



HAL
open science

Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010)

Pascal Marichalar

► **To cite this version:**

Pascal Marichalar. Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010). Sociologie. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), 2011. Français. NNT: . tel-00790523

HAL Id: tel-00790523

<https://theses.hal.science/tel-00790523v1>

Submitted on 20 Feb 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SCIENCES SOCIALES

FORMATION DOCTORALE SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
CENTRE MAURICE HALBWACHS UMR 8097

Prévenir ou produire.

Autonomie et subordination dans la médecine du travail
(France, 1970-2010)

Thèse pour l'obtention du titre de Docteur de l'EHESS

Discipline : Sociologie

soutenue publiquement le 7 décembre 2011 par **Pascal MARICHALAR**

Direction : Paul-André ROSENTAL – Co-direction : André GRELON

Jury :

Stéphane BEAUD, professeur des universités à l'ENS Paris

Didier DEMAZIÈRE, directeur de recherche au CNRS

André GRELON, directeur d'études à l'EHESS

Patrick HASSENTEUFEL, professeur des universités à l'UVSQ

Paul-André ROSENTAL, professeur des universités à Sciences Po Paris

Annie THÉBAUD-MONY, directrice de recherche honoraire à l'INSERM

« L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SCIENCES SOCIALES N'ENTEND DONNER NI APPROBATION NI
IMPROBATION AUX OPINIONS EXPRIMÉES DANS CETTE THÈSE. CES OPINIONS DOIVENT ÊTRE
CONSIDÉRÉES COMME PROPRES À LEUR AUTEUR. »

Sommaire

RÉSUMÉ – ABSTRACT.....	9
REMERCIEMENTS.....	11
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	15
CHAPITRE 1. UNE PROFESSION EN CRISE PERPÉTUELLE ? DÉMOGRAPHIE ET VOCATIONS.....	53
CHAPITRE 2. EXERCER EN SERVICE INTERENTREPRISES. LES FORMES DU CONTRÔLE « ADMINISTRATIF ».....	105
CHAPITRE 3. EXERCER EN SERVICE AUTONOME. LA NÉGOCIATION QUOTIDIENNE DU MÉTIER LÉGITIME.....	149
CHAPITRE 4. L'AVIS D'APTITUDE-INAPTITUDE. LES ENJEUX D'UNE TÂCHE OBLIGATOIRE.....	205
CHAPITRE 5. L'ENGAGEMENT POUR L'INDÉPENDANCE. SYNDICALISME ET PRATIQUE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL.....	249
CHAPITRE 6. LA MÉDECINE CONTRE ELLE-MÊME. LA « CONFRATERNITÉ » COMME RESSOURCE ET OBSTACLE À L'AUTONOMIE.....	317
CONCLUSION GÉNÉRALE. AUTONOMIE, SUBORDINATION, RESPONSABILITÉ.....	369
MATÉRIAUX ET BIBLIOGRAPHIE.....	381
ANNEXE 1. GLOSSAIRE DES SIGLES.....	403
ANNEXE 2. PRINCIPAUX TEXTES JURIDIQUES ET ARRÊTS AUTOUR DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL...	407
TABLE DES MATIÈRES.....	419

Résumé – Abstract

PRÉVENIR OU PRODUIRE. AUTONOMIE ET SUBORDINATION DANS LA MÉDECINE DU TRAVAIL (FRANCE, 1970-2010)

Ce travail étudie l'autonomie professionnelle des médecins du travail en France entre 1970 et 2010. Il explore le sens de l'injonction indigène et réglementaire d'indépendance, alors que ces médecins sont liés aux employeurs par un contrat de travail, c'est-à-dire une relation de subordination. Ce faisant, il offre un éclairage sur la faillite du système français de prévention des atteintes professionnelles à la santé.

La combinaison du dépouillement d'archives inédites et d'une enquête ethnographique multi-sites auprès de praticiens en activité met en évidence les variations de la problématique de l'autonomie selon le contexte d'exercice (forme du service, nature des interlocuteurs). La coexistence apparente de l'autonomie et de la subordination passe toujours par la distinction pratique entre un côté « médical » de l'activité (sur lequel les praticiens disposent en droit d'une indépendance totale), et un côté « administratif » (sur lequel la subordination est légitime). Or, l'enquête montre que cette distinction est le produit instable d'une négociation permanente entre les médecins et leur entourage (autres composantes du service ou de l'entreprise, autres médecins...).

Plus encore, la définition même du métier, c'est-à-dire l'ensemble des tâches qui peuvent être exercées de manière légitime au nom de la médecine du travail, apparaît elle aussi comme le résultat précaire de négociations permanentes dans chaque service. La question de l'autonomie se joue non seulement dans le contrôle sur le travail, mais également dans le processus de définition de ce dernier.

Cette thèse montre ainsi les limites de la définition classique de l'autonomie professionnelle comme contrôle sur les activités de routine lorsque la nature du travail qu'il y a à faire n'est pas donnée d'avance, mais est l'objet de conflits. Elle donne également à voir la tension entre dépendances légitimes et illégitimes, subordination consentie et abus de pouvoir, qui est au cœur de la relation salariale.

Mots-clés : autonomie, indépendance, subordination, salariat, responsabilité, travail, profession médicale, médecine du travail, santé au travail, conditions de travail.

PREVENTION OR PRODUCTION. AUTONOMY AND SUBORDINATION IN OCCUPATIONAL MEDICINE (FRANCE, 1970-2010)

This doctoral essay studies the professional autonomy of occupational physicians in France between 1970 and 2010. It explores how, although they are expected to be independent in their work, these doctors are bound to their employers by a work contract, i.e. a relationship of subordination. It also sheds light on the failure of occupational hazard prevention in France.

The study of historical documents combined with an ethnographic study of currently active physicians shows how the issue of autonomy varies according to the setting. The apparent coexistence of autonomy and subordination is possible only inasmuch the « medical » side of professional activity (on which the physician is entitled to complete independence) is distinguished from its « administrative » side (which allows for a legitimate degree of subordination). I show that this distinction is the unstable product of continuous negotiations between occupational doctors and their counterparts (e.g. other professionals in the medical service or the company, other doctors...).

Furthermore, even the definition of the work that has to be done – that is, all the tasks that can be performed legitimately in the name of occupational medicine – appears to be the precarious result of continuous negotiations in each medical service. The issue of autonomy is settled not only in the professional's control over his work, but also in the process which leads to the definition of this work.

Hence, this work shows the shortcomings of the classic definition of professional autonomy as control over routine activities, which is problematic when the nature of the work to be done is not given in advance, but at the center of conflicts. On a more general scale, it gives a perspective on the tension between legitimate and illegitimate dependency, consent or resistance to subordination, which is at the heart of work relationships in wage society.

Keywords : autonomy, independence, subordination, wage society, responsibility, work, medical profession, occupational medicine, occupational health, working conditions.

Remerciements

Tout au long de ce travail, j'ai bénéficié du soutien de nombreuses personnes et institutions que je souhaite remercier ici.

Je tiens d'abord à remercier André Grelon et Paul-André Rosental pour leur direction. Leurs enseignements, leurs conseils, leur enthousiasme scientifique, leurs lectures attentives de premières versions du texte m'ont énormément apporté.

Le Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS) m'a offert un environnement très chaleureux et intellectuellement stimulant pour mener à bien cette thèse, et je suis en conséquence très redevable à tous ceux qui y travaillent. Je suis également reconnaissant envers l'équipe enseignante de l'UFR de sciences sociales de l'Université Paris 7 Diderot, et celle de l'UFR droit, sciences politiques et sociales de l'Université Paris 13 Nord, de m'avoir accueilli successivement en leur sein, me permettant de découvrir le plaisir d'enseigner en même temps que je faisais ma thèse.

De nombreuses personnes ont manifesté leur intérêt pour mon travail en me faisant partager à différents stades leurs conseils, critiques, contacts, réflexions ou pistes, leur amitié, leur soutien matériel et moral ou leur inspiration, notamment Stéphane Beaud, Paul Bouffartigue, Jean-Claude Devinck, Emmanuel Henry, Marie Jaisson, Paul Jobin, Michel Lallement, Catherine Marry, Michel Offerlé, Laure Pitti, Sophie Pochic et Annie Thébaud-Mony. Je les en remercie vivement.

Je remercie également les participants des séminaires « Objectiver la souffrance » et « Maladies industrielles et mobilisations collectives » pour des échanges qui ont beaucoup apporté à cette thèse.

Une mention particulière pour tous les doctorants d'il n'y a pas si longtemps ou d'aujourd'hui, du CMH ou d'ailleurs, qui ont été mes collègues et mes partenaires dans les à-côtés sympathiques de la thèse, en particulier Sarah Abdelnour, Blandine Barlet, Marlène Benquet, Baptiste Brossard, Pierre Clément, Antoine Derouet, Ines Espirito Santo, Sibylle Gollac, Amélie Groleau, Samir Hadj Belgacem, Cyril Jayet, Wilfried Lignier, Harold Lopparelli, Emmanuel Martin, Muriel Mille, Julie Pagis, Paul Pasquali, Amín Perez, Gil Ramos, Scarlett Salman, Rémi Sinthon, Hélène Steinmetz et Rémi Tréhin-Lalanne. C'est en discutant avec eux que j'ai pu faire progresser mes hypothèses de recherche. Merci également à tous les amis plus distants de la sociologie d'avoir été là pour me rappeler l'existence d'autres mondes.

Enfin, cette thèse doit tout aux nombreuses personnes, en particulier les médecins du travail, qui ont accepté de me recevoir pour un ou plusieurs entretiens et qui m'ont communiqué des documents relatifs à leur pratique. Je ne peux les citer par respect de l'anonymat que je leur ai promis. Je tiens particulièrement à remercier pour leur confiance et, pour certaines d'entre elles, leur amitié, les personnes qui ont joué un rôle clé dans l'ouverture du terrain : Monique Larche-Mochel à l'Inspection médicale du travail ; Micheline Chevalier, Jean-Claude Guiraud et Jean-Michel Sterdyniak au SNPST ; Bernard Salengro au SGMT-CGC ; Alain C. au SMTIEG-CGT. J'espère, par cette thèse et par ses éventuelles suites, pouvoir rendre au moins un peu à tous ceux qui m'ont tant donné.

Enfin, un grand merci à tous les membres de ma famille. Et surtout, à Céline, pour ses encouragements, et tout le reste.

« Cahuzac m'a parlé sur un ton paternel et m'a dit qu'il avait appris avec peine mon attitude du début de la grève.
– Je ne juge pas vos opinions, a-t-il continué ; à mon avis, elles sont fausses, mais vous êtes libre. J'explique votre comportement par un défaut d'expérience.

Sa voix est alors devenue plus sourde et plus insinuante :

– Voyez-vous, Desportes, je suis surtout préoccupé de votre dignité. Croyez-vous qu'il ait été raisonnable de crier dans la cour comme on m'a rapporté que vous l'avez fait ? Croyez-vous qu'il soit, pour vous, souhaitable qu'on vous surprenne à de longs colloques avec les ouvriers comme je l'ai fait moi-même aujourd'hui ?

– J'essayais précisément de leur expliquer..., ai-je commencé timidement.

– Vous n'avez rien à leur expliquer, mon ami, dans cet ordre d'idées. Vous avez un rôle médical dans l'usine, pourquoi voulez-vous vous occuper du "social" ?

– Mais... parce que l'un mène inévitablement à l'autre.

– Vous êtes encore dans l'erreur, j'en suis sûr. D'ailleurs, comprenez-moi, Desportes, et je parle dans votre intérêt : comment pouvez-vous concevoir que je tolère ici un élément de trouble comme inconsciemment vous semblez tendre à l'être. Nous serions obligés de nous séparer de vous. Vous ne voulez pas cela, et moi non plus. Alors, restez tranquille, que vous le vouliez ou non, vos études, votre situation entre patron et ouvriers, vous placent dans une position difficile mais où vous pouvez acquérir sur l'un et l'autre une influence certaine. Peut-être ne vous en rendez-vous pas assez compte. »

Jacques CHAUVIRÉ, *Partage de la soif*, Paris, Le Dilettante, 2000, p. 176–178. ¹

¹ D'abord publié en 1958 chez Gallimard, ce roman a pour personnage principal un médecin du travail.

Introduction générale

I. Prologue

À la fin des années 1920, un médecin généraliste qui exerce à Clichy envoie un texte de quelques pages à *La Presse médicale*¹ au titre du courrier des lecteurs. Âgé de trente-quatre ans, le docteur Destouches souhaite réagir à la loi sur les assurances sociales du 5 avril 1928. Celle-ci développe des formes nouvelles de protection sociale pour les cas de maladie, d'invalidité, de vieillesse, de décès et de maternité, couvrant un très grand nombre de salariés. Les éditeurs de la revue signalent dans un chapeau le caractère quelque peu iconoclaste du point de vue de leur confrère².

Il est vrai que, clairement hostile à la nouvelle loi qui selon lui ruinera l'économie française, le médecin généraliste propose d'y faire face d'une manière audacieuse :

« il nous a semblé que c'était à la méthode disraélienne³ de néo-conservatisme qu'il faudrait avoir recours, celle qui consiste à ne pas s'opposer aux programmes audacieux de la gauche socialisante, mais, au contraire, à se porter franchement bien au-delà des revendications collectivistes pour extraire de ces mêmes réformes tout ce qu'il faut pour consolider l'ordre établi.⁴ »

Pour le Dr. Destouches, les nouvelles protections sociales doivent être utilisées comme des aiguillons permettant d'augmenter la productivité des travailleurs, ce que l'auteur résume sous l'expression de « meilleure utilisation du matériel humain ». Il explicite les trois « sages principes majeurs » de la réforme qu'il préconise :

« 1° Admettre que l'assuré doit travailler le plus possible avec le moins d'interruption possible pour cause de maladie ; 2° Que la plupart des malades peuvent travailler ; 3° Qu'ils doivent se soigner et être soignés pendant qu'ils travaillent et utiliser toutes les possibilités que l'industrie moderne offre à l'emploi des malades.⁵ »

¹ Louis F. DESTOUCHES, « Les assurances sociales et une politique économique de la santé publique », *La Presse médicale*, 24 novembre 1928, vol. 36, n° 94, pp. 1499–1501. Le texte est reproduit dans un recueil des textes de l'auteur. Cf. Louis F. DESTOUCHES, « Les assurances sociales et une politique économique de la santé publique », in Jean-Pierre DAUPHIN et Henri GODARD (éds.), *Cahiers Céline*, Paris, Gallimard, 1977, vol.3 - Semmelweis et autres écrits médicaux, pp. 154–167. Toutes les citations ultérieures de Louis Destouches sont extraites de ce texte. *La Presse médicale* est une revue professionnelle de référence qui paraît depuis 1893. Par ailleurs, on se reportera avec profit au reste de l'ouvrage dirigé par Dauphin et Godard où l'on trouve l'ensemble des textes médicaux de Louis Destouches/Louis-Ferdinand Céline, y compris sa thèse de médecine sur l'hygiéniste hongrois Semmelweis.

² La rédaction du journal met en garde les lecteurs : « la question des assurances sociales et les dangers certains qu'elles présentent continuent à passionner les médecins ; un de nos jeunes confrères de Clichy nous adresse un article que nous croyons devoir publier ci-dessous en raison des idées originales et neuves que cet article renferme, bien que ces idées paraîtront peut-être à certains un peu théoriques et aventureuses. On ne sera pas sans remarquer que le confrère de Clichy arrive à conclure, comme le confrère de Dantzig, en faveur de la militarisation de la médecine et de la classe ouvrière comme seul moyen pratique d'appliquer les assurances sociales. Quel idéal !! ». Reproduit in *Ibid.*, p. 155.

³ Le terme renvoie à Benjamin Disraéli (1804-1881), homme politique britannique du parti conservateur.

⁴ Louis F. DESTOUCHES, « Les assurances sociales et une politique économique de la santé publique », *op. cit.*, p. 157–158.

⁵ *Ibid.*, p. 159.

Le programme du Dr. Destouches est entièrement subordonné à la création d'un nouveau métier au sein du corps médical : « il faut créer des cadres de médecins d'assurances-maladie "d'entreprises" qui auront la charge médicale spéciale des assurés, sur les lieux même et pendant la durée du travail »⁶. Leur existence serait dictée non pas par un souci pour la condition ouvrière mais par des considérations de rentabilité :

« Ce qui nous paraît beaucoup plus sérieux, c'est l'intérêt patronal et son intérêt économique, point sentimental. Nous renonçons aussi au sentiment. Démontrer au patron qu'il a un intérêt pécuniaire à employer des malades à tous points de vue et à les laisser sous contrôle médical, c'est le bon système, selon nous, d'assurances-maladie rationnelles.⁷ »

Le généraliste propose d'appeler *médecins du travail* ces praticiens d'un nouveau genre auxquels incomberait le contrôle médical en question. Selon lui « ces médecins du travail, ces consultants ambulants, ce sont eux les médecins de l'avenir »⁸.

Ces praticiens devraient consacrer la majeure partie de leur temps à des visites sur les lieux de travail, pour pouvoir prendre en compte toutes les dimensions imbriquées de l'activité humaine. En effet, la pratique de la consultation en cabinet serait porteuse d'enseignements beaucoup moins riches. Elle devrait dans la mesure du possible être laissée à des infirmières – dont le Dr. Destouches dresse un portrait peu flatteur – pendant que les médecins arpenteraient les usines :

« Ces médecins du travail, dont nous esquissons ici le rôle, devront être non seulement des médecins, mais des sociologues et des philosophes pratiques. D'un coup d'œil clinique et social, d'un coup d'oreille, ils devront saisir le cas médical de l'homme dans son milieu d'action. C'est ce que nous faisons, lorsque nous, praticiens (ayant le temps de le faire), nous donnons une consultation au domicile (en même temps lieu de son travail) d'un petit commerçant, artisan, d'un boulanger, d'un serrurier, par exemple.

Mes confrères savent que la somme des enseignements et des connaissances qu'ils emportent sur un malade au cours d'une visite de ce genre est pratiquement bien supérieure à celle qu'ils retirent d'une consultation dans leur cabinet ou au dispensaire, où le malade "leur tombe de la lune", avec ses explications embrouillées, insuffisantes, désorientées, ses indications si fausses presque toujours sur les conditions hygiéniques de sa vie et de son travail. Une infirmière visiteuse peut-elle être chargée de cette observation ? Mais non. Son autorité, son sens critique, ses connaissances à la fois superficielles et routinières sont toujours tout à fait insuffisantes pour remplir cette tâche essentielle, capitale ; critique. Je verrais plutôt volontiers intervertir les rôles et l'infirmière se charger des consultations médicales le plus souvent platoniques du médecin au dispensaire et le médecin de son côté, par contre, dépister les malades, les aiguiller en bavardant deux minutes avec eux sur les lieux mêmes du travail, où

⁶ *Ibid.*, p. 160–161.

⁷ *Ibid.*, p. 160.

⁸ *Ibid.*, p. 161.

ils se trouvent groupés, condensés, attentifs. Cela n'est ni de la médecine "standard", ni de la médecine d'hôpital, ni de la médecine de cabinet de consultations, c'est la médecine d'expectative et de pratique spéciale adaptée à une population nombreuse et toujours au travail.⁹ »

Le médecin généraliste imagine une organisation dans laquelle les entreprises commerciales, industrielles et agricoles seraient réparties par groupes au sein desquels circuleraient ces nouveaux médecins ambulants. Leur mission principale serait d'éviter que les assurés ne tombent malades au travail, en agissant préventivement.

Le Dr. Destouches reconnaît que sa conception de la médecine du travail est proche de la médecine militaire. Il évoque encore l'image de policiers qui patrouilleraient pour prévenir les délits avant qu'ils ne soient commis, plutôt que d'arrêter les délinquants *a posteriori* et de les déférer devant le juge. Dans cette image, le médecin du travail serait l'équivalent du policier et le dispensaire médical celui du juge ; quant au délit en question, ce serait la maladie contractée au travail :

« Pour la santé publique et l'hygiène sociale en particulier, on attend que le délit vienne se présenter au juge, c'est-à-dire au dispensaire. C'est enfantin. Il faut aller "patrouiller" sur les lieux mêmes où s'utilise la santé des assurés, sur les lieux du travail, éviter ainsi que l'assuré ne "fasse malade" ce délit, instituer en somme une vaste police médicale et sanitaire, qui s'étende non seulement au domicile de l'assuré, mais surtout aux endroits où il travaille, que ces médecins d'assurance n'essayent point de jouer vainement aux cliniciens de pure science, détachés des réalités économiques et se transforment, au contraire, en praticiens du travail. D'où deux cadres, avons-nous dit : 1° les médecins d'assurances, ceux du domicile ayant charge des familles et des invalides couchés, des dispensaires ; 2° les médecins ambulants des entreprises commerciales, industrielles et agricoles (celles-ci réparties par groupes). Entre ces deux espèces de praticiens, liaison constante, comme entre les commissaires de police et le parquet.¹⁰ »

Dans l'esprit du Dr. Destouches, la création de la médecine du travail doit s'accompagner d'une redéfinition des états de santé et de maladie, du normal et du pathologique. La conception alors dominante est un « clair-obscur sentimental »¹¹ hérité d'une médecine bourgeoise parfaite pour la « clientèle restreinte et douillette » d'une « station climatique bien orientée »¹², mais ne pouvant s'appliquer à une société où le prolétariat est majoritaire. Or, pour les travailleurs, il convient de définir une nouvelle distinction entre maladie et santé, moins binaire. Dans la plupart des cas, un travailleur malade n'en est pas moins capable de travailler : « l'emploi des malades doit être le mot

⁹ *Ibid.*, p. 162–163.

¹⁰ *Ibid.*, p. 165.

¹¹ *Ibid.*, p. 160.

¹² *Ibid.*, p. 167.

d'ordre social de demain, non point n'importe comment, mais sous permanent conseil et surveillance médicale »¹³. La médecine du travail rêvée par Destouches introduit ainsi une conception de la santé et de la maladie comme un continuum ininterrompu, où le retrait de la scène productive n'intervient idéalement que dans les états pathologiques les plus critiques.

L'auteur signale au passage les qualités productives des travailleurs que la médecine bourgeoise définit comme « malades » :

« il est même prouvé, d'après l'exemple américain, que l'homme malade constitue à beaucoup d'égards une excellente recrue industrielle très recherchée par le patronat des États-Unis. Il se passe ici ce qui s'est passé pendant la guerre où il a fallu cinq années pour s'apercevoir que nous n'étions plus à l'époque des tournois et qu'un tuberculeux moyen faisait, après tout, un aussi bon soldat qu'un autre et préférable même à certains athlètes, organismes exigeants, soldats assez encombrants.¹⁴ »

Ainsi se termine le programme du généraliste de Clichy. Au-delà d'une volonté manifeste de choquer, il s'agit d'une conception cohérente d'un nouveau poste où l'activité serait entièrement subordonnée à la rentabilité économique et à l'intérêt patronal¹⁵.

Moins d'une dizaine d'années plus tard, c'est encore dans *La Presse médicale* que l'on trouve un article élogieux du Dr. Ravina, qui rend compte d'une thèse de médecine soutenue en avril 1936¹⁶. Très juridique, elle a pour objet l'indemnisation des accidents du travail et notamment la manière de la réviser à la hausse en fonction de l'évolution des préjudices subis. Son auteur, Guy Hausser, est un diplômé de médecine légale de vingt-quatre ans, natif de Rouen, qui a développé un intérêt fort pour la question des accidents du travail et maladies professionnelles¹⁷. Ses liens avec la Confédération générale du travail (CGT¹⁸) sont nombreux ; la centrale syndicale finance une bonne partie de ses travaux sur la santé ouvrière. Le jeune médecin est par ailleurs marié à une avocate

¹³ *Ibid.*, p. 165.

¹⁴ *Ibid.*, p. 164.

¹⁵ Dauphin et Godard soulignent l'ambiguïté de ce texte de l'écrivain médecin : « on le rangerait sans hésitation parmi les plus réactionnaires. Mais cette proposition de multiplication des médecins du travail, l'idée que les seuls soins efficaces sont ceux qui sont donnés en connaissance des conditions de travail des ouvriers, [...] tout cela donne à l'article un autre ton ». *Ibid.*, p. 154–156. Cette hésitation des éditeurs n'est-elle pas due à l'analogie du sens commun entre médecine du travail et conquête « sociale » ? Si l'on écarte cette équivalence, alors le ton réactionnaire apparaît largement dominant dans le texte de Destouches.

¹⁶ L'article du Dr. Ravina est cité in Joseph BÉDIER, « Un militant de la lutte contre les maladies professionnelles : Guy Hausser (1912-1942) », *Histoire des sciences médicales*, 2004, vol. 38, n° 1, p. 58.

¹⁷ Sur Guy Hausser, cf. Victor BALTHAZARD, « Nécrologie de Guy Hausser », *Archives des maladies professionnelles*, 1945 1944, vol. 6, n° 7, pp. 349–350 ; Joseph BÉDIER, « Un militant de la lutte contre les maladies professionnelles : Guy Hausser (1912-1942) », *op. cit.* ; Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, *La santé au travail : 1880-2006*, Paris, La Découverte, 2006, p. 34–45. Tous les développements qui se suivent se fondent sur ces travaux.

¹⁸ Tous les sigles sont explicités en annexe.

réputée très érudite en droit du travail, ce qui n'est pas sans lien avec sa vision à la fois médicale et juridique des questions de santé liées au travail.

Le Dr. Hausser plaide pour la création d'un nouveau poste dans les usines, celui d'*inspecteur médical du travail* ou encore de *médecin du travail*. Lors d'une conférence syndicale en 1937, il développe sa conception de ce que ferait ce médecin d'un type nouveau :

« L'organisation de la sécurité du travail n'est, malheureusement, que bien embryonnaire en France, où le nombre des accidents du travail est beaucoup plus élevé qu'on n'a tendance à se l'imaginer. Malgré quelques vagues mesures de protection, ces accidents augmentent d'ailleurs de jour en jour. Cependant, en prenant des mesures élémentaires de sécurité, en acquérant la notion que le travailleur n'est pas une bête de somme mais un individu réfléchi et conscient, on pourrait diminuer sensiblement ces accidents et provoquer un allègement appréciable des charges considérables dont se plaignent les industriels. [...] On a songé à créer des inspecteurs adjoints du travail. Je ne sais ce que ce projet donnera, mais il semble bien encore devoir être inopérant. La CGT devra prendre elle-même en main cette question et à notre avis il serait heureux qu'elle réussisse à imposer, en dehors des inspecteurs actuels, des inspecteurs spécialisés pour diverses industries, ainsi qu'une inspection médicale comme elle est réalisée en Belgique. Il faudrait laisser aux inspecteurs actuels du travail une simple besogne administrative, telle que la vérification des locaux, de la durée du travail, de la nature du personnel employé, etc. Des inspecteurs médicaux *ayant pouvoir de visiter des usines* devraient être prévus, ainsi que des chimistes et des architectes. Enfin et surtout ces inspecteurs spécialisés devraient se tenir constamment en rapports avec les délégués ouvriers d'établissement, qui sont vraiment à même d'alerter l'Administration et qui devraient être réellement des pré-inspecteurs du travail.¹⁹ »

L'activité de ce nouveau type de médecin devrait être entièrement mise au service de la préservation de la santé des ouvriers. Selon Hausser, « les ouvriers doivent agir pour arracher leur droit à une vie saine »²⁰, et le médecin du travail serait leur auxiliaire dans ce combat. Dans ce projet, l'intérêt économique patronal jouerait un rôle important, dans la mesure où l'action de ces nouveaux praticiens entraînerait des frais d'indemnisation considérables, incitant les employeurs à améliorer les conditions de travail :

« Il faut que, par une propagande inlassable, on finisse par faire admettre que les maladies professionnelles ne sont pas un mythe, qu'on les rencontre tous les jours et qu'il faut non seulement les indemniser, mais aussi les prévenir. Pour les prévenir, il faut appliquer des mesures d'hygiène, mais nous pensons que dans un régime capitaliste les simples conseils d'hygiène ne seront pas appliqués par persuasion. Il faut que les maladies

¹⁹ Guy HAUSSE, « Le Code du travail et l'hygiène », *Conférences de l'Institut supérieur ouvrier CGT*, 1937, p. 4 et 31.

²⁰ *Ibid.*, p. 32.

professionnelles soient indemnisées. L'indemnisation entraînera des frais d'assurance considérables pour le patronat qui verra, à ce moment-là, qu'il est beaucoup moins onéreux de prévenir que de payer.²¹ »

Pour le Dr. Hausser, ces médecins du travail devraient recevoir une formation spécifique sur les caractéristiques des différents toxiques professionnels, dont l'identification et l'éradication formeraient le cœur de leur activité. Ce cursus viendrait pallier la faiblesse des études médicales sur toutes les questions de santé ayant trait au travail. En outre le médecin relie la question du savoir sur les risques industriels à celle de leur indemnisation par les assurances sociales, qu'il souhaite pouvoir étendre à tous les travailleurs concernés :

« Il faut, en effet, rappeler qu'il y a, en France, 14 produits donnant lieu à indemnisation, alors que 307 sont reconnus par le Bureau international du travail. On voit que la Confédération générale du travail aura encore beaucoup à faire avant d'obtenir une réparation, même partielle, des dommages causés par les nombreux toxiques utilisés dans l'industrie. Il est nécessaire, également, d'attirer l'attention des médecins sur ce sujet, car ceux-ci ignorent complètement la question pour la bonne raison que les différents cours des Facultés sont absolument muets en ce qui concerne la pathologie du travail.²² »

Le jeune médecin n'en reste pas aux déclarations d'intention. En 1938, il crée l'*Institut d'étude et de prévention des maladies professionnelles*, dont les locaux sont situés dans le 10^e arrondissement parisien, et fonde une nouvelle revue dont il sera rédacteur en chef, les *Archives des maladies professionnelles*²³. Dans les années qui suivent, plusieurs praticiens préparent dans l'enceinte de l'Institut des thèses dont les sujets sont fortement inspirés par le Dr. Hausser. Celui-ci organise des *Journées internationales de pathologie et d'organisation du travail* à Paris en juin 1937 puis en mai 1939, fait office d'observateur français à la deuxième *Conférence internationale de la silicose* à Genève en 1938 et est sollicité pour participer à la Commission d'hygiène industrielle du Ministère du travail.

Les travaux scientifiques du Dr. Hausser portent aussi bien sur les risques liés au saturnisme et au benzolisme dans la région parisienne que sur les pathologies du travail liées aux professions agricoles. L'Institut publie également un petit livre intitulé *Les maladies professionnelles, conseils pratiques, législation et barème d'évaluation*, qui jouit d'un franc succès auprès des médecins et des délégués syndicaux comme en atteste le fait que ses éditions successives sont épuisées.

²¹ Guy HAUSSER, « Les maladies professionnelles. Chronique de droit ouvrier », *La Voix du peuple*, 1934apr. J.-C., p. 354.

²² *Ibid.*

²³ La revue existe toujours aujourd'hui, sous le nom d'*Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*.

Lorsque la Seconde guerre mondiale éclate, aucun poste connu sous le nom de *médecin du travail* n'a encore été créé. Le Dr. Destouches continue d'exercer la médecine générale tout en ayant embrassé en parallèle une carrière d'écrivain. Sous le nom de plume de Louis-Ferdinand Céline, il connaît depuis 1932 une gloire littéraire exceptionnelle. La débâcle et la collaboration sont pour lui l'occasion de diffuser pléthore d'articles et de pamphlets antisémites, racistes et faisant l'apologie du nazisme, dont le ton rappelle parfois celui de l'article de 1928.

Guy Hausser, quant à lui, est mobilisé à partir de septembre 1939. Dans son journal personnel, il raconte la visite médicale avant de partir au front – la qualifiant de « visite médicale "père de famille" » – au cours de laquelle l'un des appelés tente de mentir sur son état de santé :

« on lui a dit que toutes les déclarations truquées feraient partir l'intéressé comme infirmier en première ligne. Complètement affolé, il est reparti dare-dare chercher sa feuille.²⁴ »

Pendant plusieurs mois, il erre avec sa division dans le Nord de la France en proie aux bombardements et aux incendies. Un profond sentiment d'inutilité le mine. Comment « agir » ? Il tente de poursuivre ses projets d'avant-guerre dans le contexte nouveau : « pour ce qui me concerne, il y a l'organisation de la Médecine du Travail pour l'Armement. C'est peu de chose peut-être, mais c'est mieux que rien », écrit-il dans son journal²⁵.

Il n'aura pas le temps de mettre en application ce programme. Suite à la reddition de l'armée en juin 1940, Guy Hausser tente de s'enfuir avec des camarades en se cachant dans le double fond d'un bateau, mais est découvert par les Allemands. Il est affecté pendant un bref moment au pansement des blessés puis retourne à Paris. Il lui est difficile de poursuivre ses activités comme avant la guerre. Du fait de l'application zélée des lois anti-juives, son nom est rayé de la couverture de la revue qu'il a créé. En octobre 1941, il demande son inscription au tableau du tout nouvel Ordre des médecins, qui lui est accordée. Il est cependant arrêté par la police française le 23 mars 1942. Selon l'un de ses confrères, le motif de cette arrestation est « sa qualité d'israélite et ses relations avec les syndicats ouvriers »²⁶. Quatre jours plus tard, il est embarqué avec des milliers d'autres dans un convoi partant de Drancy en direction du camp d'extermination d'Auschwitz-Birkenau. Selon le registre des décès du camp, il y meurt le 21 juin 1942²⁷.

