Médecine d'expertise, médecine du travail, médecine d'entreprise.

Philippe Davezies

Rapport aux 24^e Journées Nationales de Médecine du Travail, Paris, 12 juin 1996. Publié dans Archives des maladies professionnelles, 1997, 58, n°1-2, 14- 21.

Mots clés : histoire, médecine d'expertise, médecine d'entreprise, médecine du travail, déontologie.

Il est classique de situer à la libération la naissance de la médecine du travail française. L'accent est mis, de cette façon, sur le caractère fondateur de la loi de 1946. Mais peut-être avons nous intérêt, pour réfléchir sur le métier de médecin du travail, à profiter de cette année de cinquantenaire pour replacer la médecine du travail dans une perspective un peu plus vaste. En effet, le métier ne peut être réduit à la simple mise en application des prescriptions légales. Il suppose la confrontation des traditions du corps médical, des prescriptions légales et de la résistance opposée par la réalité.

Si nous abordons la question du métier de cette façon, alors il faut rappeler que la médecine du travail n'a pas été instituée ex-nihilo à la libération. La mise en place du système que nous connaissons a été précédée par de nombreuses expériences et de nombreux débats - notamment au sein du corps médical - sur les missions que devrait se voir assigner un système de santé au travail. La médecine du travail devait-elle seulement servir les intérêts du pays en veillant à la santé de ses travailleurs et de ses conscrits ? Fallait-il la concevoir comme une médecine d'assurance ? Etait-il souhaitable qu'elle assure des fonctions de soins ? Devait-elle contribuer à l'efficacité productive de l'entreprise ? Quelles étaient les implications de ces différentes perspectives en termes de déontologie médicale ? (Leclerq, Mazel, 1916 ; Leclerq, Mazel, Dujarric, 1917 ; Etienne-Martin, 1938; Duvoir, 1938, 1943).

Les débats de cette époque ont été tranchés, en droit, par la loi de 1946. Il n'est pas certain qu'ils l'aient été de la même façon dans les faits. Cinquante ans plus tard, la mise en application des principes de la loi de 1946 se heurte encore à de

nombreuses difficultés. Les courants et les traditions antérieurs à la loi de 1946 n'ont pas disparu pour céder la place à une perspective entièrement nouvelle. Au contraire, les traditions antérieures se sont moulées dans le cadre constitué par la loi de 1946 et pèsent encore sur la façon de penser le métier de médecin du travail. Sous l'appellation "Médecine du travail", nous pouvons distinguer plusieurs traditions, potentiellement plusieurs métiers. Repérer ce qui pourrait constituer en propre le métier de médecin du travail dans la tradition de 1946 impose donc une clarification.

Dans cette perspective, la tradition la plus déterminante vis à vis des pratiques réelles de médecine du travail est la tradition ouverte en 1898 par la loi sur les accidents du travail, acte de naissance d'une médecine du travail experte, dans la continuité de la médecine légale.

I - La médecine d'expertise (1898).

Ce pan de la médecine du travail trouve son origine dans la législation mise en place en 1898 pour la prise en charge des accidents du travail et en 1919 pour celle des maladies professionnelles. Ces dispositions légales consacrent en matière de réparation "*une diminution des pouvoirs du juge, tandis que le rôle de l'expert devient central*" (A. Thébaud-Mony, 1990).

Nous touchons là, probablement, le socle le plus stable de la médecine du travail : la contribution experte à l'élaboration et au fonctionnement du dispositif institutionnel et légal concernant la santé au travail (consultations de pathologie professionnelle, expertises, Collèges des Trois médecins, Commissions de Reconnaissance des Maladies Professionnelles, Conseil Supérieur de Prévention des Risques Professionnels)..

S'il y a une crise d'identité de la médecine du travail, elle ne frappe pas ce secteur. La médecine du travail experte, le plus souvent assurée par les enseignants hospitalo-universitaires repose au contraire sur des bases très solides :

- une position référée à la déontologie médicale dans ce qu'elle a de mieux balisé,

- un savoir sur les relations entre facteurs de risques et effets sur la santé, appuyé sur les critères de validation des sciences expérimentales,
- une compétence clinique garantie par la formation hospitalière,
- et surtout une contribution à un système de prise en charge des questions de santé au travail dont la dynamique ne repose pas sur les seules épaules des experts.

L'ampleur et la solidité de cet héritage historico-scientifique sont telles qu'il va constituer, pour la profession, le pivot, le centre de légitimation des discours et des pratiques.

La position centrale de la perspective médico-légale conduit à considérer que la médecine du travail hospitalo-universitaire et la médecine du travail en entreprise relèvent des mêmes connaissances théoriques, la différence portant seulement sur leur degré de maîtrise et sur les modalités d'application. Or, ce point est discutable. Le diagnostic des pathologies professionnelles et la contribution aux processus de réparation ne représentent qu'une part très limitée de l'activité des médecins du travail, et ce n'est pas sur celle-ci que leurs compétences se trouvent prises en défaut, mais plutôt sur ce qui constitue leur mission principale : la mise en oeuvre de la prévention primaire.

Qu'en est-il donc du métier de médecin du travail en entreprise ?

II- La médecine du travail en entreprise (1946).

Souvenons-nous du texte de la loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail : "*Ces services seront assurés par un ou plusieurs médecins, qui prennent le nom de "Médecins du travail" et dont le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ..*"

La loi de 1946 n'invente pas la médecine du travail. Elle tranche dans les débats antérieurs. Cette médecine sera au service des travailleurs. Jusque là, on parlait indifféremment de médecins du travail, de médecins d'usine, de médecins d'entreprise. On parlera désormais de "Médecins du travail".

Cette médecine du travail est classiquement conçue dans la continuité des principes d'expertise transmis par la communauté hospitalo-universitaire. Le médecin du travail est sensé jouer, dans les débats au sein de l'entreprise, le rôle que joue le professeur d'université au niveau des institutions locales ou nationales de prise en charge des questions de santé au travail. Il est le garant d'une information objective dans une situation qui est plus ou moins une situation de contentieux.

"L'information doit [...] être bidirectionnelle et simultanée. Le comité d'hygiène et de sécurité ou mieux le comité d'entreprise peut être le lieu principal, le rapport annuel, le support. Ce document ne doit plus être un simple bilan d'activités, mais un véritable rapport sur l'état dans l'entreprise des conditions de travail, des risques, sur la nature et la priorité des mesures qui pourraient être prises... Qui pourraient être prises, car ce n'est pas au médecin du travail qui n'a jamais eu ce pouvoir, mais aux forces sociales en présence, de déterminer ce qui sera réellement exécuté (Prost G., Girard R., Tolot F., 1981).

