

Histoire de la médecine du travail II.

Publié le 11 décembre 2025 par Nadine Khayi



©

Résumé :

L'auteur présente ici la seconde partie de son histoire critique de la médecine du travail.

Abstract : The author presents here the second part of his critical history of occupational medicine.

I. La clinique médicale du travail

A. Qu'est-ce qu'une clinique médicale ?

C'est une construction intellectuelle qui part de l'observation de faits auxquels le médecin attribue la valeur de signes, qui s'organisent pour faire sens dans un ensemble cohérent correspondant à une maladie. La phase diagnostique repose sur le recueil des faits qui peuvent être subjectifs (anamnèse et description des symptômes ressentis) ou objectifs (issus de l'examen physique ou des examens complémentaires).

B. La clinique médicale du travail

Elle est constituée sur le même schéma puisqu'il s'agit d'une spécialité médicale et comme toute spécialité elle s'applique sur un domaine particulier qui est l'homme au travail, dans un contexte spécifique, l'entreprise.

Cette clinique s'adresse donc a priori à une personne en bonne santé. Mais qu'entend-on par santé ? Depuis longtemps on ne la définit plus par l'absence de maladie. Nous avons vu que depuis plus de 5 siècles (ou même plus) le lien entre l'activité de travail et la santé est connu. Or le travail est l'activité qui structure la vie en société aussi depuis longtemps. Le travail est donc un élément déterminant de la santé de chacun des membres de la société et donc de la société. A ce titre la santé au travail est une partie essentielle de la santé publique, ce qui rend vide de sens la volonté parfois exprimée de vouloir « introduire la santé publique dans la santé au travail ». Cette centralité du travail dans la construction de la santé nous fait adopter la définition de C. Dejours : « *la santé pour chaque homme, femme ou enfant, c'est d'avoir les moyens de tracer un cheminement personnel et original vers le bien-être physique, psychique et social* ».

De plus, la mission du médecin du travail étant « d'éviter toute altération de la santé » il doit détecter des signes avant l'apparition de la pathologie. Ce sont des signes subtils, précliniques, que les différentes disciplines des sciences sociales peuvent aider à déceler et surtout à décrypter.

C. Spécificité de la clinique médicale du travail.

1. *Le cadre réglementaire : la mission d'ordre public social*

Ce cadre prend sa source dans la constitution (qui prévaut sur tout autre règlement) au 11^{ème} alinéa : 7. La loi qui formalise ce droit est repris dans le code du travail : éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Pour chaque travailleur il s'agit de son travail en particulier, pas un travail générique. C'est cet encadrement juridique qui en fait une mission d'ordre public social et vaut au médecin son statut de salarié protégé afin de le garantir contre toute forme de pression. L'indépendance affirmée dans le code du travail est également inscrite dans le code de santé publique et son obligation est précisée dans le code de déontologie.

2. *Le contexte d'intervention : l'entreprise*

L'entreprise est un espace privé où l'employeur estime être maître chez lui. Mais la santé des personnes est protégée par la constitution et sa protection est confiée au médecin du travail dont l'action dans ce domaine n'est pas limitée, ce qui transforme l'entreprise en espace public social. Si l'employeur a une obligation de résultat sur les atteintes à la santé (AT/MP), le médecin a une obligation de mise en œuvre de tous les moyens pour éviter les altérations de la santé. Cette différence du niveau de responsabilité est source d'incompréhension et de conflit avec les employeurs. Ceux-ci ne comprennent pas que nous ne leur donnions pas la solution à leur problème (ce qui engagerait notre responsabilité en couvrant celle de l'employeur) alors que notre responsabilité consiste à dire le risque d'altération de la santé.