²⁴ Guy HAUSSER, *Carnet de route 1939-1940*, Rouen, Imprimé, 1946.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ Propos de Victor Balthazard cités in Joseph BÉDIER, « Un militant de la lutte contre les maladies professionnelles : Guy Hausser (1912-1942) », *op. cit.*, p. 60–61.

²⁷ Selon Stéphane Buzzi, Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, « eût-il survécu, il ne fait aucun doute qu'il serait devenu la grande figure de la profession au moment crucial de la Libération et que les lois fondatrices de la médecine du travail contemporaines auraient été différentes ». Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-

II. La médecine du travail : un rôle et un statut ambigus

Un mois après l'assassinat de Guy Hausser, le régime de Vichy publie une loi rendant obligatoire le recours à des « services médicaux et sociaux du travail » pour les entreprises de plus de cinquante salariés de la plupart des branches professionnelles²⁸. Ce texte fait suite à une « recommandation » de la Troisième République finissant en juin 1940 et à la mise en place d'une Inspection médicale du travail en octobre 1941. La loi du 28 juillet 1942 emploie l'expression de « médecins du travail », titre donné aux praticiens exerçant dans ces services²⁹. Dans un premier temps, aucune formation spécialisée autre que le tronc commun médical n'est exigée de leur part³⁰. Leur mission est de veiller « au maintien et à l'amélioration de l'état de santé des travailleurs »³¹.

Cette loi a d'abord connu une application limitée à certaines branches professionnelles³². Dans les premières années, « le régime va surtout s'en servir pour mettre en œuvre le STO »³³. Les nouveaux médecins du travail remplissent alors une tâche de sélection physique des hommes dans le cadre de la déportation de travail en Allemagne.

À la Libération, le Ministre du travail communiste Ambroise Croizat est l'artisan d'une nouvelle loi sur la médecine du travail³⁴. Paradoxalement, elle va effacer durablement le souvenir du texte de 1942 tout en s'en inspirant largement : « mûe par des forces politiques contraires et par la balance entre l'ardeur de la fondation de la république sociale et les impératifs de la reconstruction, la Libération a eu du mal à trancher »³⁵. La principale originalité de loi du 11 octobre 1946, encore en vigueur aujourd'hui, est d'étendre à toutes les entreprises, quelle que soit leur taille, l'obligation de

André ROSENAL, « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 2002, vol. 63, n° 5, p. 358. Sur le rôle des deux guerres mondiales et de l'entre-deux-guerres dans la création de la médecine du travail, cf. également Jean-Claude DEVINCK, *La création de la médecine du travail en France : 1914-1946*, Mémoire de diplôme de l'EHESS, EHESS, 2001.

²⁸ Le lecteur trouvera en annexe une présentation des textes de loi cités dans la thèse, avec leurs références exactes, qui ne sont pas évoquées dans le corps du texte pour ne pas alourdir la lecture.

²⁹ L'expression s'est progressivement diffusée depuis les années 1930. Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENAL, « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *op. cit.*, p. 357.

³⁰ Seul le diplôme de médecin est nécessaire. L'article 5 de la loi précise qu'« un arrêté du secrétaire d'État au travail et du secrétaire d'État à la famille et à la santé fixera la date à partir de laquelle un diplôme de médecine du travail pourra être exigé pour la nomination ».

³¹ Article 8 de la loi du 28 juillet 1942.

³² « La loi ne se concrétise vraiment que dans les secteurs de la céramique, de la transformation des métaux et des cuirs et peaux ». Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENAL, *La santé au travail*, *op. cit.*, p. 51.

³³ *Ibid.*

³⁴ Cf. annexe 2 et *Ibid.*, p. 56-62.

³⁵ Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENAL, « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *op. cit.*, p. 360.

recourir aux services médicaux du travail. Le rôle des médecins est également défini de manière plus précise autour de l'idée de prévention des atteintes liées au 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 du travailleur du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs³⁶. »

Dès l'origine, la priorité apparente donnée à la mission préventive du médecin (qui n'a pas le droit de prescrire des soins) n'est pas dénuée d'ambiguïtés. La loi présente le salarié à la fois comme victime potentielle et comme propagateur potentiel des « altérations de la santé » ; ainsi, selon les circonstances, les médecins ont la possibilité de protéger les travailleurs, ou d'en protéger les autres, comme ils le feront dès la fin des années 1940 en éloignant les salariés tuberculeux. Un décret de 1947 fixe les modalités de ce qui sera leur outil principal dans ce contexte : la délivrance de l'avis d'aptitude-inaptitude du salarié à son poste. Rapidement érigée au rang de tâche principale incombant aux praticiens, l'aptitude est symbolique de l'incertitude originelle qui entoure le métier de médecin du travail : s'agit-il d'adapter le poste de travail à l'homme ou l'homme au poste de travail ? Que signifie prononcer l'aptitude d'un salarié à un poste dangereux lorsque la loi fondatrice de la médecine du travail lui assigne une mission de prévention ?

La loi de 1946 « pose un cadre trop global : la définition et l'avenir de la profession vont se jouer dans son application concrète »³⁷. Jusqu'à aujourd'hui, le cadre législatif de la médecine du travail est resté remarquablement stable, entretenant le flou de la loi originelle. Ainsi, la gouvernance patronale des services, le fait que l'activité des médecins soit principalement dédiée aux « visites médicales » (d'embauche, de reprise, systématiques) ou encore l'obligation pour le praticien de se prononcer sur l'aptitude du salarié à son poste n'ont jamais été remis en cause, malgré certains aménagements à la marge : modifications de la structure de « contrôle » du fonctionnement des services (décrets de 1946, 1952, 1979, 1986 et 1988), de la procédure de licenciement des médecins du travail (les pouvoirs de contrôle de l'Inspection du travail sont étendus par un décret de 2004), possibilité de proposer le reclassement des salariés inaptes à un autre poste dans l'entreprise (loi de 1976). Surtout, à partir des années 1970, les médecins du travail ont été sommés de manière croissante de consacrer une part de leur temps à l'action en entreprise, en partenariat avec d'autres intervenants spécialisés dans l'évaluation des risques professionnels (décrets de 1979, 1988, loi de

³⁶ Article 1 de la loi du 11 octobre 1946.

³⁷ Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, *La santé au travail*, op. cit., p. 58.

2002, décrets de 2003, 2004, 2011). Cette ouverture à la « pluridisciplinarité » a amené les pouvoirs publics à privilégier l'expression « santé au travail » à celle de « médecine du travail » y compris dans l'intitulé des services, connus désormais comme des « services de santé au travail » (loi de 2002).

Le flou historique de la juridiction professionnelle³⁸ des médecins du travail fait écho à l'ambiguïté de leur statut. Contrairement à une idée répandue dans le grand public selon lequel ils seraient des fonctionnaires de l'État, les médecins du travail sont des salariés de droit privé employés par les employeurs dont ils surveillent les salariés. Depuis 1942, la plupart des entreprises sont réunies en associations patronales inter-professionnelles à but non lucratif, appelées *services interentreprises*, qui emploient directement les médecins du travail. En moyenne, chaque praticien est en charge de plusieurs centaines d'entreprises et plusieurs milliers de salariés par an. Près de neuf médecins sur dix sont employés par de telles structures, surveillant une proportion équivalente de l'ensemble des salariés des entreprises. La loi prévoit par ailleurs que les grandes entreprises doivent recruter directement un ou plusieurs médecins, sans passer par une structure inter-professionnelle ; on parle alors de *services autonomes*.

Le médecin du travail est lié à son employeur (chef d'entreprise ou président du service interentreprises) par un contrat de travail écrit qui en fait un salarié, « mais un salarié au statut particulier »³⁹. L'originalité de ce statut est de concilier le rapport de subordination classique au cœur de toute relation du travail et le principe d'une indépendance médicale conforme au Code de déontologie médicale. La mutation ou le licenciement du médecin du travail sont soumis à un certain nombre de contrôles (selon les époques, accord nécessaire du Comité d'entreprise ou de la Commission de contrôle du service, de l'Inspection du travail) afin de garantir qu'ils ne sont pas employés comme un moyen de pression sur le praticien. Cependant, l'employeur garde un pouvoir disciplinaire sur le médecin, pouvant par exemple prononcer sa mise à pied immédiate s'il estime qu'il y a une « faute grave ».

³⁸ Je reprends l'expression à Andrew Abbott, qui explique que « chaque profession est liée à un ensemble de tâches par des liens de juridiction ; les forces et les faiblesses de ces liens sont déterminées dans la réalisation concrète du travail professionnel » (traduction personnelle. « Each profession is bound to a set of tasks by ties of jurisdiction, the strengths and weaknesses of these ties being established in the process of actual professional work »). Andrew ABBOTT, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press, 1988, p. 33.

³⁹ Selon la formule employée dans une présentation officielle de la médecine du travail. Cf. http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/sante-conditions-de-travail,115/la-medecine-du-travail,1049.html#sommaire_5, (consultation avril 2011).

III. Les études sociologiques sur la médecine du travail : l'idée d'une pluralité de métiers possibles

En France, la médecine du travail a fait l'objet de plusieurs études sociologiques depuis le début des années 1990, aux résultats divergents. Alors que l'enquête classique de Nicolas Dodier sur *L'expertise médicale* donne l'idée d'un métier donné d'avance, où les praticiens n'ont que la liberté du « cadrage » qu'ils préfèrent employer pour envisager une situation de travail, plusieurs enquêtes plus courtes ont suggéré depuis la diversité des activités possibles dans l'exercice de la médecine du travail. Il apparaît qu'il existe non seulement différentes manières d'exercer une tâche, mais différentes manières de délimiter les tâches que le médecin doit exercer. Ce résultat est confirmé par deux études nord-américaines sur les *occupational physicians*, médecins d'entreprise qui partagent certaines caractéristiques avec les médecins du travail français.

1. « *L'expertise médicale* » : une conception légaliste du métier

Publié en 1993, le livre de Nicolas Dodier sur *L'expertise médicale* est sans doute le travail sociologique le plus cité qui est fondé sur une enquête auprès de médecins du travail⁴⁰. Reconnu comme un apport important à la sociologie de l'expertise, il est le fruit d'une recherche qualitative dont le cœur est constitué par l'observation de plusieurs centaines de consultations médicales. L'objectif de Nicolas Didier est d'étudier les régimes de justification et les « cadrages des individus » qui amènent les médecins du travail à prendre certaines décisions d'expertise sur l'état physique du salarié ou la dangerosité des conditions de travail. L'auteur ne réserve qu'une place marginale à l'examen de la spécificité de la discipline par rapport à d'autres spécialités médicales. Celle-ci consiste résider selon lui dans l'absence de pouvoir autre que celui d'émettre des avis, qui fait de la médecine du travail un cas indiqué pour étudier les modalités de l'expertise médicale :

« Nous nous immergerons au cours de l'ouvrage dans une médecine singulière, la médecine du travail. Voici des médecins qui ne soignent pas, qui n'ont pas le droit de prescrire, mais qui rendent des avis dans les entreprises. Voici des médecins qui n'expertisent pas seulement les individus mais également les "conditions de travail", et à travers elles les objets, les techniques, les produits, les groupes et les règles qui peuplent les entreprises. Voici enfin des médecins qui travaillent certes dans des cabinets médicaux, mais qui arpentent également des ateliers, des comités paritaires où siègent employeurs et représentants du personnel, des réunions de cadres et des bureaux de direction. J'utiliserai ce caractère atypique de la médecine du travail pour briser plus facilement l'évidence du regard médical et le confronter à d'autres formes de jugements sur les individus.⁴¹ »

⁴⁰ Nicolas DODIER, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993.

⁴¹ *Ibid.*, p. 14–15.

La définition du métier n'est pas tant une question de recherche qu'un point de départ pour l'auteur, qui développe une conception fortement légaliste du territoire professionnel des médecins du travail. Selon Nicolas Dodier,

« Le médecin doit rendre des décisions. Il doit, comme expert, répondre à des questions : "Dites-nous si ce salarié est "apte" à son travail !", "Faites la liste des risques auxquels il est exposé !", "Est-ce qu'il manipule du plomb ?", "Y a-t-il un problème médical à l'origine de ses accidents répétés ?"⁴² »

Le métier est ainsi présenté sous l'angle de la loi de 1946 et ses ramifications, avec une liste de « missions » et « rôles » qui incombent aux praticiens. Cette présentation simplifiée est sans doute un choix d'écriture dans une étude qui veut se consacrer avant tout à l'étude des jugements d'expertise ; l'objectif de Dodier n'est pas d'étudier la profession de médecin du travail ou les conflits sur la délimitation du métier, mais bien de voir sur quelles grammaires s'appuient les praticiens pour prendre certaines décisions. L'apport à l'étude de l'expertise se fait ainsi au détriment de la prise en compte de la spécificité d'une profession aux contours historiquement flous.

2. Une profession, plusieurs métiers

S'il est incontestable que les médecins du travail ont des comptes à rendre sur certains points, on peut se demander dans quelle mesure leur activité peut être décrite comme une réponse à une commande d'expertise. L'autonomie du médecin dans le choix des interrogations auxquelles il souhaite répondre est sans doute plus grande que ne le suggère Nicolas Dodier. Par ailleurs, son présupposé de départ selon lequel les médecins du travail sont des médecins sans pouvoir autre que celui de rendre des avis peut être discuté, dans la mesure où il écarte de l'analyse les médecins qui ne s'accommoderaient pas de l'état d'impuissance dans lequel la loi semble les cantonner. Des travaux ultérieurs suggèrent au contraire la grande plasticité du travail réel des médecins du travail, incitant à réfléchir aux modalités pratiques de la délimitation quotidienne du travail « à faire ».

Peu après l'ouvrage de Nicolas Dodier, Françoise Piotet dirige une enquête sociologique d'une envergure plus restreinte qui s'intéresse spécifiquement à la profession de médecin du travail, à la demande de représentants de ces derniers⁴³. Les résultats sont présentés en 1996 aux journées nationales de médecine du travail. L'enquête est basée sur 29 entretiens ainsi qu'un questionnaire

⁴² *Ibid.*, p. 29.

⁴³ Françoise PIOTET, « Médecins du travail », in Françoise PIOTET (éd.), *La révolution des métiers*, Paris, Presses universitaires de France, 2002, pp. 291–316 ; Françoise PIOTET, Mario COERREIA et Claude LATTÈS, « Entre profession et métiers, les médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 1997, n° 58, pp. 62–129.

envoyé à un échantillon un peu plus large. La seule entrée des chercheurs sur le travail des médecins est donc constituée par leurs déclarations. L'étude met en lumière les différences qui existent entre l'exercice en service interentreprises et en service autonome. Françoise Piotet parle de « deux métiers dans une même profession »⁴⁴.

Dans un article de 2000, Daniel Bachet rend compte des résultats de sa propre enquête sur la médecine du travail⁴⁵. Le sociologue dit avoir assisté à 300 visites médicales, accompagné 150 médecins lors de leurs visites en entreprise puis effectué un entretien avec les salariés et médecins consentants. Les résultats de l'étude soulignent que les médecins du travail sont appelés à résoudre des contradictions politiques. L'auteur met l'accent sur l'identité peu stabilisée de la profession et marque ses distances avec une approche légaliste de son activité :

« Notre hypothèse centrale est que la pratique effective de la médecine du travail ne parvient pas à produire un ensemble d'actions et de représentations cohérentes au regard des objectifs affichés. Les multiples tensions qui traversent une institution en quête permanente de légitimité ne révèlent-elles pas le caractère à la fois surévalué et contradictoire de ses missions ?⁴⁶ »

En 2008, un article de Patrick Guiol et Jorge Muñoz s'intéresse à la pratique des médecins du travail à partir d'un questionnaire envoyé à un échantillon de médecins⁴⁷. Le grand nombre de réponses ouvertes permet de recueillir la parole de ces praticiens qui sentent qu'ils doivent naviguer « entre reconnaissance et indifférence ». Les auteurs mettent l'accent sur le fait que les praticiens estiment que leurs avis ne sont pas suivis. La partie la plus riche de l'article est celle où les sociologues cherchent à identifier les domaines dans lesquels les médecins du travail rencontrent le plus d'obstacles. Guiol et Muñoz soulignent que l'autonomie professionnelle des médecins « semblerait reconnue par les employeurs davantage dans le domaine technique et médical que dans celui des relations sociales et de l'organisation ». Ils concluent qu'« un tel écart de légitimité soulève une confrontation plus idéologique que médicale sur la notion de territoire professionnel »⁴⁸.

⁴⁴ Françoise PIOTET, « Médecins du travail », *op. cit.*, p. 298.

⁴⁵ Daniel BACHET, « Les ambivalences d'une institution en quête de légitimité : le cas de la médecine du travail », *Les cahiers rationalistes*, 2000, n° 540 ; Daniel BACHET, « Des pratiques professionnelles sous tension. L'examen clinique des salariés en médecine du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011, vol. 3, n° 188, p. 54–69. L'article paru en 2011 reprend en grande partie les résultats de l'enquête de 2000 en y ajoutant l'exploitation d'un questionnaire auprès d'une soixantaine de salariés sur leur satisfaction vis-à-vis de la médecine du travail.

⁴⁶ Daniel BACHET, « Les ambivalences d'une institution en quête de légitimité : le cas de la médecine du travail », *op. cit.*, p. 6.

⁴⁷ Patrick GUIOL et Jorge MUÑOZ, « La pratique de la médecine du travail entre reconnaissance et indifférence », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2008, vol. 69, n° 3, pp. 438–447.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 446.

Ces résultats sont confirmés par des études nord-américaines sur les médecins d'entreprise. Ainsi, les travaux de la sociologue canadienne Vivienne Walters montrent dès 1982 que les médecins d'entreprise canadiens orientent leur activité en fonction des pressions contradictoires auxquelles ils sont soumis de la part des employeurs et des salariés⁴⁹. La délimitation de l'activité de ces médecins qui partagent certains traits avec les médecins du travail français n'est ainsi aucunement donnée d'avance, mais fait l'objet de tractations permanentes. A partir d'une enquête par entretiens auprès de vingt-trois praticiens travaillant dans dix entreprises différentes en Ontario, Vivienne Walters prouve que ces médecins recrutés par les employeurs ont inconsciemment tendance à aménager les définitions médicales qui ont cours dans le champ plus vaste de la médecine afin qu'elles soient plus facilement compatibles avec les objectifs productifs ou organisationnels fixés par l'encadrement. La médecine du travail en devient parfois un « outil disciplinaire du management » (*disciplinary tool of management*).

Enfin, aux États-Unis, la sociologue Elaine Draper a réalisé une enquête magistrale auprès d'une centaine de médecins d'entreprise. Ses résultats sont présentés dans un livre qui insiste sur les contradictions qui orientent l'activité des praticiens⁵⁰. Sommés par leur hiérarchie de s'investir pleinement dans la réussite de l'entreprise, avec l'obéissance et le dévouement que cela induit, ils doivent composer avec les normes d'autonomie professionnelle de la médecine. Draper montre que les solutions qu'ils apportent individuellement à ce dilemme se répercutent sur leurs discours et leurs pratiques. Elle distingue deux idéaux-types de médecins du travail. Ceux qu'elle appelle les « blouses blanches » (*white coats*) mesurent la valeur de leur travail à l'aune de leur formation médicale, de leur expertise et de leur professionnalisme uniquement. Un deuxième pôle est celui des « joueurs d'équipe » (*team players*) qui affichent leur fidélité à leur employeur et leur mobilisation vers le même but que les cadres non-médecins, à savoir la réussite de l'entreprise.

⁴⁹ Vivienne WALTERS, « Company Doctors' Perceptions of and Responses to Conflicting Pressures from Labor and Management », *Social Problems*, 1982, vol. 30, n° 1, pp. 1–12.

⁵⁰ Elaine DRAPER, *The Company Doctor. Risk, Responsibility and Corporate Professionalism*, New York, Russel Sage Foundation, 2003.

En médecine du travail, la délimitation de l'activité semble ainsi étroitement liée à l'équilibre des forces internes à l'entreprise, qui varie d'un cas à l'autre⁵¹. Dans le cas français, cet équilibre renvoie au statut particulier des praticiens, entre indépendance médicale et salariat.

IV. Salarié du patron et indépendant ? Une question récurrente

Selon la loi française, les médecins du travail sont indépendants dans leur mission d'identification et de prévention des atteintes à la santé des salariés, tout en étant employés par ceux qui portent la responsabilité légale et financière de ces atteintes (lois de 1898, 1919⁵²). On peut distinguer deux manières dominantes de considérer ce statut singulier dans les discours sur la médecine du travail depuis les années 1940.

La première considère le médecin du travail comme un acteur parmi d'autres dans l'entreprise, surmontant son impuissance statutaire (la loi n'en fait qu'un « conseiller » sans pouvoir coercitif) en gagnant l'oreille de l'employeur, agissant comme médiateur sur les questions liées aux conditions de travail ou à l'aptitude. Elle relativise l'idée de pressions patronales sur l'activité médicale en rappelant les garanties apportées par la loi quant à l'indépendance et à la protection du médecin du travail, voire en soulignant l'intérêt économique d'une action préventive. Elle explique enfin que le financement de la prévention et la responsabilité des maux du travail incombant aux employeurs, il est normal que ces derniers gèrent la médecine du travail.

La seconde conception présente le médecin du travail comme un acteur généralement au service des salariés, devant exercer son art en dépit de l'hostilité de la plupart des employeurs qui ne souhaitent pas supporter le coût de la prévention et de la réparation des atteintes liées au travail. La dépendance salariale du médecin vis-à-vis de l'employeur est une brèche permettant à ce dernier d'empiéter sur le domaine réservé de l'activité médicale si le médecin n'est pas assez vigilant ou

⁵¹ On peut citer également les travaux de Ronald Johnston et Arthur McIvor sur l'équivalent des médecins du travail en Ecosse. Les deux historiens relèvent que « l'examen d'un échantillon de ce qu'on pourrait appeler des services de médecine du travail met en effet en lumière des niveaux de prestations très variables, qui témoignent d'un large éventail de stratégies d'entreprise – ou de cultures de la santé au travail ». Ronnie JOHNSTON et Arthur MCIVOR, « Cultures de santé des entreprises et services de médecine du travail en Ecosse (c. 1945-1980) », in Anne-Sophie BRUNO, Eric GEERKENS, Nicolas HATZFELD et Catherine OMNÈS (éds.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19e-20e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2011, p. 177.

⁵² La prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles par l'Assurance maladie est faite par une branche spécifique, dite branche AT-MP, financée uniquement par les cotisations des employeurs. Les entreprises voient en principe augmenter le montant de leur cotisation en fonction du nombre d'accidents et de maladies reconnus dans leur établissement ; de nombreux rapports officiels montrent cependant l'inefficacité de ce système, basé sur une règle de calcul peu incitative. Cf. COUR DES COMPTES, *La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles*, Paris, 2002 ; Pierre-Louis BRAS et Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU, « Tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles », *Rapport de l'IGAS*, 2004.

combattif. Certains médecins feraient le choix de répondre aux attentes des employeurs ou de réorienter leur activité pour se dégager des injonctions contradictoires auxquelles leur statut les soumet.

La figure du Dr. Henri Desoille, l'un des « pères fondateurs » de la médecine du travail, donne l'exemple d'un recours successif à ces deux conceptions. Ancien collaborateur de Guy Hausser, survivant de la déportation et membre de la CGT, cet universitaire est l'un des principaux artisans de la loi de 1946. Il est nommé en 1949 premier titulaire de la nouvelle chaire de médecine du travail de la faculté de médecine de Paris. Lors de sa leçon inaugurale il dresse le portrait idéal d'un médecin proche des ouvriers qui résisterait aux pressions de l'employeur :

« le médecin du travail a non seulement la possibilité, mais le devoir de vivre les conditions de travail de ceux dont il surveille la santé, de quitter par moments la blouse pour revêtir la cote de l'ouvrier et se rendre compte par lui-même de ce qui vient meurtrir la chair de son semblable. [...] Chercher à définir les possibilités physiologiques et psychologiques de chacun, tenir compte de ses désirs et de ses besoins, veiller sur lui, prévoir pour lui parfois... c'est en un mot l'aimer. [...] Et vous comprenez maintenant pourquoi certains redoutent qu'un médecin à l'œil trop critique ne circule dans l'usine, ne relève les fautes d'hygiène qui s'y commettent et n'en avertisse les intéressés. Ils rêvent de médecins non-spécialistes qui, loin d'aller dans les ateliers, passeraient leur temps à assurer des soins gratuits aux ouvriers. Or, ce sont les médecins de famille qui doivent soigner les malades. Aucun de nous ne doit donc tolérer que les médecins du travail soient détournés de leur rôle de prévention.⁵³ »

Ces logiques contradictoires qu'il identifie dans l'entreprise, Henri Desoille les retrouve par la suite dans le débat scientifique. Loin d'être ce sanctuaire fantasmé offrant aux médecins du travail les ressources légitimes de leur indépendance, la science médicale lui apparaît comme un terrain de conflit traversé par les mêmes contradictions que le monde de la production. À la fin des années 1940, Henri Desoille participe ainsi à des négociations devant déterminer « la liste des travaux et des produits susceptibles de justifier une surveillance médicale spéciale » au cours de laquelle représentants des salariés et des employeurs s'opposent ; la question de la nocivité du goudron, des huiles minérales, des poussières, de la soude ou de l'amiante fait l'objet de vifs débats dans lesquels interviennent plusieurs éminents confrères, recrutés par l'une ou l'autre des parties⁵⁴. Lui-même se contente d' « exercer un certain rôle d'arbitrage »⁵⁵.

⁵³ Henri DESOILLE, « Leçon inaugurale du 18 mars 1949 ». Texte reproduit par le médecin du travail Christian Crouzet sur son site <http://christian.crouzet.pagesperso-orange.fr> (consultation avril 2011).

⁵⁴ Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, *La santé au travail*, op. cit., p. 61–62.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 62.

Cependant, dix ans plus tard, dans un livre de la collection *Que sais-je ?*, Henri Desoille présente la création de la médecine du travail comme la résolution logique d'une contradiction historique, qui a permis de conjuguer santé des ouvriers et intérêt économique des employeurs⁵⁶. Cette conception apaisée – qui relève peut-être autant de la pétition de principe que du constat – contraste avec la reconnaissance du conflit de classes dans sa leçon inaugurale :

« la médecine du travail est née de la nécessité de résoudre la contradiction suivante : le développement et les progrès de l'industrie soulagent le labeur des hommes, auxquels les machines évitent de pénibles efforts ; mais le nombre d'accidents augmente et l'emploi de produits chimiques sans cesse nouveaux provoque des intoxications professionnelles, créant des maladies inconnues jusque-là. [...] La contradiction technique que nous avons signalée au début peut ainsi être résolue par une synthèse : l'effort conjugué des ingénieurs et des médecins qui aboutit à préserver la santé. Et il n'existe pas de contradiction économique : l'effort est payant parce que la prévention coûte moins cher que la réparation et d'autre part le rendement du "moteur humain" augmente s'il travaille dans les meilleures conditions physiologiques.⁵⁷ »

Cette représentation non conflictuelle de la médecine du travail devient plus difficile à soutenir à la fin des années 1960 et dans les années 1970, avec l'apparition d'une nouvelle génération de médecins « critiques » dans le sillage des événements de mai-juin 1968⁵⁸. Ceux-ci ne souhaitent plus se contenter de la pratique de visites d'aptitude « à la chaîne » comme seule incarnation de la médecine du travail et trouvent un écho à leurs revendications dans les premiers textes règlementaires introduisant l'idée de l'action en milieu de travail. Claude Pigement, médecin chez Simca-Chrysler licencié en 1973 après huit mois d'exercice, raconte son sentiment d'avoir été pris au piège :

« il n'y avait jamais de contrainte en ce sens qu'on ne nous disait jamais "ne fais pas ça". On nous faisait comprendre, par exemple, pour déclarer une maladie professionnelle, que c'était très compliqué. On ne m'a jamais interdit quoi que ce soit, mais on ne me donnait jamais les informations et les moyens nécessaires. C'est très subtil. On savait très bien aussi qu'en me laissant aller dans les ateliers une fois par semaine, je n'étais pas dangereux, je ne pouvais pas faire grand-chose.⁵⁹ »

⁵⁶ Henri DESOILLE, *La médecine du travail*, Paris, Presses universitaires de France, 1958.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 5–7.

⁵⁸ Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, *La santé au travail*, *op. cit.*, p. 79–82 ; Laure PITTI, « Experts « bruts » et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970 », *Politix*, 2010, vol. 23, n° 91, pp. 103–132.

⁵⁹ Pigement Claude, « Mes huit mois à Simca », *Politique Hebdo*, 7 février 1974, cité in Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, *La santé au travail*, *op. cit.*, p. 81. Sur ce même épisode, cf. également Olivier TARGOWLA, *Les médecins aux mains sales : la médecine du travail*, Paris, Editions Pierre Belfond, 1976, p. 131–134.

Médecins ou non, les personnes qui s'expriment au sujet de la médecine du travail à cette période ne se contentent pas de dénoncer les pressions subies par les praticiens qui les empêcheraient d'exercer leur art en toute indépendance. Elles suggèrent également que les médecins du travail eux-mêmes ont une part de responsabilité dans ce qui arrive. Dans la suite de conflits sociaux qui ébranle les usines, par exemple au sein du groupe Peñarroya, le médecin du travail est généralement perçu comme un adversaire de la cause ouvrière⁶⁰.

Dans les années 1970, les débats sur la médecine du travail prennent souvent une tournure que l'on peut qualifier d'existentialiste ; en effet, plusieurs auteurs affirment que le médecin du travail est plus libre qu'il ne souhaite le reconnaître. En 1973, un médecin du travail déclare ainsi dans *L'Express* : « nous sommes des salauds car nous n'avons jamais rien dit des conditions odieuses que nous côtoyons tous les jours »⁶¹. En 1976, le journaliste Olivier Targowla publie un livre qui est le résultat d'une enquête sur la pratique de la médecine du travail. Le titre choisi, *Les médecins aux mains sales*, s'inscrit explicitement dans une veine sartrienne⁶². La question de la part de la liberté individuelle et de celle du « système » dans les actions et inactions des praticiens taraude en effet l'auteur⁶³. Il évoque la loi selon laquelle le médecin est un préposé à part du fait qu'il exerce son art en toute indépendance, tout en citant le cas de plusieurs médecins qui ont été licenciés parce que leurs actes médicaux déplaisaient à leur employeur. Loin d'être un pamphlet contre les médecins du travail comme on le présente parfois, le livre d'Olivier Targowla a pour effet de semer un trouble moral général au sein d'une profession en décrivant une minorité de médecins qui ont fait de l'indépendance un combat et qui révèlent par contrecoup la « mauvaise foi »⁶⁴ de leurs confrères.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 192–199 ; Annie THÉBAUD-MONY, *L'envers des sociétés industrielles. Approche comparative franco-brésilienne*, Paris, L'Harmattan, 1990, p. 141–147 ; Xavier VIGNA, *L'insubordination ouvrière dans les années 1968. Essai d'histoire politique des usines*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007, p. 160–162 ; Laure PITTI, « Penarroya, 1971-1972 : deux films, deux regards, une mobilisation », in Tanguy PERRON (éd.), *Histoire d'un film, mémoire d'une lutte. #2 - Étranges étrangers*, Montreuil - Paris, Scope - Périphérie, 2009, pp. 152–173 ; Laure PITTI, « Experts « bruts » et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970 », *op. cit.*

⁶¹ « La médecine du travail en péril », *L'Express*, 8 janvier 1973, n° 1122.

⁶² Olivier TARGOWLA, *Les médecins aux mains sales : la médecine du travail*, *op. cit.*

⁶³ L'auteur s'interroge par exemple : « alors, médecins aux mains sales ? Mal vus par leur confrères généralistes ou spécialistes parce qu'ils se "frottent au monde du travail", mal vus par les travailleurs parce qu'ils ne s'y frottent pas dans les faits, leur position, certes, n'est pas facile. Mais l'ambiguïté de leur situation, le silence qui se fait autour de leur métier, leurs compromissions, tout cela conduit à se poser la question : à quoi sert, en définitive, cette corporation ? ». *Ibid.*, p. 13.

⁶⁴ Sur la notion existentialiste de « mauvaise foi », cf. Jean-Paul SARTRE, *L'Être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*, Paris, Gallimard, 1943. Sartre la définit comme une attitude où l'homme évoque sa prétendue essence pour se masquer sa liberté fondamentale : « La mauvaise foi a donc en apparence la structure du mensonge. Seulement, ce qui change tout, c'est que dans la mauvaise foi, c'est à moi-même que je masque la vérité. [...] Il s'ensuit d'abord que celui à qui l'on ment et celui qui ment sont une seule et même personne, ce qui signifie que je dois savoir en tant que trompeur la vérité qui m'est masquée en tant que je suis trompé » (p ; 83) ; « si j'étais triste ou

On retrouve ce questionnement existentialiste en 2000 dans le rapport collectif de médecins du travail de Bourg-en-Bresse qui refusent d'endosser certains rôles que les pouvoirs publics et l'employeur aimeraient, selon eux, les voir jouer (par exemple la sélection médicale des salariés à l'embauche). Ces médecins contestataires justifient leur positionnement en invoquant une liberté plus fondamentale que celle du praticien qui décide entre un avis d'aptitude ou d'inaptitude : « nous pensons avec Jean-Paul Sartre qu' "être libre, ce n'est point pouvoir faire ce que l'on veut, mais c'est vouloir ce que l'on peut" »⁶⁵.