Deux propositions fondent la cohérence de cette perspective :

1 - un débat sur l'organisation et les conditions du travail, oppose les forces sociales présentes dans l'entreprise ;

2 - le médecin éclaire ce débat, du point de vue de la santé, à partir de ses connaissances, des éléments cliniques recueillis au cabinet médical et des résultats des études qu'il met en oeuvre au cours de son tiers temps.

C'est bien l'esprit de la loi de 1946, encore renforcé par tous les textes réglementaires qui, à partir de 1976, mettent systématiquement l'accent sur la nécessité de fournir aux salariés l'information sur les risques du travail. Cette prégnance de l'avis d'expert apparaît nettement dans les textes produits par les médecins du travail eux-mêmes. Ceux-ci mettent en exergue la description et l'analyse des situations. En revanche, la façon dont ces constats sont communiqués dans l'entreprise et les réactions qu'ils entraînent ne sont pas analysées. Dans la ligne de la problématique experte, l'accent est mis sur le savoir et sur son acquisition beaucoup plus que sur l'action de transformation elle-même.

Or les deux piliers fondamentaux qui garantissent la cohérence de cette position - le débat social et la compétence de l'expert - posent problème.

Le débat social sur les conditions de travail fait terriblement défaut. Jusqu'aux années 70, l'histoire sociale de notre pays a été caractérisée, entre autres phénomènes, par un consensus général pour ne pas poser les questions de santé au travail. Le débat au sujet de l'organisation et des conditions de travail n'a émergé que dans les années 70 et il a été rapidement douché par la montée de la crise. Jusque là, la feuille de paye constituait un obstacle au débat sur les conditions de travail, à partir des années 80, ce sera l'emploi. Il faut dire aussi que la tradition syndicale de négociations au sommet, à partir de la mobilisation des grandes entreprises, ne préparait pas les militants syndicaux à prendre en charge sur le terrain les questions de santé au travail. Un effort a bien été entrepris par les syndicats, à partir de la fin des années 70, pour investir ce champ de responsabilité, mais l'effet positif de ce phénomène est fortement atténué par une perte d'influence qui place la France parmi les pays les plus faiblement syndicalisés d'Europe. La façon dont ont été traités les problèmes liés à l'utilisation de l'amiante constitue probablement une assez bonne illustration de la difficulté particulière qu'il y a, en France, à prendre en charge les questions de santé au travail. Cet exemple ne fait qu'illustrer un constat très général : il est difficile d'expliquer l'inertie qui prévaut bien souvent sur les problèmes de santé au travail par un défaut d'information. Un tel constat impose de rediscuter une conception du métier exclusivement centrée sur la problématique experte.

Dans le modèle idéal véhiculé par la loi de 46, l'expert détient l'information tandis que l'énergie est du côté des partenaires sociaux. La rencontre de l'énergie et de l'information réalise les conditions de la transformation. Dans la réalité, et sur les questions envisagées, l'énergie semble faire défaut. Les avancées que nous avons pu connaître en matière de santé au travail sont en grande partie liées à une action volontariste des pouvoirs publics et plus récemment des instances législatives européennes. Dans l'entreprise, le médecin s'efforce d'apporter des réponses à des questions que ses interlocuteurs ne posent pas, ne veulent pas poser. Il se trouve alors confronté à un défi : porter lui-même le problème ; passer de la position d'expert à la position d'acteur engagé (Dodier N., 1993).

Il ne suffit pas d'informer, il faut convaincre.

Prenons bien la mesure de la difficulté : le médecin a été formé, sur le modèle de l'expertise, à apporter des réponses. Or ce sont, le plus souvent, les questions qui font défaut. C'est la demande elle-même qu'il faut faire émerger. Dans cette perspective le médecin dispose d'un atout. Il peut tenter de promouvoir des mesures de prévention en mobilisant le matériel clinique recueilli à l'occasion de la visite médicale. Il bute alors sur une deuxième limite : la majeure partie du matériel qui pourrait être recueilli au cours de la visite médicale ne concerne pas les risques professionnels bien identifiés vis à vis desquels il a été formé. Se manifestent dans le cabinet médical une quantité de signes d'usure non spécifique ou de souffrance psychique qui prennent très difficilement sens dans une perspective experte, avant tout soucieuse d'objectivité. L'action se trouve alors réduite à la prise en charge des cas dont la gravité s'avère suffisamment patente pour forcer l'ouverture du débat sur les aménagements du travail. Les résultats de ces interventions sont généralement très limités : la prise en compte du problème est en effet tardive, et concerne des individus souvent à bout de souffle qu'il aurait fallu prendre en charge beaucoup plus précocement pour pouvoir espérer un résultat favorable.

Au bout du compte, le médecin du travail se heurte à une contradiction structurelle. Il doit tenir les objectifs de santé au nom d'une rationalité qui dépasse le cadre de l'entreprise et les intérêts particuliers de celle-ci. Mais l'objectif de prévention primaire qui lui est assigné dépend exclusivement de la façon dont ses interlocuteurs soutiennent eux-mêmes les exigences de santé.

Le médecin ne peut remplir sa mission de prévention primaire que dans la mesure où se rejoignent ses préoccupations et celles de ses interlocuteurs. Or les préoccupations massivement exprimées dans l'entreprise sont d'ordre économique. Se dessine alors inévitablement la perspective d'une médecine qui ne prenne plus seulement en considération les questions de santé mais aussi les questions d'efficacité et de rentabilité économique. Comme le disent certains confrères, *"il faut vendre la médecine du travail"*. Insensiblement, nous passons alors d'une médecine du travail à une médecine d'entreprise.

3 - La médecine d'entreprise (1916 ?)

"Au lendemain des hostilités, la lutte ne prendra pas fin : les armes seules seront déposées. La bataille continuera sur un terrain nouveau, le terrain économique. L'agriculture, l'industrie, le commerce seront les moyens ; la prospérité nationale, le prix du combat. La victoire restera à celui des deux groupes de belligérants qui pourra le mieux concurrencer l'adversaire, fabriquer le plus, vendre le moins cher. Avivée par les souvenirs d'une guerre récente, longue et cruelle, la lutte ne manquera pas d'être sans pitié ; son importance ne saurait échapper ; la victoire économique primera la victoire militaire.

Cet appel à la mobilisation pour la bataille économique ouvre le célèbre plaidoyer écrit par Leclerq et Mazel en 1916 en faveur de la contribution des médecins à l'organisation des entreprises. Dès l'origine, l'idée d'une médecine du travail apparaît liée à la perspective d'une contribution médicale à la lutte économique.

