



Évolution du champ de la santé au travail

L'évolution de la médecine du travail depuis 1946 illustre l'évolution de la prise en compte de la problématique santé-travail tant dans les entreprises que dans la société. Elle est liée à la transformation des conditions de travail, à des connaissances scientifiques accrues grâce à l'épidémiologie, l'ergonomie et la psychodynamique du travail et à l'application récente des directives européennes relatives à l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail.

Depuis la création des services médicaux du travail en 1946, l'évolution du champ de la santé au travail en médecine du travail s'articule en quatre périodes.

1946-1960 : une approche individuelle

La médecine du travail va se développer dans l'immédiat après-guerre. 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, faire que chaque travailleur ne soit pas un danger pour son entourage (maladies infectieuses) et qu'il ne continue pas à être exposé à des nuisances professionnelles excessives.

C'est la période de la prévention médicale tertiaire, la vision de la prévention de la nation rejoint celle de l'entreprise ; en ce sens on peut parler d'une approche santé publique. Les facteurs de risques reconnus comme néfastes sont ceux qui entraînent des effets importants à court ou moyen terme. La bonne santé veut dire absence de maladie.

Versant professionnel, il s'agit de dépister les affections professionnelles très invalidantes

comme la silicose ou le saturnisme avéré. Versant santé publique, il s'agit de dépister la tuberculose (à cette époque, l'image de la médecine du travail était la radioscopie).

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 importantes à la santé, dans un environnement de travail plus ou moins hostile et pour lequel les possibilités d'amélioration en termes de prévention ne se dégagent que très progressivement.

1960-1975 : une prévention normative

Une fois l'économie redémarrée, va se développer progressivement un taylorisme flamboyant dans l'industrie. C'est dans celle-ci que paraissent être localisés les principaux problèmes de santé au travail. La conception des postes, des espaces et des lieux de travail se 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 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 parallèlement à celle employée pour les matériels techniques dans la prévention des accidents du travail. Les facteurs de risques 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. 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.

Le médecin du travail excellera 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. Il s'agit bien d'une démarche de prévention prescriptive.

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, tel type de poste correspondant à tel profil d'individu. 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 lequel 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 dans ce travail. Pour cette prévention secondaire, on commence à employer des moyens techniques nouveaux : audiométries, spirométries.

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 des 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. Cela a des répercussions négatives sur la recherche en matière de santé au travail, mais ne semble pas poser de problèmes 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.

1975-1985 : la faillite du modèle de l'homme issu du taylorisme comme opérateur de prévention

Les années 70 ont vu une forte remise en cause du système d'organisation du travail taylorien. Les ouvriers spécialisés remettent brutalement en cause leur statut et la santé qui en découle. 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. Certains médecins se trouvent devant le dilemme de respecter ou le droit au travail, ou le droit à la santé.

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. Ils vont montrer la distinction fondamentale entre travail prescrit par les concepteurs, et travail réel où les opérateurs engagent et construisent leurs savoir-faire. 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. 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. La problématique de l'analyse de la « demande » de

Ergonomie

L'ergonomie a connu un fort développement à partir du début des années 50. D'abord orientée dans les grandes industries vers l'amélioration du produit, elle a été peu à peu investie par la question de l'amélioration des conditions de travail, « pour adapter le travail à l'homme ».

C'est surtout au cours des années 70 que l'ergonomie est sortie des laboratoires pour aborder la réalité des « terrains », et qu'elle a construit une nouvelle description du travail. En s'appuyant sur la mise en évidence d'un écart irréductible entre la tâche prescrite (ce que l'on a à faire en appliquant des modes opératoires prédéfinis), et l'activité (comment on fait réellement pour parvenir à réaliser sa tâche), cette discipline a implicitement façonné un modèle de l'homme au travail qui s'est peu à peu écarté de ceux qui prévalaient auparavant :