V. Une sociologie de la subordination et de l'autonomie

La loi garantit aux médecins du travail un droit à l'indépendance professionnelle ; elle leur assigne également un devoir d'indépendance professionnelle. Pourtant, les médecins du travail sont inscrits dans un rapport salarial avec les employeurs des entreprises dont ils surveillent les salariés. C'est cette apparente contradiction que j'ai souhaité approfondir dans ce travail de thèse. Une telle étude m'a semblé en effet riche d'enseignements potentiels pour l'analyse sociologique de l'autonomie professionnelle et du salariat. Elle apporte également des enseignements spécifiques pour l'évaluation des politiques publiques de prévention des atteintes professionnelles à la santé en France, qui sont loin d'être à la hauteur du mal qu'elles prétendent combattre⁶⁶.

Au préalable, il importe de délimiter au préalable deux notions centrales : celle de subordination et celle d'autonomie professionnelle.

lâche, à la manière dont cet encrier est encrier, la possibilité de la mauvaise foi ne saurait même être conçue. Non seulement je ne pourrais échapper à mon être, mais je ne pourrais même imaginer que j'y puisse échapper. Mais si la mauvaise foi est possible, à titre de simple projet, c'est que, justement, il n'y a pas de différence si tranchée entre être et n'être pas, lorsqu'il s'agit de mon être. La mauvaise foi n'est possible que parce que la sincérité est consciente de manquer son but par nature » (p. 101) ; « l'acte premier de mauvaise foi est pour fuir ce qu'on ne peut pas fuir, pour fuir ce qu'on est » (p. 105).

⁶⁵ Dr. CELLIER, Dr. CHAPUIS, Dr. CHAUVIN, Dr. DELPUECH, Dr. DEVANTAY, Dr. GHANTY, Dr. LAFARGE, Dr. LAUZE et Dr. ROI, « Rapport annuel 2000 du Collectif des médecins du travail de Bourg-en-Bresse », *Document*, 2001.

⁶⁶ Selon Michel Gollac et Serge Volkoff, « l'impact des accidents de travail officiellement recensés comme tels est déjà important. En 2004, 52 000 salariés (dans le régime général de Sécurité sociale) ont été atteints d'une incapacité permanente à cause d'un accident du travail. On peut estimer qu'au rythme actuel un salarié sur dix sera victime d'une forme d'invalidité avant d'atteindre la retraite, à cause des accidents de travail. [...] Les conséquences des maladies liées au travail dépassent de loin celle des accidents. Le nombre total de victimes de l'amiante pourrait s'élever à 100 000 : la population d'une ville comme Nancy. Moins dramatiques, mais douloureux et invalidants, les troubles musculo-squelettiques (atteintes du poignet, du coude, lombalgies...) touchent des centaines de milliers de personnes ». Michel GOLLAC et Serge VOLKOFF, *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte, 2007, p. 4.

1. Subordination personnelle et subordination fonctionnelle

En droit français, la notion de subordination est le critère caractéristique du contrat de travail depuis la fin du XIX^e siècle⁶⁷. Alain Cottereau a montré que l'invention de la notion de contrat de travail, présentée comme une nouvelle protection des salariés, s'est faite au prix d'une intégration systématique de la notion de subordination qui avait pourtant fait l'objet de vifs débats depuis la Révolution française⁶⁸. Le contrat de travail est venu se substituer à des conceptions comme le *louage d'ouvrage*. Celui-ci supposait que les travailleurs proposent un travail déterminé à un prix fixé d'avance, parfois négocié avec les employeurs dans des formes anciennes de conventions collectives, mais ne reconnaissait aucune légitimité à l'idée de règlement d'entreprise ou de discipline ouvrière qui viendrait limiter le pouvoir du travailleur sur l'organisation de son travail. Au contraire, le droit du travail naissant est « fondé sur l'échange dissymétrique asservissement ↔ protection » ou encore « subordination protégée contre gouvernement exclusif de l'entreprise »⁶⁹.

Dans ce paradigme qui est devenu le droit du travail français, on estime que la qualification d'une relation entre deux personnes comme contrat de travail est *indisponible* : elle ne dépend pas des parties mais des conditions de fait, c'est-à-dire finalement de la reconnaissance d'une relation de subordination⁷⁰. En d'autres termes, il n'est nul besoin d'un contrat écrit pour que la justice reconnaisse qu'il y ait un contrat de travail. Dans les faits, les tribunaux qualifient les relations en contrats de travail en prouvant l'existence d'une subordination par la technique du « faisceau d'indices », selon laquelle aucun fait pris isolément n'est nécessaire ou suffisant.

Comment définir la subordination ? Michel Lallement relève que

« à ce sujet, les débats sont pléthoriques. Traditionnellement, différents indices sont mobilisés par les spécialistes en droit du travail : lieu d'exercice du travail, horaires, fournitures d'outils et de matières premières, contrôle, type de rémunération, etc.⁷¹ »

De même, Alain Supiot souligne que l'étymologie aide peu, car si être sub-ordonné c'est être soumis à un ordre, reste à déterminer la nature de cet ordre⁷². L'examen du droit du travail et de la jurisprudence permet de distinguer la subordination *personnelle* (ou *juridique*), résultant de la soumission aux ordres d'autrui, de la subordination *fonctionnelle*, qui atteste de l'intégration à une

⁶⁷ Alain SUPIOT, *Le droit du travail*, Paris, Presses universitaires de France, 2011, p. 66–79.

⁶⁸ Alain COTTEREAU, « Un droit des ouvriers instauré, puis évincé par le droit du travail (France, XIX^e siècle) », *Annales HSS*, 2002, n° 6, pp. 1521–1557.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 1555.

⁷⁰ Alain SUPIOT, *Le droit du travail*, *op. cit.*, p. 67–68.

⁷¹ Michel LALLEMENT, *Le travail. Une sociologie contemporaine*, Paris, Gallimard, 2007, p. 53.

⁷² Alain SUPIOT, *Le droit du travail*, *op. cit.*, p. 69–70.

organisation : « le contrat de travail a toujours été le lieu d'une tension entre ces deux faces de la subordination »⁷³.

La subordination fonctionnelle a été reconnue tardivement ; il faut attendre un arrêt de la Cour de cassation de 1976 pour que soient déclarés salariés « une foule de travailleurs que leur qualification ou la nature de leur tâche affranchit de toute immixtion directe dans l'exécution de leur tâche (médecins, avocats, professeurs, sportifs, professionnels, etc.) » mais dont la Cour a pu démontrer l'insertion dans une organisation du travail plus vaste⁷⁴. La subordination personnelle a été limitée en droit dans les grandes entreprises par les lois Auroux de 1982⁷⁵. « Citoyens dans la cité, les travailleurs doivent l'être aussi dans l'entreprise »⁷⁶, déclarait alors le ministre socialiste en présentant ses réformes permettant d'encadrer le pouvoir de l'employeur.

2. De l'indépendance à l'autonomie

Les réflexions sur la subordination renvoient systématiquement à une interrogation sur l'autonomie professionnelle. On aura remarqué que dans ce qui précède, il est question d'autonomie plutôt que d'indépendance, bien que celle-ci soit la catégorie dominante dans les discours indigènes des professionnels (et notamment des médecins). Il importe de s'arrêter ici sur le choix des termes.

Le terme d'autonomie est classiquement employé dans la sociologie des professions, dont l'histoire est intimement liée à celle de professionnels voulant fonder leurs prétentions à se donner leur propre loi. La notion d'indépendance est elle utilisée davantage dans la perspective des *science and technology studies*, soucieuses d'établir les réseaux qui relient les producteurs de savoir à leur entourage humain et non-humain. Elle fait pourtant l'objet d'une certaine circonspection y compris dans ce sous-champ disciplinaire. Étudiant la figure de l'expert, Yannick Barthe et Claude Gilbert reconnaissent par exemple que ce n'est « qu'en maintenant une approche très formelle voire prescriptive et qu'en occultant tout ce qui concourt à rendre les experts "dépendants", que l'on peut encore s'interroger sur leur indépendance »⁷⁷. La notion d'indépendance est évidemment très

⁷³ *Ibid.*, p. 70.

⁷⁴ Arrêt Hebdo-Press (Cassation, Assemblée plénière, 18 juin 1976), cité in *Ibid.*, p. 73.

⁷⁵ On appelle ainsi l'ensemble formé par la loi relative aux libertés des travailleurs dans l'entreprise (4 août 1982), la loi relative au développement des institutions représentatives du personnel (28 octobre 1982), la loi relative à la négociation collective et au règlement des conflits du travail (13 novembre 1982) et la loi relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (23 décembre 1982).

⁷⁶ Jean AUROUX, « Les droits des travailleurs », *Rapport au Président de la République et au Premier ministre*, 1981.

⁷⁷ Yannick BARTHE et Claude GILBERT, « Impuretés et compromis de l'expertise, une difficile reconnaissance. À propos des risques collectifs et des situations d'incertitude », in Laurence DUMOULIN, Stéphane LABRANCHE, Cécile ROBERT et Philippe WARIN (éds.), *Le recours aux experts. Raisons et usages politiques*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2005, p. 55.

problématique pour une science qui, selon Elias, a pour objet d'étudier les interdépendances qui existent toujours entre les hommes⁷⁸. C'est pourquoi je privilégierai ici le terme d'autonomie, qui présente également l'avantage sur celui d'indépendance de ne pas être un mot indigène.

Qu'est-ce que l'autonomie professionnelle ? La question n'est pas directement abordée par Abbott, dont ce n'est pas l'objet d'étude principal⁷⁹. D'autres travaux de sociologie des professions offrent des définitions d'une autonomie « pratique », à l'échelle de la réalisation des tâches. Pour Eliot Freidson il s'agit du « droit exclusif de décider qui est autorisé à accomplir le travail et comment celui-ci doit l'être »⁸⁰. Dans un article de 1995 sur les généralistes et oncologues américains qui s'inscrit dans la filiation des travaux de Freidson, Harland Prechel et Anne Gupman définissent quant à eux l'autonomie professionnelle comme « le contrôle sur les activités et décisions de routine, et la liberté d'être innovant dans le processus de travail »⁸¹.

3. Autonomie et délimitation du travail

Le point commun des deux définitions précédentes est l'évidence préalable qu'elles supposent quant à la nature du travail de chaque groupe professionnel. Les expressions employées sont à la forme définie : « le travail », « les activités et décisions de routine ». L'autonomie professionnelle apparaît comme autonomie d'exercer un travail donné, connu d'avance.

Dans cette perspective, il est également sous-entendu qu'il existe un « véritable » travail des professionnels à distinguer des tâches annexes liées à l'organisation matérielle ou économique. C'est

⁷⁸ « N'oublions pas que si les parents ont un pouvoir sur le bébé, ce dernier exerce dès le premier jour de sa vie, un pouvoir sur ses parents et cela aussi longtemps qu'il représente pour eux une valeur quelconque. Dans le cas contraire, il perd tout pouvoir ; à la limite, les parents peuvent abandonner leur enfant si celui-ci crie trop. Il en va de même dans les relations de maître à esclave. Non seulement le maître détient un pouvoir sur son esclave, mais l'esclave lui aussi – selon les fonctions qu'il remplit auprès de son maître – détient en retour un pouvoir sur celui-ci. Dans le cas de ces relations entre parents et enfants, maîtres et esclaves, l'équilibre des pouvoirs est très inégalement réparti ». Norbert ELIAS, *Qu'est-ce que la sociologie?*, La Tour d'Aigues, Editions de l'Aube, 1991, p. 85.

⁷⁹ Ainsi, l'index du livre d'Abbott ne comporte pas d'entrée « Autonomy ». La notion d'autonomie est pourtant présente, mais dans un sens relativement formel, qui ne pas l'objet de longs développements. Ainsi, pour le sociologue, « il faut distinguer les professionnels autonomes et hétéronomes ; ces derniers sont employés par des organisations qui ne sont pas dirigées par des pairs, alors que les premiers travaillent soit à leur compte, soit au compte de pairs » (traduction personnelle. « One must first distinguish autonomous and heteronomous professionals; the latter are employed by organizations not headed by others of their own profession, the former work either for themselves or for professional peers »). Andrew ABBOTT, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, *op. cit.*, p. 125.

⁸⁰ Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, p. 81.

⁸¹ Traduction personnelle. « Researchers from a range of theoretical perspectives consider autonomy a core attribute of professions. They generally agree that autonomy is the control over routine work activities and decisions, and the freedom to be innovative in the work process ». Harland PRECHEL et Anne GUPMAN, « Changing Economic Conditions and Their Effects on Professional Autonomy: An Analysis of Family Practitioners and Oncologists », *Sociological Forum*, 1995, vol. 10, n° 2, p. 246.

une idée qu'a notamment introduit Freidson dans sa discussion des liens entre l'État et la médecine libérale : « en dépit des divergences très grandes des contextes politiques, l'État laisse toujours à la profession le contrôle de l'aspect technologique de son travail. Le contrôle qui porte sur son organisation sociale et économique est au contraire ce qui varie selon les relations qu'elle entretient ici ou là avec l'État »⁸².

Cette conception de l'autonomie professionnelle trouve cependant ses limites lorsque la délimitation même du travail à faire fait l'objet d'une forte incertitude, ou encore lorsqu'il est avéré que l'intervention sur les aspects périphériques d'une profession a un effet sur le cœur de son activité.

C'est un tel cas de figure qu'explore par exemple l'étude d'Anne Paillet sur la réanimation néonatale. Pour les médecins interrogés, non seulement il n'y a pas de routine du véritable travail en « réa », mais ce dernier se définit même *contre* l'idée de routine :

« Une médecine de la mobilisation et du combat : voilà bien la façon commune dont l'activité est valorisée au quotidien. Lorsque seuls des gestes de routine sont en jeu (le service accueille parfois des anciens patients qui n'ont besoin que d'une intervention banale, comme le changement d'une canule de trachéotomie), on considère localement qu'il ne s'agit pas là de "la vraie réa".⁸³ »

Dans un article de 1997 paru sous le titre « Professional Autonomy Reconsidered » et qui illustre une forme d'allégeance critique à Freidson, la sociologue américaine Lily M. Hoffman approfondit ce point en étudiant l'autonomie professionnelle des médecins dans la Tchécoslovaquie socialiste⁸⁴. Se fondant sur des archives et des entretiens, elle montre que la tension entre les prétentions des médecins à l'autonomie et le contrôle étatique sur leurs activités (ce sont des agents de l'État) se manifeste également dans la délimitation du travail médical. En d'autres termes, il n'est pas possible de définir l'autonomie comme un contrôle sur les « activités de routine » lorsque la nature même de ces activités est en débat du fait du manque d'autonomie des médecins.

Hoffman montre que la médecine générale est partagée entre les conceptions classiques du soin et la fonction de contrôle social que souhaite lui faire jouer l'État tchécoslovaque, en obligeant les praticiens à contrôler la véracité des déclarations de maladie, d'accident ou d'invalidité. En épidémiologie, les médecins doivent se contenter de produire d'interminables enquêtes descriptives

⁸² Eliot FREIDSON, *La profession médicale, op. cit.*, p. 54.

⁸³ Anne PAILLET, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute, 2007, p. 27.

⁸⁴ Lily M. HOFFMAN, « Professional Autonomy Reconsidered : The Case of Czech Medicine under State Socialism », *Comparative Studies in Society and History*, 1997, vol. 39, n° 2, pp. 346–372.

dont les conclusions ne sont jamais partagées avec les responsables économiques ou les collectivités locales. Il est en effet « interdit de tirer de conclusions », l'État souhaitant encourager l'idée que « mesurer le problème, c'[est] résoudre le problème »⁸⁵. Quant à la médecine d'usine, ses agents sont libres d'identifier les produits dangereux pour la santé auxquels seraient exposés les travailleurs ; cependant toute action visant à remédier à ces expositions est soumise à un strict contrôle de l'État, rendant toute prévention impossible.

L'article de Hoffman montre également que le contrôle sur les aspects de l'activité jugés secondaires peut avoir un effet direct sur ce que Prechel et Gupman nomment les « activités et décisions de routine » de la profession. Sous le régime socialiste, la pénurie chronique en médicaments ou en équipements basiques servant au diagnostic interfère indirectement dans les décisions des médecins. L'allocation d'un plus ou moins grand nombre d'infirmiers ou la progression de carrière sont des leviers pour l'influence de la puissance publique dans les décisions médicales. Comme l'explique un médecin interrogé lors de l'enquête : « je ne sentais pas l'influence du politique. Le politique se faisait ressentir dans le fait de pouvoir ou non accéder à un certain poste, mais non dans le travail lui-même »⁸⁶. Les interventions directes du politique dans le médical existent, mais se limitent aux secteurs de la psychiatrie et de la médecine d'usine. Les contrôles indirects sont cependant d'autant plus insidieux qu'ils sont perçus comme des mesures « uniquement » techniques ou économiques, plutôt que politiques⁸⁷.

L'étude de Hoffman illustre la nécessité d'une approche de l'autonomie professionnelle qui ne se réduise pas à l'évaluation du contrôle des professionnels sur d'hypothétiques « activités et décisions de routine », mais qui prenne également en compte les tensions et enjeux qui peuvent exister autour de la délimitation préalable de « ce qu'ils ont à faire » et en particulier de ce qui constitue la part « routinière » de leur activité. Cette nécessité s'impose d'autant plus lorsque le rôle de la profession étudiée fait l'objet de définitions contradictoires ou vagues, comme c'est le cas avec la médecine du travail.

⁸⁵ Traduction personnelle. « The general attitude was that "to measure the problem is to solve the problem" ». *Ibid.*, p. 360.

⁸⁶ Traduction personnelle. « I did not feel the politics. Politics had to do with whether you could or could not attain a certain position, but not with the work itself ». *Ibid.*, p. 353.

⁸⁷ Cette idée est déjà suggérée par l'auteure dans un travail précédent. Cf. Lily M. HOFFMAN, *The Politics of Knowledge : Activist Movements in Medicine and Planning*, New York, SUNY Press, 1989.

VI. L'enquête et ses résultats

Quel est le sens de l'indépendance des médecins du travail, garantie par la loi, lorsque l'on sait qu'il sont inscrits dans un rapport salarial – et donc un rapport de subordination – avec un employeur ? Dans ce contexte, par quels processus, sous l'effet de quelles dépendances ces praticiens en viennent-ils à exercer tel ensemble de tâches plutôt que tel autre, au nom de la médecine du travail ? C'est cette articulation entre autonomie, subordination et délimitation des tâches qui est au centre du présent travail.

1. Une enquête ethnographique et par archives

En 2006-2007, j'ai réalisé une première enquête de terrain dans un service interentreprises de médecine du travail (ou « santé au travail »), dans le cadre d'un mémoire de Master. J'ai été amené à ce sujet par la conjonction d'une volonté d'étudier le monde du travail⁸⁸, de la rencontre de Paul-André Rosental, qui a bien voulu prendre la direction de mon enquête, et d'un intérêt personnel pour les formes de « gestion du mal » dans les communautés humaines, suite à la lecture de l'ouvrage classique de Jeanne Favret-Saada⁸⁹. L'étude des attitudes individuelles et collectives face à des formes de « mal » à la fois violentes (causant des milliers de décès et de maladies chaque année), contestées mais également parfois « acceptées » (surtout par ceux qui n'en sont pas victimes), que sont les accidents du travail et les maladies professionnelles, me semblait particulièrement intéressante à envisager comme une forme de sorcellerie institutionnalisée.

J'ai choisi de poursuivre ce travail en thèse. André Grelon a accepté d'en prendre la co-direction aux côtés de Paul-André Rosental, ce qui m'a permis de bénéficier de manière simultanée des enseignements de l'un et l'autre, en m'inscrivant à la fois dans l'histoire sociale transnationale et la sociologie du travail et des professions.

⁸⁸ Cet intérêt a été notamment suscité par la lecture des travaux de Stéphane Beaud et Michel Pialoux. Ceux-ci expliquent par exemple : « pourquoi alors continuer à travailler sur la réalité ouvrière ? Parce que nous pensons que la question ouvrière est plus que jamais d'actualité, et qu'il faut continuer d'aller voir à l'intérieur de l'entreprise comment l'on y travaille, même si les "bonnes nouvelles" annonçant un changement radical du mode de gestion ("management participatif", "entreprise intelligente", entreprise du "troisième type", "fin du taylorisme", "appel aux compétences des salariés") tentent d'en dissuader les chercheurs. Nous avons tenté de reformuler en sociologues des problèmes importants de l'économie politique : les conditions sociales de l'obtention des gains de productivité, l'amélioration de la qualité [...] ». Stéphane BEAUD et Michel PIALOUX, *Retour sur la condition ouvrière. Enquête aux usines Peugeot de Sochaux-Montbéliard*, Paris, Fayard, 2004, p. 17.

⁸⁹ Jeanne FAVRET-SAADA, *Les mots, la mort, les sorts.*, Paris, Gallimard, 1977. L'approche de Favret-Saada s'inspire en partie de celle de Edward EVANS-PRITCHARD, *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*, Oxford, The Clarendon Press, 1937.

Décidant de poursuivre l'enquête ethnographique commencée l'année précédente, je n'avais alors pas une idée précise des intérêts de recherche qui m'animaient autres que ceux exposés précédemment. Le début de la thèse a été l'occasion pour moi de multiplier les observations de congrès, les longs entretiens auprès de médecins du travail portant sur le contenu de leur travail, la lecture de la presse spécialisée, afin de m'imprégner davantage des problématiques qui traversaient le champ. Il m'est apparu progressivement que diverses thématiques revenaient sans cesse : la « réforme » perpétuelle de l'institution, l'impuissance des praticiens, les dilemmes, injonctions contradictoires et pressions auxquels elles et ils se sentaient confrontés, le déficit croissant de médecins du travail qui pesait sur les générations en activité.

J'ai réalisé au total une quarantaine d'entretiens ethnographiques dont la majorité avec des médecins du travail⁹⁰. Tout en enquêtant « de proche en proche », j'ai cependant tenté au maximum de diversifier les caractéristiques des médecins rencontrés. Parmi la trentaine de médecins rencontrés, 17 personnes interrogées sont des femmes, 15 sont des hommes ; 22 sont employés par des services interentreprises, 10 par des services autonomes ; 29 sont en activité, 3 sont à la retraite. Les âges des enquêtés sont répartis entre 33 et 83 ans au moment de l'entretien, avec un net déséquilibre de la pyramide des âges qui reflète la structure démographique de la profession : 19 ont plus de cinquante ans, 10 ont entre quarante et cinquante ans, seulement 3 ont moins de quarante ans.

Les entretiens effectués sont longs (trois heures en moyenne, les rendez-vous étant généralement pris à 9h ou 14h et durant toute la demi-journée) et, pour certains médecins, répétés plusieurs fois à quelques mois ou années d'intervalle. J'ai également réalisé d'autres entretiens dont la visée était plus informative avec des professionnels évoluant dans l'entourage des médecins du travail rencontrés (médecins-inspecteurs du travail, directeurs de service, secrétaires, personnel infirmier, techniciens d'hygiène et de sécurité, ergonomes, toxicologues...).

Mon intérêt de plus en plus affirmé pour le contenu concret du travail réalisé par les praticiens m'a conduit à diversifier les angles d'approche sur celui-ci. Les entretiens me sont apparus comme une première source d'observation du travail réalisé, au travers des récits de pratiques que j'ai pu recueillir. Ces récits sont souvent extrêmement précis, et fondés sur des documents que les praticiens n'hésitent pas à produire devant moi (un médecin m'explique ainsi qu'on l'appelle « l'archiviste » du fait de son obsession de garder des traces de son activité). Parfois, le détail

⁹⁰ On trouvera une liste récapitulative des entretiens réalisés en annexe.

extrême des situations rapportées atteste du fait que les médecins y ont souvent réfléchi après coup, voire en ont déjà parlé maintes fois avec des pairs. Bien sûr, cette précision éclaire par contraste l'oubli dans lequel ont pu tomber d'autres situations de travail considérées comme plus banales et routinières. Le souci documentaire des médecins sur certains épisodes de leur vie professionnelle dénote néanmoins une tendance à la réflexivité profondément ancrée, et l'on peut faire l'hypothèse qu'elle n'est pas sans lien avec l'incertitude originelle qui entoure leur rôle⁹¹.

Il était également possible d'observer directement le travail des praticiens. J'ai assisté à plusieurs demi-journées de visites médicales, accompagné un médecin de service interentreprises lors de ses déplacements sur les lieux de travail, suivi des médecins de service autonome dans leur visite commentée de leur établissement, assisté à une séance de CHSCT... Cependant, plusieurs raisons m'ont conduit à ne donner par la suite qu'une place minoritaire dans mon programme d'enquête à l'observation directe des pratiques. La plus importante est la gêne morale d'assister à des examens médicaux sans que les conditions soient réunies pour que les salariés puissent refuser ma présence, malgré une demande formelle en début de visite. J'ai d'abord insisté pour ne pas assister à l'examen médical dénudé, avant de décider tout simplement d'arrêter toute forme d'observation de visites médicales. La seconde raison de ma réticence est la difficulté d'obtenir les autorisations pour suivre un médecin dans ses actions en entreprise : pour une après-midi combinant plusieurs visites, il faudrait en principe obtenir l'accord de tous les employeurs concernés, parfois également celui de certains délégués syndicaux influents, voire dans certains cas celui de la direction du service interentreprises. Malgré toute la bonne volonté de certains médecins pour m'aider dans mon enquête, une telle exigence de négociation permanente est bien trop lourde à soutenir dans la durée. La persistance dans cette voie m'aurait sans doute conduit à privilégier les services autonomes, plus faciles d'accès (il n'y a qu'un ensemble d'autorisations à obtenir, puisqu'il n'y a qu'une seule entreprise), mais peu représentatifs à eux seuls puisque ne représentant que 10% environ de l'ensemble des services.

⁹¹ Ainsi, le lecteur sera sans doute frappé par la profusion de publications spécialisées en médecine du travail consacrées à des témoignages et des interrogations sur le travail concret. Plusieurs praticiens ont même publié récemment des livres fondés sur leur expérience professionnelle, cf. Dorothee RAMAUT, *Journal d'un médecin du travail*, Paris, Le Cherche-Midi, 2006 ; Marie-José HUBAUD, *Des hommes à la peine*, Paris, La Découverte, 2008 ; Gabriel FERNANDEZ, *Soigner le travail : itinéraires d'un médecin du travail*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2009. S'y ajoute la production épistolaire abondante de certains médecins, dont je rends compte en divers endroits de ce travail. Les médecins du travail sont également nombreux à cultiver un intérêt pour les sciences sociales, notamment les études qui leur sont consacrées. Les noms de Dodier, Thébaud-Mony, Rosental, Bachet ont été évoqués par plusieurs interlocuteurs au détour d'un entretien. Les parutions d'un article de journal et d'un article scientifique dont j'étais l'auteur à l'automne 2010 m'ont valu des dizaines de réactions de médecins qui les avaient lus en détail.

Une troisième voie d'accès au travail concret des praticiens s'est ouverte à moi en 2008-2009 lorsque des membres d'un syndicat de médecins du travail (le SNPST) m'ont proposé d'accéder aux archives de l'organisation, situées au siège toulousain. J'y ai trouvé une salle contenant plus d'une centaine de cartons d'archives ainsi que tous les numéros des publications syndicales, offrant une documentation extrêmement riche sur une période allant de la fin des années 1960 à aujourd'hui. Un premier inventaire m'a permis de distinguer deux fonds particulièrement intéressants. L'un est celui des documents relatifs au fonctionnement des tutelles patronales de la médecine du travail, sur lesquelles les responsables syndicaux se sont tenus constamment informés, me permettant d'en faire l'histoire alors que les organisations en question m'avaient refusé l'accès à la plupart de leurs archives⁹². L'autre est celui des dossiers de contentieux (plus de cinquante cartons) dans lesquels de nombreux médecins se sont ouverts au syndicat des difficultés qu'ils pouvaient rencontrer dans l'exercice de leur travail. Dans chaque dossier, les responsables syndicaux ont demandé à leurs correspondants de leur transmettre les lettres et documents, passés et futurs, permettant de suivre l'évolution de l'exercice médical et les circonstances du litige (généralement entre un médecin et son employeur, directeur de service ou chef d'entreprise). S'y ajoutent les documents transmis aux avocats et les conclusions écrites par ces derniers, lorsque le conflit a débouché sur un procès. Je me trouvais tout à coup devant une prodigieuse mine d'informations sur le travail quotidien des médecins du travail, me permettant parfois de retracer dix années d'exercice dans leurs moindres détails, et me donnant surtout accès à une dimension du travail qui est difficilement accessible par l'observation directe : les échanges de lettres et les relations institutionnelles. Alors que l'enquête ethnographique donne à voir des médecins isolés dans leur cabinet, passant souvent plusieurs semaines sans voir un pair, encore moins leur direction, l'accès à l'écrit m'a montré la prodigieuse densité et complexité des relations entretenues par les médecins avec leur entourage, qui est toujours en filigrane de leur exercice.

J'ai finalement sélectionné vingt dossiers de contentieux parmi environ deux fois plus de cas disponibles, en fonction de leur richesse et de leur capacité informative sur les pratiques réelles des praticiens. La plupart des dossiers retenus font environ une centaine de pages, quelques dossiers exceptionnels font plusieurs centaines de pages. Les dossiers de plusieurs milliers de pages portant quant à eux sur des questions de procédure, je ne les ai donc pas inclus dans l'échantillon. Il est

⁹² Le médecin-conseil du Medef m'a assuré par courriel que l'accès aux archives n'était pas possible du fait de négociations en cours. Le président du CISME, tutelle patronale des services interentreprises n'a pas donné suite à mes sollicitations pour avoir accès aux archives.

difficile de donner le nombre de médecins cités dans les dossiers retenus, puisque certaines affaires concernent tout un service. Je peux néanmoins préciser que dans les litiges individuels, la répartition entre hommes et femmes est à peu près équilibrée ; la grande majorité sont employés par des services interentreprises ; enfin, les affaires se distribuent de manière remarquablement uniforme entre 1970 et 2010.

À ce fonds particulièrement riche, j'ai ajouté d'autres sources de documents en fonction des orientations de recherche qui commençaient à se dessiner. Les archives démographiques de l'Inspection médicale du travail, mises à disposition par le Dr. Monique Larche-Mochel, m'ont aidé à décrire la composition de la profession et à étudier sur des bases empiriques l'idée de déficit croissant qui m'avait été rapportée par tous mes interlocuteurs. L'exploitation méthodique des sites internet d'une organisation patronale (le CISME) et d'un syndicat (le SGMT-CGC) m'ont permis de constituer des séries chronologiques de publications, documents et communiqués permettant de compléter l'histoire de leurs prises de position depuis la fin des années 1990, date à laquelle ces sites ont commencé à être alimentés. Enfin, j'ai eu recours par moments à diverses autres sources : auditions des rapports parlementaires, sites internet des fédérations patronales et des services interentreprises, procès-verbaux des CHSCT nationaux d'EDF-GDF auxquels j'avais eu accès avec deux collègues dans le cadre d'une autre recherche⁹³...

Au final, le travail présenté ici est donc indissociablement ethnographique et archivistique. Récemment revendiquée en France pour l'étude du travail⁹⁴, la combinaison de l'enquête de terrain et de l'étude des archives n'est pas toujours facile à mettre en œuvre. Dans la narration, elle fait courir le risque de produire deux récits parallèles conjugués à des temps différents et évoquant des étages distincts de l'institution étudiée. Pour surmonter cette difficulté, j'ai été amené à privilégier une forme de ce que les auteurs nomment « les usages ethnographiques des documents d'entreprise »⁹⁵, « l'observation historique du travail »⁹⁶ ou encore « l'ethnographie historique » (*historical ethnography*)⁹⁷. J'ai privilégié parmi les documents ceux qui semblaient les plus

⁹³ Cette recherche a donné lieu à la publication d'un article. Marlène BENQUET, Pascal MARICHALAR et Emmanuel MARTIN, « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », *Sociétés contemporaines*, 2010, n° 79, pp. 121–143.

⁹⁴ Anne-Marie ARBORIO, Yves COHEN, Pierre FOURNIER, Nicolas HATZFELD, Cédric LOMBA et Séverin MULLER (éds.), *Observer le travail : histoire, ethnographie, approches combinées*, Paris, La Découverte, 2008.

