

Pour un recentrage sur la clinique

Philippe Davezies

Publié dans l'ouvrage « Des médecins du travail prennent la parole », Association Santé et Médecine du travail, Syros, 1998.

Mots clés : Médecine du travail, santé publique, témoignage, clinique.

Comme en témoigne le présent ouvrage, l'association SMT constitue un des foyers de réflexion vivante au sein de la profession. Au cours de son histoire, elle a mis en circulation, bien au delà du milieu de la médecine du travail, des idées qui tranchent avec les discours convenus ressassés depuis des décennies. Alors que la médecine du travail est généralement traitée sur le mode de la célébration, l'existence du SMT nous offre la perspective d'un véritable espace de discussion sur la santé au travail. Mais cela implique que les propositions avancées par le SMT soient elles-mêmes soumises à la critique. C'est ce que je souhaite faire ici.

En effet, j'estime que la place faite par le SMT à la réflexion sur la clinique est insuffisante alors que cette réflexion est à mes yeux le principal défi auquel se trouve confrontée la profession. Expliciter ma position sur ce point me conduira à discuter la conception de la clinique qui transparaît dans les textes publiés par le SMT. J'ajouterai ensuite quelques éléments destinés à justifier mes préoccupations en qui concerne l'évolution du métier.

Sur chaque point, j'expliciterais d'abord la position du SMT avant d'exprimer mes objections.

1. : L'ordre des priorités

L'objectif central affirmé et réaffirmé par le SMT depuis des années est condensé dans une formule : *"il faut réinscrire la santé au travail dans la santé publique"*. Cet objectif est lié, dans le discours du SMT, à une certaine façon d'articuler et de hiérarchiser clinique médicale au sein de l'entreprise et intervention publique. Envisageons donc ces deux points.

1.1 : Réinscrire la santé au travail dans la santé publique

1.1.1 : La position du SMT

Les objectifs du SMT sont centrés sur une perspective : refonder l'action de la médecine du travail dans le cadre d'une démarche de santé publique afin d'enrayer le processus de précarisation et le déploiement aveugle des logiques économiques. Pour cela, il faut travailler à la mise en visibilité des problèmes de santé au travail hors de l'entreprise. Il est ainsi possible d'instruire les choix politiques et de faire pression sur les politiques publiques. Inscire la médecine du travail dans une perspective de santé publique, cela signifie donc intervenir collectivement pour infléchir les politiques de santé dans le sens d'une meilleure prise en compte des questions du travail. Une telle démarche permettrait aux médecins de sortir de l'attitude de compassion subie et douloureuse et de redonner un sens au métier.

Cet objectif est éminemment respectable mais j'ai cependant une objection.

1.1.2 : Objection :

L'intervention des professionnels dans le débat public et dans la définition des politiques de santé est absolument nécessaire. J'entends très bien qu'un regroupement comme le SMT puisse vouloir peser sur certaines orientations à partir de sa propre sensibilité. Je suis moi-même d'accord pour intervenir comme professionnel et comme citoyen pour peser, à propos de tel ou tel problème précis, sur l'orientation des politiques publiques. Je suis prêt à dépenser mon énergie pour convaincre un maximum de collègues du bien fondé de ma position. Mais je ne vois pas comment cela pourrait constituer un objectif pour la profession. Or, le mot d'ordre est généralement brandi comme s'il pouvait constituer un objectif programmatique pour la médecine du travail.

Le témoignage n'est pas un objectif en lui-même. La seule chose à faire dans cette direction, c'est de partir des problèmes concrets du terrain et des actions menées pour y faire face, de les analyser individuellement et collectivement, d'avancer sur cette base constats, suggestions et propositions, et enfin de les faire connaître largement. Le livre "Souffrances et précarité au travail" constituait une première amorce d'un tel processus mais aller au-delà implique de mettre en discussion de

façon précise et argumentée les questions cliniques liées à la situation de précarité. Au contraire, la tendance est à revenir à un discours général sur la nécessité du témoignage dans l'espace public. Comme s'il suffisait d'aligner des témoignages pour obtenir des transformations.

Une telle perspective laisse penser que la prévention et les transformations du travail dans un sens plus favorable à la santé relèveraient quasi exclusivement des pouvoirs publics et de l'action politique. C'est évidemment faux, les médecins ont des responsabilités directes vis-à-vis de la prévention des atteintes à la santé part le travail. Qu'est-ce donc qui empêche le SMT de reprendre le travail à partir de l'activité concrète et quotidienne des médecins du travail ? La réponse apparaît dans les textes : c'est le regard très pessimiste porté sur la clinique.