Or l'entreprise est un lieu de confrontation de logiques souvent contradictoires faisant

de cet espace un lieu politique (au sens premier de lieu de débat et de confrontation d'idées). Effectivement, et surtout dans la phase néolibérale, l'entreprise a pour objectif premier de réaliser le meilleur profit possible (plutôt que de fabriquer un produit de qualité). Sa responsabilité sur la protection de la santé se limite à tenir compte des risques qu'il connaît. Pour les salariés et leurs représentants, la santé est une revendication légitime qu'ils négocient dans un contexte de rapport de force fluctuant suivant les périodes (et la crainte de perdre son emploi). De 1982 à 2012 les CHS-CT étaient le lieu adéquat de cette confrontation et le médecin du travail pouvait dans ce cadre exposer les données et les connaissances utiles à l'analyse du risque. Employeurs et salariés étant alors sensés pouvoir négocier la position du curseur entre les besoins de la production et la protection de la santé. Il faut reconnaître que les mêmes arguments servis depuis des siècles se retrouvaient ici : déni, minimisation, rejet de la responsabilité sur les salariés, menaces sur l'emploi. Mais le médecin du travail pouvait, en utilisant la fonction de conseil auprès des représentants du personnel, construire une confiance des salariés pour avancer dans le sens de la santé. La fin des CHS-CT a rendu cette voie inopérante et il n'y a plus, en réalité, de lieu de confrontation institutionnalisée. Or la confrontation ne peut pas être supprimée comme l'ont montré les expériences des hygiénistes, des physiologistes et autres. La confrontation se retrouve donc portée par le médecin du travail et son équipe pour peu qu'il assume la responsabilité qui est la sienne en ne fermant pas les yeux sur ce qui se présente devant lui.

3. Exercice collectif de coopération

Le contexte de l'intervention du médecin rend l'exercice solitaire : le risque est de renoncer à agir devant les difficultés ou de se mettre en danger inutilement en agissant seul sans être compris. Il est donc important de créer les conditions de la coopération dans l'équipe. Le médecin « anime et coordonne » l'équipe locale, ce qui signifie qu'il ne distribue pas les tâches mais qu'il sollicite et aide l'expression de chacun pour apporter les éléments de connaissance de l'entreprise. Chacun suivant sa professionnalité et son domaine d'intervention apporte sa compréhension de la situation et peut en définitive proposer des modalités d'intervention. Les responsables HSE des entreprises ne font pas partie de l'équipe et, en tant que préposé de l'employeur, ils n'ont pas la même mission ; toutefois leur rôle conduit à des échanges



avec l'équipe mais il ne s'agit pas de coopération mais de coordination (les actions ne sont pas construites ensemble mais peuvent tenir compte des actions de l'autre partie).

La coopération dans l'équipe se construit à 2 niveaux. L'équipe médicale limitée au médecin, IDEST et assistante médicale, peut échanger, sous la responsabilité du médecin, des éléments médicaux concernant un cas individuel. Si des personnes extérieures (psychologue, assistante sociale par exemple) sont associées, l'entorse au respect du secret médical nécessite d'avoir construit une relation de confiance et reste sous la responsabilité du médecin. Pour ce qui est de l'équipe pluridisciplinaire incluant les autres préveneurs, la discussion porte sur la compréhension de la situation collective d'un groupe de salariés.

La coopération entre pairs est essentielle. Elle rompt l'isolement qui est source de doutes et d'altération de la santé du médecin (ou des autres professionnels). Il est normal qu'un professionnel se demande si ce qu'il a fait est bien fait, qu'il recherche la reconnaissance des siens. Cette reconnaissance ne s'obtient que par la confrontation de son action avec le regard des autres professionnels mais ces confrontations demandent un lieu où la parole de chacun est respectée sans jugement de valeur. Ces temps demandent à être institués, les échanges entre deux portes ne peuvent en tenir lieu.