- du côté de la médecine du travail, en opposant à l'alternative d'un homme sain ou malade, un homme agissant et cherchant à réguler ses efforts ;
- du côté de l'organisation du travail, en opposant au modèle taylorien d'un homme exécutant des consignes face à un système technique stable, un homme confronté à des variabilités internes et externes et dont la capacité d'invention est précieuse pour le travail au lieu de lui être dommageable. Sollicitée alors essentiellement pour l'amélioration des conditions de travail en vue de protéger la santé de l'homme et (ce faisant) d'améliorer aussi la production, l'ergonomie a produit des connaissances sur cette activité particulière qu'est le travail, sur la santé au travail, et enfin sur la méthodologie de mise en visibilité du travail.

En effet, le point de vue selon lequel l'homme n'est pas un simple exécutant de ce qui lui est prescrit, et qu'il gère des enjeux pour sa santé, a le mérite de réconcilier dans un modèle volontairement global de l'activité « la tête » et « le corps » de l'homme au travail.

Alors l'observation est une voie d'accès privilégiée de l'activité réelle, mais la part mentale de cette activité demeure inobservable, et accessible uniquement par des entretiens menés à partir des observations. Le travailleur est devenu l'interlocuteur

incontournable pour accéder à la réalité de son travail et à la manière dont il s'y prend pour le réaliser. Mais un tel dialogue se heurte à plusieurs difficultés. Tout d'abord, le travailleur ne sait pas nécessairement dire ce qu'il sait faire. C'est même pour lui un exercice surprenant : ordinairement, on lui demande plutôt de se taire et les mots ne lui sont pas disponibles à brûle-pourpoint pour énoncer sa gestuelle, ses raisonnements, et par quel type d'attention il maîtrise son activité... De plus, c'est pour lui un exercice dangereux, qui revient à « avouer » qu'il opère autrement, qu'il s'écarte de la marche à suivre.

Si l'ergonomie a profondément modifié la représentation de l'homme au travail, sa mise en œuvre pose quelques questions et demande des garanties : quel usage est-il prévu de la mise en visibilité de l'activité ? Le soutien de l'inventivité nécessaire du travailleur ou la révélation de sa « désobéissance » ? Un assouplissement de ses marges de manœuvre ou une reconstruction plus rigide de la prescription ? Une meilleure prise en compte de la santé au travail, ou une intégration de ses trouvailles au seul bénéfice de la productivité ?

Pendant longtemps la demande d'intervention en ergonomie a été portée par les syndicats en vue de l'amélioration des conditions du travail. Mais l'augmentation massive du nombre de chômeurs est parvenu à poser comme indécente toute revendication sur les conditions de travail de ceux qui ont « la chance » d'en avoir un. Pourtant, les enquêtes les plus officielles révèlent que les nuisances ne disparaissent pas, ou pas autant qu'on est en droit de le souhaiter. L'intensité du travail, son amplitude temporelle, et la protection sociale au travers des statuts ne cessent d'empirer. Parallèlement, l'inégalité de l'espérance de vie à la naissance ne cesse de se creuser entre les plus favorisés et les plus mal traités par le travail...

Mais, de plus en plus, les demandes visent la conception, et non plus comme auparavant la correction des situations. Or, c'est par les directions d'entreprise que sont posées ces demandes que l'ergonomie reçoit en terme de conduite de projet. Le

développement des connaissances se fait peu à peu sur des questions formulées par l'ingénierie, plutôt que par les représentants des travailleurs. Il s'en suit parfois un nouveau morcellement dans ce que le concept d'activité avait conquis : dès lors que l'homme est à l'abri des efforts physiques que le travail réclamait de lui, c'est un peu comme si son corps n'était plus mobilisé par le travail. Désormais, il ne s'agit plus que d'assurer le confort d'un corps au repos, présent mais quasiment passif, en quelque sorte extrait de l'activité. De même que l'activité physique n'était guère nourrie par la réflexion, la réflexion ne serait guère nourrie par le corps : le modèle de l'homme issu des sciences cognitives est à nouveau réductionniste, il est « mentalisé ».