1.2 : La place de la clinique.

1.2.1 : La position du SMT

Dans les textes du SMT, l'intervention au sein de l'entreprise est présentée comme peu efficace. Les espaces publics internes, à partir desquels pouvait antérieurement (au cours de trente glorieuses) se déployer une dynamique de transformation, se rétrécissent quand ils ne disparaissent pas tout à fait. Ainsi, les clefs d'une politique de prévention ne se trouvent plus au sein de l'entreprise. Aussi bien intentionnées soient-elles, les interventions du médecin peuvent même constituer en danger pour les salariés. Elles sont en effet susceptibles de venir déséquilibrer les fragiles procédures de survie mises en oeuvre par les salariés. Cette analyse de la faillite de l'action préventive à l'intérieur de l'entreprise fonde la nécessité et l'urgence du désenclavement de la médecine du travail et d'un recentrage sur la mise en visibilité des problèmes de santé au travail hors l'entreprise.

Certes, il est aussi possible de trouver dans les textes du SMT des passages qui insistent sur l'importance de la clinique mais c'est toujours dans un développement qui culmine sur la question du témoignage dans l'espace public. Cette façon de décrire l'action des médecins du travail au sein de l'entreprise appelle plusieurs objections.

1.2.2 : Objections :

Il faut tout d'abord poser que l'affaire de l'amiante témoigne effectivement d'une faillite du système de santé au travail. Manifestement, l'action des médecins au sein de l'entreprise n'a pas - c'est le moins que l'on puisse dire - l'efficacité souhaitable. Mais devons-nous et pouvons-nous pour autant abandonner ce terrain. Un tel constat devrait conduire, bien au contraire, à une réflexion approfondie sur les modalités de la démarche clinique au sein de l'entreprise. En effet, là où les textes du SMT voient une involution de la pratique clinique au sein de l'entreprise, il est au contraire possible d'observer tous les signes d'un déploiement. Le diagnostic porté sur la fermeture des espaces internes est, lui-même, très contestable. Si l'intervention en santé au travail était plus facile au cours des trente glorieuses, comment se fait-il que cette période soit le plus souvent caractérisée comme la période la plus sombre de la médecine du travail ? Les préoccupations en matière de santé au travail sont montées en puissance de façon concomitante à la montée de la crise sociale. De nombreux verrous qui empêchaient la prise en compte des problèmes de santé au travail ont sauté. De nombreuses opportunités se sont ouvertes pour les médecins du travail. Leur position dans l'entreprise, la considération dont ils jouissent dans la société restent encore médiocres mais elles se sont très notablement améliorées. De plus, leurs capacités d'intervention se sont accrues de façon considérable. J'ai été médecin du travail en inter-entreprise dans la petite métallurgie à la fin des années 70 et je vois aujourd'hui des collègues mener, dans ce type d'entreprise, des actions qui étaient absolument impensables à l'époque. La situation actuelle est très loin d'être satisfaisante mais je ne crois pas que l'on puisse dire que c'est nettement plus difficile qu'il y a 20 ans. Dans les entreprises dont j'étais le médecin, les femmes et les immigrés étaient bien souvent soumis à des conditions de travail extrêmement éprouvantes vis-à-vis desquelles les possibilités de recours étaient quasiment nulles...

La période actuelle pose évidemment de très graves problèmes mais ils sont différents de ceux des périodes précédentes et il est difficile de porter de jugements globaux. Les conditions de travail, telles qu'elles peuvent être appréhendées dans une approche traditionnelle, se sont plutôt améliorées. En

revanche, nous avons vu monter de nouveaux problèmes, précarité, peur du chômage, intensification du travail, souffrance liée à un décrochage croissant entre les aspirations des individus et les évolutions de l'organisation du travail.

Dans le même temps, du côté de l'action, ce qui a changé, ce qui s'est réduit, ce ne sont pas les espaces d'intervention interne, ce sont les espaces d'intervention des politiques publiques. Et ici encore, les choses ne sont pas simples car, dans la période que vous décrivez comme une période d'involution, la législation sur les problèmes de santé au travail a connu des développements tout à fait importants, et, en tous cas, sans commune mesure avec ce qui avait été fait au cours des trente glorieuses.