Nous proposons d'appeler médecine d'entreprise (appellation usuelle avant 1946) cette médecine qui espère servir à la fois les intérêts économiques de l'entreprise et la santé des salariés. Cette tradition est peu discutée mais elle n'en exerce pas moins, aujourd'hui encore, une influence considérable sur la profession. Il est donc nécessaire de situer rapidement sa place dans l'histoire du métier.

De la première guerre mondiale à 1946, l'existence d'une médecine d'entreprise au sens ou nous l'entendons ne fait pas mystère. Les services médicaux sont organisés par les employeurs hors de tout cadre légal spécifique et les pionniers de cette époque s'inscrivent tous plus ou moins dans cette perspective. C'est l'époque où les revues de médecine du travail traitent de pathologie professionnelle, mais aussi d'orientation professionnelle, "d'orientation biologique de la main d'oeuvre", de sélection, de biotypologie. Beaucoup des voies explorées à cette époque ont été abandonnées ou même condamnées. Cela ne nous autorise pas pour autant à oublier cet héritage. Probablement parce que tout était à inventer, les textes des auteurs de l'époque - les Martin, Leclerq, Mazel, Duvoir et autres - débattent de la médecine du travail avec une ampleur de vue, une

liberté de ton et une volonté de débat scientifique mais aussi social que l'on ne retrouvera plus dans les périodes suivantes.

Ces pionniers poursuivaient, dans une perspective humaniste et probablement largement utopique, la conciliation des objectifs de santé avec les objectifs économiques. C'est dans un deuxième temps qu'apparaîtra, dans leur sillage, un autre courant, plus radical, qui subordonne les objectifs de santé aux objectifs économiques :

"La visite d'embauche permet [...] d'éliminer les faibles, les malades chroniques, les infirmes, non dangereux pour l'entourage mais qui représentent, pour la bonne marche de l'entreprise, des risques excessifs de maladie, d'invalidité ou d'accidents, des arrêts de travail fréquents, et par conséquent, une charge trop lourde, très supérieure à la moyenne". (E. Perret, M. Perrault, 1941)

La mise en place de la médecine du travail en 1946 ne fait pas disparaître ces conceptions et pratiques antérieures. Celles-ci sont portées, en 1961, à un niveau extravagant par Bréhier dans son livre *Médecine d'entreprise, un médecin d'entreprise s'interroge*. L'auteur y désigne comme l'un des écueils qui menacent la pratique du médecin *"l'attitude qui consisterait à abâtardir l'effort et amenuiser le travail pour le mettre en toutes circonstances à la portée des plus déshérités des travailleurs et sans considération d'autre espèce"*.

Une perspective qui subordonne les décisions du médecin à des critères de rentabilité apparaît encore dans le rapport aux Journées Nationales de Médecine Préventive de 1967.

"Le médecin du travail se doit donc de trouver une solution d'équilibre entre les intérêts personnels (droit au travail, protection des autres ouvriers) et les intérêts de l'entreprise (dont la finalité est encore d'ordre économique).

Il semble donc logique qu'au moment d'investir sur la tête de tel ou tel candidat ou candidate les frais qui correspondent à sa formation professionnelle, [...] nous nous penchions sur l'avenir possible de l'intéressé, pour apprécier, selon une terminologie qui ne plaît guère mais s'impose, sa rentabilité probable dans l'avenir. (Dumortier L., Feutren J., 1969).

La période des années 70 est marquée, nous l'avons dit, par une transformation très perceptible de la sensibilité sociale sur les conditions de travail. Ce regain

d'intérêt a un impact sur les pratiques et les discours des médecins. Les préoccupations se déplacent du côté de l'analyse des conditions de travail et de la prévention. Sur une période d'une vingtaine d'années, on ne trouve plus de texte de premier rang qui soutienne une position de médecine d'entreprise. Ce point de vue refait pourtant surface, dans la deuxième partie des années 80, sous la poussée du mouvement de réhabilitation qui institue l'économie et l'entreprise comme sources de légitimité.

Chacun se souvient de la prise de position provocatrice de Lorient :

"Le médecin qui opte pour un exercice en entreprise choisit par là même le monde de la rentabilité et du profit, sources vives des entreprises puisque générateur d'emploi. En tant que cadre à part entière de l'entreprise qui l'emploie, "son entreprise" il a à son égard des devoirs. Dans ce contexte, contribuer à une meilleure productivité de l'entreprise doit être un des principaux objectifs de son rôle". (Lorient J., 1988)

Sur un mode beaucoup plus interrogatif, des préoccupations qui témoignent de ce retour de la médecine d'entreprise sont exprimées à la tribune lors des Journées Nationales de Rouen en 1990 :

"Nous n'avons [...] jamais su si cette détermination de l'aptitude devait porter uniquement sur la possibilité physique pour les travailleurs de résister aux conditions de travail qui pourraient altérer leur santé, ou si, plus largement, on demandait aux médecins de dire si le sujet présentait les aptitudes convenables pour exercer ses fonctions sur le plan physique, y compris sensoriel, voire psychique". (Bertran J., Barre P., Petiet G., 1991)

Ou encore :

"Le médecin du travail doit-il négliger totalement cet aspect économique, cette dimension de sélection, de l'avis d'aptitude ? et d'ailleurs le peut-il ?

Sûrement pas lorsque le poste de travail met en jeu la sécurité de la collectivité de travail, de la collectivité générale et/ou de l'environnement..; [...]

Mais le médecin peut-il d'avantage négliger cet aspect économique de l'avis d'aptitude lorsque seule la qualité de la production est en jeu ?" (Letourneux M., Caillard J.F., 1991).

Il ne s'agit là que de la partie la plus visible de ce mouvement. La lecture attentive des communications publiées par les Archives des Maladies Professionnelles montre l'impact de la montée des contraintes économiques sur l'activité des médecins et sur les conceptions que certains se font de leur métier. Cette lecture renseigne aussi sur ce qui rend les médecins vulnérables à cette perspective. Dans bien des cas, il apparaît en effet que le principe d'une pratique plus ou moins proche de la médecine d'entreprise n'est adoptée qu'à défaut. Les écrits des médecins du travail réaffirment en général la priorité des objectifs de prévention primaire définis par la loi de 46, mais les conditions de travail sont aussi, souvent, présentées comme enserrées dans des contraintes immuables. Faute de pouvoir contribuer à leur amélioration, et dans le souci de se rendre tout de même utiles à l'ensemble des partenaires, certains se replient sur les formes les plus élémentaires de la prévention médicale - vaccinations, hygiène corporelle et alimentaire, dépistage de pathologies non spécifiques du travail - et cherchent à apporter leur contribution à l'activité de l'entreprise sur des objectifs qui ne concernent plus strictement la santé au travail. Les textes des années 90 montrent que toutes les formes existent entre une médecine du travail dans la pure tradition de la loi de 46 et une médecine d'entreprise. Un glissement à peu près continu permet de passer, de la question du risque pour les autres salariés sur les postes de sécurité, aux risques pour les usagers, puis aux risques pour les populations, pour les consommateurs, pour l'environnement, et finalement pour l'efficacité de la production.

