

# SAVOIR FAIRE CLINIQUE ET ACTION EN MEDECINE DU TRAVAIL

Dominique HUEZ – Odile RIQUET

*Texte publié dans les Archives de la Communication aux 30<sup>e</sup> Journées de Santé et Médecine du travail de Tours Juin 2008, pages 373 à 379*

## INTRODUCTION

La possibilité d'investiguer et de comprendre la question du travail et des enjeux subjectifs de l'activité est au fondement même de l'exercice de la médecine du travail. L'accompagnement par le médecin du travail de la construction de la santé du sujet au travail lors d'entretiens cliniques réguliers, devrait permettre l'action en prévention primaire pour la collectivité de travail. Il faut permettre au sujet de retrouver une inscription sociale et collective. Mais les procédures psychiques défensives empêchent souvent d'agir pour transformer le travail. Les processus psychopathologiques eux-mêmes écartent souvent des collectifs de travail les sujets maltraités. Comment inscrire la souffrance liée au travail, irrémédiablement individuelle, dans un cadre collectif de possible délibération et d'action ?

Pour qu'il soit possible de parler du "travailler" dans la consultation médicale, il faut que l'attente soit réciproque, il faut donc établir une relation de confiance, ce qui suppose en préalable l'abandon définitif de tout critère de sélection médicale et la remise en cause de la notion d'aptitude. Mais ce qui va se passer dans cette consultation dépend aussi du projet d'action du médecin en ce qui concerne la mise en visibilité des problèmes de santé au travail dans l'espace public.

## I - LA CONSULTATION COMME ELEMENT CENTRAL DU METIER DE MEDECIN DU TRAVAIL

La clinique quotidienne du médecin du travail explore en intercompréhension avec le sujet, la dynamique du « travailler ». C'est une clinique qui se déploie entre le corps et le sujet d'une part et le travail et le travailler d'autre part, c'est une clinique qui vise la relation que celui qui travaille entretient avec son environnement, les autres et le monde.

Comment accéder avec le salarié à ce travail réel qui n'est pas prévu par les prescriptions de l'organisation du travail ? Comment comprendre avec le sujet ce qui, actuellement, semble lui échapper et ce dont il se défend ?

### Cette clinique n'est accessible que par la parole.

Il s'agit concrètement pour le médecin du travail de faire raconter par le sujet comment il fait dans le quotidien pour arriver à travailler, malgré ce qui y fait objectivement obstacle. Comment il faisait antérieurement, avant tel événement qui surgit dans son récit et qui semble un tournant. Il faut, pour le médecin, oublier ses idées préconçues et faciliter le récit en manifestant l'intérêt de « comprendre avec », pour éviter les chausse-trappes dans le récit qui s'accrochent au relationnel et comportemental de collègues ou de la hiérarchie.

Les sujets expriment toujours en premier les relations professionnelles qui font écho ou qui se présentent comme la cause première de leur souffrance. Spontanément il y a difficulté à mettre en mots le travail, le « comment on fait », ce qui fait problème maintenant dans telle situation de travail alors qu'auparavant cela se passait bien.

Ce ne sont pas les relations entre les êtres qu'on se propose d'explorer en rapport avec la psycho dynamique du « travailler » mais la place déterminante et changeante, qui peut-être s'est dégradée, du faire et du faire ensemble. Est-ce que le salarié est satisfait de son travail ou éprouve-t-il

le sentiment de ne pas avoir les moyens de faire ce qu'il faudrait faire ? Son activité quotidienne est-elle envahie par l'inflation de procédures ou par des impératifs de rentabilité immédiate qui affectent la qualité de son travail et son désir de coopérer avec autrui ? Pourquoi ne peut-il plus travailler avec un tel décrit comme un harceleur, un tire au flanc ou un psychopathe alors que cette personne travaillait avec lui ou d'autres depuis des années ? Qu'est ce qui a changé dans l'organisation du travail de ce sujet, organisation au sens de division des tâches ou des rapports sociaux ?

