

# **UNE PUBLICATION ESSENTIELLE UNE LECTURE QUI SUSCITE L'ENTHOUSIASME**

**« LA SANTÉ AU TRAVAIL ENTRE SAVOIRS ET POUVOIRS  
(19<sup>ème</sup> – 20<sup>ème</sup> SIÈCLES) »**

NOTES DE LECTURE

**Alain CARRÉ, médecin du travail**

**« Qui ignore son passé est condamné à le revivre »**

**O**n ne peut exercer la médecine du travail, longtemps, en faisant l'économie d'une interprétation de l'état de la société, à l'aune de la santé au travail. Seuls la cécité volontaire ou le refoulement peuvent expliquer qu'il en soit autrement. D'autant plus qu'on échange avec ses collègues et que, sauf à développer des stratégies défensives collectives, de l'échange vrai sur les pratiques, naît la perception de la réalité qui fonde l'exercice.

Notre association a eu le bonheur (et le malheur) de « faire école ». Elle a notamment tenu sur les fonts baptismaux une nouvelle clinique médicale : « la clinique médicale du travail » qui prend en compte des éléments pré-symptomatiques (les altérations de la santé), en assure le diagnostic étiologique professionnel (le lien santé-travail) en prenant en compte le travail réel et le vécu du travailleur, et dans l'intérêt unique de sa santé, pour agir sur le travail individuellement et collectivement dans un objectif de prévention, si possible primaire, en rendant visibles les effets du travail sur la santé (le signalement et l'alerte) dans une perspective, exclusive, d'adaptation du travail à l'homme.

On remarquera que la traçabilité, dorénavant (et depuis peu) exigée des médecins du travail, dérive un peu de certaines de nos propositions et les prend « au mot », mais qu'elle les pervertit en leur donnant pour fonction d'aider l'employeur à gérer les risques professionnels, par conséquent, dans une perspective économique, c'est-à-dire, en dernière analyse, d'adapter les hommes à leur travail et ceci dans une pénurie de moyens. Pire encore, la (soit disant) réforme siphonne ce qui permettait la construction de cette clinique en rétrécissant l'exercice de la clinique médicale et celle du travail à des actions de management de la santé au travail.

Cette contre-réforme ne fait pas que des malheureux. Ainsi, les médecins proches des employeurs sont confortés dans leur refoulement de la réalité et brandissent fièrement leur

badge de manager. Ils éloignent ainsi, très provisoirement, le risque de retour, toutefois inéluctable, du « refoulé ».

Il faut déconseiller à ces thuriféraires de la vulgate libérale (dans une perspective compassionnelle) la lecture de l'ouvrage dont il est question ici. *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19<sup>ème</sup>-20<sup>ème</sup> siècles)*(1) peut effectivement être un ouvrage dangereux pour leur santé, mais, par contre, sa lecture s'avèrera très bénéfique pour celle des réels médecins du travail, dont, bien évidemment, fait partie le lecteur de cette revue. On ne peut que recommander cet ouvrage à ceux-ci et sans modération, comme il se doit.

C'est que, cet ouvrage rend visible, par une mise en perspective historique qui multiplie les points de vue, ce que nous pensions et que nous n'osions exprimer de peur d'être taxés de délire paranoïaque interprétatif : la santé des travailleurs est une variable d'ajustement de l'exploitation de leur force de travail et ceci, non seulement à l'époque moderne et libérale, mais depuis le début du commencement de la production industrielle.

Cette confirmation naît, dans cet ouvrage, de la mise en lumière des stratégies des employeurs face aux risques professionnels, aussi vieilles que l'accaparement des bénéfices du travail, à travers leur effet sur les comportements de différents corps sociaux : « le déni, l'endiguement de l'intervention publique et la minimisation des coûts ».

Le déni est caractérisé par « la contestation, sous diverses modalités de l'origine professionnelle du risque ». L'endiguement de l'intervention publique consiste à « prévenir l'intervention de l'état ou l'entrée de ses représentants

.....

1- *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19<sup>ème</sup> - 20<sup>ème</sup> siècles)*, ouvrage collectif sous la direction de Anne-Sophie BRUNO, Éric GEERKENS, Nicolas HATZFELD, Catherine OMNÈS, Collection pour une Histoire du travail, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 2011

dans les entreprises ». Minimiser les coûts implique « d'intervenir en amont autant qu'en aval de sa survenance ».