Alors, qu'est ce qui ne va pas ? Pour moi, c'est le fait que l'intervention de l'état est de moins en moins efficace. Nous sommes confrontés à des problèmes qui échappent de plus en plus à un pilotage par le haut. Vis-à-vis des risques traditionnels, l'intervention étatique a une efficacité importante : on peut, par exemple, interdire l'amiante. Mais vis-à-vis des problèmes d'organisation du travail, ce sont les capacités de résistance, mais aussi d'invention et de négociation au sein même de l'entreprise qui sont décisives. Aujourd'hui plus qu'hier, il faut soutenir le débat sur la santé au travail au sein même de l'entreprise

Or témoigner dans l'espace public externe est facile et gratifiant. Au contraire, le travail en interne est difficile. Cela n'est pas contradictoire avec ce que j'ai dit sur les opportunités ouvertes à ce travail. Il y a des opportunités importantes mais nous avons dû apprendre chacun de notre côté à les saisir et à les travailler, alors que l'expression collective de la profession restait centrée sur les problématiques les plus traditionnelles. Nous souffrons donc avant tout d'un défaut de socialisation des pratiques professionnelles spécifiquement liées aux problèmes de la période actuelle. Au point que, dans un même service, chaque médecin ignore à peu près totalement comment se débrouille le médecin d'à côté.

Je sais bien que les animateurs du SMT tiennent pour eux-mêmes les deux versants de l'action. Il n'en demeure pas moins qu'il est problématique de valoriser ainsi dans les textes ce qui est facile au détriment de ce qui est difficile. En effet, il n'y a pas symétrie entre les deux perspectives. Il est possible de

construire une authentique pratique de médecine du travail au sein de l'entreprise sans intervenir dans l'espace public externe. Il faut même dire que, bien souvent, tenir authentiquement le travail en interne impose de s'astreindre à une très grande prudence dans les prises de position publiques.

En revanche, construire une pratique de médecine du travail dans l'espace public externe sans véritable élaboration sur l'intervention au sein de l'entreprise expose à un risque majeur : le risque de témoigner de la réalité sur le mode exclusif du malheur social. Au plan professionnel, cela ne peut conduire qu'au désespoir, et à la production de témoignages de plus en plus noirs. Au plan politique, une telle dynamique n'ouvre que sur deux issues : l'impuissance ou la violence.

Dans la ligne ouverte par l'ergonomie puis par la psychodynamique du travail, le témoignage devrait être, avant tout, un témoignage de la mobilisation, des obstacles auxquels elle se heurte et de son coût en termes de santé. Un tel témoignage, centré sur les atteintes à la santé et ouvrant sur l'organisation du travail et ses contradictions, implique une très forte élaboration au sein même de l'entreprise. Elaboration qui ne peut être renvoyée au talent personnel de chaque médecin et qui nécessite la construction collective d'une véritable clinique de médecine du travail.

Mais - cela me conduit au point suivant - manifestement, lorsque nous parlons de construction de la clinique, nous ne parlons pas de la même chose.

2. : Qu'entendons-nous par "construction de la clinique" ?

2.1 : La position du SMT

La clinique de médecine du travail, telle qu'elle est envisagée par le SMT, est une "clinique de la santé" distincte de la clinique médicale. Elle est fondée sur l'écoute compassionnelle.

Dans la relation individuelle avec le salarié, l'écoute permet de "donner acte" et de déculpabiliser. Il est possible, à partir de là, d'amorcer un début de socialisation de la souffrance. Mais au bout du compte, ce versant de la clinique n'a pas de lien direct avec l'action. La question du débouché sur des

transformations dans l'entreprise n'est pas traitée. Cette question est renvoyée à la personnalité de chacun ou à l'intimité des espaces d'échanges entre médecins. La démarche clinique au sein de l'entreprise n'est évoquée qu'en tant qu'elle constitue la base non problématisée à partir de laquelle les professionnels peuvent construire un travail coopératif. La confrontation des expériences permet alors aux médecins d'inscrire leurs constats dans une continuité historique, de saisir les facteurs déterminants des processus ou trajectoires de transformation et de précarisation du travail, et d'accéder ainsi au sens des situations et des mouvements qui les traversent. Cet accès au sens des situations de travail constitue, pour le SMT, l'objectif de la clinique.