Dans cette consultation ce sont les symptômes ou l'absence de symptômes qui orientent notre dialogue avec le salarié, à partir de son activité de travail. Dans cette activité médicale, ce sont les réponses du salarié qui suscitent nos propres questions, nous ne pouvons plus anticiper ni penser nos questions avant de les poser. Notre attention se porte sur les signes évocateurs d'un affect, témoins de quelque chose d'impensé. Le fait de parler de son travail permet au salarié un niveau d'élaboration plus complexe, où sa problématique prend une nouvelle dimension, ce qui peut permettre le passage de la non-compréhension à la compréhension de la situation ou ce qui entraîne la remise en cause de ses représentations et de ses certitudes initiales.

### **Reconnaître l'importance des affects**

Ces récits peuvent permettre d'approcher ce qui peut potentiellement faire souffrir les salariés, c'est à dire des vécus de surcharge, d'impossibilité d'anticipation, d'injustice, d'humiliation, de non reconnaissance de leur contribution, de marginalisation, d'isolement, d'impossibilité à pouvoir coopérer, de devoir tricher avec les règles pour simplement pouvoir travailler. C'est très souvent le sentiment, à l'atelier ou au bureau, de ne pas avoir les moyens de faire ce qu'il faudrait faire, et ne pas se reconnaître dans ce qu'on est contraint de faire.

Et souvent, de façon sous jacente apparaît la peur, peur de ne plus arriver à faire ce qui est demandé, de couler dans son travail, de ne plus pouvoir tenir, de ne pas respecter les prescriptions parce que c'est impossible, la peur de perdre son emploi, et ce vécu d'injustice où quelque chose s'est cassé, que le sujet n'arrive pas à nommer, où pour lequel il ne fait pas lien avec ce qui lui arrive.

Mais la honte aussi. Honte de faire ce qu'on réprovoque et qu'on a du mal à nommer, des choses contraires à la conception qu'on a de la qualité, du « beau travail », d'un travail dont on était antérieurement fier, la honte d'avoir laissé faire des pratiques de management qui apparaissent comme injustes, la honte d'avoir du mentir aux clients, vendu ou délivré ou présenté des objets dont on ne sait que ce qu'on en dit est faux, de faire du sale boulot, un travail au bout du compte qu'on réprovoque.

Dans la consultation quelque chose de singulier dans le récit fait parfois resurgir une émotion soustraite à la délibération et à la volonté du sujet. C'est l'attention portée au détail, à la parole qui permet de reconnaître l'émotion du salarié comme un acte de connaissance sur son engagement dans le travail, comme l'expression de sa singularité, quelque chose de son histoire singulière auquel il tient, quelque chose qui le fait vivre mais aussi pour lequel il pourrait mettre sa vie en jeu et peut-être mourir. Dans la consultation, l'émotion se caractérise par l'auto-perception de changements corporels. En accusant réception de ces manifestations, le médecin reconnaît l'importance des affects, l'importance d'une émotion non résolue qui n'est pas allée à son terme et qui continue d'exister à l'état latent. Et le salarié fait l'expérience de la résistance de son propre corps à son pouvoir d'agir.

### **Permettre l'expression d'une singularité**

Dans le travail d'élaboration de la consultation, l'émotion peut être reconnue comme témoin d'une tension entre les mobiles du salarié et l'organisation du travail, témoin de ce que le salarié met de lui-même dans le travail, témoin de sa singularité. Dans le travail, le sujet ne peut se construire ni dans la solitude, ni dans ce qui fait collectif, mais seulement dans la tension antagoniste entre les deux, dans la tension entre la nécessité d'une activité subjectivante et la limitation de celle-ci. Les tensions entre son histoire singulière et son travail, les conflits entre « sa proposition de monde », les règles de métier

et l'organisation du travail, le salarié les exprime sous forme de luttes pour conserver son pouvoir d'agir ou sous forme de renoncement à son pouvoir d'être affecté par le monde dans lequel il travaille.