4. *Les outils mobilisés*

a) Modèle « de l'Homme au travail »

La clinique médicale du travail considère le travailleur en lien avec son environnement de travail et le collectif de travail. Elle considère, suite à l'apport des sciences sociales comme l'ergonomie, la sociologie, la psychologie et la psychodynamique du travail, que la personne ne travaille jamais seule, elle travaille avec d'autres et pour d'autres. De plus elle engage tout son être dans son travail, il n'y a pas de travail que physique ou d'exécution, chacun y engage son intelligence et ses affects. Si la santé est le pouvoir

d'agir, la souffrance est l'amputation du pouvoir d'agir. La santé, équilibre dynamique, se construit par l'accomplissement de soi. Le travail, qui se glisse dans l'effort du travailleur pour s'opposer à la résistance du réel et trouver une solution, permet en cas d'issue positive d'aboutir à la reconnaissance (par soi-même, par les pairs et par la société) ce qui permet la santé ; si la reconnaissance n'est pas au rendez-vous, il y a souffrance et altération de la santé. A ce moment, le sujet peut mobiliser ce que la PDT appelle les défenses. Ce sont des mécanismes psychiques inconscients destinés à mettre à distance cette souffrance. Ce sont des processus de défense (souvent individuels) qui s'organisent en stratégies défensives (qui peuvent être collectives) et se rigidifier en idéologies défensives (souvent rencontrées dans l'encadrement).

b) L'écoute compréhensive

Cela commence par le fait de placer le salarié non plus en sujet d'observation et d'étude mais en tant qu'agent d'analyse de sa propre situation. Le médecin ne se situe plus dans une position surplombante de celui qui sait mais dans une position symétrique destinée à comprendre ensemble. Il ne s'agit pas simplement que le médecin comprenne mais, par le retour que le médecin donne de ce qu'il a compris, permettre au salarié de comprendre et éventuellement de corriger ce que le médecin a compris. Cette analyse compréhensive met en lien cette situation présente avec ce que le médecin a compris des autres situations rencontrées et de sa connaissance de l'organisation du travail. L'écoute compréhensive est une construction commune conceptualisée par rapport au contexte, raisonnée en référence au corpus théorique mobilisé.

Le diagnostic étiologique du lien santé-travail s'appuie sur le recueil systématique des données de santé mentale en lien avec le travail. Il relie les atteintes à la santé (physiques, psychiques ou sociales) aux situations de travail (exposition à un toxique ou organisation du travail). L'identification d'une pathologie doit s'accompagner de la description des facteurs qui l'influencent négativement dans le travail.



c) Aller-retour permanent entre collectif et individuel

Les informations recueillies lors des consultations médicales (ou les entretiens infirmiers) alimentent la compréhension du fonctionnement du collectif de travail et cette compréhension du collectif nourrit le diagnostic individuel. Toutefois même s'il passe par le diagnostic individuel le but du médecin du travail (et par extension peut-être de son équipe ?) reste la prévention primaire dans l'entreprise. Ainsi la découverte d'une atteinte à la santé causée par un risque dans l'entreprise doit conduire à une action de dépistage (donc en prévention secondaire).

d) Les écrits

L'écrit du médecin du travail n'a pas pour but unique le suivi individuel de la santé du salarié que ce soit en prévention primaire ou secondaire. Il trace l'exposition aux risques et leurs effets éventuels sur la santé ; il doit pour cela s'attacher à tous les signaux, même minimes ou paradoxaux. La description des effets sur la santé participe de la compréhension par le salarié de sa situation ; certains signes pouvant être mal interprétés par le salarié le conduisant dans une impasse (cas fréquent des plaintes de harcèlement de la part du collègue ou de la hiérarchie, ses également des somatisations). Le fait de comprendre peut également avoir un effet thérapeutique pour le salarié.

Les écrits s'adressent aussi à l'entreprise pour informer (ou alerter) sur l'existence de risques pour la santé. Ces écrits peuvent s'adresser à l'employeur mais aussi aux salariés (obligatoire dans la consultation) et à leurs représentants afin d'alimenter la connaissance du risque et de ses effets pour que le débat puisse avoir lieu sur des bases concrètes.



II. Conclusions

A. Un sujet politique qui s'impose lentement

Au début, Ramazzini (ciré dans l'article I du précédent numéro) fait une simple description des conséquences des différents « métiers » sur les corps. Avec la concentration progressive des ouvriers dans des conditions insalubres, les problèmes liés à l'exposition aux nuisances deviennent trop visibles pour rester dans la sphère privé d'une part, et la misère ouvrière ne permet plus de faire fonctionner correctement le système industriel : le problème devient alors un problème politique au sens où il intéresse le vivre ensemble ; c'est le sens du rapport Villermé.