L'ouvrage démontre d'une part les régularités des stratégies d'acteurs et d'autre part la grande variété des attitudes des travailleurs dans le temps. Dans ce cadre la préface précise parfaitement la perspective.

Les trois parties : « savoirs, représentations, occultations », « politiques de santé au travail en entreprises », « acteurs du risque entre arbitrages et contestation » structurent l'analyse historique.

**La première partie** décrit comment apparaît « l'ambiguïté hygiéniste »(2) que font naître des scientifiques et des médecins parfois en conflit d'intérêt caricatural (certains sont en même temps propriétaires des fabriques délétères !) mais aussi, comment, très tôt, des médecins s'intéressent au geste professionnel réel.

De l'hygiénisme naît une logique implacable : si le respect de l'hygiène, de la bonne manière d'agir, mettent à l'abri du risque, seuls les moins aptes par constitution ou nature (les femmes, les étrangers par exemple) seront des victimes. D'où la nécessité de repérer ceux qui seraient inaptes et de les mettre à l'écart soit disant pour leur bien(3) (d'où l'éviction des femmes de certains emplois, d'où le contrôle médical des travailleurs étrangers aux frontières).

La minimisation des coûts (dont participe le compromis de 1898 sur les AT) implique des tactiques très variées auxquelles a pu participer la médecine du travail qui « parmi d'autres fonctions (...) a servi à détecter la fraude à l'assurance et (...) a participé à l'évaluation du dommage. Par l'organisation des premiers soins et d'un meilleur suivi des blessés, elle a encore contribué à minimiser le temps de convalescence indemnisable et l'importance de l'invalidité reconnue ». On rapprochera cette description de la volonté obsessionnelle actuelle du législateur d'obtenir que la médecine du travail assure dorénavant un rôle essentiel de « **maintien dans l'emploi** » du travailleur.

**La deuxième partie** est un florilège des politiques de santé au travail en entreprise, caractéristiques du projet d'éviction de l'espace public social hors des murs de la fabrique et de minimisation des coûts.

L'ambivalence des stratégies est décrite :

- d'un côté mettre en place la visibilité d'une prévention théorique suffisante pour décourager la puissance publique d'intervenir,
- de l'autre faire porter la responsabilité de l'échec de

.....

2- Thomas LE ROUX dans *Risques et maladies du travail : le Conseil de salubrité de Paris aux sources de l'ambiguïté hygiéniste au 19<sup>ème</sup> siècle*, retrace notamment l'action du D<sup>r</sup> DARCEY dans l'affaire du mercure et de la céruse dans laquelle on retrouve la volonté de « défendre à tout prix l'industrie, perçue comme un progrès et donc tenter d'atténuer ses méfaits pour qu'elle ne soit pas complètement remise en cause ». À noter un ouvrage passionnant de cet auteur : *Le laboratoire des pollutions industrielles. Paris, 1770-1830*, Paris, Albin Michel, collection l'Évolution de l'Humanité, 2011.

3- Cédric NEUMANN : *Rendement et santé au travail des mécanographes (1945-1975)* qui montre une médecine de sélection médicale de la main d'œuvre sous couvert de médecine du travail.

cette prévention sur les victimes, sélectionner à l'embauche et mettre hors de l'entreprise les inemployables.

C'est ainsi que les services de médecine du travail sont mis en demeure de faire naître d'une part une culture de santé et d'autre part de participer jusqu'en 1960 (et parfois au-delà) à « une médecine de sélection, qui protège (les employeurs) des charges de la réparation des accidents du travail puis des maladies professionnelles et qui est à ce titre bien plus centrée sur les travailleurs que sur les lieux et les conditions de travail ».

**La troisième partie** est peu rassurante pour celles et ceux qui penseraient que la proposition de « ne pas perdre sa vie à la gagner », est approuvée unanimement par les travailleurs. C'est que, comme le titre de cette partie l'indique, le mouvement syndical est partagé selon les lieux et les époques entre arbitrage (c'est-à-dire compromis dans l'hypothèse d'une négociation de la force de travail) et contestations (c'est-à-dire revendication des moyens d'une meilleure santé au travail).