Cependant cet accès au sens ne permet pas un retour sur des transformations au sein de l'entreprise. Il présente même un risque de fragilisation des salariés voire d'effondrement de leurs procédures défensives. Le seul débouché de la clinique est donc logiquement le témoignage dans l'espace public.

J'ajouterai, à ces éléments directement tirés de la lecture des textes du SMT, une appréciation plus personnelle. Dans l'entreprise, la santé fait en permanence l'objet de compromis. Le médecin court donc en permanence le risque de servir de caution vis-à-vis d'arrangements auxquels il devrait s'opposer. Des compromis sur la santé construits par les salariés, on passe alors à la compromission du médecin. Ce risque bien réel de compromission, fonde manifestement, la méfiance d'un certain nombre d'animateurs du SMT vis-à-vis de l'action au sein de l'entreprise. C'est probablement parce qu'elle constitue la brèche par laquelle s'insinuent tous les renoncements que l'action au sein de l'entreprise fait l'objet d'une occultation active dans les textes du SMT. Cela expliquerait que cette action soit rabattue sur la compassion ou, au mieux, sur un accompagnement dont ni les modalités, ni les liens avec la transformation du travail ne sont discutés.

Tout cela appelle, ici encore, de fortes objections.

2.2 : Objections :

Disons le tout de suite, la "clinique de la santé", "l'accès au sens des situations", son danger ou son inefficacité, toutes ces notions sont pour moi dépourvues de signification.

Les craintes des animateurs du SMT vis-à-vis des dérives de l'action au sein de l'entreprise sont évidemment fondées. Là dessus, il n'y a pas de divergences et nous avons dénoncé de concert les errements de la médecine d'entreprise. Mais à traiter un problème en l'évacuant, on s'expose à le voir revenir sous la forme du destin, de la fatalité. C'est justement parce que l'action au sein de l'entreprise expose au risque de dérives qu'il importe de traiter de cette action. Parce qu'il n'y a pas de médecine du travail sans action au sein de l'entreprise et donc pas de médecine du travail sans l'affrontement à ce risque.

Nous devons non pas fuir ce risque de compromission, mais nous armer pour l'affronter. Constituer et renforcer un point de vue propre qui nous permette de tenir l'exigence de la santé au travail sur le lieu même où se pose la question : dans l'entreprise. Une tendance répandue consiste à n'envisager comme point d'ancrage que les qualités et les convictions personnelles. C'est une erreur. Le point d'ancrage, c'est la clinique médicale. La clinique que nous devons construire n'est pas une clinique de la santé au travail. C'est une clinique médicale. Ce point de vue a été affirmé, à contre-courant, depuis plusieurs années par Odette Vivier-Tencer et Marie Pascual (1995). Je dois reconnaître que je n'ai pas saisi sur le moment l'importance de ce qu'elles disaient. Je pense aujourd'hui qu'elles ont raison et que nous sommes très insuffisamment médecins. La critique que je vais faire de notre fonctionnement est donc aussi une autocritique.

Lorsque nous évoquons les risques traditionnels (en particulier les problèmes d'intoxication), jusqu'à un certain point, nous nous comportons en médecins. Nous fondons nos avis sur des signes cliniques et paracliniques ainsi que sur les données de la littérature. En revanche, dès qu'il s'agit des contraintes imposées par l'organisation du travail, le discours change de tonalité. On ne compte plus les textes dans lesquels les médecins décrivent les contraintes auxquelles sont soumises telles ou telles professions. Mais ces textes ne comportent en général qu'un matériel clinique dérisoire. Si l'on enlève les troubles musculo-squelettiques, il n'y a quasiment plus rien. Et même dans le cas de ces

pathologies, alors que l'on sait qu'elles s'inscrivent très souvent dans un tableau général d'hypersollicitation, les altérations de la santé concomitantes ne sont pas décrites.

Actuellement, le mode d'exposition spontané des problèmes du travail privilégie la description étiologique. L'accent est mis sur la situation et ses contraintes. La situation est présentée comme grave parce qu'elle pose tel ou tel problème d'organisation du travail. Quant à savoir quels sont les effets sur la santé, nous restons le plus souvent sur notre faim.

Malgré toutes ses qualités, l'ouvrage collectif "Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail" souffre des mêmes limites que l'ensemble de la littérature produite dans la profession. Il suffit de lire ce qu'écrit Annie Thébaud-Mony dans la postface de cet ouvrage (p 342 -343):

"Que constatent les médecins du travail ?

