

L'EVOLUTION DU CHAMP DE LA SANTE AU TRAVAIL EN MEDECINE DU TRAVAIL : UNE TYPOLOGIE EN QUATRE PERIODES

L'évolution de la médecine du travail depuis 1946 nous paraît illustrative de l'évolution de la prise en compte de la problématique santé-travail tant dans les entreprises que dans la société. Cette évolution est bien évidemment dépendante à la fois de l'évolution des conditions de travail dans les entreprises que de l'évolution des connaissances scientifiques qui ne sont pas sans rapport avec ces dernières. Pour les besoins de cet article, nous ferons une typologie en quatre périodes, typologie bien évidemment simplificatrice tant il est vrai que la réalité est plus complexe.

PREMIERE PERIODE : 1946-1960 ; UNE PREMIERE APPROCHE DE SANTE PUBLIQUE A TRAVERS UNE PREVENTION MEDICALE TERTIAIRE

La médecine du travail se développe dans l'immédiat après-guerre puisqu'elle est née en 1946. C'est l'époque du "retrouvez vos manches" ! Il s'agit d'accompagner la santé des travailleurs pour permettre la relance d'une économie dévastée. Comment faire alors pour que chaque travailleur ne soit pas un danger pour son entourage (les maladies infectieuses), pour lui-même du fait particulièrement de possible abus d'alcool, et pour qu'il ne continue pas à être exposé à des nuisances professionnelles excessives si sa santé est déjà clairement altérée par celles-ci.

C'est la période de la prévention médicale tertiaire, la vision de la prévention de la nation rejoignant celle de l'entreprise ; en ce sens on peut parler d'une approche santé publique. Les facteurs de santé reconnus comme néfastes sont ceux qui entraînent des effets importants à court terme ou sont très invalidants à court-moyen terme. Les repères nosologiques sont les tableaux de maladies professionnelles qui progressivement vont réparer les formes évoluées de celles-ci. Financée exclusivement par les employeurs, la

médecine du travail est gérée par ceux-ci mais avec un contrôle des représentants des salariés, ou gérée de façon paritaire dans un petit nombre de cas, le médecin du travail devant rendre compte de son activité aux partenaires sociaux.

La bonne santé a alors pour acception l'absence de maladie invalidante. Issue de l'héritage social qui a présidé à la naissance de la médecine du travail, les restrictions médicales d'aptitude ont alors pour objet de protéger la santé des salariés atteints par un processus morbide important.

L'accidentabilité au travail est une préoccupation importante, prioritaire pour le médecin du travail à travers la mise en place d'infirmerie du travail pour assurer les premiers secours, et point de départ d'une prévention technique où souvent tout est à faire. Versant professionnel, il s'agit de dépister les affections professionnelles très invalidantes comme la silicose ou le saturnisme avéré, versant santé publique hors d'une acception incluant la santé professionnelle, il s'agit de

dépister les tuberculoses (à cette époque, l'image de la médecine du travail était la radioscopie) ; on connaît d'ailleurs le rapport entre le développement de cette affection et les mauvaises conditions de travail ou de vie.

La médecine du travail s'exerce quasi ex-

clusivement à travers des visites d'aptitude au cabinet médical, et son objet est de limiter les atteintes à la santé importantes, dans un environnement de travail plus ou moins hostile et pour lequel les possibilités d'amélioration en terme de prévention ne se dégagent que très progressivement.

DEUXIEME PERIODE : 1960-1975 ; SUR LES LIEUX DE TRAVAIL UNE PREVENTION NORMATIVE, ET UNE PREVENTION MEDICALE SECONDAIRE.

Une fois l'économie redémarrée, va se développer progressivement un taylorisme flamboyant dans l'industrie ; c'est dans celle-ci qu'on pense alors être localisés les principaux problèmes de santé au travail. La conception des postes, des espaces et des lieux de travail réfère à cette idéologie ; la conception de l'homme moyen à la base de la normalisation en est issue.