Dans l'espace entre travail prescrit et travail réel, être un bon professionnel, cela veut dire prendre en charge la situation dans ce qu'elle a de particulier. Il faut mobiliser d'autres ressources que l'héritage des savoirs techniques communs. La distance que le professionnel interpose entre son activité et sa propre histoire, c'est son style propre et le salarié peut trouver là un espace de créativité. L'intelligence au travail est donc étroitement liée à l'engagement du corps, de la sensorialité, de l'affectivité. Et ces ressources mobilisées dans le travail débordent très largement le champ de la conscience.

### **Porter attention au corps engagé dans le travail**

Il y a une connaissance corporelle de l'activité de travail, une connaissance intime des objets techniques, de la matière de travailler, des savoir-faire incorporés, il y a une intelligence du corps. Ce sont les caractéristiques de l'activité subjectivante : la perception sensible, le rapport à l'environnement, l'engagement, qui permettent au corps de faire sien quelque chose qui lui était extérieur, de se l'incorporer. La perception sensible ne repose pas sur la distance, mais sur l'unité du sujet et de son environnement. Le sujet perçoit l'environnement non pas comme des objets étrangers extérieurs, mais comme une partie ou plutôt comme un prolongement de lui même.

Il n'y a pas de « travailler » sans engagement du corps. C'est à ce corps là que nous avons à faire dans nos consultations. L'engagement corporel dans l'activité déborde largement le temps que l'on comptabilise comme temps de travail. Le schéma corporel constitue un espace propre, subjectif : l'espace de vie. Le médecin ne doit pas appréhender le corps simplement comme un corps outil de travail abimé par l'activité mais le corps comme histoire, mémoire sédimentée, point de vue singulier.

Le travail est confrontation au réel, l'activité de travail est contrariée/contrariante, et le corps engagé dans le travail souffre. Quel que soit le symptôme, le corps se fait connaître comme souffrant. Le symptôme s'éprouve par le sujet comme une limitation de sa liberté, comme une résistance à son pouvoir d'agir, à sa capacité d'être affecté. L'alternative à la pathologie consiste à prendre en compte le symptôme comme une exigence de travail imposée au psychisme, comme le point de départ de l'activité de penser autrement l'engagement du corps dans le travail. Il y a là un temps clinique d'assistance non substitutive à la pensée, et pour le salarié un temps d'élaboration à partir des liens qui peuvent être faits entre le travail et l'évolution des symptômes, le temps d'un réajustement entre les représentations qu'il se fait de son travail et ses plans d'action, tout en conservant ses préférences et ses valeurs. L'émotion ressentie, reconnue comme tension entre ses mobiles et l'organisation du travail offre au salarié la possibilité d'ajuster ses choix à la réalité de son travail, ce qui ouvre d'autres issues possibles que la pathologie aux conflits qui le traversent.

De cette élaboration découle une nouvelle manière de porter attention au corps et ceci permet de repenser l'examen clinique dans la consultation. Il s'agit de passer d'un examen clinique classique, organe par organe, fonction par fonction, à un temps clinique d'examen du corps engagé dans le travail (et dont l'inconscient est structuré par l'activité de travail ). Cet examen clinique permet d'entrer en contact d'une autre façon, de mettre en débat des maux non encore exprimés, banalisés, des maux qui passent par le corps et qui ne sont pas encore pensés. Ce n'est parfois qu'au moment du toucher que certains symptômes peuvent être exprimés. Ce corps engagé dans le travail est un corps sexué, marqué par les rapports sociaux de sexe, parfois un corps machine, un corps outil, un corps qui s'étend jusqu'à l'environnement de travail, il n'est jamais un simple corps biologique.