Mais ce sujet politique se déploie dans une société inégalitaire. La santé au travail est au cœur du conflit de classe et le maintien du système nécessite que les termes du conflit soient maîtrisés par ceux qui ont le pouvoir : les industriels du XVIII^e ou les patrons du XXI^e s'y emploient (déni et minimisation des risques et des effets, rejet de la responsabilité sur les ouvriers, maintien juridique de l'entreprise comme lieu privé qui donne aux employeurs un sentiment de toute puissance : les moyens n'ont pas changé). La collusion entre les détenteurs du pouvoir et les sachants permet de maîtriser la diffusion du savoir. Dans notre système économique et politique actuel, l'arbitrage entre l'économie et la santé penche toujours vers l'économie (il faut sauver les entreprises avant la santé des salariés).

B. Des débats jamais aboutis

Certaines questions sont posées depuis longtemps et réapparaissent dans des termes parfois renouvelés

- La responsabilité de l'employeur ou du salarié dans les AT ou les maladies liées au travail ?
- Faut-il simplement surveiller ou protéger ; surveiller pour orienter ou pour

exclure ? quelle responsabilité du médecin dans ce choix ?

- Indépendance professionnelle : son but et ses moyens, pour les médecins et/ou pour les autres professionnels ?
- Le conseil ou le contrôle ?

Des confusions sont entretenues :

- Santé publique et santé au travail
- Prévention primaire et prévention collective

Mais surtout la question de savoir quel est le rôle de la santé au travail est oubliée ; le débat se concentre sur qui fait quoi plutôt que sur la finalité et les moyens nécessaires. Le seul moment où cette question a été traitée c'est à la libération avec la réflexion sur un système intégré associant la médecine du travail (pour suivre et dépister les MP au sens large), la sécurité sociale dans laquelle le rôle des médecin conseil était de faciliter les reconnaissances et déceler les maladies émergeantes pour les inclure dans les tableaux, et en 3^{ème} pilier, une inspection médicale en appui aux médecins du travail pour faire évoluer les conditions de travail en respectant les conseil des médecins et pour relier l'édifice, le contrôle du système par les salariés. Mais ce système a été saboté avant d'être mis en œuvre.

C. Dérives actuelles

Actuellement on assiste à une dérive gestionnaire et marchande de la société qui n'épargne pas les services de santé au travail : la gouvernance par les chiffres s'impose, détruisant sur son passage toute singularité qui est en fait l'essence de l'être humain. La gestion de la pénurie de médecin sert à oublier la question de l'efficacité du système et sert de paravent au déploiement d'une pluridisciplinarité mise au service de l'employeur. On restreint la santé à l'absence de maladie et d'accident et la surveillance



médicale à la détection des effets néfastes des conditions de travail sur les corps pour les retirer du marché du travail, tout cela pour le bien des salariés !

D. Comment sauver la santé des salariés

Il faut revenir à la loi : éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.

Il faut que la santé soit prise en compte dans tous ces aspects et la clinique médicale du travail aide les médecins ; pour les autres métiers les débats sont nécessaires entre pairs et avec les médecins, non pas en donneurs de leçon mais en passeurs d'expérience. Le métier de médecin du travail s'est construit sur des décennies depuis la naissance du terme dans les années 40 en s'appuyant sur 5 siècles d'histoire d'étude des maladies du travail. Les métiers des IPRP sont issus également de l'histoire des risques au travail mais ces métiers n'existent que depuis les années 90 ; ce sont des métiers jeunes qui doivent se construire dans la réflexion et l'échange mais sans perdre leur boussole : la protection de la santé des salariés dans le cadre de leur activité de travail.

Pour citer cet article :

Nadine Khayi, Histoire de la médecine du travail II, Les Cahiers de santé publique et de protection sociale, N° 55 décembre 2025.