Pendant la même période, et témoignant ainsi de la montée de ces interrogations, le ministère du travail est amené à préciser son interprétation de la doctrine (contradictoire avec celle de la médecine d'entreprise) d'abord au sujet du contrôle de l'hygiène dans les industries de la viande (Circulaire du 8 mars 1995 relative à la surveillance médicale des salariés procédant à la manipulation de denrées animales et d'origine animales, Bulletin Officiel - Travail, Emploi et Formation Professionnelle, n° 95/11, PP. 7-10), puis plus généralement sur la définition de l'aptitude (Réponse ministérielle n° 26712, Journal Officiel de L'Assemblée Nationale, 17 juillet 1995, P 3137) .

Tous ces éléments témoignent d'un fait : il existe, dans la longue durée, et à une échelle qui ne peut être ramenée à des positionnements individuels, un courant qui relève de la médecine d'entreprise. Il faut donc mettre en discussion sa problématique, d'autant plus que ce courant est profondément enraciné dans les difficultés quotidiennes de la pratique en entreprise.

Pour cette discussion, la tribune libre du docteur Godard dans un numéro récent d'une revue syndicale constitue un bon point de départ. La question posée illustre en effet un problème général auquel se trouvent confrontés les médecins du travail..

"Dans l'exemple suivant, une imprimerie sur carton, le contrôle des couleurs imprimées se fait à l'oeil après comparaison avec le bon à tirer. L'entreprise (plusieurs établissements en France), a demandé au médecin du travail dans quelle mesure il pouvait effectuer un contrôle de la vision des couleurs des salariés. [...] Personnellement, il me paraît du rôle du médecin du travail de gérer ces tests si ils doivent être pratiqués, de manière à garder la maîtrise du "médical" et protéger le salarié en cas de problème". (Godard, 1996)

En quelques lignes, sont mises en place les trois dimensions qui structurent la position :

- une question d'identité pour le médecin - "garder la maîtrise du médical" -
- ;
- la prise en compte de critères d'efficacité ou de rentabilité dans la définition de l'aptitude ;
- la volonté de protéger le salarié.

Cette dernière motivation inscrit la position de notre confrère dans la tradition humaniste originelle de la médecine d'entreprise qui prétend à la fois répondre aux attentes de l'entreprise et préserver l'intérêt des salariés.

Cette tradition tire sa légitimité d'un postulat fondamental : *"ce qui est bon pour l'entreprise est bon pour les salariés et pour la collectivité"*. Si ce postulat est vrai, alors il est possible de développer pleinement la problématique de médecine d'entreprise. Malheureusement, ce n'est que partiellement le cas. Personne ne le nie, le déploiement de la logique économique fait des victimes y compris en terme de santé. Nous pourrions cependant nous accommoder d'une maxime qui reste

vraie dans de nombreux cas si cette position ne nous amenait pas sur une deuxième difficulté : c'est justement lorsqu'il n'y a pas convergence entre les exigences d'efficacité productive et les impératifs de santé que le médecin du travail est amené à prendre ses responsabilités. Ce qui peut apparaître comme marginal, au regard du postulat fondateur, devient central si on l'envisage du point de vue du médecin du travail.

Lorsqu'il oriente son action en référence aux intérêts de l'entreprise, le médecin se trouve donc confronté à une contradiction. Cette contradiction n'avait pas échappé aux auteurs qui soutenaient, avant guerre, le projet d'une médecine d'entreprise. Mais dans leur perspective, la présence même du médecin permettait de résoudre la difficulté. Il s'agit là d'un point très important : dans la tradition de la médecine d'entreprise, la solution de la contradiction entre intérêts économiques et objectifs de santé est renvoyée à la personnalité du médecin, à sa conscience professionnelle, son humanité, sa capacité à tenir le juste milieu, son indépendance morale, son autorité, son intégrité, sa persévérance, son sentiment du devoir social, son dévouement etc.. Les articles qui s'inscrivent dans la perspective de la médecine d'entreprise déploient la litanie des qualités qui sont sensées mettre le médecin au dessus de la contradiction qui se manifeste inévitablement entre les exigences de la santé et les intérêts économiques.

En ce sens, les textes de l'époque éclairent la situation actuelle.

Nous le constatons aujourd'hui encore dans les discussions sur le métier : inscrire l'action du médecin du travail en référence aux intérêts économiques de l'entreprise conduit à particulariser à l'extrême les questions de pratique et à renvoyer les critères de validité de l'action à la personne du médecin. Dans la perspective de la construction du métier, nous touchons là le défaut de la médecine d'entreprise : l'obstacle que constitue cette tradition à la discussion des problèmes pratiques en termes de règles et non en termes de personnalité.

A partir du moment où un compromis a été passé sur les principes de base, la solution des contradictions est renvoyée à un bricolage personnel. Que fera notre collègue le jour où un de ses coloristes présentera des résultats négatifs ? Quelle sera alors la bonne façon d'agir ? Comment, préservera-t-il le salarié alors qu'il a

accepté la demande de mise en place d'examens de sélection formulée par la direction ? Comment, dans un tel contexte, préserver la crédibilité du médecin ? Aucune règle commune ne permet plus de répondre à ces questions.

Une telle position, en situant l'action hors de toute règle potentiellement généralisable constitue un obstacle majeur à la construction du métier. Elle ouvre de plus la porte à des dérives sans limites.

Dans la position d'expert en matière de risques professionnels le problème concernait la pertinence des savoirs et leur capacité à déclencher des transformations. Du côté de la médecine d'entreprise, c'est sur le versant des règles de métier, de la déontologie, que le médecin se trouve fragilisé. Au point où nous en sommes, le métier de médecin du travail apparaît donc tendu entre deux pôles : d'un côté, le pôle de la médecine experte appuyée sur la science, sur la réglementation, sur les valeurs universelles ; de l'autre celui de la médecine d'entreprise privilégiant l'adaptation souple aux intérêts particuliers. Délimiter ces deux traditions permet de mettre en évidence les enjeux de la construction du métier de médecin du travail. Face à la médecine experte, il nous faut affirmer la spécificité d'une professionnalité orientée non pas vers le constat mais vers la transformation. Vis à vis de la médecine d'entreprise, il nous faut réaffirmer l'ancrage déontologique du médecin du travail.

