

# Convergences, tensions et contradictions entre les différentes approches de la santé au travail.

Philippe Davezies

*Journée “Pluridisciplinarité en santé au travail : des échanges de pratiques”  
organisée par la SELF le 14 juin 2001, Paris.*

*Publié dans Performances - Stratégie et Facteur Humain, 2001, n°5, 14-21.*

*Mots clés : pluridisciplinarité, amiante, gestion des risques, veille, alerte.*

## 1. Problèmes identitaires et réflexes corporatistes

Aborder le fond du débat sur la pluridisciplinarité en santé au travail impliquerait tout d'abord de suspendre, au moins temporairement, les préoccupations corporatistes.

De ce côté, je n'évoquerai que l'un des multiples obstacles.

Il s'agit de la façon dont chacun aborde la réforme en termes de défense ou de conquête de territoire. Ce patriotisme d'institution qui est très sensible du côté de la médecine du travail, des CRAM, de ANACT et des ARACTs, voire de certaines organisations syndicales, se traduit par des argumentaires exclusivement référés à la transposition de la directive européenne. Cantonner le débat à cet aspect permet, en effet, de maintenir à distance toute réflexion critique sur le fonctionnement du système français de santé au travail, sur ses insuffisances et sur la part de responsabilité des différentes institutions concernées.

Tactiquement, il est économique de n'interroger le système que sous l'angle de sa conformité à la directive cadre. Chaque discipline ou institution peut alors pousser ses prétentions sans trop se mouiller dans un débat sur les besoins réels.

Or, c'est, à mon sens, de là qu'il faudrait partir. Des besoins en santé au travail, de l'apport possible des différentes disciplines mais aussi de l'analyse des défaillances et des lacunes de notre système de santé au travail.

Le débat étant aujourd'hui organisé par la self, je commencerai par l'ergonomie, mais brièvement, puisque c'est, ici, la discipline plus familière.

## **2. Apports et limites de l'ergonomie**

L'apport tout à fait considérable de l'ergonomie a consisté à prendre au sérieux la question de la transformation du travail : “comprendre le travail pour le transformer”. Cette orientation interdit à l'ergonome de s'en tenir au découpage et à l'analyse académique d'un objet théorique. L'intervention intègre autant que possible les tensions entre les différentes dimensions de la situation. Le pari est donc très vaste : santé des opérateurs et efficacité du système. Mais la perspective est en même temps très réaliste. L'objectif visé n'a rien d'absolu. Il s'agit de contribuer à la construction d'un meilleur compromis entre santé et efficacité. L'expression “améliorer les conditions de travail” a d'ailleurs cédé la place à “transformer le travail”. La perspective vise explicitement l'accompagnement des dynamiques présentes au sein de l'entreprise et le développement de ce qu'il y a de potentiellement convergent dans les intérêts en présence. Par là, les ergonomes sont très proches de l'esprit qui anime la directive cadre. En effet, celle-ci se fonde sur une analyse qui fait “prévaloir les intérêts communs des salariés et des employeurs et [ ] se situe dans une vision non conflictuelle des rapports “salariés/ employeurs” (Aubert-Monpeyssen et Verkindt, 1999).

Et, effectivement, il y a des intérêts communs ; effectivement, il importe de tirer parti de cette convergence. Mais, il n'y a pas que de la convergence. Et, du point de vue de la santé, il importe tout autant de garder en tête ce que les compromis laissent de côté ; car ce “résidu” se traduit toujours tôt ou tard par des atteintes à la santé. Or, tenir à la fois la recherche des compromis et l'attention à ce que les compromis laissent de côté ne va pas de soi. L'histoire de l'amiante nous l'a montré.

## **3. Une leçon : l'histoire de l'amiante**

Cette histoire est exemplaire. De longue date, le patronat de l'amiante a recherché les conditions de la poursuite de son activité. Il s'est doté, pour cela, d'un organisme - le Comité Permanent Amiante - au sein duquel il a réussi à intégrer les experts, les organisations syndicales, les représentants des pouvoirs publics, autour de la problématique de l'usage contrôlé.