La référence préventive sur les lieux de travail est alors pour le médecin du travail, l'ingénieur de sécurité hygiéniste. Les conditions de travail nuisibles pour la santé sont les facteurs de risque mesurables pour lesquels la normalisation semble un bon outil de prévention. Cette approche s'est développée en parallèle à celle employée pour les matériels techniques dans la prévention des accidents du travail. Les facteurs de risque physiques se prêtent bien à un mode de prévention fondé sur la mesure : éclairage, bruit, vibrations, charges, rayonnements, etc... pour lesquels seront progressivement édictées des références tendant à limiter les nuisances engendrées. Pendant toute cette période il n'existera généralement pas de politique identique visant l'exposition aux agents toxiques, les mesures atmosphériques effectuées devant se référer aux normes étrangères, la France ne disposant de normes, la plupart du temps indicatives, qu'à partir de 1982...

L'approche par facteurs de risque devient progressivement toute puissante, ceux-ci étant envisagés indépendamment les uns des autres. Si la normalisation et les moyens de l'entreprise le permettent, sera développée

la prévention collective qui est ici plutôt du domaine de l'ingénieur de sécurité ; ce sont principalement les connaissances scientifiques issues de la physiologie du travail qui sont à la base de la normalisation. Le médecin du travail excellera quant à lui du côté de la prévention individuelle par le développement de l'éducation sanitaire, et particulièrement par celui du port de protections individuelles contre les nuisances. L'aspect contraignant de ces dernières n'est généralement pas mis en rapport par le médecin du travail avec l'astreinte qu'elles entraînent, car il s'agit de protéger le salarié à tout prix. Leur non-port peut même entraîner de la part de certains médecins comme dans le cas des protections auditives chez les sujets présentant une altération minimale de l'audition, une restriction d'aptitude. Il s'agit bien d'une démarche de prévention prescriptive.

C'est dans la fin des années soixante que les médecins du travail sortent de leur cabinet médical, pour consacrer le tiers de leur temps professionnel à la prévention des mauvaises conditions de travail. Ce tiers temps sera rendu obligatoire en 1979.

En parallèle d'une approche préventive normalisée sur les lieux de travail, se développe dans un certain nombre de cabinets médicaux une approche par profil d'aptitude, les contraintes de poste inventoriées et mesurées ayant leur pendant en matière de critères d'aptitude nécessaire. Dans ce système, l'aptitude médicale se transforme de fait en un système de sélection des salariés particulièrement "adaptés" à un ou plusieurs types

de contrainte.

Ici, la conception du travail qui fait référence est un mal subi nécessaire devant lesquels les hommes sont plus ou moins impuissants. La santé au travail n'est plus seulement l'absence de maladies professionnelles invalidantes, mais elle inclut progressivement la prévention des affections chroniques. La pratique médicale passe de la prévention tertiaire à la prévention secondaire à travers le dépistage plus ou moins précoce de processus morbides. Pour cette prévention secondaire, on commence à employer des moyens techniques nouveaux : audiométries, spirométries, qui font pendant à l'emploi d'appareils de mesure de facteurs de risque physique : sonométrie, métrologie des poussières, etc...

Le lieu de construction d'une dynamique de prévention est maintenant l'entreprise ; celle-ci est accompagnée par le développement du droit du travail spécialisé en ce domaine, celui-ci référant au modèle de l'emploi stable alors très majoritairement présent puisque c'est encore la période des trente glorieuses. Les acteurs de prévention spécialisés voient se développer leurs prérogatives: ainsi au-delà des médecins du tra-

vail, les ingénieurs des services prévention des CRAM, les inspecteurs du travail, et les comités d'hygiène et de sécurité .

La prévention se construit dans l'entreprise en référence au normalisé et au réglementé. La circulation des informations concernant les risques du travail s'organise progressivement dans l'entreprise : éléments du bilan social, du rapport annuel du médecin du travail, déclarations obligatoires de risques susceptibles d'entraîner des maladies professionnelles à la CPAM. Le cœur de la dynamique préventive en matière de santé au travail est ainsi situé à l'intérieur de l'entreprise, conçue comme une entité juridique privée, autonome, et isolée, couverte par le secret en tout ce qui la concerne, ce qui est à la base de la sortie du champ santé-travail de la santé publique, cette scission étant matérialisée par la tutelle de deux ministères différents. Cela a bien évidemment des répercussions négatives sur la recherche en matière de santé au travail, mais ne semble pas poser de problèmes notables dans le champ social, puisque le moteur des transformations positives en matière de conditions de travail est bien souvent en rapport avec les luttes sociales dont la réglementation capitalise les avancées.