⁹⁵ Cédric LOMBA, « Avant que les papiers ne rentrent dans les cartons : usages ethnographiques des documents d'entreprise », in Anne-Marie ARBORIO, Yves COHEN, Pierre FOURNIER, Nicolas HATZFELD, Séverin MULLER et Cédric LOMBA (éds.), *Observer le travail : histoire, ethnographie, approches combinées*, Paris, La Découverte, 2008, pp. 29–44.

⁹⁶ François BUTON, « L'observation historique du travail administratif », *Genèses*, 2008, n° 72, pp. 2–3.

⁹⁷ Cf. par exemple Diane VAUGHAN, « Theorizing disaster. Analogy, historical ethnography, and the Challenger

informatifs sur l'exercice quotidien des médecins du travail, ceux qui recoupaient l'enquête ethnographique (évoquant la même entreprise, le même service voire les mêmes médecins) et ceux que pouvaient me fournir les praticiens rencontrés. Les nécessités de la démonstration m'ont certes obligé à livrer des éléments historiques plus institutionnels, notamment sur la gestion patronale des services et la fabrication démographique du groupe professionnel étudié, mais j'ai tenté au maximum de les insérer dans un récit d'abord centré sur des pratiques individuelles.

L'anonymat promis à certains enquêtés ainsi que la possibilité que certaines inscriptions dans les dossiers d'archives puissent porter à préjudice m'ont obligé à mettre en place une politique d'anonymisation. Dans la plupart des cas, je me contente de remplacer le nom de famille du médecin par une initiale. Dans certains cas, je modifie également son prénom. Les noms des salariés présents dans les dossiers d'archives sont systématiquement modifiés. Les noms des entreprises et des services qui emploient les médecins sont généralement remplacés par une indication générique⁹⁸.

2. Une étude qui porte sur quatre décennies

La délimitation de la période étudiée (1970-2010) s'est imposée naturellement au cours de l'enquête. Lorsque mon enquête n'était encore qu'ethnographique, j'ai pensé en rester à une histoire immédiate, remontant au début de la décennie 2000 tout au plus. Le travail sur archives a bouleversé cette perspective, me permettant de documenter avec précision les pratiques depuis le début des années 1970. J'ai trouvé des documents sur des médecins que je ne connaissais pas, mais également des archives recoupant les entretiens ethnographiques effectués, permettant de pallier les éventuelles défaillances de la mémoire, de contrecarrer la tentation de l'illusion biographique propre à l'exercice du récit rétrospectif⁹⁹ et, souvent, de confirmer la précision des souvenirs qui m'avaient été rapportés.

Le fonds du SNPMT est lacunaire sur la période précédant 1970, riche sur la période qui suit ; de même le fonds démographique consulté à l'Inspection médicale du travail n'est fourni que sur la période allant de 1975 à aujourd'hui. Ces périodisations ne sont pas anodines ; elles reflètent au

accident », *Ethnography*, 2004, vol. 5, n° 3, pp. 315–347.

⁹⁸ Les médecins interentreprises rencontrés ou évoqués dans les archives travaillent dans des services dont les sièges sont situés à : Aix-en-Provence, Amiens, Arras, Aubenas, Bayonne, Blois, Bordeaux, Castres, Colombes, Compiègne, Guéret, Foix, Fort-de-France, Laval, Nancy, Narbonne, Paris, Pointe-à-Pitre, Rosny-sous-Bois, Valenciennes.

⁹⁹ Pierre BOURDIEU, « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1986, n° 62-63, pp. 69–72.

contraire le nouveau départ du syndicat et de la tutelle publique dans une période de « renforcement de l'institution »¹⁰⁰ sans précédent. Les années 1970 sont celles d'un « bouillonnement »¹⁰¹ concomitant d'un intense renouvellement démographique de la profession. La génération des médecins du travail ayant commencé à exercer avant 1982, date de la limitation sévère des voies d'accès à la formation, est sans aucun doute la génération la plus fournie et la plus structurante dans l'évolution de la profession jusqu'à aujourd'hui. Enfin, la décennie des années 1970 marque le début d'une intense réflexion des médecins du travail eux-mêmes sur le sens de leur indépendance, réflexion qui en elle-même est un objet d'étude intéressant.

3. Résultats : des pistes pour renouveler l'étude de l'autonomie professionnelle et du salariat

Ce travail de thèse débouche sur deux résultats principaux.

Le premier est le constat d'une nécessité de renouveler l'approche classique de l'autonomie professionnelle, assorti de pistes allant dans ce sens. L'étude d'une profession comme la médecine du travail, dont le rôle et le travail apparaissent peu fixés d'avance, montre les limites des approches de l'autonomie professionnelle comme contrôle sur les « activités de routine » ou le « cœur de métier ». En effet, l'ensemble des tâches qui peuvent être légitimement exercées au nom de la médecine du travail varie fortement selon le contexte d'exercice. Par ailleurs, quelle que soit leur conception personnelle du métier, les praticiens doivent également composer au quotidien avec les idées de leur entourage professionnel sur la place qui est la leur. Il apparaît dès lors que les questions de l'autonomie ou de l'indépendance d'une part, de la subordination ou de la dépendance de l'autre, selon les termes que l'on préfère, se règlent non seulement dans le degré de contrôle plus ou moins grand des professionnels sur l'exécution des tâches, mais également dans la négociation, plus ou moins conflictuelle, sur les tâches qui leur incombent légitimement. Les constats sur l'autonomie, qu'ils soient exprimés par les professionnels ou par les chercheurs, sont ainsi toujours des jugements *par rapport* à une conception particulière et contingente du métier légitime. Ainsi, le sentiment d'autonomie de certains professionnels peut parfois s'expliquer par le fait qu'ils adhèrent à une conception du métier qui est la même que celle promue par leur tutelle, leur hiérarchie ou leurs collègues. À l'inverse, les professionnels qui se sentent victimes de « pressions » les empêchant

¹⁰⁰ Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, *La santé au travail*, op. cit., p. 82.

¹⁰¹ *Ibid.*, p. 83.

d'exercer comme ils le souhaitent ont souvent une conception de leur rôle qui diffère de celle de leur entourage.

Un deuxième résultat est que les constats d'autonomie ou d'indépendance ne renvoient jamais qu'à des formes légitimes de dépendance, par opposition à d'autres liens de dépendance considérés illégitimes. Ceci découle du postulat sociologique de base, posé précédemment, selon lequel tout individu est inscrit dans des réseaux d'interdépendance, quand bien même il prétend être « indépendant ». *In fine*, l'autonomie renvoie aussi bien à une certaine liberté de choix qu'à l'acceptation d'un ensemble de dépendances comme étant légitimes. Ainsi, la plupart des services de médecine du travail sont régis par le principe selon lequel la dépendance des praticiens sur le plan « administratif » est tolérable, au contraire de leur dépendance sur le plan « médical ». Or, il va de soi que la définition de ces deux ensembles est floue, mouvante et négociée. De même, l'appartenance au corps médical est généralement perçue comme une dépendance légitime ; or, les mobilisations de certains médecins du travail pour l'instauration d'un secret médical entre médecins ou contre l'Ordre des médecins témoignent d'une autre manière de considérer ce lien.

Cette problématique de l'autonomie, de la subordination et du métier dans la médecine du travail apparaît transposable à d'autres catégories de travailleurs. À un premier niveau, on peut relever les similitudes entre la médecine du travail et d'autres professions dont le rôle est proche, qui sont dès lors prises dans les mêmes tensions et contradictions entre prévention et production, comme les « voltigeurs de la République » que sont les inspecteurs du travail¹⁰² ou encore les médecins inspecteurs de santé publique¹⁰³. Les médecins du travail sont également proches des généralistes dans la mesure où ces derniers doivent composer avec le « flou des attentes et des demandes qui leur sont adressées »¹⁰⁴, ce qui amène Claudine Herzlich à s'interroger : « l'exemple des généralistes est frappant : que signifie exactement, dans leur cas, la notion d'autonomie professionnelle ? »¹⁰⁵.

¹⁰² Vincent VIET, *Les voltigeurs de la République : l'Inspection du travail en France jusqu'en 1914*, Paris, CNRS Editions, 1994 ; Vincent TIANO, *Les inspecteurs du travail à l'épreuve de l'évaluation des risques. Une profession sous tension*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de la Méditerranée – Aix Marseille II, 2003 ; Vincent TIANO, « Déficit des régulations et perte de légitimité d'une profession : les inspecteurs du travail », in Thomas LE BIANIC et Antoine VION (éds.), *Action publique et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ, 2008, pp. 91–103.

¹⁰³ François-Xavier SCHWEYER et Arnaud CAMPÉON, « Le pouvoir de régulation à l'épreuve de la division du travail : les médecins inspecteurs de santé publique », in Thomas LE BIANIC et Antoine VION (éds.), *Action publique et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ, 2008, pp. 73–89.

¹⁰⁴ Géraldine BLOY et François-Xavier SCHWEYER, « Introduction », in Géraldine BLOY et François-Xavier SCHWEYER (éds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, p. 12.

¹⁰⁵ Claudine HERZLICH, « Préface », in Géraldine BLOY et SCHWEYER (éds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, p. 7.

Plus généralement, la médecine du travail partage des caractéristiques avec l'ensemble des professions médicales en France, dans la mesure où toutes sont soumises à un poids particulièrement important de l'État, comme le souligne Patrick Hassenteufel :

« contrairement à l'image répandue, en premier lieu par les médecins eux-mêmes, d'une activité indépendante, libre et pleinement autonome, l'exercice de la médecine est profondément lié au pouvoir étatique qui en fixe les règles, qui le contrôle et qui le finance.¹⁰⁶ »

Les problématiques soulevées dans ce travail font également écho aux travaux de sociologie des cadres¹⁰⁷, ce qui n'est pas étonnant dans la mesure où l'une des questions récurrentes des médecins du travail est, comme on le verra, le sens qu'ils doivent donner à leur appartenance de fait à cette catégorie. Cette tension constitutive entre autonomie et subordination (au sens de l'appartenance à l'ordre de l'entreprise) se donne à voir en particulier dans les interrogations sur le « rôle social de l'ingénieur »¹⁰⁸ ou encore les difficultés auxquelles se heurtent les codes d'éthique relatifs à cette catégorie¹⁰⁹.

Enfin, l'analyse conduite ici vaut également pour toutes les professions – nombreuses – dans lesquelles le travail à faire n'est pas clairement défini, comme les élus locaux étudiés par Didier Demazière. Ce dernier cherche ainsi à

« comprendre comment les élus locaux définissent leur travail et la spécificité de leur activité, et à identifier les vecteurs et mécanismes de socialisation qui soutiennent ces définitions. Celles-ci apparaissent d'emblée flottantes, voire problématiques, et elles ne se précisent que dans les cours d'action et dans le temps - plus ou

¹⁰⁶ Patrick HASSENTEUFEL, *Les médecins face à l'Etat : une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997, p. 6.

¹⁰⁷ Cf. par exemple Paul BOUFFARTIGUE et Charles GADÉA, *Sociologie des cadres*, Paris, La Découverte, 2000 ; Paul BOUFFARTIGUE, Charles GADÉA et Sophie POCHIC (éds.), *Cadres, classes moyennes, vers l'éclatement ?*, Paris, Armand Colin, 2010.

¹⁰⁸ Selon André Grelon, « dès l'apparition de leur profession, les ingénieurs ont eu à prendre en compte, intimement mêlé à leurs tâches techniques, le problème du facteur humain », qui impliquera progressivement de prendre en compte des questions telles que l'hygiène et la sécurité des travailleurs du rang ou encore l'autorité légitime que l'ingénieur peut exercer sur eux. André GRELON, « L'ingénieur catholique et son rôle social », in Yves COHEN et Rémi BAUDOUÏ (éds.), *Les chantiers de la paix sociale : 1900-1940*, Fontenay-Saint-Cloud, ENS Editions, 1995, p. 167–168. Pour un panorama d'une époque où la question du « rôle social de l'ingénieur » est au centre des débats, cf. également André GRELON (éd.), *Les ingénieurs de la crise : titre et profession entre les deux guerres*, Paris, Editions de l'EHESS, 1986.

¹⁰⁹ Christelle Didier souligne combien l'établissement d'une déontologie consensuelle est difficile pour ce « cadre pas tout à fait comme les autres » qu'est l'ingénieur : « qu'en est-il réellement de la liberté de décision des ingénieurs ? S'ils sont tenus de répondre moralement de leurs décisions professionnelles, ne sont-ils pas aussi tenus de satisfaire leurs employeurs ? [...] Selon l'historien David Noble, la volonté de "définir des codes d'éthique et de responsabilité sociale dans le contexte d'une pratique professionnelle qui exige la soumission aux dirigeants des entreprises" constitue même une des contradictions inhérentes à la professionnalisation des ingénieurs. [...] Il est significatif que les codes peinent à évoquer le rapport de dépendance qu'ont les ingénieurs vis-à-vis de leurs employeurs ». Christelle DIDIER, *Les ingénieurs et l'éthique. Pour un regard sociologique*, Paris, Lavoisier, 2008, p. 67.

moins long - d'appropriation du mandat, d'installation dans la fonction, de maîtrise du métier, de conquête d'une identité professionnelle.¹¹⁰ »

4. *Logique d'exposition de la thèse*

Le corps du texte est divisé en six chapitres.

Je présente d'abord l'évolution démographique de la profession de médecin du travail sur les quatre décennies étudiées (chapitre 1). À la fin des années 1970, une nouvelle génération particulièrement dense et féminisée contribue au rajeunissement de la profession, au même moment où des évolutions législatives permettent aux praticiens de surveiller des effectifs de taille plus petite. Cependant, la restriction générale de l'accès aux spécialités médicales à partir de 1982 met un terme abrupt à ce renouvellement. Depuis lors, la profession vieillit inexorablement. La chute brutale des effectifs, sensible dans certaines régions, a été partiellement compensée au niveau national par la mise en place de passerelles de reconversion ou de régularisation pour des médecins issus d'autres spécialités ou d'autres pays. Au-delà des données de cadrage, l'histoire de la fabrication démographique permet de dégager trois constats qui ont leur importance dans la suite de cette étude : l'impossibilité pour les acteurs de se mettre d'accord sur l'évaluation du déficit montre la diversité des conceptions de ce qu'un médecin du travail peut et doit faire ; le bricolage institutionnel mis en place pour ouvrir l'accès à la médecine du travail montre la faiblesse des liens entre le titre et le poste, ou en d'autres termes, la place marginale des savoirs dans la délimitation du groupe professionnel ; enfin, le désintérêt ou le mépris des étudiants en médecine pour cette spécialité explique la rareté des récits vocationnels de la part des praticiens en poste, et objective la place subordonnée de la médecine du travail au sein du corps médical.

Dans les deux chapitres qui suivent, je distingue la problématique autonomie/subordination selon la forme du service – interentreprises ou autonomes – qui m'est apparue comme l'un des facteurs les plus structurants. Dans les services interentreprises (chapitre 2), où travaillent presque neuf médecins sur dix, la conception dominante du métier légitime est en grande partie produite par la

¹¹⁰ Didier DEMAZIÈRE, « Les élus locaux débutants. Découverte du travail politique et production des professionnels », in Didier DEMAZIÈRE et Charles GADÉA (éds.), *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2009, p. 198–199. Le sociologue explique avoir adopté une approche centrée sur la « socialisation professionnelle en situation » plutôt que sur le rôle, finalement assez faible, d'une socialisation politique ou partisane anticipatrice : « On peut alors examiner comment les élus découvrent des situations et activités auxquelles ils sont confrontés du fait de leur succès électoral, comment ils les considèrent et les interprètent, comment ils tentent de les approprier et de les maîtriser. Ce faisant, on mettra l'accent sur la socialisation professionnelle en situation – entendue comme l'acquisition de savoir-faire spécialisés, l'appropriation de référentiels particuliers, l'intériorisation de croyances singulières – plus que sur la socialisation politique ou partisane, anticipatrice » (p. 198). Dans ce travail, je m'inscris dans une veine méthodologique similaire.

hiérarchie « administrative ». Il s'agit d'une interprétation orientée de la loi donnant la priorité aux « visites médicales » et en particulier à la délivrance de l'avis d'aptitude, le tout étant appréhendé sous un angle quantitatif (niveau plancher de visites à réaliser par demi-journée, par mois, par an). Dans la mesure où les praticiens s'acquittent de leur « objectif visites », ils sont généralement laissés libres dans le déroulement des visites médicales. Cependant, ce contrôle quantitatif laisse de fait peu de temps et de marge de manœuvre aux médecins pour définir leur métier de manière alternative, par exemple en donnant leur priorité aux visites d'entreprise. De plus, la surveillance d'un très grand nombre d'entreprises et le faible temps pour les visiter ne permet pas de tisser des relations durables avec les salariés et les employeurs d'un établissement donné. Ceci condamne les praticiens à une certaine inefficacité dans l'action en milieu de travail, qui les amène souvent à se détourner d'eux-mêmes de ce volet de leur activité. Enfin, l'encouragement législatif et managérial à une action « pluridisciplinaire » depuis les années 1990 légitime une nouvelle organisation du travail des services où la direction a davantage de pouvoir sur l'activité des médecins, officiellement au nom de la coordination nécessaire des équipes.

Dans les services autonomes (chapitre 3), le cadre réglementaire et les évaluations quantitatives jouent au contraire un rôle très faible dans la détermination du métier légitime des praticiens. Les médecins du travail sont considérés comme des cadres parmi d'autres – certes avec des prérogatives particulières. C'est dans les interactions avec leurs collègues de l'entreprise qu'ils construisent et défendent leur juridiction professionnelle, qui varie fortement d'un établissement à l'autre, et qui se transmet en partie d'un médecin à son successeur sous la forme d'une *empreinte de poste*. L'articulation entre autonomie et subordination se joue d'abord dans ce processus de négociation du métier légitime. Cependant, les médecins du travail sont rarement soumis à des ordres ; comme la majorité des cadres, ils cherchent plutôt à répondre aux attentes de leur entourage. Ainsi, « ce qu'il y a à faire » est indissociable de « ce que l'on attend » du médecin du travail.

J'étudie ensuite la réalisation d'une tâche particulière, qui est devenue emblématique de la médecine du travail à la française : la délivrance de l'avis d'aptitude-inaptitude (chapitre 4). Que signifie l'autonomie face à une tâche obligatoire ? Quelles variations sont possibles entre les praticiens ? En particulier, comment s'articule ou s'oppose la pratique de l'aptitude avec la mission de prévention des atteintes professionnelles à la santé ? À première vue, les médecins apparaissent très libres dans leur décision d'aptitude, qui ne souffre aucune ingérence de la part de personnes tierces. Cependant, ils sont contraints par le petit nombre de réponses légitimes qu'ils peuvent

apporter à la question de l'aptitude, qui les enferme dans l'arbitrage emploi/santé et les entraîne de la prévention à la sélection, de la détermination de l'aptitude médicale à celle de la compétence professionnelle. L'examen de situations exceptionnelles de « subversion » de la conception dominante de l'aptitude montre toute la difficulté qu'il y a à donner à cette pratique un sens différent de celui qui est considéré comme légitime par les pouvoirs publics et les employeurs. Ces derniers y voient une manière d'éliminer les salariés présentant un « sur-risque » par rapport à la moyenne de voir leur santé altérée du fait de leur travail.

L'étude comparée de deux syndicats de médecins du travail interentreprises permet ensuite de montrer la vitalité de la réflexion indigène sur l'indépendance professionnelle sur la période étudiée (chapitre 5). Les conceptions respectives du SNPMT, principal syndicat de la profession, et de son homologue le SGMT-CGC, témoignent de rapports différents au salariat, à la catégorie de cadre et à l'idée de responsabilité médicale. L'histoire du SNPMT apparaît marquée par une méfiance profondément ancrée vis-à-vis du rapport salarial. Lorsqu'elle est poussée à la limite, cette position amène les responsables syndicaux à remettre en cause la légitimité de toutes les dépendances quelles qu'elles soient, au profit d'un idéal de gouvernance des médecins du travail par eux-mêmes. Au contraire, le SGMT prône le renforcement des liens entre médecins et cadres des entreprises surveillées, ce que permettrait l'adhésion à la CFE-CGC. Par ailleurs, il présente certains liens de subordination comme inévitables et acceptables dans le cadre de la médecine salariée. De cette opposition découlent deux manières différentes d'envisager la responsabilité des médecins, particulièrement visibles à l'occasion de la crise médiatique et politique de l'amiante. Alors que le SNPMT prône un *devoir* d'indépendance qui peut impliquer que le médecin entre parfois en contradiction avec la loi (par exemple celle sur les concentrations acceptables d'amiante), le SGMT se fait le défenseur du *droit* à l'indépendance des médecins, sans laquelle il est normal qu'ils ne puissent assurer leurs missions.

Enfin, je m'arrête dans un chapitre final sur les conséquences de l'appartenance des médecins du travail au corps médical (chapitre 6). Dans le cas d'une spécialité *subordonnée* (j'emploie ce mot à dessein) comme l'est la médecine du travail, la « confraternité » est souvent un obstacle, bien plus qu'une ressource de l'autonomie professionnelle. Le lien de subordination dont le rapport salarial est synonyme trouve ainsi un écho dans le mépris avec lequel les médecins libéraux tiennent les médecins salariés. Par ailleurs, mon enquête confirme l'intuition de Freidson selon lequel l'hétérogénéité du corps médical peut être utilisée par des pouvoirs non médicaux pour peser sur

certains médecins. À la sollicitation de l'employeur, certains « confrères » (médecins de l'Ordre, médecins-coordonateurs, médecins-chefs, médecins faisant des contre-visites...) exercent leur autorité sur les médecins du travail. L'étude de contentieux exemplaires montre ainsi que les conflits entre médecins du travail et employeurs autour de la prévention des atteintes professionnelles à la santé aboutissent souvent à des tensions entre médecins.

Chapitre 1. Une profession en crise perpétuelle ? Démographie et vocations

Pour cette étude sur les médecins du travail, il est nécessaire d'offrir de manière préliminaire quelques données de cadrage sur la profession. Or, ceci se révèle beaucoup plus difficile qu'on pourrait le penser *a priori*. Les statistiques disponibles sont mauvaises, attestant du peu d'intérêt des autorités de tutelle pour ce pan de l'intervention sociale, et surtout, elles reflètent l'absence de consensus sur ce qu'*est* et ce que *doit faire* un médecin du travail. Dans le cadre de cette réflexion sur le lien entre autonomie, subordination et délimitation du métier, ces faits ont évidemment leur importance.

Au début des années 1970, les médecins du travail sont relativement peu nombreux et surveillent des effectifs importants de salariés. La fin des années 1970 voit la profession se renouveler en profondeur sous l'effet de l'arrivée d'une nouvelle génération plus féminisée et diplômée, qui prend ses marques dans la décennie suivante. Cependant, dans les années 1990 et 2000 émerge un débat sur le déficit de médecins du travail, que certains chiffres semblent confirmer alors que d'autres suggèrent une permanence relative des effectifs. On verra que les statistiques disponibles permettent de montrer de manière certaine trois évolutions qui ont touché la profession sur la période étudiée : une importante féminisation depuis les années 1970, un vieillissement incontestable depuis les années 1980, un fossé grandissant entre la médecine de service autonome et de service interentreprises. Malgré leur fiabilité de plus en plus incertaine, les données suggèrent également la réalité du déficit qui touche les services, dont au premier chef ceux situés en dehors des grandes agglomérations.

Ces évolutions sont intimement liées aux modifications des filières pour devenir médecin du travail. Ces filières ont toujours été en grand nombre et de natures très différentes. Pour certaines d'entre elles, il est plus juste de parler de voies d'accès au titre de médecin du travail que de formation, tant une conception de mise en conformité avec la loi prévaut sur une exigence de compétences spécialisées ; la médecine du travail apparaît comme une formalité qui s'impose à tous, employeurs, salariés, État, et le fait de délivrer facilement le titre à un praticien permet parfois de s'en acquitter à moindres frais. D'autres filières valorisent davantage le contenu théorique de la formation, mais les étudiants se montrent peu enthousiastes de se retrouver dans une spécialité extrêmement dévalorisée au sein même du champ médical.

Ce statut très bas, facilement objectivable dans les résultats d'affectation des étudiants, explique la difficulté qu'ont les praticiens rencontrés à avoir recours au discours de la *vocation* pour justifier leur parcours. La *distance au rôle* apparaît généralement comme un registre discursif bien moins coûteux socialement ; les (futurs) médecins du travail invoquent plus volontiers l'appât du gain ou l'attrait des horaires. Refuge pour des médecins fuyant d'autres formes d'exercice, la médecine du travail est structurellement liée à la *reconversion* plutôt qu'à la *conversion*, reconversion qui se déroule le plus souvent sur un mode explicite et conscient, plutôt qu'implicite et inconscient comme c'est le cas lorsque il y a production d'une vocation.

I. Une spécialité prise dans les évolutions générales de la démographie médicale

Je me suis basé sur les statistiques recueillies auprès de la direction nationale de l'Inspection médicale du travail pour décrire l'évolution démographique de la profession. Tutelle officielle des services de médecine du travail¹, cette institution est en effet la seule à fournir des données exclusivement centrées sur les médecins du travail. Cependant, elle ne dispose d'aucun service statistique propre, et délègue donc au réseau des médecins-inspecteur régionaux du travail la collecte des données. Ceci explique l'hétérogénéité de ces dernières d'une région à l'autre, ainsi que le manque de suivi d'un recensement à l'autre. Malgré ces limites, les statistiques permettent de montrer que l'histoire démographique de la médecine du travail est prise dans celle, plus générale, de l'ensemble de la médecine en France. Ainsi, la réforme des études médicales de 1982 en marque le tournant décisif.

1. Années 1970 : un moment de renouvellement de la profession

En 1971, plusieurs groupes d'intérêts médicaux parviennent à introduire dans la loi l'idée d'une limitation du nombre des entrants dans la profession médicale : un *numerus clausus* est créé en fin de première année d'études. Il est d'abord fixé à un niveau élevé, puisque environ 8000 étudiants continuent à être admis chaque année en deuxième année, c'est-à-dire à peu près autant que durant les années qui précèdent la réforme².

¹ L'Inspection médicale du travail a été créée en 1941. Elle regroupe un réseau de médecins-inspecteurs régionaux. Pour plus d'éléments sur cette institution, cf. chapitre 6.

² Sur l'histoire des politiques de quotas dans la formation médicale, cf. Marc-Olivier DÉPLAUDE, *L'emprise des quotas. Les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical (années 1960-années 2000)*, Thèse de doctorat en science politique, Université Paris 1, Paris, 2007.

Malgré ce dispositif qui inaugure une période de malthusianisme médical croissant, les années 1970 voient l'émergence d'une « nouvelle et dense génération »³ de médecins du travail. La comparaison de deux études démographiques réalisées en 1975 et 1982 confirme que c'est dans cette période de sept ans que le renouvellement de la profession est le plus intense, du fait de l'arrivée de nombreux praticiens ayant effectué une formation initiale dans la spécialité.

C'est en 1975 qu'Armand Rothan, directeur national de l'Inspection médicale du travail, décide de réaliser une enquête statistique pour mieux connaître la population des praticiens qui exercent la médecine du travail⁴. Selon cette enquête, la France compte 4915 médecins du travail au 1er janvier 1975. Parmi les répondants, 60% exercent dans des services interentreprises, 35% dans des services autonomes et 5% dans les deux types de structures à la fois. La profession est âgée, un médecin sur quatre a moins de 40 ans et un sur deux est âgé plus de 50 ans.

Selon le directeur de l'IMT,

« un certain nombre d'entre eux ont commencé leur activité en médecine du travail lors de la mise en place des services médicaux, il y a 25 à 30 années, et ils atteignent maintenant l'âge de la retraite.⁵ »

Plusieurs éléments viennent confirmer cette hypothèse. Ainsi environ 12% des répondants ont exercé la médecine militaire avant de venir à la médecine du travail, les deux disciplines ayant longtemps été très liées au niveau universitaire et professionnel⁶. En outre 14% des répondants ne sont titulaires d'aucun diplôme de médecine du travail. C'est une conséquence persistante du décret du 17 octobre 1957 rendant obligatoire la possession du Certificat d'études spéciales (CES) de médecine du travail, qui a offert la possibilité d'une dérogation pour les praticiens déjà en poste.

Une partie de l'article de 1976 ne sera pas publiée mais se trouve dans les archives de l'IMT. Le directeur y exprime sa préoccupation face au vieillissement de la profession, évoquant un « déficit de l'ordre de 500 postes de médecin temps plein ». Il estime qu'

³ Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, *La santé au travail*, op. cit., p. 79.

⁴ Armand ROTHAN et C. CHAMBET, « Les médecins du travail. Étude démographique », *Archives des maladies professionnelles, de médecine du travail et de sécurité sociale*, 1976, vol. 37, n° 9, pp. 713–720. Dans cette enquête, les médecins-inspecteurs régionaux sont chargés de diffuser les questionnaires dans leur ressort territorial. Le taux de réponse est d'environ 75% de l'ensemble des médecins en poste, et les répondants surveillent environ 90% de la population salariée. Les non-réponses sont concentrées chez des praticiens qui ne consacrent qu'une faible partie de leur temps à l'exercice de la médecine du travail. Tous les chiffres de 1975 qui suivent sont issus de cette étude.

⁵ *Ibid.*, p. 716.

⁶ Des passerelles permettaient aux médecins militaires de se reconvertir dans la médecine du travail tout en touchant leur retraite de l'armée.

« à seules fins de pallier le déficit actuel et d'assurer le nécessaire remplacement des médecins atteignant l'âge de la retraite, c'est au total plus d'un millier de médecins qu'il faudra recruter au cours des cinq prochaines années.⁷ »

Cependant, son inquiétude se trouve désavouée à court terme par l'arrivée massive d'une nouvelle génération de médecins du travail. Armand Rothan relance une nouvelle vague d'enquête en 1982 dont les résultats sont publiés l'année suivante. Elle atteste de ce renouvellement⁸. Les résultats, donnent à voir une transformation spectaculaire de la profession en l'espace de quelques années. Les auteurs expriment leur satisfaction quant aux résultats :

« à travers un nombre plus élevé de médecins du travail, dont la très grande majorité a reçu une formation spéciale, la qualité et l'efficacité de la médecine du travail ont elles-mêmes progressé.⁹ »

La profession a gagné mille nouveaux praticiens depuis la dernière étude, leur nombre passant de 4915 à 5889. Le décret de 1979 qui revoit à la baisse le nombre maximum de salariés surveillés par médecin est pour beaucoup dans cette croissance¹⁰. La comparaison des deux études met également en évidence une hausse de la part de praticiens formés spécifiquement à la médecine du travail. En 1975, 14% des praticiens interrogés par l'IMT disent ne pas être titulaires du CES de médecine du travail. En 1982, ils ne sont plus que 7%. Enfin, la profession s'est considérablement rajeunie, preuve que les nouveaux entrants sont issus du cursus de formation initiale : désormais un médecin sur deux a moins de 40 ans et seulement un médecin sur trois a plus de 50 ans. Le rajeunissement et la féminisation sont étroitement liés : 64% des moins de 40 ans sont des femmes.

Cet attrait nouveau pour la médecine du travail semble s'expliquer par la conjonction de quatre facteurs : la pratique courante de préparer le CES de médecine du travail à titre d' « assurance » (expression récurrente chez les enquêtés), la difficulté de « poser sa plaque » en exercice libéral à une période où le nombre de médecins est élevé, l'ouverture de nouveaux postes de médecins du travail suite au décret de 1979, la féminisation de la médecine avec la recherche de postes salariés permettant de concilier vie professionnelle et travail domestique.

⁷ Armand Rothan, « Note à l'attention de Monsieur Pierre Cabanes, directeur des Relations du travail », 26 mars 1976 (archives IMT).

⁸ Armand ROTHAN et C. CHAMBET, « Les médecins du travail. Nouvelle étude démographique », *Revue de médecine du travail*, 1983, XI, n° 4, pp. 207–227. Le taux de réponse est encore supérieur à celui de l'enquête précédente (78%). Tous les chiffres de 1982 qui suivent sont issus de cette étude.

⁹ *Ibid.*, p. 207.

¹⁰ Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

2. 1982 et ses suites : la restriction de l'accès à la formation initiale

La réforme générale des études spécialisées en médecine de 1982 étend la logique du *numerus clausus* au niveau des spécialités d'internat¹¹. L'objectif affiché de cette nouvelle restriction des voies d'accès à la profession médicale est à la fois de mettre un terme à ce que les acteurs du secteur présentent comme un excès de médecins, préjudiciable à la situation économique individuelle des praticiens, et de se conformer aux règles strictes imposées par la Communauté économique européenne pour pouvoir revendiquer le titre de spécialiste. La médecine du travail est incluse dans ce dispositif. Le CES est condamné à disparaître en 1984 (mais continuera à former des praticiens par le jeu des redoublements jusqu'en 1991) tandis qu'est créé un Diplôme d'études spécialisées (DES) en médecine du travail, long de quatre années, préparé dans le cadre de l'internat, et doté à chaque session du concours d'un nombre de postes défini à l'avance¹².