Est-ce la mise en perspective de la gravité de la réalité et de la précarisation massive au travail, telles qu'elles nous sont décrites par exemple par les médecins du travail, qui explique l'embarras vis-à-vis d'une prise en compte de la subjectivité des travailleurs ? Du côté de l'ergonomie, sous l'emprise des modèles cognitivistes, elle est soit niée, soit jugée irrecevable en situation de travail : siège du déraisonnable, facteur d'incertitude encombrante, tremplin des transgressions à la norme organisationnelle. Elle figure par excellence dans le registre de ce qu'on a souvent prié les travailleurs de « laisser au vestiaire », c'est-à-dire dans le registre des manifestations vivantes que le travail récuse d'avoir à gérer, en ce qu'elles seraient presque, par nature, hostiles au travail. C'est probablement pourquoi l'inter-subjectivité des opérateurs en équipe est *a fortiori* soit évacuée, soit suspecte et combattue.

Là se trouve en tout cas une manifestation des limites de l'ergonomie, limites en termes de « nécessité de preuves ». Au nom de quoi pourtant craindre d'entendre ce que les travailleurs ressentent dans leur travail ? La question ne peut pas être qu'ils se trompent de ressentir ce qu'aucun fait ne semble corroborer, ou ce qu'aucune mesure ne peut jauger, la question est que le fait qu'ils ressentent ce qu'ils ressentent est un fait. ■

transformation des conditions de travail modélisées 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 alors à sortir de l'approche prescriptive.

Parallèlement, 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-conditions de travail.

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 apparaît 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 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.

À côté de ce nouveau champ encore balbutiant, les progrès des connaissances interpellent les pratiques des médecins du travail. Y contribue un développement de l'épidémiologie des risques professionnels. Le modèle unicausal prend eau, et c'est 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. La notion de santé de l'OMS, comme état de complet bien-être physique, psychique et social, supplante pro-

gressivement celle d'absence de maladie, de silence des organes. Mais les nouvelles technologies, les nouvelles formes d'organisation du travail, le développement de la taylorisation dans de nouveaux secteurs, le début des restructurations des entreprises sous la poussée de la crise économique ne sont pas sans répercussion sur les dynamiques de prévention internes aux entreprises.

Depuis 1985 : santé publique et travail

Au début de cette période la crise économique a pris une importance considérable. Pour être viables, les entreprises se devaient d'être flexibles. Ceci a entraîné de très fortes modifications dans l'organisation du travail, dans les entreprises vis-à-vis de leurs salariés, mais aussi dans la structure des entreprises elles-mêmes.

Apparaissent la polyvalence, les 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 », on voit se distinguer deux populations : celle qui est surchargée de travail et celle, exclue de tout travail. En parallèle, on assiste à une intensification du travail avec les systèmes d'organisation dit à *flux tendu* qui laissent de moins en moins la possibilité aux salariés de gérer, même si c'est *a minima*, leur temps, l'absence de stock tampon supprimant toute possibilité de souplesse dans la production.

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 », où seul le résultat est prescrit. Le salarié se prescrivant ses propres contraintes dans le cadre de marges de manœuvre souvent aussi rigides que des rails de chemin de fer condamnés à ne jamais diverger de la direction assignée.

Le recours de plus en plus important à la sous-traitance est un exemple de cette délégation de contrainte. Si elle concernait, au début, les travaux qui n'étaient pas du « métier » de l'entreprise tel le gardiennage ou le nettoyage, très vite ont été sous-traités les travaux à risques et actuellement l'on assiste à la sous-traitance du travail concret lui-même, l'entreprise se

Psychodynamique du travail

La psychopathologie du travail, dénommée récemment plus largement : psychodynamique du travail se construit depuis les années 70 à l'initiative de Ch. Dejours. Elle se définit comme l'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail. Dans cette perspective, le modèle de l'homme est celui de la théorie du sujet : sujet d'une histoire singulière, porteur d'espoirs, de désirs.