TROISIEME PERIODE : 1975-1985 ; LA FAILLITE DU MODELE DE L'HOMME ISSU DU TAYLORISME COMME OPERATEUR DE PREVENTION.

Les années soixante-dix ont vu une forte remise en cause du système d'organisation du travail taylorien. Les ouvriers spécialisés, exclus de toute activité de conception et condamnés à un travail de plus en plus morcelé et parcellisé à l'excès remettent brutalement en cause leur statut et la santé qui en découle ; en témoignent de nombreux mouvements sociaux sur ce thème à cette époque. Ainsi, on peut être en mauvaise santé et exclus de certains postes de production parce qu'on est trop vieux à trente ans du fait des exigences de la tâche ! La délivrance d'aptitude médicale au travail peut alors être ambivalente : en dehors des

situations où elle est sciemment utilisée comme un moyen d'ajuster l'homme à un travail, certains médecins dans de grandes entreprises aux contraintes organisationnelles multiples mais diverses peuvent jouer sur celles-ci pour "limiter les dégâts", mais dans d'autres situations où les effets sur la santé sont beaucoup plus univoques, ils se trouvent devant le dilemme de respecter ou le droit au travail, ou le droit à la santé, ce qui est une injonction paradoxale quand on sait que ces droits sont en réalité interdépendants.

Les apports de l'école d'ergonomie de langue française représentée par A. Wisner,

vont avoir un poids déterminant dans le renouvellement de l'appréhension des questions santé-travail. Est ainsi faite la distinction fondamentale entre travail prescrit par les concepteurs, et travail réel où les opérateurs engagent et construisent leurs savoir-faire. Les recherches ergonomiques démontrent alors que même dans les tâches les plus déqualifiées et taylorisées, il y a des activités de conception invisibles. C'est un autre regard sur le travail qui se construit montrant comment les facteurs de contraintes externes aux opérateurs et les facteurs internes à ceux-ci sont étroitement intriqués, l'aboutissement de ces interrelations spécifiques étant l'activité de travail elle-même de chaque opérateur. La nécessité apparaît alors de prendre en compte "l'activité" de travail des opérateurs dans tout projet de transformation des conditions de travail pour ne pas accroître le poids des contraintes et appuyer les propositions de transformation sur une réalité tangible.

Pour un certain nombre de médecins du travail, l'activité de tiers temps prend de plus en plus d'importance, car pour ceux-ci se situe ici le cœur du processus de prévention primaire. La démarche ergonomique d'analyse de l'activité de travail sur les lieux de travail qui peut déboucher sur des recommandations de transformation représente un modèle, car la clinique médicale est perçue comme cantonnée à la prévention secondaire, même si certains y voient un début de mise en évidence de l'activité réelle de travail à travers le dialogue avec les opérateurs. L'organisation du travail est ainsi repérée comme étant un des principaux facteurs pathogènes pour la santé. Les comités d'hygiène et de sécurité voient s'adjoindre à leurs prérogatives le champ des conditions de travail dans la dynamique des lois Auroux en 1982, ce qui donne un cadre paritaire à l'appréhension des rapports santé-organisation du travail.