- Un recul du droit au travail et du droit à la santé au travail [...].*
- De multiples formes de discrimination sociale [...].*
- Un divorce profond entre droit et pratique du droit [...]."*

Et elle ajoute un peu plus loin : *"Les visites médicales sont devenues au mieux un rite dénué de sens par rapport à la santé au travail".*

Il y a bien là une interrogation importante sur le processus de précarisation du travail, mais comment ne pas entendre que ce constat pose aussi le problème de l'apport spécifique des médecins sur la santé au travail.

Si l'on doit répondre à cette deuxième interrogation, s'il doit y avoir une contribution des médecins sur les questions de santé au travail, alors il faut dire qu'elle ne peut pas porter sur la gravité intrinsèque des problèmes d'organisation, sur la nature des rapports sociaux ou sur les évolutions du droit. L'apport spécifique des médecins ne peut pas être centré sur autre chose que sur une analyse approfondie et argumentée des effets sur la santé. Or, si nous avons une sémiologie des atteintes par les facteurs de risque classiques, nous n'avons pas, aujourd'hui, de sémiologie des atteintes à la santé par le travail et personne ne semble s'en soucier. Nous avons une médecine des risques professionnels mais certainement pas une médecine du travail. Une médecine focalisée sur les

situations de travail beaucoup plus que sur le coût en terme de santé de la mobilisation des hommes et des femmes.

Tout cela se ramène à une question simple : croit-on, oui ou non, que la souffrance liée aux problèmes d'organisation du travail a des répercussions observables en termes d'atteinte à la santé. Pour ma part, je suis sûr que oui et je sais que ces atteintes sont repérables chez les salariés en poste. De nombreux confrères ont quotidiennement l'impression, sur la base de la clinique, de rencontrer, chez les salariés, des problèmes de santé dont la science ne rend pas compte. N'est-il pas de leur responsabilité de chercher à expliciter cette impression et à décrire cliniquement les liens entre les situations dans lesquelles se trouvent ces individus et leur état de santé ? Et est-ce que cela ne passe pas par un processus d'élaboration, de formalisation, de rationalisation d'une clinique spécifique ?

Certes, les liens avec l'organisation du travail sont beaucoup plus difficiles à établir que dans le cas des facteurs de risque classiques. Mais c'est justement cette difficulté qui devrait nous conduire à produire des descriptions cliniques très fines. Au lieu de cela, l'analyse des effets sur la santé passe, au mieux, par l'utilisation des outils nécessairement rudimentaires de l'épidémiologie. C'est mettre la charrue avant les bœufs. L'épidémiologie a pour fonction de vérifier la validité statistique d'observations produites à partir de la clinique. Si les cliniciens regardent la réalité à travers les outils de l'épidémiologie, nous sommes parfaitement positionnés pour tourner en rond.

Et pourtant, quantité de signes témoignent du coût de la mobilisation au travail et de ses effets sur la santé : perturbations des comportements sociaux, modifications des habitudes alimentaires, transformations des investissements, troubles du sommeil, perturbation des façons de prendre soin de soi, manifestations de fatigue, d'angoisse, signes de la série dépressive, atteintes physiques, maladies et accidents, etc. Ces signes peuvent être mis en relation avec le travail sur un mode qui n'a rien à voir avec le lien statistique et qui leur donne une intelligibilité toute différente (cf. L'analyse de la souffrance dans les pathologies d'hypersollicitation au Congrès International de Psychodynamique du travail, Paris 1997). Il y a là une place pour une médecine spécifique,

différente de l'approche médico-légale des risques professionnels autant que de la psychologie et de la psychiatrie, dans la mesure où elle examine les atteintes à la santé dans leurs liens avec la souffrance au travail et au-delà avec les contradictions de l'organisation du travail.