Dans cette affaire, le fait que le patronat de l'amiante ait cherché à en pérenniser l'usage n'a rien d'étonnant. Mais je voudrais attirer l'attention sur le fait que l'attitude des autres protagonistes de cette affaire est, elle-même, assez banale. En effet, assez naturellement et bien légitimement, les personnes engagées dans la prévention cherchent à dépasser le niveau du constat pour rechercher des améliorations, des solutions. Mais, ce passage de la position d'alerte à la position de contribution à l'action comporte toujours un péril. En effet, l'action véhicule un fond irréductible de négativité. Il n'y a pas d'action qui prenne en compte la totalité des enjeux. Il n'a pas d'action qui n'implique de faire l'impasse sur une part de la réalité. Les actions de prévention reposent nécessairement sur des paris, des compromis. Inéluctablement, l'intervention transformatrice se fait contribution à la gestion des risques.

Il n'y a là rien de particulièrement affolant. Il apparaît simplement que la bataille n'est jamais achevée. Or, c'est là que le bât blesse. En effet, les professionnels qui ont contribué à l'élaboration d'une solution ont tendance à la défendre et à minimiser ce qu'elle laisse de côté. C'est une des leçons que nous devons tirer de cette histoire douloureuse : dès lors qu'ils s'engagent dans la gestion des risques, les individus, aussi bien intentionnés soient-ils, tendent à perdre leur capacité d'alerte sur ce que leur propre activité les a conduit à considérer, à un moment, comme "tolérable".

Il faut donc opérer une clarification : la prévention implique nécessairement la construction de compromis dans une perspective de gestion des risques mais elle implique aussi une attention permanente à ce que les compromis laissent de côté. Et ces deux fonctions : gestion des risques d'une part, veille et alerte d'autre part ne peuvent pas être confiées aux mêmes personnes et aux mêmes institutions. C'est la principale leçon de l'histoire de l'amiante : il ne faut pas attendre d'une institution qu'elle participe à la gestion des risques et qu'elle joue, dans le même

temps, une fonction de veille. Or, nous en sommes loin dans la mesure où la quasi-totalité des institutions est orientée vers la contribution à la gestion.

#### **4. La médecine du travail**

Parmi les institutions chargées de la santé au travail, il en est une dont on aurait pu attendre qu'elle remplisse une fonction d'alerte. Il s'agit de la médecine du travail. En effet, le code de déontologie médicale déclare dans son article 5 : “ Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ”. Un peu plus loin, dans l'article 95, le principe est réaffirmé pour les médecins salariés : “ En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce ”. Si l'ergonome instruit les compromis entre santé et efficacité, le médecin n'a pas le droit de borner son action à cet horizon “ raisonnable ”. Le médecin n'a pas le droit de s'accommoder des compromis sur la santé.

Indépendance médicale donc, comme garantie non pas pour les médecins, mais pour les personnes. Or, ces principes sont en contradiction avec les textes du code du travail.

En effet, le code a structuré la médecine du travail autour de l'aptitude. Il a confié au médecin une mission d'orientation biologique de la main-d'oeuvre d'inspiration taylorienne. Le cœur de la mission, telle qu'elle est légalement définie, implique donc une contribution des médecins à la gestion du personnel.

Mais la pression exercée par les pouvoirs publics sur la médecine du travail pour l'orienter dans la direction des compromis sur la santé et vers la contribution à la gestion va plus loin. Cela s'est manifesté de façon particulièrement évidente dans l'histoire de l'amiante.