Les processus de transformation des situations de travail initiés par les ergonomes reposent sur l'hypothèse qu'un consensus

peut naître dans l'entreprise entre les différents acteurs pour concilier objectifs de productivité et de santé. Pourtant beaucoup de médecins du travail hésitent à franchir le pas d'une démarche de conception, où ils porteraient socialement le contenu des bonnes transformations au nom de leurs connaissances scientifiques, car ils sentent que ne sont pas pris en compte tous les besoins de santé des opérateurs ; à ne pas préserver le point de vue exclusif de la santé d'où ils parlent, ils risquent d'y perdre leur crédibilité. Il est vrai aussi que les contraintes de moyens et de temps auxquels ils sont en butte ne leur permettent pas de se déployer sur ce terrain. Il faut d'ailleurs remarquer que cette démarche s'est plutôt développée dans les grandes entreprises et dans certaines entreprises pilotes, et que nombre de médecins du travail exercent déjà dans des entreprises aux marges de manœuvres très étroites du fait de leurs créneaux de production, ou de leur place dans le process industriel.

La problématique de l'analyse de la "demande" de transformation des conditions de travail modélisée par les ergonomes aura une influence déterminante par rapport à l'approche normalisatrice de la prévention. C'est à la prise en compte des problèmes d'enchevêtrement des contraintes de travail et à l'identification des questions d'organisation du travail sous jacentes que vont s'atteler certains médecins du travail, qui commencent à sortir alors de l'approche prescriptive.

À côté de ce nouveau champ encore balbutiant, les progrès des connaissances interpellent les pratiques des médecins du travail. Y contribuent un développement de l'épidémiologie des risques professionnels. Le modèle unicausal prend eau, et c'est plus une conception polyfactorielle de la genèse des atteintes à la santé au travail qui semble généralement pertinente. Ce point de vue fait découvrir le rôle des mauvaises conditions de travail dans des pathologies pour lesquelles on n'envisageait pas leur responsabilité : il en est ainsi des pathologies

d'hypersollicitation articulaire (les TMS), des cancers professionnels, des troubles de la reproduction. Remarquons en tous ces domaines la particulière résistance française par rapport aux pays anglo-saxons et nordiques à prendre en compte et développer ces connaissances. Les différentes catégories sociales nous apparaissent alors inégales devant la mort à travers les études de l'INSEE (G. Desplanques 1984). C'est aussi dans cette période (1978) que le ministère du travail réalise la première enquête nationale sur les conditions de travail (S. Volkoff, A.F. Molinié) permettant d'avoir une première cartographie des nuisances au travail.

La notion de la santé de l'OMS comme état de complet bien être physique, psychique et social supplante progressivement celle d'absence de maladie, de silence des organes, et la notion de travail est revisitée par les apports de l'ergonomie sur l'activité de travail réel.

Les nouvelles technologies, les nouvelles formes d'organisation du travail, le développement de la taylorisation dans de nouveaux secteurs, le début des restructuration des entreprises sous la poussée du développement déjà de la crise économique ne sont pas sans répercussion sur le développement de dynamiques de prévention internes aux entreprises. Un certain nombre de secteurs frappés durement par la crise en sont déjà exclus.

Du point de vue de la clinique médicale, la description de leurs conditions réelles

de travail effectuées par les opérateurs à l'occasion des entretiens cliniques systématiques apparaissent à certains médecins du travail comme essentielle pour pouvoir hiérarchiser les déterminants de santé qui pèsent sur eux. Cette démarche n'est pas sans répercussion sur la façon d'aborder les problèmes de toxicologie (ergotoxicologie), et sur le regard porté sur les protections individuelles du point de vue de leurs astreintes pour les travailleurs. C'est d'ailleurs parce que le suivi clinique est systématique et que la prise en compte des problèmes de santé est globale, au sens de non limitée aux pathologies avérées et connues, mais abordant l'infrapathologie, et comme on le verra plus loin, commençant à percevoir la souffrance et investigant les contraintes organisationnelles qui peuvent être une entrave à la santé, que la clinique médicale du travail est déjà repérée par certains comme pouvant jouer un rôle essentiel en prévention primaire. En matière de prévention, la dynamique de mise en œuvre d'une politique de prévention dépend de la volonté et des possibilités des employeurs, et de la "demande sociale" interne à l'entreprise. Pour que l'action du médecin du travail soit efficace, il se doit d'être à l'écoute de celle-ci et de rendre les résultats de ses observations à l'ensemble de partenaires de l'entreprise comme le lui indique la réglementation. Plus que des recommandations de transformation pertinentes, c'est à un déplacement des représentations et point de vue que tient l'efficacité d'une démarche médicale préventive.