Mais tout cela n'a rien à voir, pour moi, avec un quelconque "accès au sens de la situation". Sur ce plan, je ne peux que signaler une divergence majeure. Dans tout ce que j'ai écrit et, je crois, plus largement, dans tout ce qui a été écrit en psychodynamique du travail, le sens a toujours été envisagé sous sa dimension subjective, c'est-à-dire en référence à la quête de sens qui anime les êtres humains. Cela n'a rien à voir avec un sens objectif auquel l'analyste accèderait. Ce dernier me paraît beaucoup plus proche de ce que vise Bourdieu lorsqu'il évoque le savoir du sociologue sur l'enquête, la maîtrise par le sociologue "*des conditionnements inséparablement psychiques et sociaux associés à sa position et à sa trajectoire particulière dans l'espace social*". La question n'est pas ici de savoir si cette maîtrise est possible ou non, mais de savoir au nom de quoi, par quel miracle le médecin, engagé avec le sujet dans une relation compliquée, pris lui-même en otage dans les jeux stratégiques de l'entreprise, et dépourvu des ressources théoriques du sociologue, pourrait accéder à une telle maîtrise ou, pour reprendre la formulation type du SMT, pourrait "accéder au sens de la situation".

"*L'accès au sens des situations fragilise les postures professionnelles et les hommes*", est-il écrit. Mais en réalité qu'est ce qui fragilise ? L'accès au sens ? Ou bien le fait de laisser croire que l'on accède au sens ?

Enfin sur l'inefficacité de la socialisation de la souffrance, je me contenterai de dire ce que j'observe au plan pratique. Il m'arrive de travailler avec des groupes de médecins du travail sur des cas difficiles rencontrés dans la pratique. Très généralement, après que l'un d'eux ait décrit le problème auquel il se heurte, la conversation du groupe démarre sur les modalités d'action. Or les descriptions des situations sont généralement très insuffisantes. L'analyse clinique, je l'ai dit, est sommaire et la façon de rendre compte des problèmes d'organisation n'a rien de particulièrement professionnel. En général, le discours ne permet pas de comprendre réellement le problème posé et son ressort principal réside dans

l'autorité morale que confère la position de médecin. J'en arrive donc à penser que ce ne sont pas nos capacités à déclencher la mise en place de mesures préventives qui sont insuffisantes, ni même au premier chef nos capacités d'analyse - la psychodynamique du travail nous fournit pour cela un cadre de pensée particulièrement adapté -, mais, bien en amont, nos capacités de description. C'est là qu'il faut travailler. Il faut suspendre l'urgence de la recherche des solutions qui conduit à travailler sur des problèmes mal posés. Il nous faut apprendre à recueillir les signes, à les organiser, à en rendre compte à nos collègues, à discuter avec eux nos hypothèses et nos interprétations, à construire à partir de là nos interventions.

L'expérience montre que la qualité et la maturité de ce travail déterminent en grande partie la façon dont le médecin peut être entendu dans l'entreprise. Tant que nous n'aurons pas avancé sur ce point, il sera difficile de considérer que notre faible efficacité tient à une surdité particulière de nos interlocuteurs.

Au-delà, avancer dans la construction d'une clinique spécifique de la médecine du travail impliquerait de mettre en discussion la façon d'affronter les oppositions, les tensions qui structurent la démarche clinique. Il n'est pas question ici d'engager ce débat mais nous pouvons situer, à titre d'illustration, quelques-unes de ces oppositions :

- visite imposée / respect de l'intimité et de la dignité ;
- offre du médecin / demande du salarié ;
- demande du salarié / réponse du médecin ;
- écoute / investigation ;
- situation de travail / trajectoire biographique ;
- engagement dans le travail / préservation de soi ;
- formes et motifs de la souffrance / espoirs et valeurs investis dans le travail;
- impact psychique du travail / répercussions sur le corps ;
- colloque singulier / espace public ;
- expression personnelle / conformité au rôle social ;
- point de vue de la santé / exigences de production ;
- action du médecin / action du ou des salariés...

Construire la clinique spécifique de médecine du travail impliquerait d'analyser comment et à partir de quels principes théoriques, déontologiques, éthiques, se développe la démarche clinique au sein de ce réseau de tensions et certainement pas à jeter un voile sur l'activité clinique du médecin.

Tout cela m'amène à ce qui, finalement, m'a poussé à prendre la plume : l'évolution de la médecine du travail.

3. : L'évolution du métier de médecin du travail.

Ma position vis-à-vis de l'état de nos compétences cliniques peut paraître sévère. Pourtant, elle repose sur une conviction : à partir des acquis de l'ergonomie et de la psychodynamique, il est possible de construire le métier de médecin du travail de telle façon que celui-ci soit en mesure d'apporter à la santé au travail une contribution précieuse. Cette contribution passe par la construction d'une clinique spécifique, certes nourrie des apports de l'ergonomie et de la psychodynamique mais distincte de l'ergonomie et de la psychodynamique.