Cette réforme a des effets restrictifs considérables pour l'ensemble des spécialités médicales ; ils sont magnifiés pour une spécialité peu prestigieuse comme la médecine du travail. Dans les années 1980, la chute du nombre d'étudiants formés à la médecine du travail en cursus initial est spectaculaire (cf. figure 1). Elle est voulue par les autorités, qui n'y voient d'abord aucune raison de s'inquiéter ; en effet, elles estiment que le nombre important n'est pas celui des praticiens formés, mais celui des praticiens qui exerceront effectivement dans cette spécialité. Or, le DES contraint tous ses étudiants à exercer dans la spécialité à laquelle ils ont été formés, alors que le CES servait d'assurance à des praticiens dont une bonne partie n'exerçaient jamais la médecine du travail.

¹¹ Marc-Olivier DÉPLAUDE, *L'emprise des quotas. Les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical (années 1960-années 2000)*, op. cit.

¹² La mise en place progressive de la réforme fait que la médecine du travail est d'abord incluse dans un DES commun avec la santé publique (entre 1984 et 1987) puis dans un DES général à l'ensemble des spécialités médicales (entre 1987 et 1989), avant d'être constituée en filière autonome à partir de 1990.

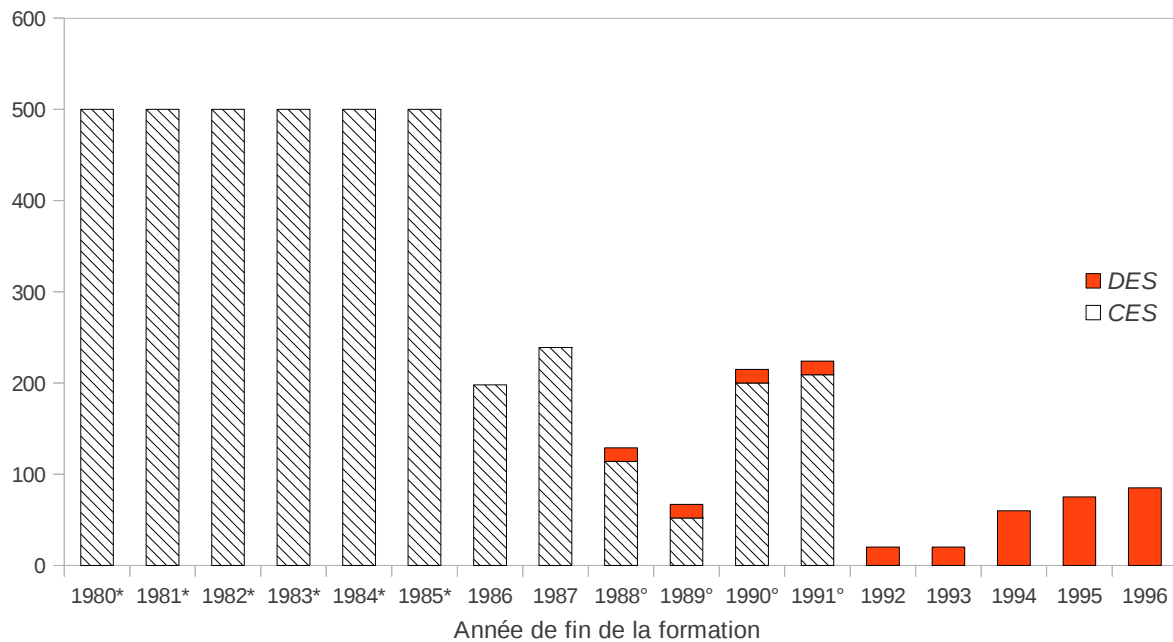


Figure 1-1. Nombre de nouveaux diplômés en médecine du travail (formation initiale).

Source : Inspection médicale du travail.

Données extraites de divers tableaux et documents des archives de l'IMT.

* : il s'agit d'une estimation par l'IMT (le nombre de médecins formés serait alors « de l'ordre de 500 par an »)

° : il s'agit d'une estimation par l'IMT du nombre de DES de médecine du travail (puisque la spécialité est alors incluse dans une filière commune avec d'autres disciplines).

En parallèle au renforcement des conditions de la spécialisation introduites par la réforme de 1982, il est mis fin à la tolérance vis-à-vis des médecins du travail en poste ne détenant ni le CES ni le DES. Ce type d'exercice illégal était avéré depuis des années et faisait l'objet d'une tolérance des médecins-inspecteurs sous la pression des services qui trouvaient ainsi plus facilement du personnel médical. Les archives contentieuses du SNPST montrent que cette tolérance s'est sensiblement réduite au début des années 1980. C'est ainsi qu'au début de l'année 1982, la direction d'un service parisien licencie un médecin de trente ans qui n'est pas titulaire d'un diplôme de spécialité¹³. Par ailleurs, le 30 janvier 1984, le directeur régional du travail de la région Nord-Pas-de-Calais écrit au

¹³ Dossier du docteur L. (archives SNPST). Le licenciement est par la suite annulé au motif que la procédure de licenciement n'a pas été respectée, et que « cette procédure spéciale a pour but d'assurer pleinement l'indépendance des médecins du Travail à l'égard de leurs employeurs, les risques encourus par ces praticiens étant attachés aux fonctions exercées, indépendamment des titres de celui qui les exerce ».

président d'une l'Association de médecine du travail pour lui indiquer qu'il ne permettra plus la présence de médecins n'ayant pas le CES et ayant commencé à exercer après 1957 :

« J'ai l'honneur de vous confirmer mon accord aux dispositions suivantes et qui constituent l'extrême limite de tolérance admise pour le maintien des contrats de travail des médecins non titulaires du CES de médecine du travail : les contrats des Docteurs T., D., L. et H. devront être résiliés définitivement au 30.09.1984 en cas de nouvel échec à l'examen de la session 1984 du certificat d'études spéciales de médecine du travail.¹⁴ »

Les archives permettent de constater que le médecin Maurice T. reçoit en effet une lettre recommandée le 20 novembre suivant du président qui dit « constater la rupture » de son contrat de travail¹⁵. Le praticien se plaint par retour de courrier de ce licenciement abrupt qui intervient « après vingt ans passés à exercer cette spécialité dans le service »¹⁶.

3. Années 1990 et 2000 : constat de déficit et bricolage institutionnel

Entre 1982 et 1988, le nombre de médecins du travail chute de 5889 à 5626 alors que le nombre de salariés à surveiller augmente¹⁷. À partir de 1988, les responsables de certains services interentreprises commencent à informer les autorités de leurs difficultés à recruter des médecins du travail¹⁸. Rares sont cependant les personnes à envisager la possibilité d'un déficit important de médecins du travail. En 1990, le secrétaire général du SNPMT Claude Saint-Upéry se montre même très optimiste sur l'évolution démographique de la profession qu'il représente, pariant sur les effets positifs de la mise en place d'une filière d'internat exclusivement dédiée à la médecine du travail :

« il semble qu'il y ait eu une certaine dramatisation des difficultés de recrutement signalées ça et là. Le SNPMT estime, en tout état de cause, que grâce aux mesures prises la situation et l'avenir de la médecine du travail ne devraient plus provoquer d'inquiétude.¹⁹ »

Dans les années 1990 et 2000, les autorités de la médecine du travail s'accordent pourtant sur l'idée d'un déficit, si ce n'est sur sa gravité, et tentent d'y apporter des solutions. Ces deux décennies

¹⁴ Lettre du directeur régional du travail du Nord-Pas-de-Calais au président de l'association de médecine du travail, 30 janvier 1984 (archives SNPST).

¹⁵ Lettre recommandée du 20 novembre 1984 citée dans la lettre de Maurice T. au président de l'association de médecine du travail, 8 décembre 1984 (archives SNPST).

¹⁶ Lettre de Maurice T. au président de l'association de médecine du travail, 8 décembre 1984 (archives SNPST).

¹⁷ Données de l'Inspection médicale du travail citées in Hervé GOSSELIN, « Aptitude et inaptitude médicales au travail: diagnostic et perspectives », *Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes*, 2007.

¹⁸ Inspection médicale du travail, « Enquête sur le déficit de temps médical en médecine du travail », novembre 1991 (archives IMT).

¹⁹ Claude SAINT-UPÉRY, « La France manquera-t-elle de médecins du travail ? », *Médecine et Travail*, 1990, n° 144, p. 21.

sont celles de constants ajustements pour tenter d'augmenter à la marge l'effectif total de médecins du travail sans augmenter le nombre de postes d'internes, qui stagne autour d'une soixantaine par an. La succession des dispositifs tient davantage du bricolage que d'un plan concerté sur le long terme. Le manque de dynamisme des pouvoirs publics et des partenaires sociaux, conjugué au malthusianisme des autorités médicales, créent une situation dans laquelle il n'est bientôt plus possible d'augmenter le nombre de médecins du travail sans réduire les exigences de formation.

C'est la mobilisation patronale suite aux difficultés de recrutement qui ouvre le débat sur le « déficit en temps médical », selon l'appellation administrative du problème. Une note interne de l'IMT datée de novembre 1991 affirme que « le problème de la pénurie actuelle de médecine du travail [*sic*] est évoqué avec beaucoup d'acuité dans presque toutes les réunions auxquelles nous pouvons assister depuis quelques mois »²⁰. La note poursuit en expliquant que

« Cette pénurie conduit même quelques uns de nos partenaires sociaux à remettre très directement en question la formation du DES en quatre ans, ainsi que l'abandon du CES à partir de la rentrée universitaire 1991/1992, estimant que c'est à la fois le faible nombre de postes d'internes attribués à la médecine du travail dès 1986 et la difficulté extrême d'avoir pu les voir tous pourvus qui sont responsables de la pénurie actuelle et de la dégradation de la situation du "temps médical" dans les services médicaux.²¹ »

Les gestionnaires patronaux proposent alors l'idée d'une formation courte permettant à des médecins de se reconvertir vers la médecine du travail. Selon la directrice de l'IMT en 1992, « cette solution, peu coûteuse et rapide, a fait l'objet d'objections de la part des universitaires »²². La plupart des hospitalo-universitaires en médecine du travail continuent en effet de soutenir que le bilan de la réforme est positif du fait du haut degré de spécialisation exigé. Elle présente également l'intérêt pour eux, par rapport aux formations de type CES, de leur permettre d'avoir « leurs » internes à l'instar des autres hospitalo-universitaires.

Progressivement, les pouvoirs publics décident pourtant de mettre en place des voies de reconversion, en tentant de maintenir un niveau d'exigence équivalent à celui de la formation initiale. En 1992, des postes de médecins du travail sont proposés au nouveau concours « européen », qui permet aux médecins ressortissants des pays de la Communauté économique européenne et pouvant justifier de trois années d'exercice, ainsi qu'aux médecins ayant récemment

²⁰ Inspection médicale du travail, « Enquête sur le déficit de temps médical en médecine du travail », novembre 1991 (archives IMT).

²¹ *Ibid.*

²² Marianne Saux, « Note relative à la démographie médicale en médecine du travail », présentée lors de la réunion du Conseil supérieur de prévention des risques professionnels du 10 juillet 1992 (archives IMT).

obtenu une thèse de doctorat en médecine et ne s'étant jamais présentés au concours de l'internat, d'accéder à une formation de spécialistes (lors de laquelle ils sont rémunérés en tant qu'internes). La sélection est draconienne :

« 1000 demandes de dossiers sont parvenues à la DRASS de Rennes [lieu où se passe le concours], 250 dossiers ont été retenus, 127 candidats se sont présentés au concours, 60 ont obtenu la moyenne, et les 50 postes offerts sont en train d'être pourvus.²³ »

La formation de quatre ans, identique à celle du DES, peut être écourtée après une étude de chaque dossier. À son terme les étudiants doivent choisir entre l'exercice exclusif de la médecine du travail et celui de leur discipline de formation antérieure. Le nombre de postes proposés lors de ce concours annuel est porté à 100 en 1994 avant de se stabiliser à environ 150 au tournant des années 2000. En 2001, le nombre d'inscrits (148) est pour la première fois inférieur au nombre de postes à pourvoir (159), et le nombre d'admis est encore plus bas (104). Cette situation préoccupante amène le Ministère de la santé à baisser le nombre de postes de médecine du travail proposés (il est ainsi de 75 pour la session de 2007) ; mais même à des niveaux plus bas, la désaffection des candidats fait que chaque année plusieurs postes ne sont pas pourvus²⁴.

Les difficultés de recrutement se poursuivant malgré le Concours européen, les services de médecine du travail recommencent à embaucher illégalement des médecins non spécialisés comme il était d'usage vingt ans plus tôt. Les Directions régionales du travail manifestent à nouveau leur tolérance, tout en tentant de sauvegarder une apparence de légalité en procédant régulièrement à ce qui est connu comme des « vagues de régularisation ». L'idée est d'offrir aux médecins qui exercent illégalement une autorisation d'exercice de la médecine du travail – et non un diplôme – à la condition qu'ils suivent un enseignement théorique de 200 heures réparti sur deux ans, qu'ils valident un examen et qu'ils soutiennent un court mémoire. Trois vagues de régularisations se succèdent en 1998, 2000 et 2002. Dans les faits, la formation se révèle peu contraignante, comme en témoignent des taux de réussite atteignant par exemple 91% en Île-de-France²⁵.

Il faut souligner que cette procédure est ouverte à tous les praticiens disposant d'un contrat de travail dans un service de médecine du travail. De nombreux services en quête de personnel médical ont ainsi saisi l'occasion pour ouvrir leurs portes à des médecins désireux de se reconverter, et ont

²³ *Ibid.*

²⁴ Emmanuelle GIBOUIN, *Formation initiale des médecins du travail et de prévention en Île-de-France de 1982 à 2005*, Thèse de doctorat en médecine, Université Lille 2, 2005.

²⁵ *Ibid.*

conclu avec eux un contrat de travail leur permettant de suivre la formation tout en assurant pendant deux ans leur charge de travail dans le service. Au total la procédure aurait permis à environ 1300 médecins de recevoir une autorisation d'exercice²⁶.

Une autre voie d'entrée pour les praticiens désireux de se reconverter vers la médecine du travail est la formation dispensée à l'Université de Louvain-la-Neuve, en Belgique. C'est la voie qu'ont suivi certains médecins rencontrés pendant l'enquête qui ont souhaité s'orienter vers la médecine du travail après la clôture de la procédure de régularisation de 2002. La formation belge est en effet reconnue en France par le Conseil de l'Ordre, qui inscrit automatiquement les médecins qui l'ont validée en tant que spécialistes de médecine du travail. La formule a pu sembler réaliste pour des médecins installés en région parisienne ou dans le nord, grâce à la desserte en trains et au fait que les cours étaient tous regroupés le lundi, leur permettant de poursuivre leur exercice (illégal mais toléré) de la médecine du travail pendant ce temps. Un accord a été passé avec l'université française pour que les stages nécessaires pour valider la formation de Louvain puissent être réalisés en France. Je n'ai pas de données sur cette filière, dont l'impact semble marginal.

En 2002 est également mise en place pour une durée limitée une « capacité » en médecine du travail ; ce sont les mêmes hospitalo-universitaires qui ne voulaient pas de ce type de formation en 1992 qui en sont désormais à la tête. Conçue avec une maquette de deux ans, elle touchera au total trois promotions de médecins. Destinée à être suivie en parallèle d'un exercice de médecine du travail, elle contient une partie théorique et une partie pratique, cette dernière ne représentant guère plus que la validation des heures de travail effectuées dans le service employeur. La formation est considérée comme trop légère pour que ses bénéficiaires puissent se prévaloir d'un titre de spécialiste au sens de l'Union européenne, mais débouche sur une reconnaissance de compétences et une autorisation d'exercer. Elle aurait concerné de 100 à 180 médecins par promotion.

La directrice du programme, l'universitaire Françoise Conso, en est paradoxalement l'un des principaux pourfendeurs, estimant en 2005 que cette formation est en grande partie responsable de la désaffection des médecins du travail pour le concours européen, « désaffection très préjudiciable au maintien d'une qualité de formation répondant au standard européen »²⁷. Pour Françoise Conso, « il est grand temps de revenir à une formation spécialisée exclusive »²⁸. Elle préconise notamment

²⁶ Françoise CONSO, « Quelle formation initiale pour les médecins du travail ? », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2005, vol. 66, n° 4, pp. 311–312.

²⁷ *Ibid.*, p. 312.

²⁸ *Ibid.*

d'augmenter le nombre de postes à l'Examen classant national (nouveau nom du concours de l'internat depuis 2004). Quatre ans plus tard, l'universitaire Dominique Choudat confirme son analyse pessimiste : « La médecine du travail est maintenant sinistrée du fait d'un déficit démographique majeur », estime l'universitaire²⁹.

Les responsables de la formation initiale en médecine ont annoncé récemment que le nombre de postes d'internes en médecine du travail serait doublé à partir de 2010 pour au moins cinq ans, dans le cadre d'une ouverture générale du *numerus clausus*. Ceci ne signifie pas que le nombre d'internes formés va doubler. En effet, en 2010, seuls 88 des 120 postes proposés ont ainsi été pourvus³⁰, du fait d'une désaffectation structurelle pour la médecine du travail qui est analysée plus loin.

Ces mesures ne produiront des effets que dans une dizaine d'années. En 2011, le déficit de médecins du travail est bien réel dans certains services de zones déjà concernées par ailleurs par la « désertification » médicale. Un article du bulletin des gestionnaires patronaux de la médecine du travail revient sur la pratique récente de fixation de salaires plus élevés pour attirer des candidats, que la Cour de cassation a jugée contraire au principe « à travail égal, salaire égal ». La Cour a également estimé que la qualification de « pénurie » pour qualifier la situation de la médecine du travail dans les Bouches-du-Rhône, lieu du litige, n'avait pas été prouvée par le président du service, ce qui amène les rédacteurs du bulletin patronal à s'interroger : « la solution aurait-elle été la même si le contentieux était né dans la Nièvre en 2010 ? »³¹. Elle fait implicitement référence au fait, connu de tous ses interlocuteurs, que ce département est durement touché par la pénurie de médecins du travail.

²⁹ Dominique CHOUDAT, « Démographie des médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2009, n° 70, pp. 617–618.

³⁰ Paul FRIMAT, « Les enjeux de formation en santé-travail. Quelle place en formation initiale ? », Paris, Présentation Powerpoint, 2010.

³¹ EQUIPE JURIDIQUE DU CISME, « A travail égal, salaire égal : un principe appliqué dans un SIST », *Informations mensuelles CISME*, 2011, n° 67, p. 9.

Encadré 1-1. Un déficit de médecins du travail similaire en Espagne.

La pénurie de médecins du travail n'est pas propre à la France, comme le montrent les travaux de Daniel La Parra sur la situation de leurs homologues espagnols suite au vote d'une nouvelle « loi de prévention » en 1995 : « le nombre de diplômés a été insuffisant pour couvrir les besoins de professionnels générés par la loi de prévention. [...] D'après le Conseil national des spécialités, [...] en avril 1997, il faudrait 3000 spécialistes pour couvrir les besoins des services de prévention. De fait, au moment de la promulgation de la loi sur la prévention des risques professionnels, seuls 23 spécialistes en médecine du travail étaient répertoriés comme chômeurs dans les listes de l'Institut national de l'emploi.³² »

Comme en France, l'élévation du niveau de spécialisation exigé des médecins a été concomitant de l'ouverture du secteur de la prévention à de nouveaux intervenants « pluridisciplinaires ». L'auteur se montre pessimiste sur les effets de ce dispositif : « l'application particulière de la loi de prévention en Espagne présente un contexte contradictoire pour les professionnels de la prévention. D'une part, le souhait de protéger les droits des diplômés en médecine a entraîné une situation où, paradoxalement, le nombre de médecins est inférieur aux besoins. D'autre part, de nouvelles spécialités ont été créées, essentielles à l'accentuation de la prévention dans le domaine de la santé au travail, sans pourtant qu'aient été fournis les efforts nécessaires en termes de diplômes et de réglementation du marché du travail pour que ces professionnels de la prévention puissent exercer leurs fonctions à des niveaux de compétence et de reconnaissance adaptés. Loin d'une guerre entre professionnels, ce qui est décrit ici est une situation où l'amélioration de la santé au travail est compromise et où l'efficacité des importantes dépenses publiques et privées destinées à la prévention est, *de facto*, limitée.³³ »

II. Des formations sans vocation?

Depuis Max Weber, la sociologie s'est penchée avec profit sur la question des trajectoires professionnelles, notamment en analysant le concept de « vocation ». Le sociologue allemand montre que la vocation prétendument désintéressée des prophètes et prêtres en tous genres, des artistes et même des scientifiques, masque la réalité des prébendes et pouvoirs liés à ces métiers, ainsi que des mécanismes sociaux qui ont permis à leurs occupants d'y accéder³⁴.

³² Daniel LA PARRA, « Les transformations des métiers du risque en Espagne, 1995-2005 : de la médecine du travail à la prévention du risque », in Catherine OMNÈS et Laure PITTI (éds.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention. La France au regard des pays voisins*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 82–83.

³³ *Ibid.*, p. 86–87.

³⁴ Isabelle KALINOWSKI, « Leçons weberiennes sur la science et la propagande », in *La science, profession et vocation*, Marseille, Agone, 2005, p. 107–115 et 178–183. On peut citer également le sociologue de la profession médicale Oswald Hall, « une des fonctions de la vocation est d'orienter la conduite actuelle dans l'intérêt d'un but à atteindre ». Oswald HALL, « Les étapes d'une carrière médicale », in Claudine HERZLICH (éd.), *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton, 1970, p. 210.

Avec la médecine du travail, le sociologue est en présence d'une situation quasiment opposée. Le registre de la vocation est très rarement mobilisé par les praticiens pour rendre compte de leur trajectoire ; à l'inverse, leurs récits mettent souvent en avant les dimensions les plus matérielles de la profession (horaires, rémunération). Ceci permet aux médecins du travail de mettre en scène leur distance avec leur profession, comme pour mieux se prémunir du statut peu prestigieux de cette dernière. On retrouve cette *distance au rôle*³⁵ aussi bien chez les praticiens ayant étudié la médecine du travail en formation initiale que chez ceux qui y ont trouvé refuge au travers d'une passerelle de reconversion.

1. La formation initiale à la médecine du travail

Jusqu'en 1992, la plupart des médecins du travail sont titulaires d'un CES de leur spécialité. Il s'agit d'une formation plus légère qu'un internat de spécialité, généralement étendue sur une période d'un an, parfois réduite à l'extrême comme dans le cas d'un des médecins rencontrés, qui a reçu une formation réduite à une semaine lors de son service militaire. Les cours dispensés portent sur les principales maladies professionnelles et la toxicologie de produits courants ; ils sont complétés par quelques rares cours donnant des rudiments de droit du travail ou des notions sur le monde du travail (par exemple la présentation des partenaires sociaux). En comparaison avec d'autres spécialités plus prestigieuses, la médecine du travail est confrontée à la « difficulté à acquérir une position forte dans le monde universitaire »³⁶.

En 1972, le SNPMT fait une enquête auprès de ses adhérents sur le thème « où va la médecine du travail ? », qui vise notamment à recueillir leurs impressions sur les difficultés de ce métier. Certaines des réponses publiées dans la revue du syndicat, *Médecine et travail*, montrent que les médecins du travail eux-mêmes sont prêts à reconnaître la faiblesse de la vocation dans le choix de leur profession. Un médecin avance comme « l'une des raisons du malaise de la médecine du travail : son « choix » sous la pression des circonstances, sans autre motivation que la sécurité matérielle (pour médiocre qu'elle soit) ». La rédaction de la revue poursuit en expliquant que

³⁵ Erving GOFFMAN, « La distance au rôle en salle d'opération », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002, n° 143, pp. 80–87.

³⁶ Manuela MARTINI, « Prévention, inaptitude, reclassement dans le bâtiment : le rôle des organisations paritaires durant les Trente glorieuses », in *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2004, p. 306.

« sans être à ce point négatives, plusieurs réponses reflètent une certaine nostalgie de la médecine traditionnelle ; et pas mal d'incertitudes quant aux buts et aux moyens de notre spécialité : on ne peut évidemment rien construire sur des bases aussi vacillantes.³⁷ »

Deux portraits de médecins rencontrés donnent une idée des circonstances qui amenaient des étudiants à suivre le CES de médecine du travail, puis à exercer à ce poste.

Je commencerai par le cas exceptionnel d'une femme qui évoque sa vocation de médecin du travail. Marie C. est née au milieu des années 1940, d'un père peintre dans l'armée et d'une mère au foyer³⁸. Elle commence des études de médecine en 1963, contre l'avis de son père et en dépit du très faible nombre d'enfants d'ouvriers et de femmes parmi les étudiants, ce qu'elle considère alors comme un signe de son « double handicap ». Elle passe son CES de médecine du travail puis fait une thèse sous la direction d'Henri Desoille, fondateur universitaire de la spécialité, qu'elle présente aujourd'hui comme son « maître ». Elle est l'un des seuls médecins rencontrés à tenir un discours vocationnel sur son entrée en médecine du travail :

« j'ai tout de suite décidé de faire ce travail. Quand j'ai su que ça existait, ça m'a intéressée, parce que j'ai toujours préféré la prévention au soin. J'ai toujours pensé qu'il était plus important de faire de la prévention que du soin. Le deuxième volet qui je pense – bon, après toutes ces années de médecine du travail – m'a orienté, c'est que je suis d'une famille d'ouvriers, mon père était peintre en bâtiment, et il a lui-même été victime de deux accidents de travail extrêmement graves, et de deux maladies professionnelles. Donc c'est vrai que quand on entre dans le monde de la médecine et qu'on sait que cette spécialité existe, on a un petit peu envie de voir pourquoi il a pu avoir ces problèmes de santé là, et d'essayer de les prévenir. »

Au terme de ses études, elle décide de suivre son mari en Indre-et-Loire, et y exerce la médecine du travail pendant quelques années. Elle opte ensuite pour la médecine scolaire, « parce que j'avais des enfants et que c'était plus facile ». Une quinzaine d'années plus tard, « les enfants étaient grands, ils étaient adolescents et n'avaient plus besoin de moi à 100% ». Elle retourne donc à la médecine du travail, surveillant le personnel d'un hôpital. Dans les années 1990, elle devient médecin du travail dans un service interentreprises, où la directrice lui confie progressivement des fonctions de coordination médicale.

Brigitte R. est née au début des années 1950, dans une famille de classe supérieure qui comprend de nombreux médecins et avocats³⁹. Son père, diplômé d'HEC, meurt quand elle et ses quatre frères et soeurs sont encore jeunes. Elle fait des études de médecine, qu'elle présente comme une vocation

³⁷ SNPMT, « Où va la médecine du travail? », *Médecine et Travail*, 1972, n° 71, p. 4.

³⁸ Entretien avec Marie C., novembre 2006.

³⁹ Entretien avec Brigitte R., mai 2007.

de longue date. Elle rencontre alors son futur mari, cadre supérieur dans une grande banque. Elle envisage d'abord de se spécialiser en pédiatrie, mais les horaires imprévisibles de l'hôpital lui semblent peu compatibles avec la forme de vie familiale à laquelle elle aspire :

« à l'hôpital, quand vous êtes pédiatre, vous avez une vie dans les hôpitaux un petit peu de dingue, avec beaucoup de gardes qui revenaient tout le temps – très intéressant, ça il n' y a pas à dire – et, je veux dire, moi, jeune femme, voulant des enfants, je me disais "mais comment je vais faire ?" ».

C'est alors qu'un de ses amis les plus proches, étudiant en médecine qui se destine à la chirurgie, lui conseille la médecine du travail. Elle est d'abord réticente, bien qu'étant titulaire du CES comme nombre de ses collègues : « la médecine du travail n'était pas quelque chose de très bien vu ». Cependant, son ami la pousse à rencontrer son père, directeur de la médecine du travail dans un grand groupe industriel, qui lui obtient en 1981 un poste de vacataire puis un CDI. Trente ans plus tard, elle exerce toujours dans la même entreprise.

Ce type de parcours, où la spécialisation en médecine du travail ne signifie pas nécessairement l'exercice de cette spécialité, devient beaucoup plus rare après la réforme des études médicales de 1982. Celle-ci change la donne en reliant de manière indissoluble formation et affectation professionnelle : l'internat en médecine du travail ne mène en principe qu'à la médecine du travail. Dans la nouvelle configuration, il est demandé aux futurs praticiens de se prononcer sur l'intérêt de la médecine du travail dès la formation initiale.

Cependant, le tronc commun des études de médecine ne dispense quasiment aucun cours sur la médecine du travail, ce qui fournit peu d'éléments aux étudiants pour faire leur choix. Une enquête par questionnaire réalisée en 2005 auprès des 37 facultés de médecine françaises montre que la durée totale de l'enseignement de la médecine du travail pendant le deuxième cycle des études est de neuf heures en moyenne⁴⁰. L'assiduité des étudiants étant fluctuante, il est estimé que 30% des étudiants arrivent en fin de deuxième cycle sans avoir reçu d'enseignement en médecine du travail. Par ailleurs dans le programme officiel des études médicales de deuxième cycle, qui comprend 345 objectifs, l'enseignement de la médecine du travail ne représente que deux objectifs. Les auteurs de l'enquête signalent que ces objectifs sont généralement enseignés pendant une période des études majoritairement axée sur la thérapeutique, pendant laquelle les étudiants manifestent moins d'intérêt

⁴⁰ Jean-François GEHANNO, Dominique CHOUDAT et Jean-François CAILLARD, « Enseignement de la médecine du travail en deuxième cycle des études médicales en France », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2005, vol. 66, n° 4, pp. 313–317.

pour les questions de prévention. Ceci serait un facteur renforçant l'absentéisme des étudiants et donc l'ignorance de la médecine du travail⁴¹.

Cette situation connaît une légère évolution depuis l'année 2009-2010⁴². Les universitaires en médecine du travail ont réussi à faire intégrer un module de 4 à 5h sur la médecine du travail en première année, et expliquent être en négociations pour intégrer un module de 5 à 10h en deuxième année. Des stages d'initiation à la spécialité ont également été mis en place dès la deuxième année.

L'ignorance de la discipline n'empêche pas la permanence d'un préjugé défavorable envers la médecine du travail chez les étudiants. C'est ce qui ressort de la lecture des pages d'un forum internet alimenté par des étudiants en médecine en passe de choisir leur spécialité d'internat⁴³. Plusieurs contributions ont trait à la mauvaise réputation dont pâtit la médecine du travail, comme celle de *Bibendum94* déposée en juin 2008 :

« Bonjour les carabins ! je viens de passer l'ENC [Examen national classant] et le jour de faire un choix se rapproche à grands pas ! L'idée de faire de la MT me trotte depuis longtemps dans la tête (lassitude de la médecine clinique, qualité de vie etc...). [...] Petite question d'ordre philosophique : pourquoi toujours cette espèce de tabou et de dénigrement à l'encontre de cette spécialité ? On me regarde tellement bizarrement quand je dis que je veux faire MT, que je préfère parfois dire autre chose histoire de ne pas subir ce regard mêlant mépris et moquerie...»

La question suscite de nombreuses réactions d'étudiants mais également de jeunes praticiens de la médecine du travail. Tous confirment l'existence d'un lourd stigmatisme pesant sur la discipline avec lequel ils doivent ou ont dû composer et qui, indépendamment de la qualité du poste lui-même – sur laquelle ils sont partagés – constitue en soi une forme de pénibilité :

« Comme tu le soulignes cette spécialité n'est pas la plus prestigieuse. La faute à ces décennies de pratique d'une médecine du travail qui ne remplissait pas ses missions, par des médecins qui n'étaient souvent pas formés, ni motivés pour faire autre chose que des visites médicales systématiques... » [*Docbert*]

« Autant on essaie de te dissuader de faire MT en tant qu'externe autant il y a plus d'un médecin désespéré qui lors de tes stages cliniques viennent te dire à l'oreille "tu as bien raison et je pense que ton choix n'est pas mauvais". À l'oreille car par fierté ils ne peuvent le dire à haute voix. [...] Fonce, choisis MT à l'amphi de garnison et bienvenue chez "les parias". » [*iMt*]

⁴¹ *Ibid.*

⁴² Paul FRIMAT, « Les enjeux de formation en santé-travail. Quelle place en formation initiale ? », *op. cit.*

⁴³ Forum www.e-carabin.net. Un « carabin » est l'appellation familière d'un étudiant en médecine. Ce forum, tenu par l'Association nationale des étudiants en médecine de France, est régulièrement alimenté et consulté par la majorité des étudiants.