4 - L'ancrage fondamental : la déontologie médicale.

Avec la déontologie, nous voici donc au coeur de la question des règles. Nous voilà aussi exposé à la critique des tenants de l'autonomie. La référence aux codes, témoignerait d'un comportement défensif, d'une prédominance de l'inhibition sur la volonté, d'un défaut d'indépendance, d'une aliénation. Une telle position témoigne d'une incompréhension. Les règles ont au contraire, pour nous, un caractère libérateur. *"Pour la psychopathologie du travail, la règle libère chacun de la tendance à se replier sur lui-même, sur ce qu'il peut considérer soit comme son intérêt personnel, soit comme sa jouissance immédiate au travail."* (Cru D., 1995). Le fondement du métier ce sont les règles partagées, en tant qu'elles

constituent un cadre pour l'action et une référence pour sa discussion et son évaluation. Les règles de métier visent, ici, à libérer le médecin d'une partie du poids que la tradition de médecine d'entreprise fait reposer sur ses seules qualités personnelles.

Il se trouve que, pour une part, ces règles ont fait l'objet d'une formalisation dans un code de déontologie dont la légitimité est assurée par la loi. Il suffit de travailler, dans les entreprises, avec les autres professionnels (ergonomes, psychologues, hygiénistes industriels), qui peuvent avoir en charge des questions de santé, mais ne disposent pas de la protection constituée par un tel code, pour en saisir tout le prix.

Nous ne reprendrons pas l'ensemble des dimensions déontologiques qui structurent le positionnement du médecin du travail dans l'entreprise. Nous ne soulignerons que deux points.

Le premier est absolument fondamental. Se situer comme médecin, signifie, pour le médecin du travail, que son action est orientée par le souci de la santé de l'individu et que cet objectif ne saurait être subordonné aux intérêts de l'entreprise qui l'emploie. Un médecin peut très bien mettre ses compétences médicales au service de l'efficacité productive d'une organisation, mais ce positionnement est contradictoire avec le maintien d'une activité clinique au sein de cette organisation. C'est la première limite qui permet de distinguer l'activité médicale d'autres activités fondées éventuellement sur les mêmes connaissances : le médecin est dans l'entreprise pour tenir les exigences de santé, y compris quand celles-ci apparaissent contradictoires avec les exigences économiques, alors que l'hygiéniste industriel, par exemple, résonne explicitement en termes de coût/bénéfice (Chimie et Ecologie, 1996).

Nous nous appuyons là sur une tradition ancienne. En 1902, Lacassagne, le fondateur de l'École médico-légale lyonnaise, définissait clairement les fonctions. Il y a - disait-il - *"opposition et concours dans les rôles de l'ingénieur et du médecin, les auxiliaires indispensables et les collaborateurs utiles de toute industrie."* A l'ingénieur *"de mettre en exploitation notre planète"*, au médecin *"la sauvegarde de l'ouvrier"*. Le médecin ne peut apporter un concours que dans une

structure relationnelle qui n'occulte pas l'opposition. Autrement dit, ne transformons pas en conflit interne pour le médecin du travail, des contradictions dont la prise en charge relève du débat social.

La déontologie médicale impose ensuite au médecin de développer son activité dans le respect de l'intimité et de la dignité de la personne. Ce principe exclut tout ce qui pourrait être assimilé, dans le rapport au patient, à une effraction, à une extorsion d'information par ruse, violence ou surprise. Le médecin est responsable de la clarté du cadre dans lequel il rencontre, interroge, écoute et examine la personne. Le code de déontologie le rappelle : qu'il assure une mission d'expertise ou une mission de contrôle, le médecin doit informer la personne qu'il examine de sa mission et du cadre juridique où elle s'exerce (article n° 102 et n° 107 du code de déontologie).

Or le cadre de la médecine du travail pose problème. Il y a dans ce cadre une ambiguïté qui autorise tous les glissements. En effet, le médecin du travail est conduit à tenir, vis à vis des problèmes d'aptitude, deux positions foncièrement différentes.

Arrêtons-nous un instant pour tenter de clarifier cette question de l'aptitude qui constitue un point de débat important.

La situation la plus courante est celle dans laquelle le médecin prend ses décisions avec comme objectif principal la santé du salarié.

En donnant au médecin la possibilité de signer un certificat d'inaptitude, la société signifie que, *dès lors qu'elles sont en lien avec des problèmes de santé, les difficultés du travailleur relèvent d'une prise en charge particulière*. Il s'agit d'un principe très ancien. Depuis le moyen âge, l'inaptitude au travail constitue un des critères les plus constants pour l'attribution de l'assistance sociale (Castel R., 1995). L'inaptitude permet à un salarié de sortir d'une situation qui met en péril sa santé, en gardant les droits sociaux que la démission lui ferait perdre, et qu'il a, plus qu'un autre, besoin de conserver. La décision relève alors d'une co-construction entre le médecin et son patient. Lorsque se pose la question de l'inaptitude, le consentement de la personne examinée est recherché et, lorsque le

patient refuse, le médecin respecte ce refus après avoir informé le patient de ses conséquences.

Cette attention portée par de nombreux collègues à la question du consentement correspond aux évolutions de la déontologie médicale. En 1947, aux termes du code de déontologie, le médecin devait *"s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision"*. Le nouveau code prévoit que le consentement doit *"être recherché dans tous les cas"*.

La détermination de l'aptitude permet au médecin d'exprimer un deuxième principe extrêmement général : *la société impose des limites à l'usage qui peut être fait des hommes et des femmes en situation de travail*. Ces limites peuvent concerner un individu particulier, dont l'état de santé impose des aménagements. Elles peuvent aussi viser, au delà de l'individu, le poste de travail lui même. Le médecin a recours, selon les cas, au certificat d'aptitude conditionnelle ou même au refus de signer le certificat comme le montre l'exemple emprunté au docteur Bardot F. (voir encadré et Bardot F., 1996).