L'approche psychodynamique a pour objet la mobilisation de l'intelligence et de la personnalité des agents ; celles-ci concourent à surmonter ce que la réalité leur oppose en terme d'aléas et de contradiction au sein de leur travail. En d'autres termes, le travail est « ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation théorique du travail », tout ce que les hommes et les femmes s'ingénient à inventer pour trouver les meilleurs compromis entre ce qu'il doivent faire, ce qui leur est possible de faire, et ce qu'ils souhaiteraient faire, compte tenu de ce qu'ils pensent être le juste ou le bien.

Il n'est pas question ici de reprendre les travaux qui ont été publiés pendant ces vingt dernières années en psychopathologie du travail. Ils étaient consacrés à l'analyse des conduites insolites, paradoxales, voire dangereuses, des opérateurs confrontés aux situations de travail impliquant des risques pour la sécurité ou la sûreté.

On peut montrer que, presque toujours, ces conduites sont le résultat de stratégies subtiles et délicates élaborées par les travailleurs. Ces stratégies collectivement construites ont une vocation défensive contre la souffrance et la peur au travail. Elles sont nécessaires à ces travailleurs pour continuer à faire face à la souffrance qu'implique le rapport au risque. Contrairement à ce qu'affirment de nombreuses publications, il n'est pas vrai que les opérateurs soient trop sûrs d'eux-mêmes. Les enquêtes de psychodynamique du travail montrent qu'à l'inverse, dans toutes les situations à risques, les ouvriers et techniciens éprouvent une inquiétude chronique. Ni intrépides, ni téméraires, ils craignent le plus souvent de ne pas être capables de maîtriser la situation si le

process venait à passer en situation dégradée. Aussi pour eux l'inquiétude, voire la peur, font-elles partie du travail.

C'est donc pour lutter contre cette peur que les travailleurs construisent des stratégies collectives de défense, impliquant souvent d'afficher des attitudes de dérision, d'insolence voire de défi aux risques, et qui renversent symboliquement leur position subjective par rapport à ces risques : de victimes potentielles, passivement exposées à un risque non-contrôlé, ils deviennent acteurs volontaires d'une pantomime dont ils maîtrisent, cette fois, le scénario. Grâce à ces stratagèmes, d'ailleurs coûteux psychologiquement, ils parviennent à s'affranchir de la perception constante et douloureuse du risque et de l'incertitude. C'est à ce prix qu'ils peuvent continuer à travailler. Sous la loupe clinique, il s'avère d'autre part que l'organisation du travail est en fait un compromis issu de négociations ininterrompues entre « exécutants » et encadrement. C'est ce qui fait dire que l'organisation du travail évolue au rythme des rapports sociaux de travail.

Aujourd'hui, le décalage entre technique et pratique est d'autant moins reconnu que certaines entreprises privilégient dans la formation et le recrutement des compétences en matière de gestion et de *management* à des compétences de métier, d'expérience et de savoir-faire professionnel. Si donc l'essentiel des agents est requis pour des tâches de management et de gestion, qui va faire « le travail » proprement dit ? La psychodynamique du travail observe qu'un véritable processus d'euphémisation du travail est en train de se mettre en place. Les directives économiques encouragent à le sous-traiter, c'est-à-dire à l'extraire de l'expérience des entreprises donneuses d'ordres ; et les directives managériales encouragent à reconstruire la mobilisation et la collaboration du personnel sur des bases psychoaffectives, c'est-à-dire à côté du travail.

Pourtant la santé est enracinée dans le rapport au travail. À partir du travail, elle se construit dans l'investissement de l'intérêt qu'il offre, ou elle se terre défensivement dans l'opposition aux risques qu'il impose.