Or, le point de vue dominant consiste à considérer que les compétences du médecin du travail sont constituées par l'accumulation d'éléments de compétences propres à une ribambelle de professionnels : médecin généraliste, spécialiste de la prise en charge médico-légale de la pathologie professionnelle, toxicologue, ergonomiste, épidémiologiste, hygiéniste industriel, psychologue, psychodynamicien et quelques autres. Le médecin du travail serait caractérisé par la possession d'une fraction du savoir de chacun de ces acteurs mais sans en maîtriser véritablement aucun. **Le postulat sous-jacent à cette conception en mosaïque du métier de médecin du travail est qu'il n'y a pas de clinique spécifique en médecine du travail.** A peu près tout le monde raisonne avec cette idée.

A partir de là, il n'y a pas trente-six solutions. La raison imposerait de remplacer cette hydre que constitue le médecin du travail par des services de santé au travail qui rassemblent de vrais professionnels des différentes disciplines, Malheureusement ces professionnels ne disposent pas du statut protecteur des médecins du travail. Et puis il y a les médecins du travail en poste... La solution alternative consiste alors à engager les médecins du travail à devenir eux-mêmes

de vrais professionnels des disciplines voisines. Cette position est soutenue au sein du SMT. Elle est reprise et largement développée dans un texte récent de Marcel Goldberg (1997).

Or je pense que la pluridisciplinarité en médecine du travail est un leurre qui ne fait que masquer maladroitement le déficit de construction d'un point de vue propre. Evidemment, une discipline ne peut pas être pluridisciplinaire. Parler de pluridisciplinarité en médecine du travail revient à affirmer que la médecine du travail est un cadre réglementaire que l'on peut remplir de diverses choses au grès des évolutions de la société et en aucune façon une discipline. Et c'est une aberration logique que de considérer, comme beaucoup semblent le faire, que la pluridisciplinarité peut être un palliatif au déficit d'identité de la médecine du travail.

Sur cette question, nous approchons de la croisée de chemins. Les avancées des dernières décennies permettent de commencer à penser la médecine du travail comme une discipline en soi dotée d'un regard sur le travail que n'apporte aucune autre discipline. Si cette occasion était saisie, (ce qui demanderait une grosse mobilisation des secteurs dynamiques de la profession) alors, nous pourrions envisager une vraie pluridisciplinarité. Non pas une pluridisciplinarité en médecine du travail mais une pluridisciplinarité des services de santé au travail. Une pluridisciplinarité dans laquelle le médecin du travail apporterait une contribution spécifique à côté de la contribution des autres professionnels.

A défaut d'une telle construction, il y a plus d'inconvénients que d'avantages à confier aux médecins le soin de la santé au travail...

Pour conclure, je voudrais rappeler le travail que nous avons effectué. Nous avons, ces dernières années, défendu la référence à la déontologie médicale contre les dérives ouvertes par une adaptation sans principes aux attentes du management. Le SMT a joué un rôle important dans ce débat. Il a montré le prix qu'il attachait à une des facettes de la position médicale : son ancrage déontologique. Mais nous ne pouvons pas nous arrêter là. De cette façon, on ne défend qu'un cadre. Il reste à savoir ce que l'on met à l'intérieur. A défaut d'une élaboration visant à doter le médecin d'un bagage technico-scientifique à la

hauteur des problèmes actuels de santé au travail, la figure du médecin se trouve réduite à son versant le plus contestable : sa tendance à se comporter en "entrepreneur moral" (Freidson cité par Adam et Herzlich, 1994).

Bibliographie :

- Adam Ph, Herzlich C. (1994). La sociologie de la maladie et de la médecine, Nathan Université.
- Bourdieu P. (1993). Comprendre. In *La misère du monde*, Seuil, p 903-925.
- Goldberg M. (1997). La spécialisation en médecine du travail : médecin du travail ou "expert" ? Chronique d'une mort annoncée. A paraître en publication du SMT.
. La Presse Médicale, 64, n°13, 274-277.
- Thébaud-Mony A. (1994). Postface au livre "Souffrances et Précarités dans le travail. Paroles de médecins du travail", Syros et Mutualité Française.
- Vivier-Tencer O., Pascual M. (1995). Communication aux journées de travail des anciens élèves du module Psychodynamique du CNAM, Lyon.