« J'ai également envie de faire de la médecine du travail. Il est vrai que les externes qui m'entendent le dire me regardent bizarrement. » [*biedronka*]

Un mois plus tard, un étudiant écrivant sous le pseudonyme de *feodora* explique comment son excellent classement à l'Examen national classant a remis en cause l'évidence de son goût pour la médecine du travail, notamment du fait de la pression de son entourage :

« bonjour, voici mon "problème" : je suis arrivé 313 à ce fichu ENC (soit dit en passant pas du tout représentatif du travail fourni...), et depuis je me pose plein de questions. En fait ça fait 2 ans que j'envisageais de faire médecine du travail, j'avais bien réfléchi aux avantages/inconvénients, je pensais avoir fait le tour de la question. À 313, à peu près tous les choix sont possibles ; mais bon, la seule spé qui pourrait retenir mon attention c'est endocrino, et encore, par rapport à MT c'est pas sûr... Et la pression parentale est là : "tu vas pas prendre MT, tu mérites mieux, tu mérites de faire de la vraie médecine...". Connaissez vous qqun qui a choisi MT en étant très bien classé ??? Que feriez vous à ma place ? »

D'autres internes déjà engagés en médecine du travail encouragent l'étudiant à suivre son inclination, tout en reconnaissant l'existence d'un préjugé contre leur spécialité :

« Si la médecine du travail était la spécialité qui avait ta préférence avant le concours, je ne vois pas pourquoi tu changerais d'avis maintenant. C'est peut être parce que des internes comme toi assument leur choix jusqu'au bout, que d'autres suivront. » [*Docbert*]

« Ma co-interne était bien classée et a choisi MT. C'est clair que les autres spé ont plein de préjugés sur la médecine du travail et c'est pas toujours facile de faire avec, même si avec le temps on finit par s'imposer ! Si tu choisis MT avec un classement de 313, tu leur la boucleras !! Bon trève de plaisanteries je pense surtout que cela est dû à la méconnaissance de la spécialité : pas de stage en médecine du travail pendant l'externat, peu d'enseignement sur la spécialité. » [*Géraldine*]

Le forum internet offre également un matériau riche pour saisir les modalités du calcul coût/bénéfice qu'effectuent les futurs internes pour déterminer leur spécialité d'élection. Pour mesurer l'attrait de la médecine du travail, les étudiants débattent principalement autour de trois variables : la rémunération, les horaires de travail et l'interdiction de prescrire⁴⁴. Si l'on en croit les jeunes contributeurs, les deux premières dimensions plaideraient en faveur de la médecine du travail, et la troisième contre elle. Ainsi un membre du forum connu sous le pseudonyme de

⁴⁴ Je rappelle qu'au sortir de la Seconde Guerre mondiale, le Conseil de l'Ordre des médecins a milité pour que les médecins du travail ne puissent prescrire dans une activité de soins, afin de ne pas faire de concurrence aux médecins généralistes libéraux. Cette disposition est aujourd'hui transcrite dans le Code de déontologie médicale (art. 99), lui-même intégré dans le Code de santé publique : « Sauf cas d'urgence ou prévu par la loi, un médecin qui assure un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a pas le droit d'y donner des soins curatifs. Il doit adresser la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par celle-ci ». Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

macrophagocyte détaille les « informations » qu'il a recueillies sur la médecine du travail (bien qu'il avoue qu'il a finalement fixé son choix sur la chirurgie) :

« la MT c'est pas de gardes, chez toi a 17h30, no stress, 10 cs [consultations] environ par jour (max imposé par la loi), un tiers temps sur les lieux, pas mal de mobilité sur la région, une vie de famille tip top, et un salaire allant de 4000 net à 5000 net selon ton ancienneté et la fameuse grille CISME (à la fin du mail) et puis les avantages de l'entreprise où tu exerces (Air France, BTP, sex shop...).

Après les inconvénients : tu passes d'une médecine curatrice à une médecine préventive, changement assez brutal selon certains, ou idéal pour d'autres, faire la concession de la réputation, certains patients s'étonneront que tu sois médecin (ah bon vous êtes médecin?...), la mauvaise reconnaissance des autres professionnels (injustifiée), et puis ton salaire bridé après 15 ans de carrière selon cette grille CISME.

Tu peux prescrire aux gens que tu connais en dehors de ton travail, et concernant celui-ci tu prescris surtout des exams complémentaires genre plombémie...

La plus grosse concession en fait c'est passer à une médecine préventive.»

De nombreuses contributions concernent l'interdiction de prescrire :

« Pourquoi un MT n'a-t-il pas de droit de prescription (de "délivrance de soins curatifs" je cite pour être plus exact) en dehors du sauvetage-secourisme du travail ? » [*Jean*]

« Une fois un prof de médecine du travail nous a effectivement dit qu'on n'avait pas le droit de prescrire sauf pour soi ou sa famille, ce qui m'avait beaucoup choqué. Et apparemment, c'est pour ne pas empiéter sur le travail du médecin généraliste : ben oui si à chaque fois qu'une personne a un rhume, ou mal au ventre ou quoi que ce soit, elle se dit "bon bah j'verrais ça avec mon MT au boulot" y'a plus de patient pour les MG (d'après mon prof..) !! C'est pourquoi comme dit plus haut, les MT ont vraiment (et uniquement) un rôle préventif et non curatif... Voilà. Bon choix quand même ! » [*jabib1986*]

« Je connais très peu la filière de la MdW, mais j'ai entendu dire que l'on ne gardait pas le droit de prescription. Est-ce vrai ? Car si oui, je trouve que c'est assez contraignant... » [*ceciliaB*]

Le sujet du rapport horaires/rémunération reste cependant le plus discuté :

« Attention, la grille CISME mentionnée plus haut n'est qu'une base légale. Concrètement la plupart des médecins du travail gagnent plus aujourd'hui. J'ai récemment posé la question à une jeune confrère qui a été recrutée dans un grand service interentreprises de la région parisienne : 4000 euros net/mois sachant qu'elle a ses vendredis AM off et qu'elle fait 1 vacation (demi-journée) par semaine à l'hosto. Que demande le peuple ? Par contre, elle m'a expliqué que les salaires n'évoluaient pas beaucoup en milieu de carrière (ce sont les "vieux" qui s'en plaignent). » [*hippoc*]

« Surtout le médecin du travail des grandes entreprises voit son salaire obligatoirement aligné sur le plus haut salaire de l'entreprise à condition qu'il soit employé par l'entreprise !! imaginez donc celui qui entre chez Air France ou autre !!!! c'est ce que j'ai entendu dire. » [kubimat54]

« Quant à la question du salaire, d'une part qu'est-ce que ça veut dire d'être aligné sur le haut salaire de l'entreprise ?? En tout cas chez Air France comme ailleurs il y a une grille de salaires pour les médecins du travail. Et chez AF précisément, ils ne sont pas vraiment mieux payés qu'ailleurs. Après, il faut voir les avantages de l'entreprise (CE). » [hippoc]

« Ma question est simple, face à la pénurie criante de médecins du travail, combien peut-on espérer gagner à ce poste, comme salarié aux 35h ?(fourchette haute et basse) » [le_mulet]

« En résumé, je dirais que le revenu des médecins du travail est correct, surtout après 10 ans d'expérience (plus de 4200 euros net/an) compte tenu des contraintes un peu moindres par rapport à nos confrères PH (gardes, astreintes, lourdeurs de l'hôpital...). On peut également y travailler très facilement à temps partiel. On conserve une vie de famille tout à fait appréciable. [...] Pour finir, la pénurie des médecins de travail peut permettre de négocier parfois son salaire, au cas par cas. Elle ne va pas cependant à mon avis faire flamber les revenus de l'ensemble des médecins concernés. » [Isel]

« 3400 euros net à l'embauche ???? argh, ça rapporte médecine du travail !!! surtout que pas de frais de cabinet ou de matos !! » [ded_doc]

« J'hésite à prendre méd gen ou méd du travail ! Je me suis bien renseigné mais j'ai juste une petite question qui reste en suspens : que peut on espérer comme rémunération en faisant médecine du travail ? Même si je pense que cela doit dépendre de l'entreprise, j'aimerais tout de même avoir une fourchette pour savoir si cela vaut le coup ! » [Starfly250]

[suite à une réponse qui porte uniquement sur les horaires et la rémunération] « Si on prend tous les paramètres en considération, médecine du travail c'est pas si mal finalement ! Bizarre que cela parte aussi peu (les gens veulent sans doute faire de la clinique et prescrire dans leur pratique quotidienne !)... » [Starfly250]

Au final la majorité des contributeurs du forum internet semble estimer que la médecine du travail est globalement attrayante du fait de ses conditions matérielles ; la question de l'intérêt du métier est généralement reléguée au second plan.

Face à l'image peu glorieuse de la spécialité, plusieurs universitaires en médecine du travail tiennent depuis une dizaine d'années un discours selon lequel il vaut mieux ne pas mettre en avant les aspects négatifs de la profession (sur-effectifs de salariés, incertitudes liées aux réformes successives) afin de ne pas repousser les éventuels candidats. C'est par exemple un argument récurrent de Françoise Conso, professeure de médecine du travail à Cochin jusqu'à la fin des années 2000, qui l'utilise lors d'une intervention aux journées du CISME en octobre 2007 : « on est en train

de combler ce déficit d'image qui nous fait tant de mal »⁴⁵. L'universitaire s'interroge sur ce « paradoxe » qui fait que « quand on demande aux médecins du travail si leur travail les intéresse, ils répondent généralement très positivement. Mais à un étudiant, ils diront : si j'étais vous, je ne ferais pas ça », ce qu'elle qualifie de « discours extrêmement nocif ». Toujours en 2007, la revue des *Archives des maladies professionnelles*, alors dirigée par Françoise Conso, publie un court article écrit par une jeune interne en médecine du travail qui est une forme de publicité, pour la profession, par la profession. « Avant même de passer l'examen national classant, j'avais déjà choisi comme spécialité la médecine du travail », explique l'étudiante, qui reconnaît cependant qu'elle a des « craintes relatives à l'évolution » de la profession⁴⁶.

Son cas est pourtant exceptionnel. L'étude des affectations des étudiants confirme que la médecine du travail est une discipline qui fait l'objet d'une très grande et constante désaffection au concours de l'internat (1988 à 2003) puis à l'Examen national classant (2004 à aujourd'hui)⁴⁷. Dès l'introduction du DES de médecine du travail, les acteurs du secteur se sont plaints du fait que tous les postes offerts n'étaient pas pourvus, certains étudiants préférant tenter le concours à nouveau ou s'orienter vers la médecine générale. À partir de 2004, le passage de l'ensemble des spécialités médicales en « tout internat » (y compris la médecine générale, désormais considérée comme une spécialité) a permis d'objectiver facilement la valeur particulièrement basse de la médecine du travail sur le marché des spécialités médicales.

Le service statistique du Ministère de la santé a effectué une exploitation des résultats de l'Examen national classant (ENC) 2004 qui permet de distinguer les préférences des étudiants à chacune des étapes du choix⁴⁸. Les postes d'internes sont définis selon deux variables (spécialité, région) et sont distribués selon le rang de classement : les premiers peuvent choisir ce qu'ils souhaitent, les derniers doivent se contenter de ce qui reste. En 2004, 3986 étudiants se présentent à l'examen puis le ministère définit un nombre de postes équivalent⁴⁹. La médecine du travail, qui

⁴⁵ Notes personnelles sur l'intervention de Françoise Conso aux 44^{es} Journées santé-travail du CISME, Paris, octobre 2007.

⁴⁶ Nelly AGUER-BARASCUD, « Médecine du travail. Point de vue d'une interne en fin de spécialité », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2007, vol. 68, pp. 3-4.

⁴⁷ La réforme de 2004 transforme le concours de l'internat en examen national classant (ENC ou ECN) en intégrant la médecine générale parmi les spécialités ; désormais, tout médecin doit passer cet examen et est interne pendant sa formation de troisième cycle.

⁴⁸ Anne BILLAUT, « Caractéristiques et résultats des Épreuves classantes nationales de médecine 2004 », *série Etudes n°52 - DREES*, 2005.

⁴⁹ Le Ministère de la santé attend toujours la clôture des inscriptions pour définir le nombre de postes d'internes. Le nombre de postes est généralement supérieur à celui de candidats, du fait d'un excès volontaire des postes en médecine générale afin de tenter de diriger les candidats vers cette filière.

constitue l'une des onze spécialités du concours, est gratifiée de 61 postes. Suite à la publication de leur classement à l'examen, les étudiants doivent d'abord indiquer leurs « pré-choix » sur un site internet géré par le Ministère de la santé. Les pré-choix constituent une liste de couples spécialité/région classés par ordre de préférence (souvent les étudiants incluent jusqu'à une vingtaine d'items sur leur liste). Un programme de simulation indique ensuite aux futurs internes une estimation de leurs chances réelles d'obtenir chacun des postes, en prenant en compte les pré-choix des étudiants mieux classés qu'eux.

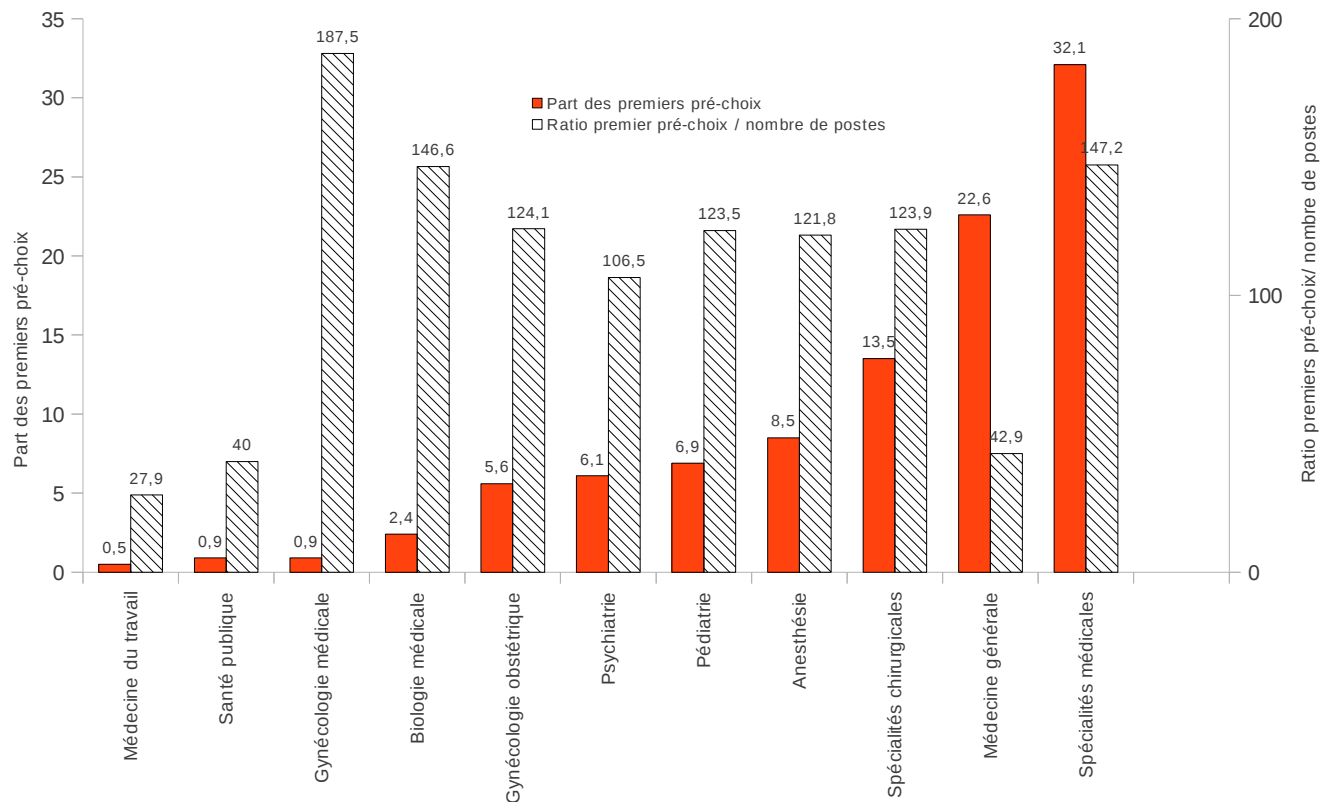


Figure 1-2. « Pré-choix » à l'Examen national classant 2004

Source : Anne BILLAUT, « Caractéristiques et résultats des Épreuves classantes nationales de médecine 2004 », *série Etudes n°52 - DREES*, 2005.

En 2004, seulement 0,5% des candidats (une vingtaine) ont indiqué un poste de médecine du travail en tête de leurs pré-choix. Ceci en fait la spécialité la moins demandée. Si l'on se réfère au ratio « nombre de premiers pré-choix / nombre de postes ouverts », la médecine du travail occupe là encore la dernière place avec un résultat de seulement 27,9. Avec la médecine de santé publique et la médecine générale, elle est l'une des trois spécialités dont le nombre de postes désirés au moment du pré-choix est inférieur au nombre de postes proposés⁵⁰.

L'attribution définitive des postes se fait dans un second temps, connu comme « l'amphi de garnison »⁵¹. Les étudiants de chaque tranche de classement sont invités à se réunir dans un amphithéâtre où ils choisissent en temps réel leur spécialité d'internat, en fonction de leur rang de classement et des postes restants. Ils sont libres de choisir des postes qu'ils n'auraient pas indiqués parmi leurs pré-choix. L'attribution des postes dure plusieurs jours et est extrêmement théâtrale, mettant en scène le choix d'un destin : chaque étudiant annonce au micro le poste qu'il choisit, certains doivent réajuster leur choix en catastrophe, l'attribution des derniers postes des spécialités les plus prisées déchaîne des cris, les choix estimés « nobles » déclenchent des applaudissements, des étudiants s'effondrent en larmes, des couples d'étudiants paniquent à l'idée d'être séparés géographiquement. Une minorité d'étudiants ne se rend pas à l'amphi de garnison (environ un quart en 2004) ; leur spécialité leur est alors attribuée au micro par l'animateur de l'amphithéâtre, en fonction de leurs pré-choix et des postes restants.

La médecine du travail se prête mal à cette mise en scène d'un choix public, sous-tendue par l'idéologie du mérite, qui contribue en partie à définir et légitimer les différences de statut social entre spécialités. En 2004 le premier étudiant à choisir médecine du travail est classé à un rang d'environ 950. La majorité des postes sont distribués après le rang 2700. Le rang du dernier interne affecté à la médecine du travail est de 3717 ; seulement onze postes ont été distribués à des rangs plus bas (tous en médecine générale). 5 des 61 postes de médecine du travail offerts n'ont pas été pourvus, une situation qu'on ne retrouve que dans trois autres spécialités : santé publique (5 postes non pourvus), psychiatrie (1 poste), médecine générale (609 postes). 260 candidats ont préféré

⁵⁰ La médecine générale doit cependant être traitée à part du fait du très grand nombre de postes ouverts : 1841, contre 40 en santé publique et 61 en médecine du travail.

⁵¹ Cf. sur ce sujet l'excellente étude de Anne-Chantal HARDY-DUBERNET et Yann FAURE, *Le choix d'une vie. Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005*, DREES, coll. « série Etudes n°66 », 2006.

retenter l'épreuve l'année suivante plutôt que de choisir ces spécialités (rappelons que le nombre de postes proposés est supérieur au nombre total de candidats)⁵².

En 2009, les autorités médicales doublent le nombre de postes de médecine du travail à l'internat médecine du travail. De l'ordre de 60 par an, le nombre de postes proposés passe à 105 et il est prévu qu'il se stabilise autour de 120 postes annuels dans les sessions à venir. Cependant, en 2010, la médecine du travail reste la spécialité ayant été choisie au rang de classement le plus bas (6944) juste devant la médecine générale (6960)⁵³.

⁵² Anne BILLAUT, « Caractéristiques et résultats des Épreuves classantes nationales de médecine 2004 », *op. cit.*

⁵³ Données Examen classant national.

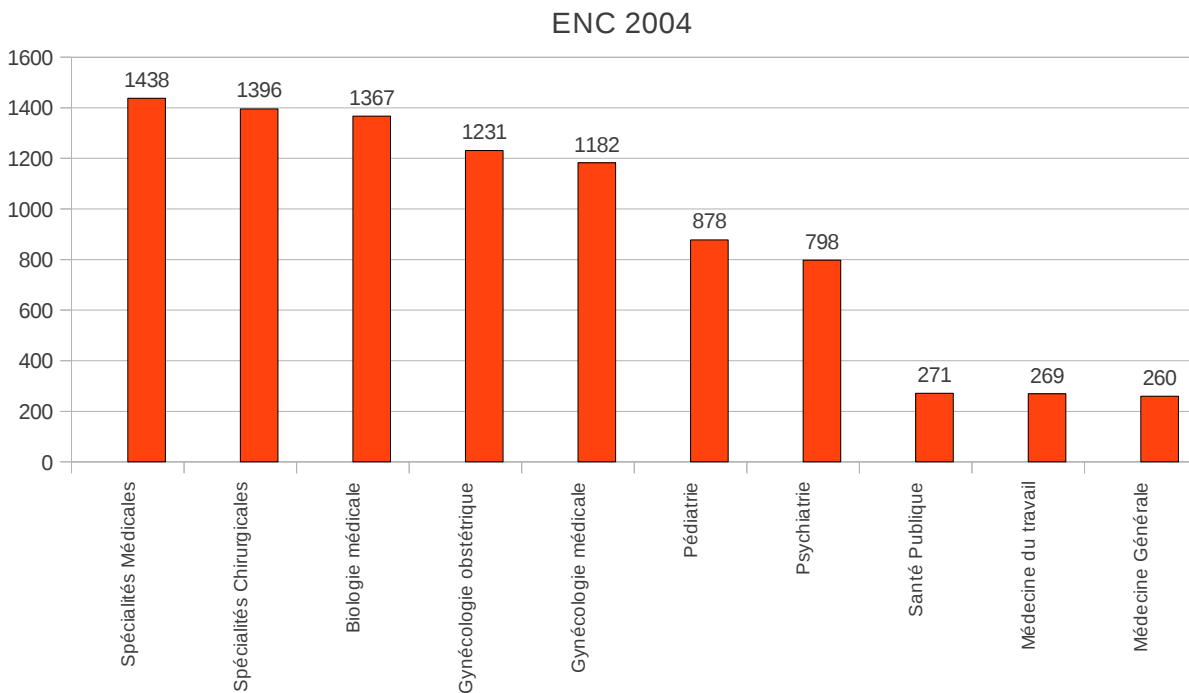


Figure 1-3. Postes d'internes restants après l'affectation du dernier poste de chaque spécialité

Source : *Ibid.*

Lecture : On rappellera que les internes choisissent leur poste en fonction de leur rang de classement. Les spécialités les plus prestigieuses sont rapidement saturées, et les derniers doivent se rabattre sur les postes restants. Le nombre de postes restants après l'affectation du dernier poste de chaque spécialité est ainsi un indicateur de la popularité de chaque spécialité. Il faut préciser que tous les postes ne sont généralement pas pourvus en médecine du travail, santé publique et surtout médecine générale. Ceci signifie que certains étudiants préfèrent redoubler l'année de concours que de choisir ces affectations.

Un portrait de médecin ayant commencé à exercer dans les années 2000 permet d'illustrer le statut peu prestigieux de la médecine du travail et le type de circonstances qui peuvent amener à « choisir » cette spécialité.

Marilyne S. est née dans les années 1970 d'un père médecin généraliste et d'une mère institutrice⁵⁴. Elle grandit dans une maison dont le salon fait également office de cabinet médical. Elle-même choisit d'entreprendre des études de médecine et y rencontre son futur mari. Ils passent le concours de l'internat la même année. Il est très bien classé et lors de l'amphithéâtre de garnison,

⁵⁴ J'ai effectué quatre entretiens avec Marilyne S., deux en juin 2008, un en octobre 2008, un en octobre 2009.

choisit un poste de chirurgie à Paris. Légèrement moins bien classée, Marilyne S. doit se résoudre à prendre un poste en médecine du travail, seul moyen de ne pas être géographiquement séparée de son mari, alors qu'elle aurait préféré se spécialiser en endocrinologie ou en pédiatrie (ce que lui permettait son classement hors région parisienne). Elle raconte avoir beaucoup pleuré : « je l'ai vécu super mal, pour moi c'était une déchéance »⁵⁵. Elle m'explique que les enseignants qui l'avaient connue dans ses premières années de médecine ont été stupéfaits de ce « choix », car ils la considéraient comme l'une de leurs meilleures étudiantes.

Cependant, l'internat en médecine du travail lui permet de conserver un exercice strictement hospitalier, ce qui lui plaît. Au terme de ses études, elle postule à un CDD d'hospitalo-universitaire dans un service de médecine interne orienté vers la toxicologie. Elle est fière d'avoir fréquenté de grands noms de l'étude de l'amiante et de la toxicologie, et sa thèse de doctorat est une recherche des origines professionnelles éventuelles de 850 dossiers de cancer du poumon. De la médecine du travail telle que décrite par les textes de loi, elle connaît peu de choses (quelques vacations en service interentreprises) lorsque, en 2004, enceinte de son troisième enfant, elle décide de répondre à une annonce pour un mi-temps. L'état du marché du travail est très favorable aux médecins du travail en recherche d'emploi et elle aurait pu demander un emploi à temps plein, mais Marilyne S. a une préférence pour le mi-temps, qui seul lui permet de concilier vie familiale et vie professionnelle :

« Un foyer, ça consiste à avoir quelqu'un dedans. Ce n'est pas un truc où il fait froid quand on arrive à 19h. Après, je trouve que c'est difficile par certains aspects d'être une femme à notre époque, parce qu'on est confrontées à cette espèce de grand écart, où on est élevées dans la même ambition scolaire et professionnelle que les garçons, et... [...] Mes copines qui sont chirurgiennes, avec qui j'ai fait médecine et qui aujourd'hui sont chirurgiennes, elles sont quelque part super frustrées. Elles n'ont jamais vu le prof de musique de leur gamin. Elles ne savent même pas à quoi il ressemble, c'est une nounou qui les emmène. La maîtresse, aussi bien, elles ne la voient jamais de l'année. [...] C'est moins vrai chez les hommes dont je trouve qu'ils ont moins de culpabilité quand ils n'assument pas les enfants.⁵⁶ »

Au final, ce panorama du choix de la médecine du travail en formation initiale montre la faiblesse des justifications en termes de vocation ou d'intérêt pour la spécialité, et à l'inverse la récurrence de raisons matérielles, dont au premier chef les horaires et la rémunération. On retrouve ces schémas narratifs dans les récits rétrospectifs des praticiens qui se sont reconvertis dans la médecine du travail.

⁵⁵ Entretien avec Marilyne S., juin 2008.

⁵⁶ Entretien avec Marilyne S., octobre 2008.

2. Les passerelles de reconversion et leurs effets

On a vu la diversité des passerelles, plus ou moins légales et tolérées, permettant d'exercer la médecine du travail sans y avoir été formé en cursus initial. Pour ceux qui empruntent ces voies, la profession apparaît comme un refuge contre l'incertitude économique de l'exercice libéral et contre l'amplitude horaire trop large d'autres postes médicaux. Trois portraits de médecins témoignent des usages de la reconversion vers la médecine du travail, à une époque où l'exercice salarié de la médecine attire de plus en plus de candidats⁵⁷.

Monique P. est née en 1950⁵⁸. Après un baccalauréat en mathématiques, elle obtient son diplôme d'infirmière (alors une formation de deux ans). Elle explique avoir hésité par la suite à poursuivre des études d'ingénieur. Finalement elle décide de poursuivre ses études, mais en médecine, et s'installe en médecine générale au début des années 1980. Ses dix années d'exercice libéral lui ont laissé le souvenir d'une période professionnelle difficile :

« Les gens qui étaient installés à l'époque dans les années 1970 étaient encore des notables, si je puis dire, enfin c'était des gens qui gagnaient de l'argent, qui avaient une bonne situation, etc. Et quand on est sortis, nous, avec nos diplômes 10 ans après, c'était complètement différent. [...] Quand je me suis installée en médecine générale, il y avait une plaque qui se vissait toutes les semaines, enfin c'était une galère sans nom. [...] Vous prenez les années 1982, on sortait 9500 médecins par an, et donc c'était vraiment dur de s'installer. Je veux dire, on a été une génération qui avons commencé notre carrière comme smicards ! On ne bouclait pas notre budget. »

Monique P. décide un jour de dévisser sa plaque :

« c'est un métier qui est très exigeant, et c'est vrai qu'on a quand même des compensations, et une des compensations c'est quand même le fric quelque part, je veux dire, si on est enquiné à longueur de journée, de nuit, de weekend, et qu'en plus de ça on n'a rien au bout, il y a un moment où on n'accepte plus. Donc, j'ai décroché ma plaque, je me suis dit, j'en ai ras-le-bol, je ne fais plus de médecine, je fais n'importe quoi d'autre. »

Elle devient alors devient attachée de laboratoire dans un lycée, renouant avec son intérêt initial pour les sciences exactes. Après quelques années, elle tente de passer le CAPES de physique-

⁵⁷ Les étudiants en médecine privilégient aujourd'hui l'exercice salarié. En 2010, seuls 9% des médecins nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre ont choisi un mode d'exercice libéral. Par ailleurs, de nombreux médecins libéraux tentent de se reconvertir dans l'exercice salarié. Selon Véga, Cabé et Blandin, « bon nombre d'observateurs font état d'une grande désillusion des médecins libéraux qui conduit ces médecins à s'interroger fortement sur l'identité même de leur métier ». Enfin, l'Ordre des médecins considère en particulier que « la médecine générale est en crise, en particulier le secteur libéral ». CNOM, « Réconcilier les jeunes médecins avec l'exercice libéral », *Médecins. Bulletin national de l'Ordre des médecins*, 2011, n° 16, p. 22 ; Anne VÉGA, Marie-Hélène CABÉ et Olivier BLANDIN, « Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies », *Dossiers solidarité et santé n°6 - DREES*, 2008, p. 1 ; CNOM, *Démographie médicale française : les spécialités en crise. Situation au 1er janvier 2005*, Paris, coll. « Etude n° 38-2 », 2005, p. 21.

⁵⁸ Entretien avec Monique P., janvier 2007.

chimie, sans succès. Toujours insatisfaite, elle réfléchit à nouveau à un exercice médical, ayant découvert que le milieu de la médecine du travail embauchait :

« c'était un secteur où il y avait des postes à pourvoir. Ça avait l'avantage d'être un secteur salarié donc on évacuait un petit peu tout ce qui était problèmes de la médecine générale, problèmes de garde, de revenu, etc. On rentrait dans un système qui était bien cadré. Qui n'était pas mal, qui n'est pas mal payé. Voilà. Mais l'intérêt pour le boulot, aucun! Aucun! »

Elle échoue de justesse au concours européen de médecine du travail, mais n'en reste pas là. Ayant découvert que la médecine du travail pouvait parfois être exercée sans diplôme, elle commence à négocier directement avec des services interentreprises. En 1994, on lui propose un poste à Orléans : « le médecin-inspecteur a fait un pas, la direction du service a fait un pas, et, dans un premier temps on m'a proposé un CDD de 9 mois ». Le contrat est finalement reconduit en CDI.

À la date de son recrutement, elle est le seul médecin du service à exercer sans le diplôme correspondant. Six ans plus tard, 15 médecins sur les 50 du service sont dans le même cas qu'elle. Elle saisit l'occasion d'une vague de « régularisation » lancée par les pouvoirs publics pour obtenir enfin son autorisation d'exercice : « en 1998, ils ont sorti un décret, avec un an de formation, un mémoire, et puis etc., et on validait ». Monique P. décide alors de trouver un emploi plus proche de son domicile :

« on n'était plus captif du service [...] Ça a été assez dégoûtant, si je puis dire, pour les services, parce que en fait ils ont payé notre formation, et puis dès qu'on a été formé, chacun a repris ses billes et on s'est dit, on va aller se faire engager ailleurs. Ce que j'ai fait ! [elle rit] Dès que j'ai eu la possibilité, je me suis dit, je vais rechercher un poste sur la région parisienne. Ce qui fait que je suis arrivée [dans le service actuel] en 2001. »

Au terme de treize ans d'exercice de la médecine du travail, elle reconnaît qu'elle n'est pas mécontente de son travail : « on arrive à se faire plaisir ».

Daniel B. est né au début des années 1960, dans une zone rurale d'Île-de-France⁵⁹. Son père est chimiste dans un laboratoire, sa mère n'a pas d'activité salariée. Il explique son entrée en médecine sur le mode de l'accident biographique, dû à un échec au concours d'entrée aux écoles vétérinaires : « Moi, si je suis médecin, c'est parce que depuis tout petit je voulais être véto. Donc mes parents ont tout fait pour que je sois véto, et puis au bout d'un moment, ça a bifurqué... ». Il envisage alors une formation médicale, moins sélective. « La médecine, ça ne me plaisait pas du tout », reconnaît-il.

⁵⁹ Entretien avec Daniel B., janvier 2007.

Il découvre cependant des manières excentriques d'exercer la médecine qui lui donnent progressivement un goût pour le métier. Le « déclic » est son service militaire, qui l'amène à exercer la médecine dans un camp de réfugiés surinamiens, en Guyane. Son retour en métropole est douloureux : « je n'aimais pas l'hôpital, j'avais horreur de l'hôpital ». Il décide alors de ne postuler qu'à des services « périphériques », qui lui plaisent du fait de l'absence de « grands patrons ».