Monsieur,

En m'informant, lors de la visite médicale d'embauche de votre jeune apprenti (Prénom et Nom) de ses conditions de travail, j'ai appris qu'il commençait à 3 heures 30 du matin, qu'il terminait à 12 heures durant 6 jours par semaine. Ce qui veut dire :

** qu'il fait 51 heures par semaine,*

** qu'il travaille de nuit pour partie.*

Je me permets de vous rappeler que le médecin du travail se préoccupe des problèmes des salariés liés au travail et que de ce point de vue il m'est impossible d'autoriser une telle pratique. En effet, la fin de l'enfance est une période fragile tant au plan physique que mental : la croissance n'est pas terminée, la structuration identitaire est en pleine maturation.

Réglementairement, le temps de travail ne doit pas dépasser 39 heures par semaine (article L117 bis-3 du code du travail), et le travail de nuit est interdit aux jeunes travailleurs (article L213-7).

C'est pourquoi je ne vous remets pas de fiche d'aptitude qui cautionnerait cette situation.

En réponse à ce courrier, je pourrai accepter la mise en place des horaires suivants : 5 heures du matin à 12 heures, et dans ce cas je vous ferai parvenir la fiche d'aptitude de ce jeune garçon. Dans l'attente, recevez, Monsieur, mes meilleures salutations.

Docteur Bardot Fabienne

Double de ce courrier adressé au CFA.

Dans toutes ces situations, le médecin du travail utilise le certificat d'aptitude comme un moyen de préservation de la santé du salarié. Il se trouve dans la même position, vis à vis de son patient, que le médecin traitant.

En revanche, dans le cas des postes de sécurité, le médecin peut être amené à prendre des décisions qui vont contre l'intérêt du salarié pour préserver la santé des autres. La décision s'impose alors indépendamment de l'opinion du salarié,

de ses ressources, de ses projets. Le médecin ne répond plus à la demande du salarié mais à la demande d'un tiers. La position est alors plus proche de la médecine d'expertise.

L'existence de ces deux registres de fonctionnement n'est pas en soi problématique. C'est le mélange des genres qui pose problème. La déontologie impose que le sujet sache dans quel cadre se situe la relation. Il s'agit de la condition minimale pour que s'établisse la confiance. Et cette préoccupation paraît d'autant plus impérative que les salariés n'ont pas le choix du médecin du travail. Les dispositions prises, sur cette question, pour les médecins militaires, illustrent cette exigence :

"Lorsque le médecin d'unité agit en tant qu'expert mandaté par l'armée, il doit avertir le militaire examiné que sa fonction d'expert lui fait perdre sa qualité de confident du patient" (Almeras J.P., Pequignot H., 1996).

Si nous suivons ces principes, il devient nécessaire de fixer clairement et publiquement dans l'entreprise les postes qui relèvent de l'une de ces positions et ceux qui relèvent de l'autre.

Une telle mesure aurait au moins trois avantages. La position du médecin du travail - ce que l'on peut attendre de lui et ce que l'on ne peut pas attendre - s'en trouverait clarifiée. Il serait plus facile de poser à l'avance la question du reclassement des salariés qui occupent des postes à aptitude spéciale. Enfin, distinguer explicitement "l'aptitude protection du salarié" et "l'aptitude couperet", amènerait une réponse aux critiques portées, vis à vis de l'aptitude, au nom de la liberté individuelle. Personne, en effet, ne songe à remettre en cause le caractère particulier de l'aptitude sur les postes de sécurité. Dans les autres cas, si l'aptitude est strictement envisagée en fonction de la santé du salarié et en respectant les exigences du consentement, l'aptitude ne constitue plus une violation de la liberté individuelle mais une protection.

Dans le même ordre d'idée, une quantité de questions pratiques devraient, plus qu'elles ne le sont actuellement, être discutées à la lumière de la déontologie médicale. Ce point peut sembler paradoxal. Le métier de médecin du travail impose manifestement d'affronter des difficultés tout à fait insoupçonnées du reste du corps médical et l'on pourrait en déduire que les solutions doivent être

recherchées dans des positionnements particuliers. Mais c'est justement ce caractère très particulier du métier qui donne un caractère vital à l'ancrage sur la déontologie médicale. La seule alternative est en effet le renvoi au positionnement individuel qui a, sur la profession, mais aussi sur beaucoup des ses membres, un effet très négatif (Davezies Ph., Leboul D., 1995).

Reste, sur ces bases déontologiques, à esquisser dans quelle direction peut se constituer la professionnalité propre du médecin du travail.

5 - Le métier dans sa spécificité : le rapport au travail.

La médecine du travail en entreprise est - avons nous dit - confrontée à une contradiction. D'un coté, il faut soutenir, appuyé sur la déontologie, des exigences de santé qui renvoient à des valeurs potentiellement universelles. D'un autre coté il faut contribuer à des transformations dans un milieu qui est le domaine par excellence de l'affrontement des intérêts particuliers. Construire le métier de médecin du travail dans la tradition de 1946 implique d'affronter cette contradiction sans lâcher, ni sur l'universalité de la perspective, ni sur le caractère éminemment particulier de chaque situation d'action.

Cela suppose d'éviter au moins deux erreurs.

La première consiste à considérer que la contradiction entre exigences de santé et exigences productives serait l'affaire du seul médecin. Nous tenons au contraire que chacun, du haut en bas de la hiérarchie, est confronté à cette contradiction qui engage son identité et son humanité. Le travail exige de chacun qu'il réalise des compromis entre les exigences de production, la nécessaire préservation de son intégrité personnelle et le respect des valeurs sur lesquelles il fonde son identité. Mais ces trois pôles ne sont pas équivalents. L'expérience montre que, bien souvent, les exigences productives priment et imposent une répression des craintes, des aspirations et parfois même des principes moraux. Cette tension permanente entre exigences contradictoires, mais aussi le déséquilibre qui existe entre elles, fondent la nécessité de la présence d'un personnage - le médecin du travail - qui soit dispensé de prendre en compte les critères de productivité de l'entreprise. Cette présence a une valeur symbolique au sens fort de la mise en

scène d'une absence, d'un manque. Elle maintient ainsi ouverte la perspective d'un espace de discussion et d'élaboration sur les questions de santé au travail. En tenant, parfois seul, les exigences de santé, en jouant pleinement le rôle que lui attribue la législation, le médecin offre à ses interlocuteurs la possibilité de ne pas renoncer à cette part d'eux mêmes qui trouve difficilement à s'exprimer sous le poids des contraintes de la production.

En d'autres termes, l'autorité du médecin ne tient pas uniquement à la législation ou au savoir. Elle tient aussi au fait que ses interlocuteurs sont eux mêmes porteurs de valeurs et d'exigences concernant la santé et la dignité au travail.