### **Prendre en compte l'inscription dans le collectif**

Le travail c'est aussi le temps du conflit entre la subordination lié au contrat de travail et le sentiment éprouvé qu'on n'est pas superflu sur terre, qu'on est comptable d'une histoire qui n'est pas que la sienne et qu'on peut transmettre. Les salariés ne veulent pas être des pions, ils veulent « dire leur

mot », avoir « le loisir de penser » au travail. Le travail d'élaboration peut permettre de rendre intelligibles les orientations et les motivations des salariés. La consultation permet alors de ne pas renvoyer le salarié à ses problématiques personnelles et à sa psychopathologie, mais offre la possibilité de désingulariser des histoires personnelles. Il ne s'agit pas de pointer quelque chose d'une communauté de sort, ni d'une communauté de victimes. Il ne s'agit pas seulement de prendre acte qu'un salarié n'est pas le seul à énoncer ce qu'il énonce et que d'autres vivent la même chose. Désingulariser c'est aussi, à partir de l'analyse du travail et des enjeux qui lient le salarié à l'activité d'autrui, apporter des éléments qui peuvent nourrir le débat collectif sur le travail et faire l'objet d'une controverse dans le travail ce qui peut permettre le passage de l'individuel au collectif pour les questions de santé au travail.

## II - UN TRAVAIL CLINIQUE POUR LA MISE EN DELIBERATION COLLECTIVE DES DIFFICULTES DU « TRAVAILLER »

### **Le rôle du médecin du travail**

Le médecin du travail a pour projet de rendre compte, dans l'espace de l'entreprise, des effets éventuellement délétères de l'organisation du travail sur la collectivité de travail dont il a la charge. C'est en s'appuyant sur le travail clinique réalisé avec les salariés que le médecin pourra construire son intervention dans l'espace public, par l'intermédiaire de veille médicale, d'alerte psychosociale, par l'établissement des fiches d'entreprise, des rapports annuels, etc.....

### **Une veille médicale collective à partir d'un suivi clinique individuel**

Une veille médicale collective à partir d'un suivi clinique individuel qui prend l'organisation du travail comme grille de lecture, peut permettre au médecin du travail de relever des signes infra-cliniques dans un groupe de travailleurs relativement homogène quant aux conditions de travail et à l'organisation du travail et peut en éclairer l'analyse des causalités du côté de l'activité de travail. Des événements repérables de l'organisation du travail qui font potentiellement sens pour le sujet, balisent, sur des périodes de quelques années, les trajectoires individuelles marquées soit par une souffrance psychique, soit par des décompensations somatiques, articulaires ou digestives. Les trajectoires singulières des sujets sont ici déterminantes, marquées par l'existence ou l'absence de marges de manœuvre, par l'appartenance ou non à un collectif, le moment précis des modifications de l'organisation du travail par rapport à l'histoire du salarié et par rapport à la dynamique collective dans l'entreprise. En ce qui concerne les troubles musculosquelettiques, les lombalgies hyperalgiques, les rachialgies de surcharge, les gastralgies diverses ou les colites réactionnelles, c'est l'expérience de l'histoire des somatisations qui est mise en travail au regard de l'histoire de la dynamique subjective de mobilisation au travail. L'atteinte de la fonction corporelle signe une souffrance indicible et l'empêchement du travailler. Il faut permettre au sujet de prendre acte de cet écartèlement qui le préserve tout en l'empêchant. Il a alors perdu la capacité de se préserver, la capacité de déployer des savoir-faire de prudence qui structuraient son activité de travail. Cette compréhension des résistances

du corps à la maltraitance professionnelle est susceptible de permettre au sujet de ne pas se laisser déborder par le processus de somatisation.