À l'issue de ses études, il devient médecin généraliste remplaçant pendant une douzaine d'années. Le métier est extrêmement bien rémunéré, lui permettant de ne travailler que cent jours par an. « Je gagnais 90 000 balles par mois, et de toute façon je ne travaillais jamais à moins de 10-15 000 francs la semaine ». Daniel B. raconte qu'il lui a apporté peu de satisfaction, bien qu'il s'en soit accommodé pendant longtemps :

« je remplaçais des médecins, je voyais le boulot qu'ils faisaient, et puis je ne dis pas que c'était satisfaisant pour moi, parce que, jeune médecin en plus, tu dis : ce n'est pas possible! Quand vous arrivez chez des gens, vous rentrez, la bonne femme qui est debout parce qu'il passe tous les mois faire l'ordonnance, qui est debout, qui vous tend le bras, et, vous dites, "eh bien asseyez-vous" – "Non non ! Le docteur, il me prend la tension"... Donc le médecin, elle tendait le bras il prend la tension il s'assoit il fait l'ordonnance et il se casse. Et les gens ils ne voient que par ce médecin-là ! [...] À la fin, quand je remplaçais, j'en voyais huit à l'heure. Je ne sais pas si vous voyez ce que ça fait, huit à l'heure. »

En 1994, une loi interdit aux praticiens de pratiquer les remplacements sans avoir une thèse de doctorat en médecine. Ayant quitté l'hôpital depuis longtemps, Daniel B. est d'abord sans idée de sujet. Il choisit finalement de travailler sur la presse médicale clandestine pendant l'occupation allemande, un sujet qui selon lui « n'a rien de médical » : « ce n'est pas "le diabète chez l'insulino-dépendant de plus de 58 ans" ! », me dit-il fièrement.

En 2000, sa femme, médecin généraliste, se voit offrir une place de généraliste à Saint-Pierre-et-Miquelon, île française de 6000 habitants située au large du Canada. Malgré l'étroitesse du marché, Daniel B. s'informe sur d'autres postes éventuels en médecine et découvre une annonce de recrutement pour un médecin du travail. Bien que n'ayant pas le diplôme, il se porte candidat et est recruté. Le préfet rend un arrêté spécialement conçu pour son cas, qui autorise l'exercice sans diplôme de la médecine du travail sur le territoire de l'île. Le médecin reconnaît son ignorance totale sur le métier qu'il allait être amené à exercer : « je n'y connaissais rien, moi je pensais même que les médecins du travail étaient fonctionnaires ».

Deux ans et demi plus tard, Daniel B. et sa femme rentrent en France pour des raisons de santé. Il cherche un poste de médecin du travail mais l'absence de diplôme est pénalisante. En 2002, un service accepte finalement de l'embaucher à la condition qu'il suive une formation en parallèle, ce qu'il fera, d'abord à Louvain-la-Neuve, puis à l'hôpital Cochin à Paris.

Issue d'un milieu de classe moyenne, Chantal L. est née au milieu des années 1950⁶⁰. Lors de ses études de médecine elle forme le projet de devenir pédiatre. La nécessité de vivre de son travail l'amène cependant à s'installer en médecine générale et à abandonner son CES de pédiatrie : « j'ai décidé de m'installer, et le Conseil de l'ordre m'a dit "oh là, ma chère amie, il y a trop de médecins sur Paris, il faut aller voir en province" »⁶¹. Elle pose finalement sa plaque en Charente-Maritime, dans un milieu très rural. Elle raconte la difficulté à se faire accepter en tant que médecin femme et la pauvreté de ses patients, qui lui proposent fréquemment des paiements en nature :

« en médecine libérale c'était terrible, ça. Avoir ce "bon combien je vous dois docteur ?" [*elle rit*]. Ceci dit, j'étais quand même dans un environnement avec des gens un peu défavorisés, et même sans être défavorisés, pendant la période de la chasse, on vous amène plutôt un pâté, une terrine ou un faisan que de vous payer.⁶² »

Elle cherche ensuite un emploi salarié, entre autres pour éviter la pression du paiement à l'acte. Chantal L. est médecin dans diverses institutions relatives au maintien dans l'emploi des handicapés pendant vingt ans. C'est par un ami médecin du travail qu'elle a ensuite vent d'opportunités d'emploi dans son service interentreprises. Elle est recrutée en 2003 sans diplôme, à la condition qu'elle régularise sa situation en suivant la capacité de Cochin tout en exerçant.

III. Un constat de déficit qui varie en fonction de la définition de la médecine du travail

Les débats autour du déficit de médecins du travail qui s'enclenchent dans les années 1990 et continuent jusqu'à aujourd'hui sont l'occasion de constater le flou qui entoure encore la définition de la médecine du travail en France un demi-siècle après son institutionnalisation. Optimistes et pessimistes s'opposent sur les perspectives d'évolution démographique de la profession d'une part parce qu'ils ne délimitent pas le groupe des médecins du travail selon les mêmes critères, d'autre part parce qu'ils ne partagent la même conception de ce que les médecins « ont à faire », autrement dit de leur licence et leur mandat⁶³. Certaines institutions se montrent tour à tour optimistes et

⁶⁰ Entretien avec Chantal L., janvier 2007.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² *Ibid.*

⁶³ Everett Hughes distingue deux attributs d'un métier, la licence, « généralement conçue comme l'autorisation légale

pessimistes, à l'instar du regroupement des responsables patronaux de services interentreprises, tout simplement parce qu'elles hésitent entre plusieurs conceptions du métier des médecins du travail.

1. Qui est médecin du travail?

Les débats autour de la réalité du déficit tiennent d'abord à la multiplicité des critères qui peuvent être mobilisés pour délimiter le groupe des médecins du travail.

Certains écarts de définition existent pour l'ensemble des disciplines médicales⁶⁴. C'est ce que montre chaque année Daniel Sicart, statisticien de la DREES chargé d'établir une estimation du nombre de médecins en France⁶⁵. Il explique pouvoir recourir à plusieurs sources divergentes pour cet exercice : le tableau de l'Ordre des médecins⁶⁶, l'enquête Emploi, le répertoire administratif ADELI⁶⁷ et les données de l'Assurance-maladie. Or, certains médecins sont inscrits dans tel registre alors qu'ils n'exercent plus ; d'autres au contraire exercent sans être inscrits. Le découpage par disciplines pose également problème : il arrive fréquemment que des médecins exercent une autre spécialité que celle au titre de laquelle ils sont inscrits à l'Ordre, et nombreux également sont ceux qui cumulent une activité principale avec un temps partiel libéral ou salarié dans une autre spécialité.

d'exercer un type d'activité », et le mandat, « pour définir les comportements que devraient adopter les autres personnes à l'égard de tout ce qui touche à leur travail » : « la licence peut correspondre simplement au droit d'accomplir certaines tâches strictement techniques, comme l'installation d'équipements électriques supposée trop dangereuse pour le profane. Elle peut cependant aussi comprendre le droit de vivre un peu autrement que la plupart des gens. Le mandat peut se borner à insister sur la nécessité de laisser à ceux qui sont du métier une certaine marge de manœuvre dans leur travail. Il peut inclure, comme c'est le cas actuellement pour les médecins, le droit de contrôler et de définir les conditions de travail de nombreuses personnes – les infirmières, les techniciens et les autres catégories de personnel impliquées dans le fonctionnement de l'hôpital moderne. Il peut même aller, comme dans le cas du clergé des pays où le catholicisme est puissant, jusqu'à régir les pensées et les croyances de populations entières sur presque toutes les grandes questions de l'existence ». Everett HUGHES, *Le regard sociologique : essais choisis*, Paris, Editions de l'EHESS, 1996, p. 99.

⁶⁴ François-Xavier Schweyer souligne ce problème au sujet des médecins généralistes, dont les effectifs « varient d'une source statistique à l'autre ». François-Xavier SCHWEYER, « Démographie de la médecine générale », in Géraldine BLOY et François-Xavier SCHWEYER (éds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESS, 2010, p. 44.

⁶⁵ Pour la version la plus récente, cf. Daniel SICART, *Les médecins au 1er janvier 2011*, DREES, coll. « série Statistiques n° 157 », 2011.. Cette étude estime que le nombre de médecins du travail en activité serait d'environ 5000.

⁶⁶ L'inscription au tableau de l'Ordre est obligatoire pour tout médecin exerçant sur le territoire français sous peine de poursuites pour exercice illégal de la médecine.

⁶⁷ ADELI signifie Automatisation des listes. Selon sa présentation officielle, « c'est un système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue. Il contient des informations (état civil – situation professionnelle – activités exercées). Un numéro ADELI est attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux et leur sert de numéro de référence » (cf. www.sante.gouv.fr). Depuis un arrêté de 1998, les professionnels de santé ont l'obligation de faire enregistrer leur diplôme au sein du répertoire ADELI (à l'exception de ceux exerçant dans l'armée).

À ces difficultés la médecine du travail ajoute son lot spécifique de problèmes de délimitation. Jusque dans les années 1980, de nombreux médecins ont préparé le CES de médecine du travail mais n'ont pas utilisé cette compétence supplémentaire. À l'inverse, les services de médecine du travail se sont souvent accommodés de praticiens n'ayant pas la spécialisation requise par la loi, notamment dans les moments de recrutement difficile.

C'est pourquoi les pouvoirs publics ont souvent préféré s'appuyer sur les données spécifiques à la médecine du travail produites par l'Inspection médicale du travail, bien que leur recueil ne soit pas effectué par un véritable service statistique mais par les médecins-inspecteurs régionaux. Ces données présentent l'intérêt de porter sur les praticiens qui pratiquent effectivement la médecine du travail, c'est-à-dire qui sont salariés de services interentreprises ou autonomes et soumis en tant que tels aux obligations spécifiques définies par la loi. Elles comportent cependant leur lot d'imprécisions.

Comment prendre en compte la variabilité des temps de travail ? Le simple chiffre des contrats de travail signés entre des services de médecine du travail et des médecins ne dit pas si ces derniers consacrent l'intégralité de leur temps de travail à cette activité, alors que la part des médecins à temps partiel a toujours été importante (cf. figure 4). Pourtant les études de l'IMT ont longtemps mis en avant le seul nombre de contrats signés comme indicateur des effectifs de la profession. Il faut attendre les années 1990 pour que se généralise la pratique de raisonner en termes d'équivalent temps plein (ETP). Or l'évolution du nombre de médecins du travail est très différente selon que l'on prend en compte les contrats de travail ou les ETP (cf. figure 5).

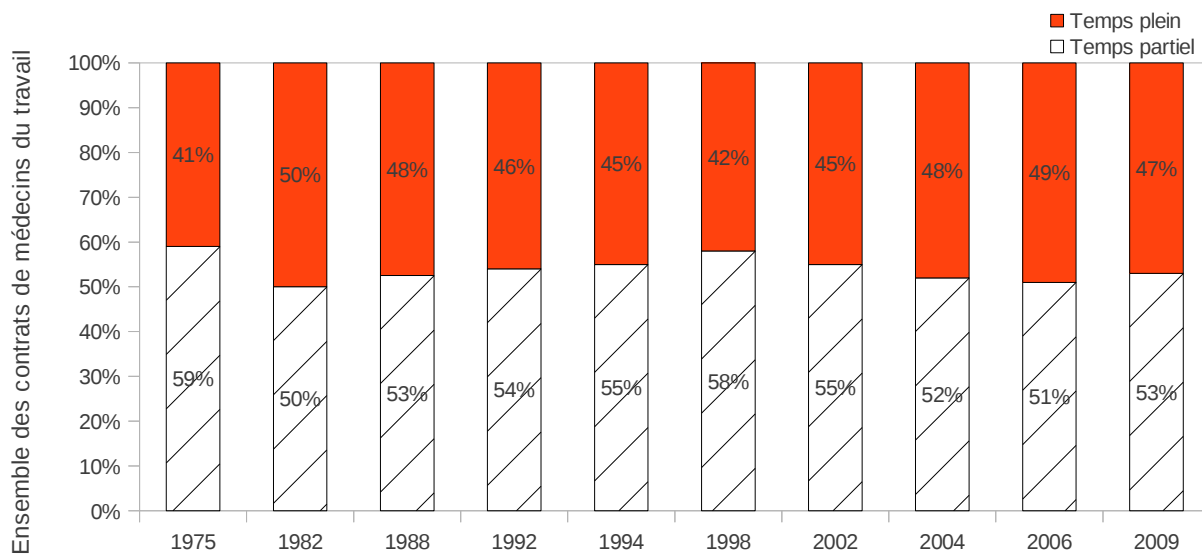


Figure 1-4. Nature du contrat.
Source : Inspection médicale du travail.

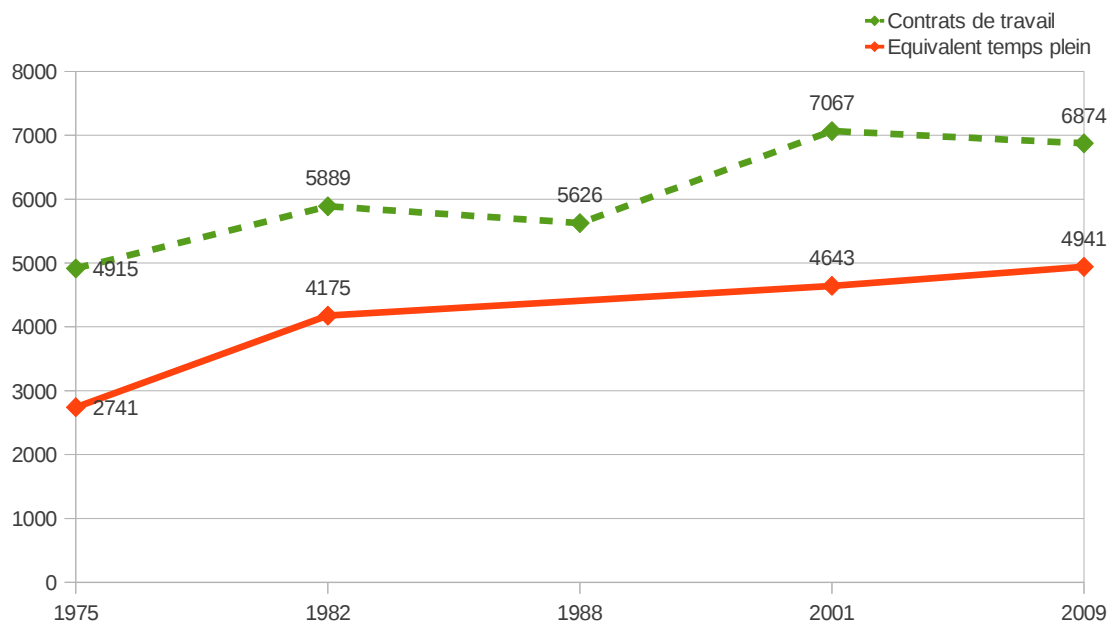


Figure 1-5. Nombre de médecins du travail.
Source : Inspection médicale du travail.

Autre limite des chiffres de l'IMT, les médecins du travail exerçant dans des hôpitaux ou d'anciens établissements publics d'intérêt commercial (EDF, SNCF...) sont généralement absents de l'analyse⁶⁸. Ce n'est pourtant pas un groupe négligeable, le nombre de médecins du travail chez EDF et GDF avoisinant par exemple les 200 dans les années récentes. Le nombre de praticiens dans cette catégorie est par ailleurs directement lié au le nombre de médecins du travail comptabilisés par l'IMT. On estime ainsi qu'entre 2004 et 2008, 30% des médecins du travail exerçant à l'Assistance publique–Hôpitaux de Paris auraient quitté ce milieu pour exercer dans le secteur privé, dont les conditions de rémunération sont devenues d'autant plus avantageuses que les candidats se sont fait plus rares⁶⁹.

2. Que fait un médecin du travail ?

L'estimation du déficit de médecins du travail suppose de pouvoir déterminer un effectif idéal de praticiens. Dans cette situation théorique, le nombre de médecins disponibles serait en parfaite adéquation avec les objectifs fixés à l'institution médecine du travail. Ce raisonnement est évidemment problématique si l'on suppose que la médecine du travail est depuis sa création dans une situation de pénurie institutionnalisée, c'est-à-dire que les moyens qui lui sont alloués ne permettent pas et n'ont jamais permis d'atteindre les objectifs officiels.

On retrouve l'argument de la pénurie institutionnalisée sous la plume du directeur de l'Inspection médicale du travail en 1983. De manière frappante, l'autorité publique la plus haute à être exclusivement en charge de la médecine du travail reconnaît que l'objectif initial de l'institution n'a jamais été atteint :

« La loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail, en fixant comme objectif la prise en charge des salariés, indépendamment des risques nécessairement différents d'une branche professionnelle à une autre et des effectifs des entreprises ou établissements, déterminait un objectif lointain et difficile à atteindre. L'un des obstacles rencontrés à cette époque, et qui a persisté longtemps, a été l'insuffisance du nombre de médecins disponibles et, tout autant, le manque de médecins préparés à leur mission spécifique en milieu de travail. Ce n'est donc que très progressivement que les services médicaux du travail ont pu trouver des médecins pour prendre en charge les effectifs de salariés existants, effectifs qui d'ailleurs, en raison de la situation démographique française en expansion à partir des années 1960 et des mouvements de main-d'œuvre du secteur primaire vers les secteurs secondaires et tertiaires, ne cessaient d'augmenter. Cette distance entre un objectif général et le moyen de le réaliser explique sans doute, pour une part importante souvent sous-estimée,

⁶⁸ Ceci est vrai *a fortiori* des médecins de prévention employés dans plusieurs secteurs de la fonction publique avec un statut différent de celui des médecins du travail, qui ne sont pas comptabilisés par l'IMT.

⁶⁹ Dominique CHOUDAT, « Démographie des médecins du travail », *op. cit.*

les critiques dont l'institution de la médecine du travail a été l'objet. [...] Sans que l'on puisse considérer maintenant que l'objectif initial a été atteint, les statistiques annuelles du Ministère du travail portant sur les services médicaux du travail, et en particulier sur les médecins du travail, montrent que des progrès incontestables ont été faits.⁷⁰ »

Ce diagnostic sévère n'empêche pas les agents régionaux de l'IMT de procéder régulièrement à des estimations du « temps médical » nécessaire dans les services. Le cas échéant, les médecins-inspecteurs régionaux subordonnent même la délivrance de l'agrément officiel de fonctionnement à l'embauche d'un certain nombre de praticiens supplémentaires – une menace toute relative puisque l'agrément n'est jamais enlevé. Le calcul du « temps médical » nécessaire prend en compte à la fois l'effectif moyen de salariés surveillé annuellement par chaque médecin et la répartition de ces salariés entre ceux qui bénéficient d'une surveillance médicale simple et ceux qui doivent être suivis plus régulièrement (postes à haut risque).

Dans les années 1980, la rareté des mises en garde adressées aux services suggère que l'effectif moyen de salariés par médecin, pourtant voisin de 3000, était considéré comme étant d'un niveau satisfaisant. Or, on a vu qu'au tournant des années 1990, les gestionnaires patronaux des services suggèrent pour la première fois l'idée d'un déficit de médecins du travail, évoquant des difficultés de recrutement dans certaines régions. L'organisation des responsables de service de médecine du travail (CISME) chiffre même le déficit à environ 300 médecins à temps plein au 1er janvier 1991⁷¹. Le président du CNPF sonne l'alarme par une lettre au Premier ministre en date du 6 février 1991⁷².

Par une circulaire du 21 octobre 1991, l'Inspection médicale du travail décide alors de procéder à sa propre estimation nationale du déficit, en agrégeant les données régionales sur l'écart entre effectif théorique et effectif réel des médecins. Les archives attestent de la difficulté à s'accorder sur une méthode de calcul. Les rapports des médecins-inspecteurs régionaux, compilés dans un document⁷³, sont assortis de nombreuses mises en garde. L'un d'eux affirme que « dans certaines régions, les médecins du travail eux-mêmes font état de leur non-connaissance des effectifs qui leur sont attribués en début d'année ainsi que de la répartition de ces effectifs » entre surveillance médicale simple et renforcée. Il est d'autant plus difficile de quantifier la charge de travail des médecins que l'« on constate alors des différences importantes entre le nombre de salariés attribués

⁷⁰ Armand ROTHAN et C. CHAMBET, « Les médecins du travail. Nouvelle étude démographique », *op. cit.*, p. 207.

⁷¹ Marianne Saux, « Note relative à la démographie médicale en médecine du travail », présentée lors de la réunion du Conseil supérieur de prévention des risques professionnels du 10 juillet 1992 (archives IMT).

⁷² *Ibid.*

⁷³ Inspection médicale du travail, « Enquête sur le déficit de temps médical en médecine du travail », novembre 1991 (archives IMT).

et l'effectif réellement vu »⁷⁴. La synthèse des commentaires des médecins-inspecteurs rend également visible certains écarts régionaux statistiquement aberrants, notamment sur la part de salariés en surveillance médicale renforcée, trahissant la diversité des modes de calcul. L'IMT chiffre finalement le déficit à 450 médecins temps plein en juillet 1992.

L'augmentation du nombre de salariés surveillés par médecin est mobilisée de manière récurrente comme un argument pour attester de la pénurie. Pour l'année 1975, l'IMT estime que chaque médecin ETP surveille en moyenne 3730 salariés⁷⁵. Dans les mêmes années, le secrétaire général du SNPMT Charles-Pierre Hitier plaide pour un effectif maximum limité à 2000 salariés⁷⁶. L'histoire lui donne en partie raison, puisque suite au renouvellement démographique et au décret de 1979 revoyant les plafonds de salariés surveillés à la baisse, l'effectif moyen chute à 2817 en 1982. Il connaît ensuite une lente remontée, sans toutefois atteindre encore le niveau de 1975 (cf. figure 6).

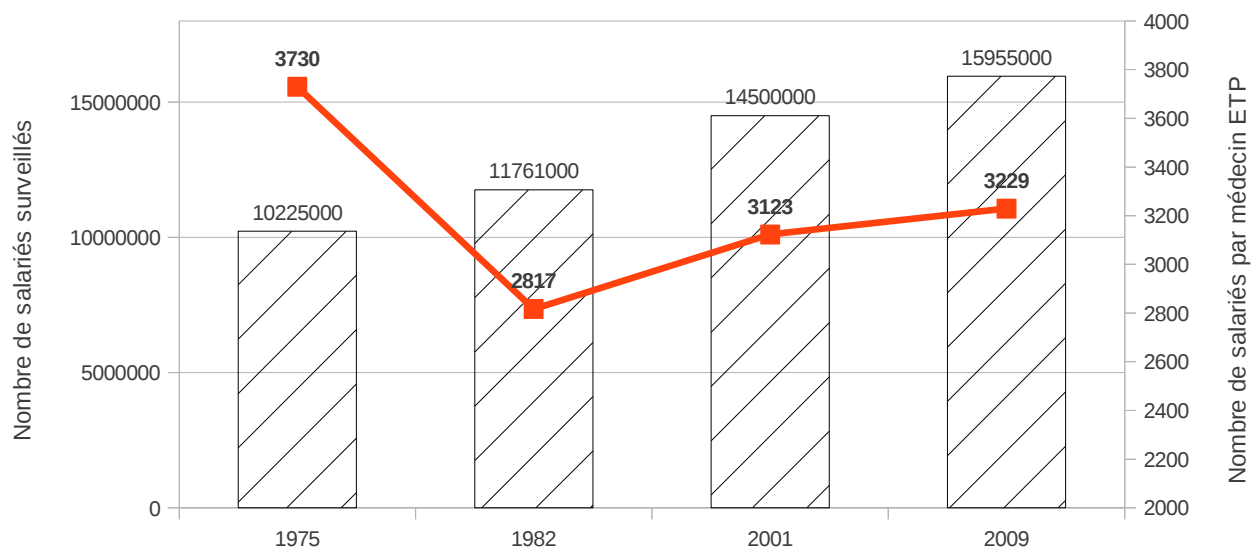


Figure 1-6. Rapport entre nombre de médecins et de salariés surveillés.

Source : Inspection médicale du travail et INSEE.

Au final, il est certain que les problèmes administratifs susceptibles d'être rencontrés par les services « déficitaires » ont pesé bien plus lourd dans le déclenchement de la mobilisation contre le

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ Armand ROTHAN et C. CHAMBET, « Les médecins du travail. Étude démographique », *op. cit.*, p. 720.

⁷⁶ « Un faible effectif de salariés à surveiller a nécessairement une incidence sur la cotisation au "service médical". Mais dégager des moyens financiers pour assurer des prestations médicales n'est pas un problème particulier à la médecine du travail. C'est là un problème d'économie de la santé qu'il ne nous appartient pas de résoudre. [...] Un chiffre voisin de 2000 salariés est nécessaire pour remplir correctement les obligations mises à notre charge et qu'aucune de ces obligations ne nous semblent inutiles ». Charles-Pierre HITIER, « Pour un effectif de 2000 salariés », *Médecine et Travail*, 1974, n° 80, p. 4-5.

déficit que le constat d'une détérioration des conditions de travail des salariés, argument qui n'est presque jamais mis en avant. La conception du problème est d'abord administrative, comme en témoigne l'expression récurrente de « déficit en temps médical ». Dans ces débats, la priorité est donnée à une conception de la médecine du travail comme ensemble de formalités dont doivent s'acquitter employeurs, salariés et responsables de services. De nombreux rapports officiels reprendront dans les années qui suivent l'idée – popularisée par les responsables patronaux – de la « formalité impossible » dont la médecine du travail serait synonyme⁷⁷.

Encadré 1-2. Des chiffres faux ? La fiabilité limitée des données de l'IMT

Lors de mon entretien avec la directrice de l'Inspection médicale du travail en 2010, celle-ci m'a donné un tableau détaillant les effectifs de médecins du travail par région en 2007 et 2008. À en croire le tableau, le nombre de médecins du travail en Île-de-France aurait chuté de 1650 à 1222 (nombre de contrats de travail) en l'espace d'un an ; dans d'autres régions, le nombre de médecins serait nul. Monique Larche-Mochel a reconnu que ces chiffres étaient faux, en expliquant leurs variations aberrantes par la démission de plusieurs médecins-inspecteurs régionaux, qui n'avaient donc pas pu recueillir les données sur le terrain⁷⁸.

Il est intéressant de comparer ces chiffres bruts avec ceux qui sont présentés dans les bilans officiels de la profession. Dans le tableau de synthèse qui m'a été donné en mars 2010, le nombre de médecins du travail (contrats de travail) est de 7100 en 2007, 6294 en 2008. Deux mois plus tard, dans le tableau présenté à la presse par le Ministère du travail lors d'une réunion du Comité d'orientation des conditions de travail, le nombre de médecins du travail (contrats de travail) est de 6993 en 2007 et... 6993 en 2008⁷⁹. C'est encore l'Inspection médicale du travail qui est citée comme unique source de ces chiffres. Tout suggère qu'ils ont été « lissés » malgré les sérieux problèmes de collecte, puisqu'il semble peu plausible qu'une nouvelle synthèse ait été effectuée en deux mois.

⁷⁷ Au tournant des années 2010, on trouve de nombreux exemples de discours employant la notion de « formalité impossible ». Ainsi, le délégué général de l'UIMM Jean-François Pilliard affirme en 2010 dans une *Fiche commission protection sociale du MEDEF* qu'un projet de loi sur la médecine du travail vise à « mettre fin à la formalité impossible (qui consiste à ne plus pouvoir respecter les délais réglementaires des visites) qui incombe aux entreprises pour le suivi médical de leurs salariés ». Le 3 mars 2011, les administrateurs patronaux d'un service de santé au travail de la région nantaise font un communiqué où ils expliquent leur décision de démissionner en bloc : « Pour protester contre la formalité impossible, l'indifférence des pouvoirs publics et le corporatisme des médecins, les dix administrateurs élus par les employeurs adhérents du Service de Santé au Travail de la Région Nantaise ont annoncé leur démission des sièges qu'ils occupent au Conseil d'administration ». Enfin, on peut citer la centriste Anne-Marie Payet, rapporteure en janvier 2011 de la proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail à la Commission des affaires sociales du Sénat : « compte tenu de la pénurie de médecins du travail, les services de santé au travail et les employeurs sont confrontés à la "formalité impossible", c'est-à-dire qu'ils ne sont pas en mesure de respecter les obligations qui leur sont imposées » (débat du Sénat, 19 janvier 2011).

⁷⁸ Une quinzaine de MIRT auraient démissionné entre 2007 et 2011, soit environ un tiers du corps professionnel.

⁷⁹ « Séance du 11 mai 2010 du Comité d'orientation des conditions de travail », *Dossier de presse - Ministère du travail*, 2010.

3. « Alimenter le système en ressources médicales sans l'engorger » : l'ambiguïté patronale

Premiers à alerter les pouvoirs publics sur le spectre de la « formalité impossible », les gestionnaires patronaux de la médecine du travail ont adopté une position ambiguë sur la question des effectifs de médecins dans la période étudiée. L'étude de l'association qui regroupe les responsables de services interentreprises (CISME) montre que, s'ils ont affiché leur engagement dans la lutte contre le déficit en temps médical, ils ont également œuvré en parallèle pour modifier l'architecture des services de prévention vers une forme qui nécessiterait moins de médecins du travail⁸⁰. L'évolution de la politique patronale illustre le lien intrinsèque qui existe entre les conceptions du métier des médecins du travail et les constats selon lesquels ils seraient en nombre insuffisant, suffisant ou excédentaire.

Le CISME est une organisation fondée en 1942 qui regroupe l'ensemble des responsables de services interentreprises⁸¹. Très lié au CNPF, ce n'est qu'à partir des années 1970 qu'il commence à développer une vision propre de ce que devrait être la médecine du travail. Celle-ci se donne à voir dans la négociation d'une convention collective des services interentreprises, qui aboutit en 1976⁸², mais surtout dans le rapport sur « l'avenir de la médecine du travail » publié en 1986⁸³. Le rapport insiste sur la nécessité de changer le nom des services de médecine du travail au nom d'une nouvelle approche « pluridisciplinaire », en introduisant de nouveaux intervenants techniciens, ergonomes, toxicologues, infirmiers...). Cette organisation des services réduirait l'importance relative des personnels médicaux :

« proposer un service : plus global (la santé) ; à la carte ; plus flexible ; comprenant plus d'options ; mais composé de : moins de médecins ; plus d'infirmières ; plus d'ergonomes ; plus de service social.⁸⁴»

Cette prise de position interne n'empêche pas le CISME de dénoncer quatre ans plus tard le déficit de temps médical dans les services, qu'il estime d'abord à 500 médecins temps plein dans une

⁸⁰ Cette section reprend certains éléments exposés dans Pascal MARICHALAR, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Politix*, 2010, vol. 23, n° 91, pp. 27-52.

⁸¹ J'utilise l'acronyme CISME sans le développer. Il a pris plusieurs significations au cours de la période étudiée, les deux dernières étant Centre interservices de médecine du travail en entreprises, et actuellement Centre interservices de santé et médecine du travail en entreprise. Cette modification du nom de l'association est un reflet de la politique qu'elle entend mener, comme on le verra au chapitre 2.

⁸² Convention collective nationale du personnel des services interentreprises de médecine du travail du 20 juillet 1976.

⁸³ CISME, « Avenir de la médecine du travail », Rapport du groupe de réflexion sur l'avenir de la médecine du travail, avril 1987 (archives SNPST).

⁸⁴ M. Blondet et Noël Pardon, « Annexe 1 : perspectives en médecine du travail », in CISME, « Avenir de la médecine du travail », Rapport du groupe de réflexion sur l'avenir de la médecine du travail, avril 1987 (archives SNPST).

conversation informelle avec les responsables de l'IMT⁸⁵, avant de se ranger publiquement à une estimation de 323 médecins en 1992⁸⁶. Le désarroi de responsables de service voyant leur part de marché potentiellement restreinte par le manque de médecins est sans doute bien réel, et n'est pas incompatible avec une volonté de transformation des services à long terme. L'ambiguïté de la position du CISME s'explique aussi certainement par des dissensions internes (l'équipe de direction a toujours été issue d'un très gros service parisien, l'ACMS, qui n'est pas représentatif de l'ensemble des structures).

En 1991, ce double jeu s'illustre par le fait que le CISME se plaint officiellement de la pénurie médicale auprès de l'IMT pendant que certains de ses membres, présidents et directeurs de services, refusent de recruter des médecins alors qu'ils sont en situation de déficit : « en région Bretagne et Lorraine est aussi souligné le fait apparemment paradoxal de voir des candidats à la recherche d'un emploi se présenter dans les services déficitaires sans que pour cela il soit procédé à des embauches », écrit l'IMT⁸⁷.

En juillet 1992, une note de l'IMT propose diverses solutions pour réduire le déficit de médecins du travail, dont une « "capacité" permettant l'accès de généralistes ayant une expérience suffisante à une formation spécialisée, sans concours d'admission, à l'issue de laquelle un diplôme national serait délivré »⁸⁸. Présentée au conseil supérieur de prévention des risques professionnels, cette idée fait son chemin puisque le Ministère du travail annonce à l'automne 1995 son accord pour qu'une telle formation soit mise en place pour la rentrée suivante. Lors d'une réunion de la « commission d'études du CISME » le 28 novembre 1995, les participants se montrent cependant assez circonspects vis-à-vis de cette mesure :

« les services manquant actuellement de temps médical auraient la possibilité d'embaucher des médecins sans diplôme spécifique en médecine du travail, dès lors que ces derniers s'engageraient à suivre cette formation. S'il est difficile de refuser cette proposition qui répond à une demande unanime des partenaires sociaux, on ne doit pas sous-estimer les difficultés qu'elle risque d'engendrer, notamment : figer l'évolution de la pluridisciplinarité pour de nombreuses années.⁸⁹ »

⁸⁵ Inspection médicale du travail, « Enquête sur le déficit de temps médical en médecine du travail », novembre 1991 (archives IMT).