Une deuxième erreur menace le professionnel de la santé au travail, généralement mieux formé aux sciences de la nature qu'aux sciences sociales et humaines. Prévenir les atteintes à la santé suppose de modifier l'organisation du travail. Or, agir sur l'organisation, ce n'est pas agir sur un état donné du monde objectif mais agir sur un processus de construction sociale.

Il n'existe aucune organisation du travail qui ne soit portée, construite et reconstruite en permanence par les hommes et les femmes qu'elle rassemble. L'organisation du travail est le résultat des compromis négociés par chacun entre exigences de préservation et de construction personnelle d'une part, exigences de production d'autre part. Cependant, hommes et femmes - qu'ils s'agisse des opératrices et opérateurs de base ou des membres de la hiérarchie - sont engagés dans l'action individuelle et collective sans jamais disposer d'une compréhension claire de cet engagement. La psychopathologie du travail nous l'a appris (Dejours Ch., 1994) : les compromis qui structurent les relations sociales de travail sont très fortement marqués par les stratégies de défense contre la souffrance : stratégies des salariés, fondées sur le déni de la souffrance et l'exaltation des capacités de résistance ; stratégies des membres de l'encadrement visant à maintenir à distance l'impact psychique des contradictions entre leurs propres valeurs et certaines conséquences de leurs décisions. Ces stratégies de défense psychique permettent de faire face dans la durée aux exigences du travail mais elles contribuent massivement à l'opacité des relations sociales de travail. C'est

ce qui confère à l'organisation du travail cet aspect extérieur, dépersonnalisé, mécanique ; ce qui conduit chacun à percevoir l'organisation du travail comme une entité inaccessible et à porter, comme une affaire personnelle, une souffrance dont l'origine réside en réalité dans l'organisation du travail.

Ces deux points permettent de caractériser deux moments fondamentaux de l'action du médecin du travail : l'écoute compréhensive et l'intervention publique. Pour promouvoir des transformations du travail dans un sens plus favorable à la santé, il ne suffit pas de mettre en exergue les manifestations pathologiques constatées ou potentielles. Il faut percevoir ce que l'activité quotidienne implique comme difficultés, contradictions, souffrance. Les compromis imposés par la poursuite des objectifs de production et leur coût en terme de santé peuvent être mis en évidence par l'analyse de l'activité telle que nous l'ont enseignée les ergonomes (Guerin F., Laville A., Daniellou F., Duraffourg J., Kerguelen A., 1991). Le médecin dispose, de plus, d'une approche qui lui est spécifique : l'écoute, au cabinet médical mais aussi dans l'espace public de l'entreprise (Wisner A., 1969). Chacun sait que les gens n'expriment pas la même chose au cabinet et en public. Cette écart constitue une source d'indications précieuses sur les dimensions de leur vie psychique que les sujets sont obligés de réprimer pour tenir au travail.

L'écoute du médecin est avant tout attentive aux modalités, aux formes et aux contenus de l'expression de la souffrance. Non seulement parce que la souffrance constitue un appel à la transformation du travail, mais parce que les stratégies défensives qui permettent de tenir face à la souffrance constituent un obstacle sérieux pour la promotion de la santé au sein de l'entreprise (Dejours Ch., 1994).

Tenir les objectifs de prévention implique donc de ne pas se limiter à une clinique des cas, telle que nous l'avons apprise en médecine, mais d'entrer dans une clinique du quotidien, dans une clinique du travail. Il faut mieux comprendre, non seulement la pathologie professionnelle, mais aussi le rapport individuel et collectif au travail. Dans cette optique, tout ce qui vient au cabinet médical - ce que les gens disent comme ce que les gens taisent - reprend sens.

Enfin, l'écoute telle que nous l'entendons ne se limite pas à une recherche de compréhension par le médecin. Elle relève déjà de l'action. Il s'agit d'une écoute

face à un sujet engagé dans la recherche d'une compréhension de sa propre action. Elle vise au premier chef à soutenir cette quête. Avancer ainsi, non pas seul, mais avec les différents interlocuteurs, dans la compréhension de l'action individuelle et collective transforme le rapport au travail, infléchit les processus de construction de l'organisation du travail, modifie (modestement peut être, voire microscopiquement, mais néanmoins réellement) l'organisation du travail elle-même (Davezies Ph., 1995).

Cette attitude repose sur un pari. L'énergie nécessaire aux transformations du travail dans un sens favorable à la santé se trouve chez les hommes et femmes qui organisent et assurent ce travail. Seulement si l'énergie est bien présente, elle n'est que potentielle. La mobilisation de cette énergie au service de la prévention suppose un assouplissement des stratégies de défense psychique qui permette un réinvestissement des perspectives de transformation de la réalité. Cet assouplissement passe par la reprise de la réflexion individuelle et collective sur les dimensions occultées de la situation de travail.

Nous touchons ici à la deuxième facette fondamentale du métier : la prise de position publique du médecin. Il ne s'agit pas seulement de faire part, aux interlocuteurs dans l'entreprise, des conclusions d'une investigation. La prise de parole publique du médecin doit pouvoir servir de point de départ pour la réflexion, le débat et à la prise en charge. Elle doit donc être travaillée dans cette perspective. Cela suppose de mettre l'accent autant sur les questions nouvelles que sur les réponses qu'apporte l'investigation. C'est probablement sur ce point que l'élaboration de nos règles de métier est la plus en retard. Il est urgent de mettre en discussion la façon de transmettre les avis sur la santé au travail (dans la relation individuelle mais aussi dans les communications au CHS-CT, dans la rédaction des fiches d'entreprise). Il faut réfléchir, à partir du matériel clinique recueilli au cours de l'activité, sur les résistances que rencontrent, voire suscitent, nos interventions. Les apports théoriques de l'ergonomie, de la psychopathologie du travail et de la psychodynamique du travail (Raix A., Bié B., 1995) nous fournissent, dans ce but, un cadre de référence précieux. En attendant, c'est au delà des frontières de la profession que nous pouvons

entrevoir quelques perspectives. Par exemple, du côté des techniciens de prévention qui, comme Damien Cru, s'interrogent sur la façon de rédiger les rapports de visite de chantier :

"Je ne parvenais pas à m'installer dans cette sorte de fatalisme qui permet d'accepter de répéter à longueur de jour et de semaine les mêmes sentences. Alors, comme beaucoup de mes collègues, pour ne pas dire la plupart, j'ai commencé à moduler ma façon de rédiger les rapports. [...] Je pourrais dire aujourd'hui, qu'avec ma façon de moduler les comptes rendus de visite, je cherchais à donner un peu de place à la parole dite dans les relations entre le préventeurs et les professionnels, une parole qui soit adressée à celui qui est là, et qui ne se limite pas à énoncer des propositions toutes faites, une parole qui suscite une réponse, un dialogue ; des paroles qui engagent en quelque sorte".
(Cru D. ,1994.)