En 1977, le ministère du travail décide de baisser à 2 fibres par Cc les taux “ acceptables ” d'amiante dans l'air au poste de travail. Les textes de commentaire qui accompagnent le décret précisent que ce taux protégera contre

la fibrose pulmonaire – ce qui constitue un progrès - mais pas contre le cancer. Voilà donc une mesure préventive avec sa dimension positive et son versant négatif. Il importe donc, comme nous l'avions dit plus haut, de ne pas baisser la pression. Et pourtant, non seulement les pouvoirs publics compliquent la prévention en légitimant l'exposition au risque de cancer mais ils imposent aux médecins de signer, pour chaque salarié exposé, un certificat de non-contre-indication médicale à cette exposition. Le message est clair. Un pneumologue qui signerait un certificat de non-contre-indication à l'usage du tabac serait considéré comme cautionnant le tabagisme. Et bien, les pouvoirs publics imposent aux médecins de cautionner l'exposition amiante.

Plus grave encore, la leçon n'a pas porté. Dernièrement, les pouvoirs publics remettent en chantier un décret sur l'exposition aux produits cancérigènes, mutagènes et tératogènes. À nouveau ils inscrivent dans la loi la nécessité pour le médecin de certifier l'absence de contre-indication à ces expositions.

Nous avons alerté l'administration du travail, les ministres du travail successifs, le Premier ministre. Une pétition a été signée par des centaines de médecins, le secrétaire général du Conseil National de l'Ordre des Médecins a rappelé que la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance tombait sous le coup de la loi. Rien n'y a fait. Nous n'avons jamais obtenu ni réponse ni explication de la part de l'administration du travail et des ministres concernés. Le décret est sorti en l'état...

Tout cela pour illustrer à quel point la construction d'un système de santé au travail qui ne soit pas cantonné dans une position d'accompagnement des compromis représente une bataille difficile. Les mêmes difficultés se manifestent, en effet, dans l'ensemble des institutions.

## **5. Les institutions.**

Parmi les institutions concernées par la santé au travail, les organisations syndicales sont censées occuper une place particulière. Mais elles n'échappent pas aux contradictions que nous évoquons. Elles sont par définition engagées dans l'action. Elles sont donc nécessairement amenées à conquérir des

compromis, à les gérer et à les défendre. Cela les met dans une position difficile pour traiter des questions de santé au travail. Elles s'en sont d'ailleurs, en grande partie, déchargées dès les années 20 sur la Fédération de Mutilés du Travail qui deviendra la FNATH. Ce sont les associations de victimes qui mènent les batailles beaucoup plus que les syndicats.

Je ne peux pas développer ce point mais il y a manifestement une difficulté pour le syndicalisme français à se saisir des questions de santé au travail. À cela s'ajoute évidemment la pression exercée par le patronat dans des institutions telles que l'ANACT, les ARACTs, les CRAM ou l'INRS. Tout s'y passe bien tant que l'action se situe délibérément dans la perspective de conciliation des intérêts. En revanche, dès qu'il s'agit de traiter purement et simplement des atteintes à la santé, le poids des représentants patronaux se fait lourdement sentir. Plusieurs affaires ont défrayé la chronique : l'affaire Cicollela, l'affaire des travaux menés par INRS sur la morbidité dans l'industrie de l'aluminium. Plus récemment, lors de la préparation du tableau visant l'indemnisation des lombalgies, un chercheur de l'INRS se serait vu interdire de transmettre des données au ministère du travail. Et il ne s'agit là que des signes les plus visibles d'un freinage constant...

Tous ces éléments sont inquiétants dans la mesure où, un peu partout, les discours sur la réforme nécessaire du système de santé au travail ont la même structure : "encore de plus de la même chose". Encore un peu plus d'INRS, encore un peu plus d'ANACT, encore un peu plus de médecine du travail, etc. alors même que ces institutions se sont montrées incapables de remplir une fonction d'alerte dans une affaire aussi énorme que celle de l'amiante.

Dans un tel contexte, apparaît aussi inquiétante la présentation que nous a faite la représentante de la CFDT, au congrès de Toulouse, de l'accord signé dans le cadre de la Refondation Sociale. L'intérêt, nous disait-elle, résidait dans le fait que les partenaires sociaux allaient mettre en place un pilotage politique de la santé au travail sur la base d'une contractualisation entre patronat et organisations syndicales. Ce type de proposition témoigne de la profondeur des incompréhensions qui existent sur cette question. En effet, notre histoire sociale ne peut que nous alerter sur les limites d'un pilotage politique de la santé au travail par les partenaires sociaux.