Face à un sujet en difficulté professionnelle, en première intention, rien ne permet de penser que le maintien ou la soustraction du travail lui soit bénéfique. La clé pour décider d'une conduite médicale résulte du travail clinique de la consultation et de la compréhension de ce qui fait difficulté pour lui, dans sa situation concrète de travail, que ce soit devant une pathologie mentale, rhumatologique, cardiaque, respiratoire ou digestive. In fine, c'est donc le sujet qui détient les clés de la décision thérapeutique d'arrêt de travail éventuel. Ce qu'il en comprend est donc déterminant. Parfois l'arrêt de travail pourra être un moment pour recouvrer ses sens et le sens des évènements, bien utile pour le praticien pour jauger des marges de manœuvre, actuelles ou à construire, dont dispose le sujet. Car il s'agit pour le salarié de mettre en œuvre les coopérations nécessaires pour modifier les contraintes de l'organisation du travail dont il ne peut plus se protéger ou qui le débordent. Mais parfois, quand l'économie familiale ne permet pas au salarié d'y adosser sa santé fragilisée, quand le travail, même fragilisé, est encore facteur d'appui, l'arrêt de travail peut être néfaste, car il peut couper de la communauté d'appartenance qui est aussi une communauté de soutien, de compréhension, de vivre ensemble, d'agir ensemble, de soutènement mutuel.

Ainsi le médecin du travail s'appuyant sur les données cliniques peut faire la synthèse d'éléments transversaux permettant une mise en délibération collective des difficultés du travailler. Par exemple les facteurs suivants peuvent être relevés : le ressenti de vécu d'injustice et de déni partiel de reconnaissance de la contribution professionnelle, la pluralité des discours sur la qualité et la sécurité d'un côté et sur les indicateurs économiques de production de l'autre, l'intensification du travail, la surcharge de travail, le développement des perturbations des horaires de travail, les horaires " bousculés " et peu prévisibles, les brouillages de fonctions, les difficultés particulières de la maîtrise et de l'encadrement, la surcharge de travail très spécifique d'un certain nombre de cadres etc. Rendre visibles de tels bilans dans l'entreprise peut permettre de « donner à voir et à penser », de s'interroger sur les processus à l'œuvre et d'anticiper les répercussions à court et moyen terme et donc de mettre en œuvre une prévention primaire pour la collectivité de travail.

### **La légitimité d'une alerte médicale**

La légitimité d'une alerte médicale dans l'entreprise apparaît parfois incontournable au regard de la gravité ou du nombre de personnes touchées. L'alerte relate très concrètement ce qu'a compris le Médecin du Travail des difficultés de réalisation du travail. Ce qui est visé c'est la reconnaissance, par les salariés et l'encadrement, de ces situations concrètes de travail pour mettre en débat les questions d'organisation du travail (division des tâches, rapports sociaux). Les éléments constitutifs du contenu d'une alerte collective peuvent être les multiples traces des interventions du médecin du travail dans l'espace public interne à l'entreprise, ou une approche psychodynamique par le médecin du travail des éléments de l'organisation du travail. Y contribuent préalablement aussi la fiche d'entreprise, le rapport d'activité du médecin du travail, ses interventions en CHSCT etc. Les déclarations en maladie professionnelle des effets du travail sur la santé mentale s'inscrivent également dans ce cadre. La finalité de l'alerte médicale de risque psychosocial est tournée vers l'espace public interne de l'entreprise. Le métier du médecin du travail est d'y mettre « le travailler » en débat. L'objectif principal de l'action d'alerte du médecin du travail est de « déplacer le questionnement » pour mettre au centre d'un projet d'amélioration de l'organisation du travail, l'instruction concrète de ce qui fait difficulté à réaliser son travail.

### **La mise en délibération collective**

Le passage à l'action de transformation des situations de travail passe donc par la mise en délibération de ce qui fait difficulté dans les situations de travail rencontrées. Ainsi, les acteurs sociaux peuvent prendre leurs responsabilités, et les salariés être acteurs de la transformation d'un travail où ils peuvent prétendre construire leur santé. Les médecins du travail doivent donc contribuer à remettre le travail réel en discussion, alors que ce débat est bloqué du fait, d'une part de stratégies défensives multiples, et d'autre part par l'effet de sidération sur la pensée qu'induit l'importance de la souffrance psychique et des phénomènes dépressifs en rapport avec le travail.

