompagne pour en faire un élément de transformation de l'organisation du travail.

La clinique de la santé au travail en devenir prend son point d'ancrage dans l'approche compassionnelle des médecins, mais elle se propose de la tirer vers des règles professionnelles. La construction d'une éthique du témoignage dans l'espace public externe au-delà de nos entreprises, nécessaire aussi pour se dégager d'une compassion « subie » et douloureuse, permet rapidement de retrouver « sens » à notre métier, de nous reconnaître, et d'écarter ainsi les portes de l'entreprise qui enclavent la souffrance qu'elle génère trop souvent. Cette démarche de reconnaissance professionnelle, de communauté d'appartenance, nourrit des collaborations pour élaborer des règles de métier utilisables dans la quotidienneté de chacun,

une fois subverti le sentiment de honte que nous pouvons avoir de l'écart entre les ambitions de notre métier, et la réalité de notre exercice. Appuyée sur une clinique de la santé au travail en construction, rien ne s'oppose alors à la mise en œuvre d'une éthique du témoignage dans la multiplicité des espaces publics internes, formels ou informels, des entreprises où nous « agissons ».

La clinique de la santé au travail prend en compte tous les aspects de l'action, action pour et par les autres. S'ouvrent ainsi des horizons d'intervention ou d'écoute, où le médecin du travail peut donner acte, permettre aux sujets d'accéder au sens en essayant de ne pas entraver les solutions qu'ils construisent, et peut-être ainsi s'armer un peu plus comme « citoyen social ».

ASSUMER LES OBLIGATIONS ET CONSÉQUENCES DE NOTRE STATUT MEDICAL

Clinicien de la santé au travail, le médecin du travail bénéficie par rapport à la situation de l'ensemble des salariés, du statut dérogatoire de l'ensemble des médecins assis formellement sur le code de déontologie médicale, et professionnellement sur l'éthique médicale. L'indépendance morale et de fait que lui confère son statut n'est pas toujours comprise d'éventuels professionnels exerçant en entreprise et ayant professionnellement l'occasion de s'intéresser aux questions de santé au travail ; elle peut l'être d'autant moins que la pratique professionnelle du médecin du travail n'est pas toujours à la hauteur des obligations entraînées par son statut. C'est ce statut dérogatoire, seulement pour l'instant et probablement pour longtemps conféré aux médecins, qui nous fait rejeter les services multidisciplinaires de santé au travail, où l'indépendance du médecin du travail ne pourra que se diluer dans la subordination « obligée » des autres professionnels. L'intérêt d'une approche pluridisciplinaire en médecine du travail ne pourra donc être mise en œuvre au quotidien que par la pluralité des compétences acquises par le collectif des médecins du travail. En cas de besoin plus consistant elle passera par la mise en œuvre de « l'article 13 » du décret de 1988 concernant la médecine du travail permettant de faire bénéficier les spécialistes de la santé au travail non médecins de la couverture du statut d'indépendance du médecin du travail, ou enfin par le travail avec des chercheurs professionnels dont l'appartenance à un organisme de recherche leur confère une telle indépendance, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui de l'INRS. L'affaire « Ellen Imbernon » met aujourd'hui au grand jour l'importance du statut médical renforcé par les règles de contrôle social de la médecine du travail, et les risques de développement d'une médecine d'entreprise. Si des professionnels de la santé au travail ne bénéficient pas des deux statuts (code de déontologie et code médical du travail), ou ne sont pas couverts par le statut du médecin du travail à travers une intervention protocolée, alors les conditions sont remplies pour que la direction des entreprises « raptent » les données individuelles rassemblées en confiance par les médecins du travail, ou subordonnent leur « traitement » aux intérêts de la politique de l'entreprise.

travailler et qui pâtissent ou de l'absence de travail, ou d'un travail qui les use corps et âme. La précarité est du côté du travail, elle est politique. Les modifications entraînées par la précarisation du travail et de la santé ont donc des effets majeurs sur la dynamique sociale. Il y a perte de citoyenneté et soumission de plus en plus importante à l'arbitraire au nom d'un inéluctable économique jamais discuté qui devient la pierre angulaire de notre système de valeurs, l'homme n'étant plus qu'un moyen. Aujourd'hui pourtant les questions essentielles ne rejoignent pas l'espace public. Cette situation interroge la démocratie à travers l'absence de visibilité sociale, d'espace public de discussion, de contre pouvoir digne de ce nom.