Cette ambivalence connaît trois points de bascule :

- L'affaire de la céruse (1904-1905) qui marque le premier exemple coordonné d'action syndicale pour améliorer les conditions de travail et qui aboutira au premier « décret spécial » instituant une surveillance médicale en 1908 ;
- Le mouvement social de 1936 aboutissement de « la rupture que constituent les années 1930 dans la longue histoire du droit et de la santé au travail » C'est ainsi qu'à l'initiative de la CGT « réunifiée » se mettra en place en 1937(4) « un institut (syndical) d'étude et de prévention des maladies professionnelles, placé sous la direction du D<sup>r</sup> Guy HAUSER(5) (...), doté dès l'origine d'une revue : Les archives des maladies professionnelles et de toxicologie industrielle ».
- Le tournant du mouvement de mai 1968 et la naissance à partir de 1970 de « programmes (syndicaux) qui incluent sécurité et amélioration des conditions de travail ». C'est ainsi que vont se mettre en place sous la pression de la CGT et de la CFTC puis CFDT, les CHS puis les CHSCT dans lesquels l'ergonomie jouera un rôle déterminant.

Il y a toutefois des rechutes. Ainsi lors de la période sombre de « l'usage contrôlé de l'amiante »(6).

On peut même se demander si la relative modération vis-à-vis de la réforme de la médecine du travail, qu'observent actuellement certaines organisations syndicales n'apparaîtra pas aux historiens du futur comme relevant du même espoir (vain ?) qu'il y aurait un point d'équilibre entre les intérêts

.....

4- Cette initiative avait été précédée dès 1934 « sous l'impulsion des unitaires et de Marcel PAUL, (de la mise en place) d'un réseau d'œuvres sociales avec un cabinet médical, un dispensaire, un service juridique, une coopérative d'achat, une colonie de vacances pour enfants ».

5- Mort en déportation pour faits de résistance

6- Jean-Claude DEVINCK, *Les racines historiques de l'usage contrôlé de l'amiante (1947-1977)*

de la santé des travailleurs et les politiques de prévention des employeurs.

Un acteur essentiel est présent en filigrane : l'État. Sensé défendre l'intérêt collectif face aux intérêts particuliers, il accompagne volontiers les logiques des employeurs. Cette présence discrète, voire négative, s'estompe légèrement après 1936 pour une attitude plus décisionnelle et moins déséquilibrée. Cet ouvrage ne traite pas spécifiquement de l'Histoire d'aujourd'hui, toutefois, il nous est précieux pour comprendre l'époque actuelle : l'embellie de la République Sociale se couvrant des nuages libéraux, le naturel chassé revient au galop ! Et l'État de mettre sur les rails le vieux projet patronal de sélection médicale de la main d'œuvre sous couvert de maintien dans l'emploi, de prévention des addictions et de réduction de la pénibilité au travail.

Cet ouvrage est précieux car il nous « donne à penser ».

Il nous permet notamment, comme médecin du travail, de nous y retrouver dans ce paysage habité par le conflit social par rapport aux vieilles logiques actuelles des différents acteurs en matière de prévention des risques pour la santé des travailleurs au travail :

- celle des employeurs liée à leurs obligations de sécurité de résultat et de prévention mais qui par nature s'ins-

crit dans une contrainte économique qui bien que toujours présente a revêtu dans le cadre du libéralisme économique une importance telle qu'elle prend souvent le pas sur d'autres considérations ;

- celle des salariés et de leurs représentants qui, contrainte par le système d'exploitation de la force de travail qui prévaut socialement, oscille entre deux pôles, celui de maintenir ou de construire leur santé physique et mentale au travail et celui de négocier au mieux leur force de travail notamment pour assurer leur bien-être social.

L'Histoire nous l'apprend : comme médecin, un médecin du travail ne peut fonder son exercice sur des déterminants relevant des logiques économiques ou gestionnaires sans manquer à ces devoirs vis-à-vis de chaque sujet (ici de chaque travailleur) car « *il n'y a qu'une seule situation médicale, la situation clinique (et) qu'en la circonstance le médecin n'est médecin que s'il traite la situation sous la règle du possible maximal soigner cette personne qui le lui demande (...) jusqu'au bout, avec tout ce qu'il sait, tous les moyens dont il sait qu'ils existent et sans rien considérer d'autre(7)* ».

.....

7- Alain BADIOU, *L'éthique, essai sur la conscience du mal*, Éd.Nous, mars 2003