Avec l'euphémisation du travail, la base même de cette alternative est en train de voler en éclats, et ce vide (de sens) associé au trop plein (de travail), et à l'obligation de modes artificiels de mobilisation, menace très dangereusement la santé des personnes dans le travail, et hors travail, en termes de violence sociale. La violence des rapports sociaux de travail qui excluent de plus en plus l'authenticité des relations, ouvre en effet à la violence des rapports sociaux dans leur ensemble : dans la famille, dans la cité, dans l'exercice de la citoyenneté ordinaire.

Si la souffrance n'apparaît pas de façon aussi spectaculaire qu'on pourrait s'y attendre de prime abord, c'est que chacun s'emploie à tout faire pour parvenir à la contenir. En conséquence, le vécu au travail, pour ce qu'il recèle de la souffrance, ne saurait être un objet de recherche comme un autre. Chaque fois que nous sollicitons les autres pour parler de leur vécu, nous ne pouvons ignorer les effets en retour de cette parole sur leur économie psychique.

C'est pourquoi la psychodynamique du travail a construit une méthodologie rigoureuse qui examine les conditions de faisabilité d'une enquête. Cette démarche n'est jugée légitime que si les travailleurs, de quelque niveau hiérarchique que ce soit, la sollicitent pour élucider leur propre souffrance au travail, en toute indépendance d'intermédiaires, d'observateurs, ou de représentants mandatés. Les chercheurs se refusent clairement à porter, à l'issue de l'enquête, les enjeux de transformation du travail que l'éluccidation de la souffrance a pu révéler. Mais, il est de leur responsabilité de ne pas déborder, au nom de connaissances ou de « vérités », le seuil d'intelligibilité des situations que les travailleurs ne cessent de positionner eux-mêmes au fil de l'enquête.

Cette méthodologie, encore « étrange » dans le champ des sciences du travail, apparaît pourtant la seule garantissant à la fois l'autonomie des travailleurs et celle des chercheurs, dans la collaboration temporaire qu'ils contractent sous forme d'une enquête. ■

transformant uniquement en gestionnaire de délégation d'ordre.

Flexibilité veut dire aussi 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.

De fait, les populations les plus touchées par les contraintes d'organisation du travail sortent des lieux où pouvait 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, et ceci malgré le développement en parallèle de multiples textes réglementaires concernant la prévention pour ces nouveaux types d'emplois, qui ne paraissent que comme des alibis, tant leur mise en œuvre est difficile, voire impossible.

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. Les questions posées pour la santé en rapport avec les effets négatifs de l'organisation du travail prennent ainsi plus d'acuité.

Or, depuis les années cinquante, un certain nombre de médecins confrontés 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 1980 par Ch. Dejours, qui s'intéresse alors à la souffrance psychique en rapport avec l'organisation du travail, et aux procédures défensives empêchant qu'une majorité d'agents ne bascule dans des maladies psychosomatiques ou des décompensations psychiatriques. 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.

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, montrant les limites et impasses d'une prévention pres-

criptive. Mais que faire de la parole du sujet souffrant dans des entreprises atomisées, étranglées économiquement, où les collectifs de travail disparaissent. À 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 agents. 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 ;

- 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 et des interactions entre nuisances différentes... ;

- témoigner dans l'espace public de l'évolution des questions de santé au travail et des problèmes que cela pose en termes 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 trop souvent tabou dans les entreprises.

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 fera pas pour autant rejeter la question essentielle de la centralité du travail, 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.

Voir le récent ouvrage
de témoignages de soixante
médecins du travail :
*Souffrances et précarités au
travail*, Syros 1994.

Évolution de la réglementation

La prévention a reposé pendant longtemps sur des mesures de sécurité « rapportées » (par exemple rajout des mesures de protection sur les machines). C'est en 1976 que le concept de sécurité intégrée a vu le jour, avec ses deux volets : dans la conception des machines (l'intégration technique) et dans l'organisation du travail (l'intégration organisationnelle).