« Si les médecins du travail ne veulent pas crever d'écouter, ils doivent mettre en débat dans l'espace public ce qu'ils entendent dans le secret de leur cabinet médical ». Ceci passe par la réhabilitation de la parole des sujets qui ont de moins en moins de lieux pour qu'elle soit écoutée. Cette parole qui se donne à entendre aux médecins du travail qui en sont des témoins exceptionnels est souvent accompagnée de la demande de n'en rien faire par rapport au sujet qui parle. Mais elle est aussi un appel, pour qu'au-delà d'une situation particulière elle puisse être entendue. Le sujet souffrant la confie à un professionnel « pour qu'il la mette en travail » dans l'espace public. Pour les médecins du travail, il ne s'agit donc pas de dénonciation, mais de témoignage, d'en permettre la visibilité sociale. Les témoignages qu'ils recueillent ne s'inscrivent pas dans une démarche de preuve mais de sensibilisation. Il s'agit de contribuer à la construction du sens de ce mouvement de précarisation du travail. Il nous faut réinterroger la politique de santé publique pour qu'elle prenne en charge ces questions essentielles de santé au travail où se jouent la santé de notre société, le socle de notre citoyenneté. Aujourd'hui on parle d'emploi et non plus de travail.

C'est bien la centralité du travail qui est en question, d'un travail conçu comme facteur d'identité, d'insertion sociale, de construction de la citoyenneté.

NOS TÉMOIGNAGES NOUS CONDUISENT A RÉCLAMER LA DISPARITION DU STATUT D'INTÉRIMAIRE

Les différents travaux de nombreux médecins du travail et l'expérience clinique de la majorité de la profession des médecins du travail l'ont maintenant bien montré, le statut de travailleur intérimaire ne lui donne pas accès à la citoyenneté sociale. Ayant un autre employeur que les autres salariés de l'entreprise, il est exclu de la collectivité de travail au sens juridique, et en position des plus difficile pour s'inscrire dans un collectif de travail. Il est par statut marginalisé, dans une position subordonnée professionnellement, de seconde zone, sans accès autre qu'alibi à la dynamique de prévention d'une entreprise, travailleur de passage généralement présent pour effectuer des tâches sans visibilité par rapport à la direction et aux collègues de travail, trop souvent exposé à subir contraintes et nuisances auxquelles tentent d'échapper les autres salariés de l'entreprise

Il faut en tirer les conclusions, ce statut très généralement subi, a pour fonction sociale d'instituer une couche de travailleurs de seconde zone, corvéable à merci, échappant à la possibilité de voir son statut s'améliorer par l'action collective, nouveaux esclaves modernes puisque privés de toute citoyenneté dans l'entreprise. Le devenir de la condition salariée dépend des luttes et rapport de force que ceux-ci sauront construire, les médecins du travail apportant leur contribution à la possibilité de construction de leur santé au travail par leur « témoignage professionnel ». Pour les intérimaires, les médecins du travail, utilisés socialement comme alibi d'un système de prévention de la santé au travail sont les premiers témoins de la condition que notre société leur fait. Alors, la logique de notre éthique du témoignage doit nous conduire à réclamer l'abolition du statut d'intérimaire, bien sûr parce qu'une démarche de prévention à leur rencontre s'arrête à l'accompagnement individuel de type compassionnel ou charitable, mais surtout parce qu'ils sont objectivement exclus des possibilités de voir leur sort s'améliorer dans un cadre citoyen.

*Dominique Huez
février 1997*

LES CAHIERS S.M.T.

supplément à « Pratiques - la lettre du SMG » n° 47

52 rue Galliéni 92240 MALAKOFF

commission paritaire : 67150 AS

ISSN 1161-3726

Responsable de rédaction : Jean-Noël Dubois

Responsable de publication : Jean-Pierre Dio

Comité de rédaction : Alain Carré, Marie-Hélène Celse, Nicole Lancien, Denise Parent, Jocelyne Machefer, Alain Randon, Odile Riquet

Maquette : Jean-Noël Dubois

Imprimerie Rotographie - 93100 Montreuil