

# CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL<sup>(1)</sup>

**L**e décret de 2004, avec le renforcement du tiers temps, la notion des activités connexes et le passage du rythme des visites systématiques pour les salariés non SMR de un à deux ans, a profondément réduit le temps consacré aux visites médicales, réduction renforcée par le déficit de temps médical. Or, paradoxalement, cette raréfaction a fait apparaître une demande vis-à-vis de celles-ci pour des raisons qui ne semblent pas *a priori* identiques selon les acteurs.

Les employeurs, tout d'abord, qui demandent à tout prix une visite annuelle en contrepartie de leur cotisation, ne semblent pas être tout à fait convaincus par la pertinence du tiers-temps. Les salariés semblent aussi de plus en plus en demande de ces visites, qu'ils ont pourtant souvent stigmatisées et parfois à juste titre. Cela est en partie dû à l'augmentation des difficultés dans les entreprises qui amènent leur lot de souffrances psychiques et/ou somatiques, l'espace de la consultation devient un lieu d'aide incontournable, mais aussi car la perte de ce rendez-vous rituel, finalement, pour certains, crée un manque, le manque de ce temps où ils pouvaient parler ou entendre parler de leur santé, moment rassurant : rien à signaler du côté du corps, et le travail comment ça va ?

Certains médecins du travail découvrent la richesse de cette clinique en partie délogée de la chape de plomb que faisait peser sur elle la fiche d'aptitude qui semble avoir perdu une partie de son importance, mais aussi car la « visite » n'est plus le compteur prioritaire de l'activité des médecins du travail pour les services de santé au travail, celle-ci ayant été détrônée par le tiers temps et les fiches d'entreprise.

Cette richesse de la visite clinique se dévoile dans les cas d'urgence face à la souffrance, la demande d'un salarié, pour laquelle il va falloir déployer toutes ses ressources potentielles de clinicien de terrain pour apporter un soutien, un répit, une solution, mais aussi par la perte de la connaissance de l'entreprise, de l'ambiance de l'entreprise, du fait de l'épandage des visites. Connaissance qui se crée non pas de façon scientifique, volontaire par l'analyse systématisée du contenu de tous les placards, de tous les produits, de tous les postes de travail, de tous les processus de production de l'entreprise, ce qui est indispensable pour pouvoir parler de santé au travail mais qui n'est peut-être pas suffisant. Donc, connaissance plus imperceptible, plus intuitive de l'entre-

.....

1 - Communication présentée au 30<sup>ème</sup> Congrès national de médecine et santé au travail, Tours juin 2008

prise qui passe par le flux de ces visites périodiques rythmées par ces paroles sans grande importance, ces mots non définitifs, ces remarques anodines qui permettent de s'imbrimer d'une certaine « odeur » de l'entreprise, comme une patine qui ne prend son reflet, sa magnificence, que grâce aux passages multiples dont elle est l'objet, comme ces matériaux que l'on connaît à force de les avoir touchés, façonnés après qu'ils aient résisté. Ce combat, ce côtoiement au quotidien finit par donner une sensibilité, une connaissance profonde, incorporée, de ces matériaux, toucher un bois, un fer, n'est plus une expérience vulgaire mais réveille en soi un puits sans fond de perceptions qui permet tant de travailler ce matériau, riche de l'expérience des milliers de matériaux déjà travaillés. Il en est de même pour notre travail.

Pouvoir répondre à la demande des salariés, pouvoir aider à la construction du rapport au travail, pouvoir, en cas de souffrance ou de difficultés dans ce rapport au travail, essayer de chercher les causes souvent du côté de l'organisation du travail, pouvoir en parler avec le responsable de l'entreprise, pouvoir agir sur la collectivité, ne passe-t-il pas par cette connaissance/confiance qui se construit pas à pas dans le temps ?

La perte de la connaissance de l'atmosphère, de l'« odeur », de l'entreprise ne risque-t-elle pas de nous entraîner hors de nos savoir-faire professionnels, comme pour le médecin généraliste, la technicité fait perdre la clinique mais qu'est-ce qu'un médecin sans la clinique !

Il est important de saisir les évolutions qui ont marqué cette clinique, évolutions dues au contexte mais aussi aux outils conceptuels qui nous permettent de les penser pour pouvoir clarifier le débat sur l'objet et l'importance de celle-ci dans notre profession.

Après la guerre de 39-45, lors de la création de la médecine du travail, l'état de santé de la population était déplorable, il fallait reconstruire, « se retrousser les manches » disait Maurice THOREZ, la santé c'était ne pas être malade et la clinique dans les cabinets de médecine du travail avait deux buts : percevoir la marque de la maladie sur les corps biologiques et déterminer la meilleure place que pouvait occuper tel ou tel salarié au regard de ses capacités physiques et éventuellement mentales.

Versant professionnel, il s'agit de dépister les affections professionnelles très invalidantes comme la silicose ou le satur-

nisme 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 exclusivement 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.

Donc c'était, cela a été largement décrit par ailleurs, une clinique de sélection de main-d'œuvre avec la radioscopie et l'aptitude.

Progressivement, cette clinique, un peu vétérinaire malgré tout, a montré ses limites, l'état de santé de la population s'étant très largement amélioré, le côté sélection de main-d'œuvre devenait gênant. Le concept d'adaptation du travail à l'homme qui bouleverse le principe de l'aptitude et le concept de prévention primaire sont apparus, il ne suffisait plus de repérer les malades pour les guérir mais de les prévenir en changeant les conditions de travail, en particulier en diminuant les expositions aux toxiques, au bruit, etc.