Le concept d'intégration technique a été traité avec un certain succès (les machines sont, davantage qu'autrefois, conçues dès l'origine, pour fonctionner de façon sûre, et les produits chimiques sont mieux étiquetés), mais malheureusement le concept d'intégration organisationnelle est resté limité aux grands chantiers et à la sous-traitance. De même l'obligation de formation à la sécurité introduite dans le Code du travail a été un demi-échec car non-prévu dans les formations qualifiantes.

Dans ce contexte, les directives européennes permettent d'aborder les problèmes de santé et de sécurité au travail sous un jour nouveau.

Elles demandent aux chefs d'entreprise de faire une évaluation des risques dans leurs établissements et d'établir un plan de résorption de ceux-ci. Il ne s'agit pas seulement d'une nouvelle recette, mais d'une démarche tout à fait nouvelle en droit français qui pourrait avoir des conséquences dans le domaine pénal, car l'obligation de procéder à une estimation du risque relativise tout à la fois les obligations réglementaires et crée en même temps des obligations nouvelles.

Une conséquence prévisible de cette subjectivité nouvelle des règles de droit est de placer celles-ci dans le champ de la négociation : entre employeurs et représentants du personnel, entre les entreprises et l'administration. Puisque les règles de droit ne prétendent plus donner réponse à tout (on invoque l'état de la technique et les contraintes de production pour ne pas appliquer strictement l'obligation réglementaire et prévoir des mesures compensatoires) celles-ci perdent en grande partie leur caractère d'ordre public pour devenir des objectifs négociables. Les entreprises sont amenées à définir, au cas par cas, de nouveaux points de repères

Médecine du travail et Europe

Conception anglo-saxonne

La médecine du travail est envisagée comme un simple prolongement du service national de santé fortement développé. Le cadre réglementaire en est extrêmement réduit, imposant seulement que les conditions de travail ne nuisent pas à la santé, sans obligation de médecine du travail, d'examen médical ou d'infirmière du travail.

Il s'agit donc d'une obligation de résultats donnée par les textes réglementaires et non d'une obligation de moyens comme en France. La priorité est donnée à la prévention primaire tendant au risque zéro et disposant de moyens multidisciplinaires pour étudier les conditions de travail.

La fonction d'hygiène et de sécurité au travail est donc peu médicalisée, traitée sous l'angle pluridisciplinaire de l'hygiène industrielle.

Conception française

La conception française de médecine du travail repose en premier lieu sur la prévention secondaire. Elle est très médicalisée, dominée par l'idéologie médicale traditionnelle axée sur la réparation.

La médecine du travail en France est régie par une réglementation d'*obligation de moyens confiés* en totalité au médecin du travail, spécialiste, réalisant d'une part des examens systématiques réguliers de l'ensemble des personnels, d'autre part le tiers-temps visant à la prévention primaire.

Position européenne

Elle oscille entre ces deux pôles avec :

- La recommandation de la Commission du 20 juillet 1962 « relative à la médecine du travail dans l'entreprise », proche de la conception française.

- À partir de 1984, une évolution vers la conception de l'Organisation internationale du travail (démédicalisation des instruments normatifs et multidisciplinarité des services de santé au travail) et anglo-saxonne est très perceptible.

- L'avis d'initiative pris le 18 septembre 1984 par le Comité économique et social insiste sur la nécessité pour tous les travailleurs d'être couverts par les services de médecine du travail, mais aussi sur le fait que les examens médicaux ne doivent en aucun cas constituer la seule fonction de la médecine du travail, que les services de médecine du travail doivent avoir un caractère multidisciplinaire, le médecin du travail n'étant qu'un membre de cette équipe.