C'est probablement dans cet esprit qu'il est possible de poursuivre la construction du métier. Là où la perspective experte met en évidence les mécanismes biologiques, là où la médecine d'entreprise perçoit des déterminismes économiques et sociaux, la médecine du travail ne peut que mettre l'accent sur la subjectivité, sur la responsabilité et sur la capacité des être humains à changer, aussi peu que ce soit, le cours des choses.

Pour terminer, signalons enfin qu'au moment où nous commençons à pouvoir penser le métier du médecin du travail, nous voyons aussi apparaître de nouveaux obstacles. La contribution de Lebeaupain au dernières Journées Nationales rend compte de ce double mouvement (Lebeaupain C., 1995). Tenir dans l'entreprise le travail que nous avons esquissé implique plus que du temps : de la durée. Or, de plus en plus souvent, les médecins ont affaire à des salariés qui ne font qu'un court passage dans l'entreprise, généralement sur un statut précaire. Alors que ces salariés posent plus de problèmes de santé que les autres, il ne sont bien souvent vus qu'une fois par le médecin. Il n'est pas possible dans ces condition d'amorcer avec eux un réel travail. Il devient de même difficile de soutenir dans ces conditions la réflexion collective. Si ces phénomènes devaient se généraliser, si l'espoir de s'adresser dans l'entreprise à un minimum de

communauté disparaissait, il s'avérerait nécessaire de repenser profondément le système social de prise en charge des questions de santé au travail.

Bibliographie :

- [1] Almeras J.P., Pequignot H. : La déontologie médicale, *Litec, Librairie de la Cour de Cassation*, Paris, 1996
- [2] Bertran J., Barre P., Petiet G., : Historique de la notion d'aptitude en médecine du travail. "Rapport sur l'aptitude au travail", XXIes Journées Nationales de Médecine du Travail, Rouen 1990, *Arch. Mal. Prof.*, 1991, 52, n°2, 78-79.
- [3] Bardot F. : . Santé et Travail.
- [4] Bréhier : Médecine d'entreprise. Un médecin d'entreprise s'interroge, *Le François*, Paris, 1961.
- [5] Castel R. : Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat. *Fayard*, 1995.
- [6] Cru D. Déambuler entre écriture et travail, *Ecriture, travail, formation, Education Permanente*, 1994, n° 120, 125-140.
- [7] Cru D., Règles de métier, langue de métier : dimension symbolique au travail et démarche participative de prévention. Le cas du bâtiment et des travaux publics. *Mémoire de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes*, 126 pages, 1995.
- [8] Chimie et Ecologie : L'évaluation des risques des produits chimiques, 1996.
- [9] Davezies Ph : L'intervention du médecin du travail dans l'espace public. *Documents pour le Médecin du Travail*, 1995, n°61, 46-48.
- [10] Davezies Ph : Sur la compréhension. *Les Cahiers SMT*, 1996, n°9, p7. .
- [11] Davezies Ph., Leboul D. : Eléments d'analyse psychodynamique de la situation des médecins du travail. *Médecine et Travail*, 1995, n°163, 33-53.
- [12] Dejours Ch. : Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. *Bayard Editions*, 1994.
- [13] Dodier N. : L'expertise médicale. Essai sur la sociologie du jugement. *Métailié*, 1993.

- [14] Dumortier L., Feutren J. : Orientation biologique du personnel hospitalier. Rapport aux Journées Nationales de Médecine Préventive, Angers, 1967, *Arch. Mal. Prof.*, 1969, 30, n°10-11, 563-583.
- [15] Duvoir M. : La médecine du travail. Le rôle du médecin dans l'industrie. *Arch. Mal. Prof.*, 1938, n°1, 7-20.
- [16] Duvoir M. : Le secret professionnel du service médical d'entreprise. *Arch. Mal. Prof.*, 1943, 5, 1-2, 1-7.
- [17] Godard, "Tribune libre". *Médecin du Travail. La revue du Syndicat Général des Médecins du Travail*, 1996, n° 1, p10.
- [18] Guerin F., Laville A., Daniellou F., Duraffourg J., Kerguelen A. : Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie. *Anact*, 1991.
- [19] Lacasagne A. : La médecine d'autrefois et le médecin au XXe siècle. Leçon d'ouverture du cours de médecine légale à l'université de Lyon, le 6 novembre 1902. *A Strock et Cie, Imprimeurs-Editeurs*, Lyon, 1902.
- [20] Lebeaupain : La médecine du travail sous le projecteur de la précarisation. *Arch. Mal. Prof.*, 1995, 56, n°3, 193-196.
- [21] Leclercq J., Mazel P. : "La main d'oeuvre nationale après la guerre" (1916), réédition *Larousse*, Paris, 1966.
- [22] Leclercq J., Mazel P., Dujarric de la Rivière : Rôle du médecin dans l'industrie après la guerre. Orientation et utilisation physiologique de l'ouvrier. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1917, 4, XXVII, n°6, 345-390.
- .
- [23] Letourneux M., Caillard J-F : Réflexions sur la notion d'aptitude. "Rapport sur l'aptitude au travail", XXIes Journées Nationales de Médecine du Travail, Rouen 1990, *Arch Mal Prof*, 1991, 52, n°2, 90-91.
- [24] Lorient J. "La médecine du travail face à l'Europe"; *Le concours médical*, 21-05-1988, p1752.
- [25] Martin E. : La médecine du travail préventive. *La médecine du travail*, 1938, 269-274.
- Perret E., Perrault M. : "Le service médical d'entreprise", E. Perret, *Bibliothèque de l'actualité sociale*, Paris, 1941

- [26] Prost G., Girard R., Tolot F. : La médecine du travail en question. *Arch. Mal. Prof.*, 1982, 43, n° 4, 289-291.
- [27] Raix A., Bié B. : Réflexions sur les champs d'investigation du médecin du travail. *Arch. Mal. Prof.*, 1995, 56, n°5, 396-398.
- [28] A. Thébaud-Mony : De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France. Acteurs et logiques sociales. Rapport de synthèse. ISIS - INSERM U 292, 1990.
- [29] Wisner A. : Ergonomie et médecine du travail. *Arch. Mal. Prof.*, 1969, 30, n°3, 164-166.