Enfin, le concept de santé changeait, ce n'était plus l'absence de maladie mais un bien-être physique, psychique et social, vers lequel il fallait tendre.

Fort de ces nouveaux paradigmes, un certain nombre d'entre nous ont jeté aux orties la clinique trop porteuse des tares de sa naissance pour se précipiter sur les lieux de travail, pour se former en toxicologie, en éclairagisme, en hygiénisme industrielle, persuadés que là gisaient les garants de notre efficacité pour éviter l'altération de la santé des salariés dont nous avions la charge. Analyser, mesurer, alerter, proposer capotage, écran, équipement de protection individuelle (EPI)... devenait la bible de ce tiers temps là.

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 physique se prêtent bien à un mode de prévention fondé sur la mesure : éclairage, bruit, vibrations, charges, rayonnements... pour lesquels seront progressivement édictées des références tendant à limiter les nuisances engendrées.

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 excellerait 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.

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 des facteurs de risque physique (sonométrie, métrologie des poussières, etc.).

Mais les choses résistent, le dépistage n'évitait pas la maladie, les salariés ne portaient pas les EPI, les protections collectives étaient shuntées, etc., il y avait manifestement d'autres choses en jeu dans cette histoire de prévention. De plus, il y avait 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 exclu de certains postes de production parce qu'on est trop vieux à trente ans du fait des exigences de la tâche.

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 de contraintes 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.

Cette « découverte » de l'écart irréductible entre le travail prescrit et le travail réel fait entrer la subjectivité de chaque salarié dans le processus du travail, ce qui complique tout certainement mais rend au travail sa part humaine. Il n'y a pas de travail sans l'apport de l'intelligence de chaque salarié, sans l'apport de sa sensibilité, de ses savoir-faire, s'il ne fait qu'appliquer strictement les consignes, tout s'arrête malgré le fantasme de TAYLOR et ses successeurs, l'homme au travail ne peut se réduire à un organe. Il serait illusoire de penser que nous laissons notre histoire personnelle accrochée sur un cintre dans les vestiaires de notre lieu de travail (M. PEZÉ). Cette réintroduction de l'homme dans le travail, l'homme en tant que porteur d'une histoire propre, va être

amplifiée, confirmée et rendue inéluctable par deux approches complémentaires : la psychodynamique du travail et l'épidémiologie.

La psychodynamique du travail avec Chr. DEJOURS donne des clefs sur l'engagement subjectif dans le travail, sur le corps dans le travail, sur les coopérations, la reconnaissance, etc. Le travail pris comme source de construction de l'identité et de la santé pour chacun d'entre nous, mais aussi source de solidarité, de démocratie avec la délibération, la création des règles de métiers, etc. Le travail devient donc passage entre l'intime et le social.

Ce passage est conforté par le modèle des grandes enquêtes épidémiologiques venues des pays anglo-saxons qui pointent l'importance de la question de l'autonomie comme facteur prédictif de santé. Le vécu subjectif de chaque salarié est reconnu comme porteur de connaissance sur le travail, les deux principaux questionnaires, vous l'avez déjà deviné, sont le KARASEK et le SIEGRIST.

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. Antérieurement, le médecin du travail souffrait quand il ne se protégeait pas de cette écoute. Hors d'un accompagnement compatissant, il ne savait pas comment utiliser ce qu'il entendait dans une perspective de prévention. Au-delà d'une éthique de la compassion, cette clinique médicale jette les bases d'une éthique du témoignage sur ce que le médecin du travail entend secrètement dans le cabinet médical.

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.

L'émergence de cette pensée, la force de cette pensée, la réintroduction de l'homme et de sa subjectivité dans la problématique de sa santé au travail, a fait re-renter beaucoup d'entre nous dans le cabinet médical pour y faire de la clinique, mais, bien évidemment, celle-ci n'est plus la clinique du corps biologique mais la clinique de cet homme subjectif, porteur d'une histoire singulière dans un corps habité par cette histoire consciente et inconsciente que l'on pourrait appeler « corps fantasmatique » ou, pour reprendre l'expression de Chr. DEJOURS, « le deuxième corps ». Celui-ci s'est construit à partir du corps biologique au travers de l'histoire consciente et inconsciente du sujet depuis l'enfance. C'est ce corps-là qui est engagé dans le travail, pour le meilleur quand celui-ci tient ses promesses de développement de l'intelligence, de la sensibilité, des savoir-faire du sujet et la construction de solidarité des collectifs de travail, pour le pire quand cette promesse n'est pas tenue avec pour corollaire la souffrance et la désolation. Aider chaque salarié à mieux comprendre ce qu'il engage dans le travail, aider la collectivité de travail à mieux comprendre ce qu'elle engage dans le travail. C'est ce qui permet d'agir, de mieux appréhender le risque psychosocial et ses liens avec l'organisation du travail, mais aussi les autres risques plus classiques, chimiques, physiques ou biologiques car une prévention ne peut pas être efficace sans l'intervention de chaque salarié comme sujet. Cette clinique là est bien de la prévention primaire et elle fonde notre légitimité à être médecin du travail, « à éviter l'altération de la santé des salariés de fait du travail ».

*Nicolas SANDRET, Dominique HUEZ*