L'objectif d'une délibération est de permettre une compréhension du côté du travail, en sortant des explications relationnelles toutes faites. Le rôle du médecin du travail y disparaît quand le moment des décisions de l'encadrement apparaît. Le médecin du travail ne doit pas être gestionnaire des risques en prescrivant des « solutions » ; sinon son efficacité et sa légitimité professionnelle disparaissent. Approche compréhensive du « travailler » progressivement élaborée via les consultations de médecine du travail, réflexions entre pairs et actions de mise en visibilité sont les moyens actuellement utilisés par de plus en plus de médecins du travail pour développer les règles professionnelles de la clinique médicale du travail. Cette praxis professionnelle permet la mise en délibération collective des difficultés du travailler dans une perspective de prévention primaire.

### **Clinique et organisation du travail**

La perte de sens collectif aggrave potentiellement la situation des salariés privés du pouvoir-comprendre ce qui leur arrive. Ce n'est pas la contention imposée de la souffrance comme celle d'une hémorragie qui est urgente, mais la mise en délibération collective de ce qui en est la source. Une des difficultés à laquelle est confronté le médecin du travail, est d'articuler l'accompagnement de la construction de la santé d'un sujet singulier, avec son inscription dans la dynamique d'une collectivité de travail régie aussi par des déterminants sociaux et historiques. Le médecin du travail doit pouvoir tout à la fois donner visibilité socialement aux effets délétères d'éventuelle maltraitance organisationnelle au travail, mais aussi permettre au sujet et à la collectivité de travail de la penser, d'en comprendre l'origine du côté de la division des tâches, des rapports sociaux de travail. C'est le primat de la rationalité économique qui ignore trop souvent que l'homme est sujet psychologique et social qui s'en trouve interrogé. L'objectif de la socialisation des effets du travail sur la santé n'est pas de rechercher les responsabilités individuelles de tel ou tel membre de l'encadrement, c'est de faire percevoir de nouveaux enjeux, des éléments de rationalité déniés mais essentiels. La nouvelle représentation des répercussions du travail sur la santé contribue ainsi à la transformation de l'organisation du travail par la compréhension partagée des difficultés du « travailler » élaborée lors des processus de délibération collective. C'est parce qu'il prend en compte la rationalité pathique et sociale à côté de la rationalité économique que ce changement de représentation et de point de vue est du côté de l'action.

Une politique sanitaire dans l'intérêt exclusif de la santé des salariés doit permettre, dans la pratique en médecine du travail, de « penser » la question de l'organisation du travail sans intrusion dans l'économie psychoaffective des sujets, sans enfermer dans un statut de victime les plus fragiles, afin de favoriser toutes les opportunités pour délibérer de façon compréhensive les difficultés engendrées par le « travailler ».

### **Clinique et prévention primaire**

Les médecins du travail articulent d'une part l'identification et l'évaluation des risques, et d'autre part une pratique clinique qui permet de faire « résonner » les expositions rencontrées dans

l'histoire professionnelle du sujet. Celui-ci peut alors construire une compréhension singulière de ce qu'il subit, et de ce qu'il rencontre.

Issues de cet accompagnement clinique, la compréhension de la façon dont les sujets sont exposés aux facteurs de risque, la façon dont ceux-ci « subissent » et « vivent » ces expositions, et éventuellement les « traces » de celles-ci sur la santé de la collectivité de travail concernée, permettent au médecin du travail d'apporter un point de vue médical à l'évaluation des risques, et une contribution dans un objectif de prévention primaire pour la collectivité de travail.

Ainsi la clinique médicale du travail est-elle en amont et en aval de l'évaluation des risques:

- en amont car à partir de ce que perçoit le médecin du travail dans l'accompagnement individuel, il participe à l'identification de « traceurs » pertinents des expositions subies par les salariés dans un objectif de prévention primaire;

- en aval, car la « résonance clinique » lui permet individuellement et collectivement de donner sens aux situations de travail délétères, pour refuser leur inévitabilité, et permettre leur transformation.