Essayons donc de clarifier. L'idée principale est que la prévention implique deux fonctions qui doivent être assumées par deux dispositifs.

## **6. Deux fonctions, deux systèmes**

Nous avons besoin de développer les dispositifs de prévention et d'amélioration des conditions de travail. De ce côté, le pari du tout médical s'est fait au détriment du développement de l'hygiène industrielle. L'immense majorité des entreprises n'a pas accès aux compétences techniques et scientifiques en matière de maîtrise des risques les plus traditionnels. Les fonctions remplies par les préventeurs internes des entreprises comme par les CRAM et le réseau ANACT doivent donc être développées. Nous avons besoin de professionnels (hygiénistes industriels, ergonomes, ingénieurs) qui contribuent à la conception et au fonctionnement des dispositifs techniques ou organisationnels destinés à assurer l'hygiène et la sécurité.

Un contrôle renforcé des représentants du personnel sur l'activité de ces professionnels est nécessaire et l'idée d'un pilotage politique sur la base d'une contractualisation entre partenaires sociaux constitue un cadre d'action intéressant.

Mais, à côté de ces professionnels, il en faut d'autres (médecins, ergonomes, psychologues, toxicologues, hygiénistes) qui assurent une fonction de veille, d'alerte, d'information et de formation. La fonction de ces professionnels devrait être explicitement de maintenir le débat social et la pression sur les questions de santé au travail, non plus sur la base exclusive d'un enracinement local mais dans une perspective d'ordre public. Ils n'assureraient pas une fonction de contribution à la gestion mais la fonction complémentaire de surveillance, de soutien à la réflexion et au débat dans la seule perspective de la santé des individus. Il est alors nécessaire que ces professionnels soient rigoureusement dispensés de toute responsabilité vis-à-vis de l'économie et qu'ils bénéficient d'une totale liberté en matière d'investigation et d'expression des résultats. En effet, sur ce versant, toute prise de position est susceptible de se traduire par une aggravation de la responsabilité de l'employeur pouvant déboucher sur la faute

inexcusable ou le délit de mise en danger d'autrui. Avec de tels enjeux, seul un cadre statutaire garanti par la loi peut assurer l'indépendance nécessaire. Il est alors possible d'envisager un système dont la dynamique serait garantie par cette séparation entre les fonctions.

Il ne faut cependant pas perdre de vue que la revendication d'indépendance pose aussi problème. Elle est, en effet, très convergente avec les intérêts corporatistes, l'indépendance évoquant alors l'idée qu'il n'y aurait pas de comptes à rendre.

Evidemment, c'est un enjeu de dignité pour toute profession que de devoir rendre des comptes. Or, de ce côté, notre expérience est principalement celle de la défaillance du contrôle social. La revendication la plus traditionnelle pour remédier à cet état de fait vise à enlever au patronat la gestion des services pour la confier aux travailleurs et à leurs représentants. À mon sens, une telle mesure ne constitue qu'une faible garantie. J'ai déjà évoqué les limites du pilotage syndical de la santé au travail. D'autre part, s'il s'agit uniquement de gestion, nous savons qu'un gestionnaire est un gestionnaire, qu'il soit d'origine syndicale ou patronale. Ce n'est pas ainsi que se joue réellement la question du contrôle social sur l'exercice de la fonction d'alerte. Il n'est qu'à regarder notre histoire : les seules forces qui ont véritablement prétendu exercer un tel contrôle sont les victimes et leurs associations. C'est devant les tribunaux et non face à telle ou telle fraction de l'entreprise ou de la société que les professionnels de la veille, de l'alerte, de la formation et de l'information sur la santé au travail peuvent être amenés à rendre compte de leurs responsabilités. Mais cela impliquerait que leur mission soit clairement définie. Nous en sommes encore loin.