- Les trois programmes d'actions des communautés européennes de 1978, 1984, 1988, ainsi que les deux directives cadres de 1980 et 1989, sont en fait des prises de position sur la primauté de la prévention primaire à l'égard des risques du travail portant sur le milieu de travail, l'évaluation des risques liés au travail, et le travailleur.

- À noter cependant l'adoption d'une liste européenne de maladies professionnelles, à venir, qui est un élément déterminant de prévention secondaire et tertiaire (réparation).

considérés comme les « meilleurs compromis acceptables à un instant donné ». Seule une démarche participative ou partenariale peut mener cette tâche à terme.

L'hygiène et la sécurité du travail apparaissent il y a encore peu de temps comme le champ réservé de l'ordre public social ; la sécurité n'était pas négociable. L'Europe nous amène aujourd'hui à entreprendre dans ce domaine une vaste démarche participative, devant laquelle risqueraient de s'effacer, si l'on n'y prend pas garde, les règles de droit.

Dans un contexte où se multiplient les situations de précarité et où l'accélération de la libéralisation des échanges menace les entreprises qui ne pratiquent pas le dumping social, la crédibilité de la réglementation repose à la fois sur la confiance que les acteurs sociaux peuvent avoir en elle, et sur la volonté politique d'appliquer le noyau dur de cette réglementation.

Quand les capacités d'intervention des autorités publiques pour faire appliquer leur politique se trouvent diminuées, on peut se demander pendant combien de temps encore le garde-fou réglementaire nous protégera contre les dérapages incontrôlés ?



Droit et précarité

Depuis 1975 environ, le droit du travail tend à légaliser la précarisation et l'exclusion. Ainsi, toutes les formes de recours à l'emploi précaire, de location de main-d'œuvre, de sous-traitance, ont fait l'objet de législations qui en introduisant, certes, des limites à leur usage incontrôlé, a cependant permis de les institutionnaliser, mettant ainsi en cause les garanties, en termes d'emploi et de protection sociale, assorties au contrat de travail... Parallèlement, on assiste à un effondrement de pans entiers du droit qui ne sont plus appliqués et applicables dans les conditions actuelles parce que c'est un droit qui a été construit sur la relation typique de travail, c'est-à-dire un employeur, un salarié, un seul lien de subordination, un seul site. De moins en moins de salariés entrent dans cette définition du contrat de travail ou de l'emploi.

Épidémiologie et organisation du travail

L'épidémiologie est une science qui se fixe pour objet la recherche des causes des altérations de la santé en étudiant les fréquences de ces altérations dans des groupes de population humaine. C'est un outil parmi d'autres, ergonomie, économie, sociologie, médecine qui permet de découvrir, d'interpréter un discours, un regard, des observations sur la santé de ces populations.

La recherche épidémiologique en santé-travail, demeure peu développée. Il ne faut donc pas s'attendre à des moissons extraordinaires sur tous les fronts : limite d'exposition, effets aux faibles doses, processus temporels, et ceci dans tous les champs : cancers, pathologies respiratoires, circulatoires, ostéo-articulaires, mentales, etc.

Une forte évolution se fait sentir dans la compréhension des rapports santé-travail avec l'apparition de modèles multifactoriels qui prennent en compte ce qui est physique et visible dans le travail (charges, postures, nuisances telles la chaleur, le froid, les poussières, les vibrations...) et l'invisible omniprésent et structurant formé par l'organisation du travail (contraintes de temps, exigences de rendement excessives...), par les paramètres psychosociaux relatifs à la monotonie, à l'intérêt du travail, au choix dans la manière de conduire sa tâche, aux relations interindividuelles avec l'encadrement, avec les collègues et même avec le milieu familial. Des percées nouvelles sont apparues en particulier en étudiant les altérations de la santé, qui n'ont pas encore le statut de maladies, comme les douleurs articulaires, les troubles du sommeil, les perturbations des paramètres circulatoires, au point qu'il paraît impensable de proposer des stratégies de prévention qui ne seraient pas elles-mêmes multifocalisées à la fois sur les contraintes physiques et sur les paramètres psychosociaux associés au travail. Ces avancées sont encore balbutiantes, elles laissent de côté dans la quasi-totalité des cas :

- les aspects évolutifs (difficulté spécifique des approches longitudinales...), notamment les effets en termes de vieillissement (dans les deux sens de la relation entre âge et travail) ;

- les interactions entre les différentes composantes de la vie professionnelle.