QUATRIEME PERIODE : DEPUIS 1985 ; L'APPREHENSION DU SUJET SOUFFRANT ET LA NECESSITE DE REINTRODUIRE L'APPROCHE SANTE-TRAVAIL EN SANTE PUBLIQUE.

Au début de cette période, la crise économique a pris une importance considérable depuis déjà dix ans. Pour être viables, les entreprises se devraient donc d'être flexibles. Les contraintes temporelles de travail spécifiques par leur répétitivité et leurs butées temporelles courtes à l'époque du taylorisme flamboyant "s'enrichissent" d'horaires anormaux, atypiques, de très fortes amplitudes horaires. Pour un travail parfois de plus en plus court, c'est une fraction de la vie personnelle de plus en plus importante qui est assujettie ; c'est le règne en maître de "l'urgence productive" (A. Thébaud-Mony). On voit se distinguer deux populations : celle qui est surchargée de travail, ce processus semblant sans limite, au point un jour d'en justifier l'exclusion pour insuffisance de performance, et celle qui est exclue de tout travail, ou bien sans l'avoir jamais connu, ou bien après avoir été "vidée de toute substance" par celui-ci.

Si le taylorisme n'est pas mort et envahit de nouveaux secteurs comme le tertiaire (en témoigne le développement des troubles musculo-squelettiques), se développe une autre conception de l'organisation du travail, "l'autonomie contrôlée" (B. Appay), où seul le résultat est prescrit, le salarié se prescrivant à lui-même ses propres contraintes dans le cadre de marges de manœuvre trop souvent aussi rigides que des rails de chemin de fer condamnés à ne jamais diverger de la direction assignée. La délégation de prescription des contraintes de travail sur les travailleurs sous-traitants est une stratégie complémentaire des entreprises. En effet celles-ci réduisent au maximum leur noyau stable dans le cadre d'une stratégie internationale qui apparaît comme une injonction sans alternative, en un mouvement d'externalisation sans fin du travail concret et des contraintes organisationnelles liées aux impératifs de flexibilité, de risques professionnels et de

coût du travail humain. De fait, les populations les plus touchées par les contraintes d'organisation du travail sortent des lieux où pouvaient se développer encore une dynamique de transformation des conditions de travail favorables à leur santé. Ce mouvement d'éclatement, d'atomisation des collectifs de travail est celui de l'effondrement du droit du travail dont le socle reposait sur l'emploi stable, malgré le développement en parallèle de multiples textes réglementaires destinés aux professionnels de la prévention, dont le rôle est trop souvent un alibi social tant leur mise en œuvre est difficile ; il est aussi celui du développement des diverses variétés d'emplois atypiques qu'il faudrait maintenant présenter comme la nouvelle norme. Sur l'envers du travail, où sont concentrés contraintes, risques et précarités, disparaissent les possibilités d'améliorer la santé au travail. Dans ces secteurs, l'aptitude médicale au travail a perdu toute signification, puisque la moindre restriction d'aptitude dans un objectif de sauvegarde de la santé risque d'entraîner la perte de l'emploi avec une très forte probabilité .

Depuis les années cinquante, un certain nombre de médecins confrontés entre autres aux effets du taylorisme sur la sphère mentale étaient à la recherche de maladies mentales professionnelles spécifiques (Le Guillant, Bégouin...). Cette recherche s'est progressivement trouvée dans une impasse jusqu'au renouvellement de ses perspectives au début des années quatre-vingt par C. Dejours, qui s'intéresse alors à la souffrance psychique en rapport avec l'organisation du travail, et aux procédures défensives pour s'en défendre avant qu'une minorité de salariés ne bascule dans des maladies psychosomatiques ou des décompensations psychiatriques. Il réinterroge une normalité énigmatique et explore la centralité du travail du point de vue de l'actuel de l'équilibre mental.