Pour les médecins du travail, les connaissances des risques professionnels proviennent des informations recueillies lors des consultations, mais aussi des éléments recueillis lors de l'activité de prévention collective du médecin du travail: connaissance des postes, études éventuelles de ceux-ci, formation spécifique prodiguée, groupes de travail, participation aux CHSCT, saisine spécifique par les salariés ou la hiérarchie... L'ensemble des éléments recueillis sont interprétés à la lumière des connaissances scientifiques (toxicologie, ergonomie, pathologie professionnelle, épidémiologie en santé au travail, statistiques et sociologie des risques professionnels différentiels, psychodynamique du travail), et des compétences du médecin du travail. Ces éléments sont mis en « résonance » avec les constatations du point de vue de la santé que leur apporte leur activité clinique.

Participer à l'évaluation des risques, c'est alors permettre l'identification et l'évaluation précise des expositions professionnelles, leur visibilité dans l'entreprise, et aussi le débat social sur leur prévention pour que chacun des acteurs, employeurs, CHSCT, médecins du travail, puissent « jouer leur partition propre » en terme de prévention et construire une politique de prévention de la santé au travail.

L'évaluation « a priori » des risques permet d'anticiper sur les effets à venir dès le début de l'exposition des salariés. C'est à l'identification et à l'analyse de l'ensemble des facteurs de risques professionnels et à leur disparition, que les médecins du travail doivent s'atteler aujourd'hui. A la fois en conseillant les partenaires sociaux, mais aussi en responsabilité propre du fait de leur statut de professionnel intervenant exclusivement du point de vue de la santé.

### **Le point de vue exclusif de la santé**

Ce travail de veille, d'alerte et d'ouverture à la compréhension des risques pour la santé ne peut être pris en compte que par des professionnels qui inscrivent exclusivement leur intervention du côté de la santé et qui bénéficient d'un statut leur permettant de tenir cette posture. Notre éthique professionnelle nous impose aujourd'hui de clarifier le point de vue d'où nous intervenons, de rejeter toutes les formes de discrimination par la santé au travail, comme la sélection biologique, comportementale ou en fonction du passif des expositions professionnelles antérieures des salariés. La confusion aujourd'hui grandissante entre la « santé de l'entreprise » qui est plutôt une pratique de gestion économique des ressources humaines, et la « santé des sujets » qui elle est au cœur de la pratique médicale, nous incite à construire des règles professionnelles qui sauvegardent notre éthique médicale humaniste d'intervenir exclusivement pour la santé des hommes et des femmes au travail.

Ainsi pour l'action de transformation du travail, il paraît essentiel d'interdire la discrimination médicalisée au travail par la prise en compte de « sur-risques individuels » génétiques, comportementaux ou sociaux. Il est essentiel aussi, hors urgence immédiate, de ne pas pratiquer de soins, dont les soins psychologiques, sous dépendance ou injonction de l'employeur, pour ne pas renforcer l'aliénation sociale. Enfin il nous faut développer un système de santé au travail en séparant les fonctions de veille et d'alerte médicale, d'un système de « gestion des risques » qu'ils génèrent par les employeurs.

Si l'on considère l'élargissement de la notion de collectivité de travail aujourd'hui, qui éclate juridiquement avec la sous-traitance et l'émiettement des entreprises appartenant pourtant aux mêmes grands groupes industriels, il y a nécessité pour agir et rendre compte, de développer un travail coopératif entre médecins du travail. Ce travail ne peut plus se limiter à l'espace interne de l'entreprise. Il s'agit donc aussi, en rendant visible les conséquences en matière de santé au travail des choix économiques ou politiques, d'alimenter l'indispensable débat qui devrait les guider

Accompagner la construction de la santé de chacun au travail, être veilleur, être témoin, être « passeur », laisser des traces, permettre le débat sur les enjeux de construction de la santé au travail dans l'espace de l'entreprise et ultérieurement dans la cité sont bien selon cette conception d'une nouvelle clinique médicale du sujet au travail, les objectifs de la médecine du travail.