On attend les études qui porteraient sur les relations entre la santé et le parcours de vie professionnelle alors même que s'opèrent des mutations considérables sur les modes d'entrée et de sortie de la vie active.

On attend aussi plus d'information sur les effets à long terme durant la période post professionnelle des expositions, des contraintes et des conditions de travail sur les déficiences physiques ou mentales qui empêchent que les gains d'espérance de vie obtenus ces cinquante dernières années le soient en termes de vie sans dépendance, sans incapacité. Il s'agit là d'une question de santé publique.

De la difficulté à évaluer les conséquences de la précarité

Le travail se modifie, à tel point que les bases pour dénombrer apparaissent impalpables. Sur les lieux de travail, la flexibilité des horaires, des tâches (polyvalence) complexifie la notion de facteur d'exposition (ce n'est pas toujours le même, il y a de multiples facteurs à considérer). Le statut des populations au travail se ramifie (qui est actif, qui ne l'est pas ? qui est en stage, au chômage, en préretraite, qui est au travail ?...). Veut-on saisir telle ou telle catégorie que toute enquête voit ses sujets entrer et sortir de son champ de définition, que toute enquête voit une partie de ses sujets soustraits à l'analyse avant même que l'interrogation s'opère.

La précarité devient une donnée importante du rapport au travail, une question capitale pour les recherches à venir en santé-travail. Se saisir de la précarité comme champ d'observation de la relation travail-santé est méthodologiquement difficile à aborder. Les instruments d'observation statistiques sont pauvres. Peut-être peut-on incriminer telle ou telle faiblesse de l'appareil statistique, telle ou telle faiblesse liée à une faible perception des problèmes.

Mais peut-être aussi faut-il penser différemment les protocoles d'analyse. Nous sommes confrontés de plain-pied à des phénomènes dynamiques d'entrée-sortie dans des états de précarité.

Tous ces états de précarité, qu'on peut s'accorder à désigner comme les hauts lieux des effets combinés des risques et des contraintes

professionnelles, des stress accrus, des contenus appauvris de travail, ne peuvent voir leurs effets saisis à un instant et à un endroit donnés, des effets pouvant se révéler à long terme, une fois que le temps de latence nécessaire aux processus psychologiques, psychiques et somatiques se sera écoulé.

Le développement d'analyses longitudinales est indispensable afin d'identifier les facteurs d'entrée, de maintien, de sortie des états de précarité et leurs effets combinés.

Le suivi doit être assorti des délais nécessaires pour assurer un minimum de puissance statistique, c'est-à-dire de capacité à détecter les troubles physiques, psychologiques ou psychiques reliables aux différentes périodes passées dans des états de précarité.

Il est donc nécessaire de plaider :

- pour la mise en place de projets pluridisciplinaires et coopératifs sur des études de suivis prospectifs longs ;

- pour lever les obstacles, financiers certes, mais également dans les esprits pour rendre accessibles les observations sur l'emploi, les conditions de travail et les déplacements des populations et de la main-d'œuvre au travail.

À défaut, il ne nous resterait une fois de plus qu'à constater macroscopiquement que certains ont une espérance de vie moindre que d'autres, que les déficiences organiques sont plus prévalentes chez certains que chez d'autres et que toutes ces différences peuvent être reliées au travail. Mais, faute de plus de précisions et face à des facteurs nouveaux qui peuvent aggraver les constats précédents, la nécessaire prévention n'aura pas de base pour concevoir les actions indispensables. ■