L'impact de cette nouvelle approche de psychodynamique du travail sera progressivement déterminante en santé au travail et pour les pratiques des médecins du travail. En effet, en s'appuyant sur les avancées de l'ergonomie dans l'appréhension du travail, au-delà de l'opérateur des ergonomes dont l'exploration s'arrête avec les apports de la psychologie cognitive, il réhabilite le sujet issu de la psychanalyse, mais dans l'actuel et déterminant du travail d'aujourd'hui. Cette nouvelle approche permet de commencer à "rationaliser" une clinique médicale du travail fondée sur l'écoute de la souffrance et l'élucidation de procédures défensives collectives ou individuelles, qui au-delà d'une éthique de la compassion, jette les bases d'une éthique du témoignage sur ce que le médecin du travail entend secrètement dans le cabinet médical, dont il souffrait antérieurement quand il ne se protégeait pas de cette écoute, mais dont il ne savait que faire, hors d'un accompagnement compatissant, dans une perspective de prévention.

Les questions posées pour la santé en rapport avec les effets négatifs de l'organisation du travail prennent ainsi plus d'acuité dans le cadre d'un développement massif de la précarisation du travail qui touche les emplois comme l'organisation du travail et son contenu. Le travail dont on commence à comprendre en quoi il est un facteur essentiel de santé, qu'on cerne mieux comme ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail (Ph. Davezies), est paradoxalement en train d'entraver trop souvent le développement de la santé. Du point de vue d'une démarche préventive interne à l'entreprise, l'apport de la psychodynamique du travail permet le développement d'une prévention compréhensive, explicative des limites et impasses d'une prévention prescriptive. Mais que faire de la parole du sujet souffrant dans des entreprises atomisées, étranglées économiquement, ou les collectifs de travail disparaissent. A l'évidence, la clef d'une dynamique de prévention ne réside plus systématiquement dans l'entreprise.

Ce nouveau contexte va obliger les médecins du travail à coopérer par-delà leur responsabilité individuelle dans le suivi des salariés. Cette coopération s'avère indispensable pour construire les règles d'une nouvelle professionnalité du fait du changement complet du contexte dans lequel se posent maintenant les questions de santé au travail ; coopérer pour faire progresser les connaissances, comme par exemple avec le développement de nécessaires études épidémiologiques pour mieux appréhender les interrelations complexes entre la santé et le travail, comme la question du vieillissement et de l'usure professionnelle, comme l'élucidation des effets de la précarisation du travail sur la santé, comme celle des effets à long terme de l'interaction de nuisances... ; coopérer aussi pour témoigner dans l'espace public de l'évolution des questions de santé au travail et des problèmes que cela pose en terme de santé entendue comme la possibilité pour chaque sujet de tracer son propre chemin, d'être acteur de sa propre destinée, d'être enfin citoyen, terme pourtant tabou trop souvent dans les entreprises. En témoigne le récent ouvrage de témoignages de soixante médecins du travail: "Souffrances et précarités au travail", Syros 1994.

Aujourd'hui les éléments existent semble-t-il pour réhabiliter ou reconstruire une nouvelle approche de la santé publique en santé au travail tant il est vrai que de nombreuses questions de santé qui trouvent leur genèse dans l'entreprise y sont dans l'impasse. Cette nouvelle approche est d'autant plus nécessaire que les nouvelles questions posées par le développement de la précarisation au travail pour la santé sont généralement passées sous silence.

Le travail est, croyons-nous, élément fondamental de construction de la santé de chacun, facteur d'insertion sociale, de construction identitaire, socle de la citoyenneté. Le paradoxe aujourd'hui des effets délétères de la précarisation du travail ne nous fera pas pour autant rejeter la question essentielle de

la centralité du travail aujourd'hui, débat essentiel en santé publique, et pratiquement absent. La visibilité des effets de la précarisation du travail sur la santé y est une question majeure ; elle concerne chercheurs et praticiens. Pour y contribuer, le médecin du

travail se doit d'être veilleur et témoin pour contribuer à faire émerger les éléments et le sens pour notre société de ce débat occulté.

Dominique HUEZ