⁸⁶ Marianne Saux, « Note relative à la démographie médicale en médecine du travail », présentée lors de la réunion du Conseil supérieur de prévention des risques professionnels du 10 juillet 1992 (archives IMT).

⁸⁷ Inspection médicale du travail, « Enquête sur le déficit de temps médical en médecine du travail », novembre 1991 (archives IMT).

⁸⁸ Marianne Saux, « Note relative à la démographie médicale en médecine du travail », présentée lors de la réunion du Conseil supérieur de prévention des risques professionnels du 10 juillet 1992 (archives IMT).

⁸⁹ Compte-rendu de la commission d'étude du CISME du 28 novembre 1995 (archives SNPST).

Cette prise de position interne présente la transition vers l'approche pluridisciplinaire comme un processus de remplacement des médecins par d'autres intervenants, et non simplement comme l'ajout de nouveaux intervenants (ce qui est le discours officiel de l'association).

Les employeurs ne sont cependant pas d'accord sur le rôle que devraient jouer les médecins du travail ; ces dissensions éclatent au grand jour en 2000. Dans le cadre du processus dit de « refondation sociale » mené par le MEDEF, qui consiste en une série d'accords négociés avec les confédérations syndicales⁹⁰, une délégation patronale est chargée d'animer les échanges en vue d'un accord sur « la santé au travail et la prévention des risques professionnels ». Elle propose en mars 2000 que les visites médicales puissent être confiées également à des médecins généralistes libéraux plutôt que seulement à des praticiens exerçant dans des services de médecine du travail.

Le CISME déclare très vite ne pas partager cette position, par la voix de son président Philippe Sappey, pourtant co-auteur du rapport de 1987 et l'un des membres de la délégation patronale en 2000⁹¹. L'association craint qu'une telle disposition ne mette en péril la mainmise patronale sur les services de médecine du travail, en donnant l'impression que ces derniers seraient superflus. Le 14 avril 2000, l'assemblée générale des adhérents du CISME émet une motion de défiance envers la position du MEDEF, soutenant que, si l'adaptation de la médecine du travail est souhaitable, « encore faut-il qu'elle respecte les fondements du système progressivement mis en place par les employeurs, qui doivent en conserver la maîtrise puisqu'ils en supportent le coût et en assument la responsabilité »⁹².

Les années 2000 voient se succéder des positions sibyllines et contradictoires, exprimées dans le bulletin interne de l'organisation ou dans des lettres de lobbying. Ainsi en avril 2001, lors de son assemblée générale annuelle qui se tient à Lyon, le CISME adopte un « avis sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels » d'une subtilité déroutante :

« Le maintien d'une conception excessivement médicalisée de la Médecine du travail ne permettrait en effet de répondre qu'incomplètement et imparfaitement aux attentes des entreprises et des salariés ainsi qu'aux exigences nouvelles issues de la marche vers la Santé au travail [...] . La formation et la mise à disposition de médecins du travail devront donc être telles, en quantité et en qualité, qu'elles répondent aux besoins définis par les textes, en accompagnant l'évolution sans la freiner, en alimentant le système en ressources médicales sans l'engorger »⁹³.

⁹⁰ Cf. Michel OFFERLÉ, *Sociologie des organisations patronales*, Paris, La Découverte, 2009, p. 84.

⁹¹ « [M. Sappey] nous précise qu'il se désolidarise fondamentalement de cette position, y compris du MEDEF, et que dans la mesure où les centrales syndicales s'y opposent, il ne voit pas un grand avenir à ces propositions ». Compte-rendu de la réunion paritaire du 30 mars 2000, rédigé par le Dr. Martin du SNPMT (archives SNPST).

⁹² Motion adoptée par l'assemblée générale des adhérents du CISME, 14 avril 2000 (archives SNPST).

⁹³ « Avis du CISME sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels », Assemblée générale de Lyon,

Quelques mois plus tard, l'organisation est pourtant saisie par la crainte que le gouvernement n'abandonne une fois pour toutes le projet de « capacité » en médecine du travail sans cesse repoussé depuis des années... le même projet par rapport auquel le CISME avait exprimé ses réticences en 1995. L'association patronale se transforme alors en agence de lobbying plaidant pour la création d'une nouvelle filière nécessaire pour renouveler une profession exsangue. Le président Sappey envoie une lettre à tous les députés et sénateurs en novembre 2001, les alertant sur « les conséquences dramatiques, tant au niveau individuel que collectif, qu'aurait la remise en question de dispositions attendues depuis des années par la plupart des acteurs de la médecine du travail »⁹⁴. Le même jour, il écrit également aux présidents de service pour les enjoindre d'alerter « élus, députés et sénateurs, tout particulièrement ceux de la majorité à l'Assemblée Nationale » afin que le projet de formation ne soit pas enterré⁹⁵. La mobilisation est couronnée de succès, puisque la « capacité » est créée par la loi du 17 janvier 2002 dite de « modernisation sociale », permettant l'embauche de quelques centaines de médecins du travail supplémentaires⁹⁶.

Fin 2002, alors que le nouveau gouvernement prépare les décrets d'application de la loi de janvier, le CISME tente une nouvelle fois de peser sur leur forme en envoyant une « note de synthèse sur l'avenir de la médecine du travail »⁹⁷ au ministre des Affaires sociales, François Fillon. Si la situation catastrophique de la démographie des médecins du travail y est pointée du doigt, l'organisation patronale semble désormais prête à s'en accommoder :

« Il apparaît exclu, sur la base d'un tel constat, qui relève de l'arithmétique la plus élémentaire, de faire comme si l'avenir de la Santé au travail appartenait encore aux médecins du travail et à eux seuls. [...] Leurs effectifs sont condamnés à diminuer inexorablement. [...] Il s'agit là d'un simple constat démographique, non d'un jugement de valeur et encore moins d'une mise en cause de leurs compétences. [...] Le “monopole” de fait des médecins du travail dans les services de santé au travail, indéniable source de progrès hier, [...] est devenu ou est en passe de devenir un outil “contre-productif”, susceptible de freiner l'intégration de nouveaux acteurs au sein des équipes pluridisciplinaires de santé au travail qui se mettront progressivement en place. »

L'opacité de la position du CISME sur la pénurie médicale perdure en 2003, comme en attestent les éditoriaux de deux bulletins successifs des *Informations mensuelles*, adressés aux adhérents de l'association. Le premier s'interroge : « Le déficit de médecins du travail diplômés : mythe ou

20 avril 2001 (archives SNPST).

⁹⁴ Lettre de Philippe Sappey à tous les députés et sénateurs, 7 novembre 2001 (archives SNPST).

⁹⁵ Lettre de Philippe Sappey à tous les présidents de services, 7 novembre 2001 (archives SNPST).

⁹⁶ Françoise CONSO, « Quelle formation initiale pour les médecins du travail ? », *op. cit.*

⁹⁷ Gabriel Paillereau, délégué général du CISME, « Evolution de la médecine du travail vers la santé au travail », note de synthèse, 18 décembre 2002 (archives SNPST). C'est le président du CISME, alors Jean-Paul Delorme, qui l'envoie avec une lettre d'accompagnement au ministre.

réalité ? Réalité certes, mais pas forcément au niveau présenté par certains... »⁹⁸. Deux mois plus tard, le délégué général choisit de critiquer une étude statistique menée au Ministère du travail qui sous-estimerait la gravité de la pénurie : « Pour être parfaitement clair, il n'y aura jamais d'excédent de médecins du travail et le déficit à prévoir d'ici à 2014 sera beaucoup plus important que ne l'annonce le tableau concluant l'analyse de la DARES »⁹⁹.

Cette versatilité laisse perplexes les organisations de salariés et de médecins du travail. En novembre 2003, elles reçoivent une information selon laquelle le CISME préparerait des licenciements massifs de médecins en vue du passage à la « santé au travail ». Réunies en assemblée générale le 13 novembre, les cinq confédérations syndicales représentatives et le SNPMT lancent une mobilisation nationale :

« Avant même que cette réforme ne soit écrite, des services de santé au travail licencient ou préparent des plans de licenciement économiques "préventifs". Ces services préjugent du contenu d'une réforme, en se basant sur les importants amendements que tentent d'imposer les organisations patronales.¹⁰⁰ »

Le CISME dément quelques jours plus tard ce qu'il qualifie de simple « rumeur »¹⁰¹. Dans le bulletin des *Informations mensuelles* de janvier 2004, le délégué général précise aux directeurs de service que « la perspective de licenciements massifs et organisés prenant appui sur la réforme à venir est absurde et dénuée de fondement, et ce d'autant plus que les Services interentreprises de Santé au travail souffrent de la pénurie de médecins du travail depuis plus de quinze ans »¹⁰².

Dans les années qui suivent, l'organisation consacre cependant la majeure partie de son énergie à légitimer les nouvelles prestations « pluridisciplinaires », moins coûteuses en temps médical, que pourraient offrir les services de « santé au travail », officiellement nommés ainsi depuis la loi de 2002.

⁹⁸ Gabriel PAILLEREAU, « Editorial », *Informations mensuelles CISME*, 2003, n° 7, p. 1.

⁹⁹ Pascal BROCHETON et Gabriel PAILLEREAU, « Editorial », *Informations mensuelles CISME*, 2003, n° 8, p. 1.

¹⁰⁰ Communiqué intersyndical CFDT, CGT, CGT-FO, CFE-CGC, CFTC, SNPMT, 13 novembre 2003 (archives SNPST).

¹⁰¹ Communiqué du CISME, adopté lors de la séance du conseil d'administration du 19 novembre 2003 (archives SNPST).

¹⁰² Gabriel PAILLEREAU, « Editorial », *Informations mensuelles CISME*, 2004, n° 9, p. 1.

IV. Trois évolutions majeures

Les statistiques de l'Inspection médicale du travail permettent de dégager trois évolutions majeures sur la période étudiées, dont on verra dans les chapitres suivants les effets importants sur l'exercice quotidien de la médecine du travail.

1. Une féminisation spectaculaire

La féminisation récente de la médecine en France a été abondamment commentée par la littérature sociologique. Ce processus « s'est véritablement amorcé à partir des années soixante-dix, sous l'influence directe de l'accès croissant des femmes aux études supérieures et de l'expansion générale de la démographie médicale »¹⁰³. La féminisation « ne correspond nullement à une substitution des hommes médecins par les femmes, puisque le nombre de médecins des deux sexes connaît une progression constante au cours de cette période »¹⁰⁴, au contraire « elle accompagne une expansion globale du nombre de praticiens »¹⁰⁵. Les femmes représentent aujourd'hui un peu moins de la moitié de l'ensemble des médecins, et il est prévu que la profession arrive à parité à l'horizon 2020¹⁰⁶.

La médecine du travail est à l'avant-garde de ce processus de féminisation. En 1975, l'enquête de l'IMT montre que la spécialité est encore fortement masculine, comptant environ 75% d'hommes¹⁰⁷. Dans les années qui suivent, l'arrivée massive d'une nouvelle génération de médecins change la donne. En 1982, presque la moitié des médecins du travail en activité sont des femmes : 44,8%¹⁰⁸. Le rajeunissement et la féminisation sont étroitement liés, puisque 64% des moins de 40 ans sont alors des femmes. Avec l'endocrinologie et la gynécologie médicale, la médecine du travail est l'une des trois spécialités à dépasser les 50% de femmes au milieu des années 1980¹⁰⁹. Depuis, la croissance de la part des femmes est continue ; elle avoisine aujourd'hui les 70%¹¹⁰, ce qui fait de la

¹⁰³ Nathalie LAPEYRE et Nicky LE FEUVRE, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, 2005, vol. 1, n° 1, p. 59.

¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 62.

¹⁰⁵ Geneviève PAICHELER, « Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980) : portes ouvertes ou fermées ? », in Pierre AIACH, Dominique CEBE, Geneviève CRESSON et Claudine PHILIPPE (éds.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Rennes, Editions de l'ENSP, 2001, p. 182.

¹⁰⁶ Xavier NIEL, « La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002 », *Etudes et résultats*, 2002, n° 161.

¹⁰⁷ Armand ROTHAN et C. CHAMBET, « Les médecins du travail. Étude démographique », *op. cit.*, p. 715.

¹⁰⁸ Armand ROTHAN et C. CHAMBET, « Les médecins du travail. Nouvelle étude démographique », *op. cit.*, p. 209-211.

¹⁰⁹ Sabine BESSIÈRE, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 2005, vol. 1, n° 1, p. 29.

¹¹⁰ La part des femmes dans la médecine du travail est estimée à 70,5% au 1er janvier 2011. Daniel SICART, *Les médecins au 1er janvier 2011*, *op. cit.*

médecine du travail l'une des spécialités médicales les plus féminisées¹¹¹. On constate par ailleurs que les femmes médecins sont surreprésentées dans les formes d'exercice salarié.

Marlaine Cacouault-Bitaud a montré les préjugés sexistes qui sont au principe de certaines analyses de la féminisation des professions¹¹² ; selon ces analyses, qu'on retrouve aussi bien auprès des populations enquêtées que chez certains enquêteurs, une profession féminisée serait nécessairement une profession dévalorisée et dont les membres s'investiraient moins dans leur travail (temps partiel choisi, conciliation avec le rôle de mère...). La sociologue explique au contraire que « les images et les interprétations négatives qui sont élaborées chaque fois qu'une activité valorisée cesse de constituer un privilège masculin, expriment une vision dépassée ou mythique d'une profession, révèlent des contradictions et des évolutions à différents niveaux », c'est-à-dire des problèmes « qui ne disparaîtraient pas miraculeusement si le taux de féminisation baissait »¹¹³.

La médecine du travail n'échappe pas aux analyses en termes de dévalorisation. Celles-ci s'appuient généralement sur le fait que les femmes ne s'investiraient pas autant que les hommes dans leur travail, comme en attesterait un plus grand recours au temps partiel. En 1983, le directeur de l'Inspection médicale du travail ne se réjouit qu'à moitié du renouvellement de la médecine du travail, fortement lié à la féminisation : « il est bien connu, en outre, qu'un certain nombre de femmes interrompent volontiers, ou au moins réduisent, leur activité tant qu'elles ont des enfants »¹¹⁴. En 2002, Françoise Piotet termine son étude sociologique sur les médecins du travail par un constat ambigu qui, sous couvert de dénoncer un préjugé, ne songe pas à remettre en cause le lien entre féminisation et dévalorisation : « les médecins du travail ne se font guère d'illusion sur l'image de leur profession aussi bien auprès des autres médecins que des salariés, pas plus que sur leur utilité. Le fait que la profession soit fortement féminisée n'améliore certes pas son "image pour autrui" »¹¹⁵. En 2009, l'un des hospitalo-universitaires en médecine du travail les plus influents présente la féminisation comme l'un des principaux facteurs de la crise démographique que traverse la profession : « d'autres facteurs aggravent encore la situation et doivent être pris en considération

¹¹¹ *Ibid.* Au 1er janvier 2011, 40,8% des médecins sont des femmes. Les femmes représentent 51,6% des médecins salariés et 33,2% des médecins libéraux ou à exercice mixte. Parmi les spécialités médicales, seule la gynécologie médicale est plus féminisée que la médecine du travail avec 89,2% de femmes.

¹¹² Marlaine CACOUAULT-BITAUD, « La féminisation d'une profession signifie-t-elle une baisse de prestige ? », *Travail, genre et sociétés*, 2001, n° 5, pp. 91-115.

¹¹³ *Ibid.*, p. 95.

¹¹⁴ Armand ROTHAN et C. CHAMBET, « Les médecins du travail. Nouvelle étude démographique », *op. cit.*, p. 224.

¹¹⁵ Françoise PIOTET, « Médecins du travail », *op. cit.*, p. 316.

– la féminisation de la profession : une proportion importante de femmes exerce à temps partiel et leur carrière professionnelle est, en moyenne, moins longue que celle des hommes »¹¹⁶.

Loin d'être propre à la médecine du travail, ce schéma se retrouve dans de nombreux discours sur les effets de la féminisation de la médecine, alors qu'il occulte voire contredit des faits avérés, comme le montre Anne-Chantal Hardy-Dubernet en 2005¹¹⁷ :

« Il y a trente ans, un peu plus du tiers des étudiants en premier cycle des études médicales étaient des femmes. Aujourd'hui, c'est le taux de féminisation du corps médical actif. Il y a trente ans aussi, on criait à la pléthore de médecins et on instaurait un *numerus clausus* à l'entrée des études médicales, qui s'avéra un formidable outil de réduction du nombre des médecins. Aujourd'hui, on crie à la pénurie et ce *numerus clausus* est en hausse. Ce manque de médecins est en grande partie mis au compte des femmes qui travaillent à temps partiel, qui ne veulent pas faire de gardes ni s'installer dans des régions rurales ou périurbaines. Pourtant, l'activité des femmes tend à se rapprocher de celle des hommes et cette pensée de la féminisation comme facteur explicatif des "problèmes" de la profession ne peut pas tenir longtemps.¹¹⁸ »

De même par rapport aux discours qui identifient choix du salariat médical et moindre investissement professionnel des femmes, Nathalie Lapeyre et Nicky Le Feuvre font remarquer qu'*a priori* « rien ne permet de penser que le salariat implique nécessairement un moindre investissement temporel des praticien(ne)s que l'exercice hospitalier ou en cabinet de ville »¹¹⁹ ; les deux sociologues ajoutent que « la durée moyenne de ce mode atypique d'exercice de la médecine les rapproche davantage des femmes salariées à temps plein que des autres salariées à temps partiel »¹²⁰.

¹¹⁶ Dominique CHOUDAT, « Démographie des médecins du travail », *op. cit.*, p. 618.

¹¹⁷ Anne-Chantal HARDY-DUBERNET, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions? », *Revue française des affaires sociales*, 2005, n° 1, pp. 35–58.

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 35.

¹¹⁹ Nathalie LAPEYRE et Nicky LE FEUVRE, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *op. cit.*, p. 63.

¹²⁰ *Ibid.*, p. 64.

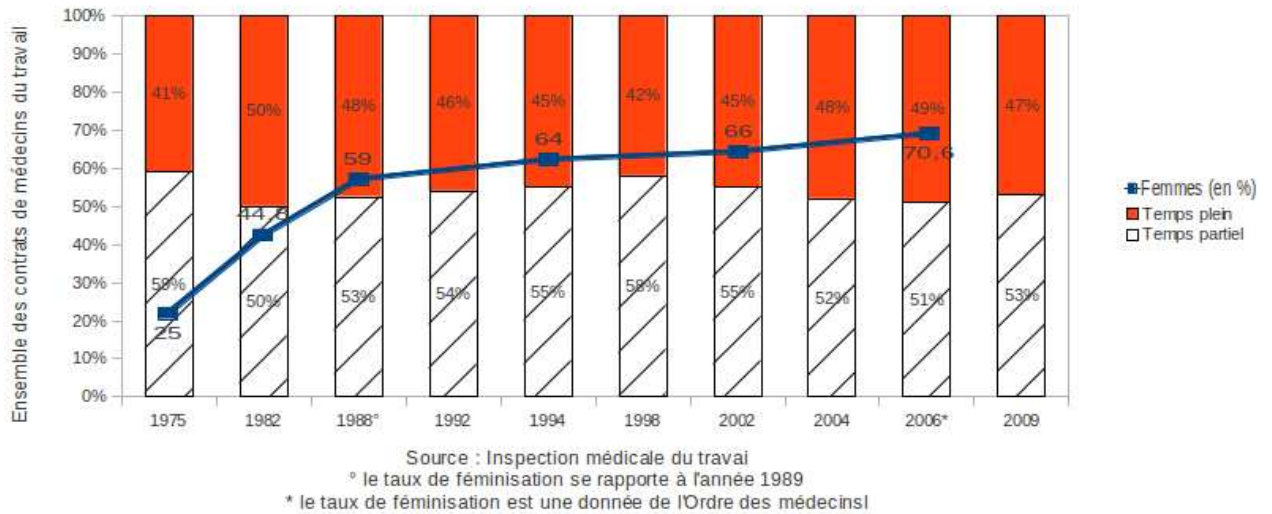


Figure 1-7. Taux de féminisation et nature du contrat.

Dans le cas de la médecine du travail, ce constat du moindre investissement des femmes relève certainement de la perception sélective : le lien entre féminisation et recours au temps partiel n'est pas avéré. La médecine du travail est une activité classiquement exercée à temps partiel par environ la moitié des praticiens, y compris du temps où trois médecins du travail sur quatre étaient des hommes (cf. figure 7). La part de praticiens à temps partiel est de 59% en 1975 et de 53% en 2009, alors que désormais sept médecins sur dix sont des femmes. Les études de l'IMT montrent par ailleurs que le temps partiel féminin est plus long que le temps partiel masculin. En 1982, la durée moyenne hebdomadaire du temps partiel des femmes est de 25 heures, celle des hommes de 21 heures. Autre différence notable, les études de l'IMT suggèrent que les hommes à temps partiel seraient plus nombreux que les femmes à temps partiel à exercer une activité complémentaire en plus de la médecine du travail (par exemple un exercice de médecine générale en libéral)¹²¹. Ainsi, les médecins du travail hommes se dispersent davantage que les femmes, qui ne se consacrent qu'à une seule activité professionnelle.

¹²¹ Selon Armand Rothan, « au fur et à mesure de la venue de médecins se consacrant totalement à la médecine du travail, on a assisté à la disparition progressive des petits services médicaux d'entreprise, assurés, le plus souvent, par des médecins généralistes qui ne consacraient qu'une faible part de leur activité à la médecine du travail ». Armand ROTHAN et C. CHAMBET, « Les médecins du travail. Nouvelle étude démographique », *op. cit.*, p. 221.

La critique commune d'une spécialité subie plutôt que choisie, refuge de médecins « ratés »¹²², ne prend tout son sens actuel que si on la relie à la situation particulière faite aux étudiantes en médecine par la réforme de 1982. Comme le montre Anne-Chantal Hardy-Dubernet à partir d'une enquête qualitative, la suppression des CES a fait disparaître « la filière "féminine" de professionnalisation de la médecine [...] au profit de deux filières "masculines"¹²³ » : la médecine générale et l'internat. Parmi les étudiants en médecine qui ont choisi leur orientation après 1982, les hommes avaient tendance à opérer un choix par identification, alors que

« les femmes n'abordaient pas la question de la même manière, puisqu'elles avaient plus de mal à s'identifier à l'une des deux voies proposées et leur décision ressemblait souvent à des choix professionnels par défaut : elles ne voulaient pas préparer l'internat parce qu'elles ne s'en sentaient pas capables, pour des raisons diverses, ou qu'elles ne se sentaient pas bien dans le milieu hospitalier ; elles ne voulaient pas être médecin généraliste parce que l'image qu'elles en avaient était celle d'un métier peu compatible avec une vie de famille. Elles opposaient volontiers à l'une ou l'autre voie des caractéristiques liées à leur vie de femme, actuelle ou future.¹²⁴ »

Ainsi, la réforme de 1982 a rendu plus difficile aux femmes étudiant la médecine de vivre leur orientation médicale sur le mode du choix ; ceci n'est certainement pas étranger au fait que la médecine du travail, spécialité très féminisée, soit si souvent associée à l'idée d'un choix par défaut.

On peut conclure que la place subordonnée de la médecine du travail dans l'ordre des spécialités médicales est liée, comme cause et comme conséquence, à la féminisation de la profession, sans que celle-ci suffise à expliquer celle-là.

¹²² On retrouve cette qualification dans un témoignage d'une femme médecin du travail publié sur Internet: « Certains pensent que nous sommes des médecins ratés qui n'avons pas réussi tous nos examens. Il faut dire qu'en France, les médecins de prévention n'ont pas la cote. Pensez-donc, ils ne soignent même pas. Quand j'explique que non seulement j'ai tous mes diplômes mais qu'en plus, j'ai étudié deux années supplémentaires pour être médecin du travail, c'est l'étonnement voire la perplexité. Tout ça pour être un médecin qui ne soigne pas. D'autres pensent que c'est un métier de femme. Parce qu'avec les enfants, n'est-ce pas, elles sont plus tranquilles en étant médecin du travail. Evidemment, mesdames, où avions-nous la tête ? Médecin du travail, c'est occupationnel, pour nous les femmes. Parce qu'il faut être un homme pour être un vrai médecin soignant, travailler 15 heures par jour, prendre des décisions importantes, sauver des vies . [...] C'est un exercice difficile . Car pour les salariés, nous sommes vendus aux patrons. Et pour les patrons, nous sommes toujours du côté des salariés. D'ailleurs, ces derniers me soupçonnent parfois d'être à l'origine des problèmes de santé. J'explique que je ne suis que le voyant rouge. Mais la tentation est grande de couper le voyant rouge. Il m'est arrivée à quatre reprises qu'un chef d'entreprise demande à ma direction de me virer ». Françoise MESNARD, *Je suis médecin du travail depuis 20 ans*, <http://blogs.mediapart.fr/blog/francoise-mesnard/110109/je-suis-medecin-du-travail-depuis-20-ans>, consulté le 6 septembre 2011.

¹²³ Anne-Chantal HARDY-DUBERNET, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions? », *op. cit.*, p. 42. Les adjectifs renvoient ici à la composition passée de ces différentes voies.

¹²⁴ *Ibid.*

2. Un incontestable vieillissement

S'il est difficile d'évaluer l'ampleur de l'éventuel déficit qui toucherait la médecine du travail, tant ce constat est lié à la conception qu'on se fait du métier, il est en revanche assez simple d'objectiver l'évolution de l'âge des médecins du travail. Les données statistiques prouvent l'indubitable vieillissement de la profession, jusqu'à des niveaux qui n'avaient encore jamais été atteints sur la période étudiée, ni vraisemblablement dans les décennies antérieures (cf. figure 8). On peut remarquer au passage que ce vieillissement spectaculaire aurait été encore plus prononcé si l'âge de départ à la retraite n'avait été abaissé en 1982.

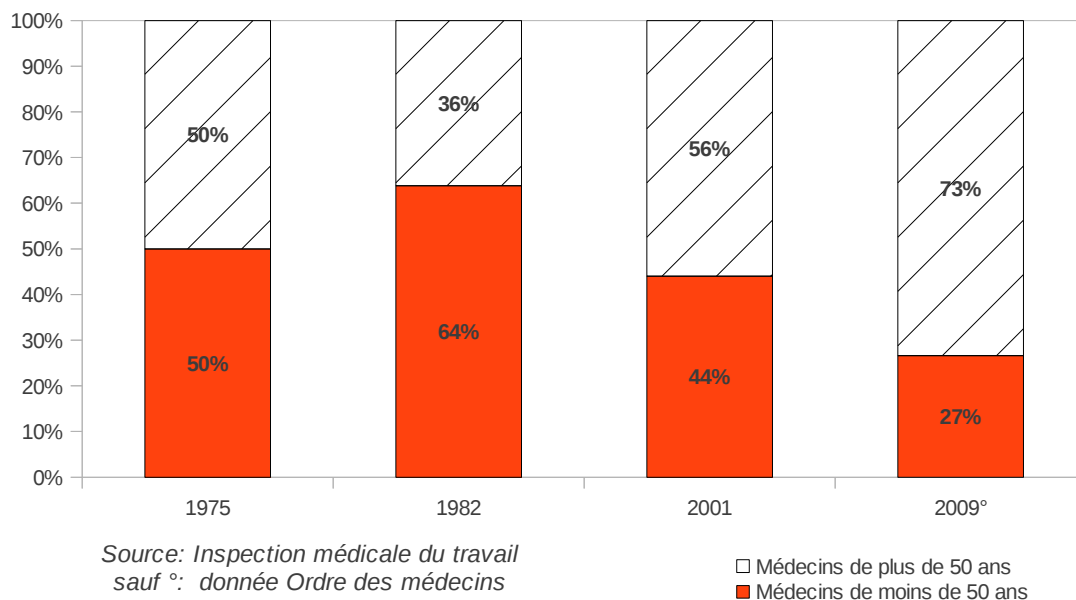


Figure 1-8. Part des médecins du travail de plus de 50 ans.

Ce vieillissement est le signe d'une politique qui a été principalement tournée vers la reconversion de médecins déjà en activité, plutôt que vers la formation initiale de jeunes étudiants en médecine. Il explique la prégnance du discours du déficit depuis une vingtaine d'années alors que les effectifs de médecins du travail ne semblent pas avoir connu de baisse spectaculaire ; il devient de plus en plus apparent que la politique de maintien d'effectifs est un bricolage institutionnel plutôt qu'un véritable renouvellement.

3. Services interentreprises et autonomes : un écart grandissant entre deux mondes

Les données statistiques de l'IMT permettent enfin d'objectiver les différences nombreuses entre l'exercice de la médecine du travail en service autonome et en service interentreprises. Elles montrent que les services interentreprises, qui regroupent la grande majorité des médecins, ont toujours absorbé la majorité des sur-effectifs de salariés ; au contraire les services autonomes donnent l'impression de s'être constitués une niche spécifique sur le marché du travail des médecins. Les médecins de service autonome ont des caractéristiques très différentes de celles de leurs confrères d'interentreprises et des contrats plus avantageux ; ceci suggère que dans les grandes entreprises, la médecine du travail est plus qu'une simple formalité, autrement dit, qu'elle remplit une fonction particulière qui justifie le luxe relatif de moyens dont on la dote. Je rejoins sur ce point l'étude de Françoise Piotet, qui conclut que ces « deux "situations d'action" permettent de dessiner les premiers contours de deux métiers dans le cadre d'une même profession »¹²⁵.

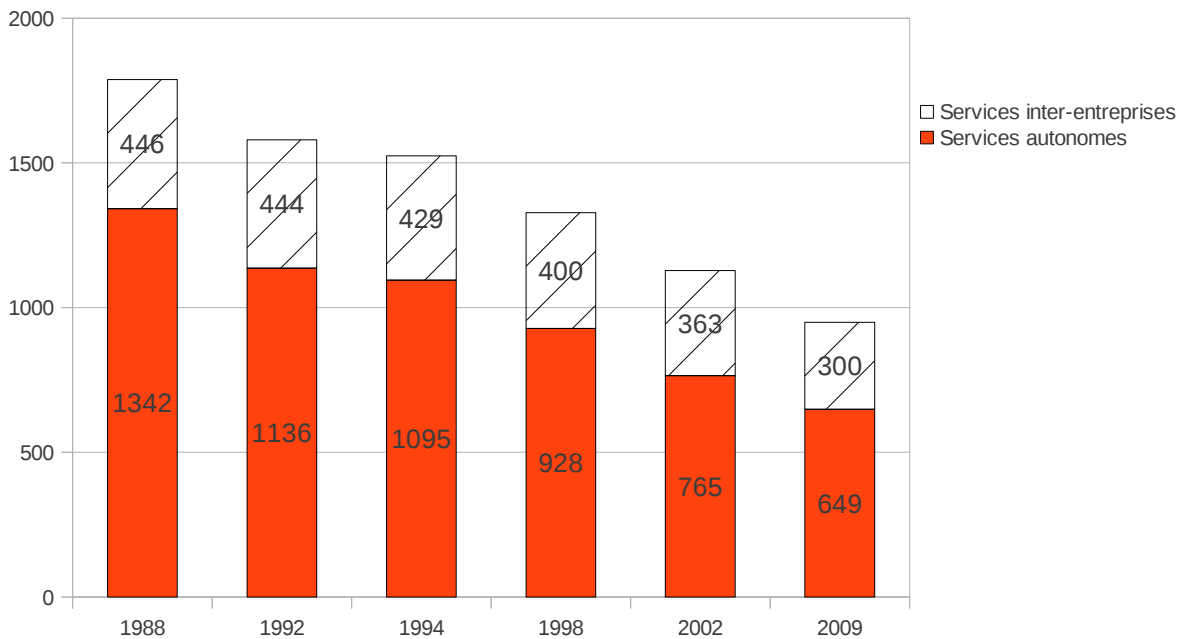


Figure 1-9. Nombre de services de médecine du travail.

Source : Inspection médicale du travail

D'après les données de l'IMT, entre les années 1970 et aujourd'hui l'effectif moyen de salariés suivis par médecin temps plein en service autonome reste de 1,5 à 2 fois moins important que celui des médecins temps plein en service interentreprises. En 1975, l'écart est du simple au double :

¹²⁵ Françoise PIOTET, « Médecins du travail », *op. cit.*, p. 298.

2000 salariés par équivalent temps plein (ETP) en service autonome, 4000 par ETP en service interentreprises¹²⁶. En 2009, l'écart est du même ordre, à des niveaux un peu plus bas : 1617 par ETP en autonome, 3016 par ETP en service interentreprises¹²⁷.

La part des médecins exerçant en service interentreprises plutôt qu'en service autonome n'a cessé d'augmenter, passant de 60% des contrats de travail en 1975 à 88% en 2009. La part de la population salariée surveillée par les services interentreprises a connu une croissance parallèle, passant d'environ 84% en 1982 à 94% en 2009. Les entreprises qui, du fait d'un effectif de taille moyenne, ont légalement le choix entre service autonome et services interentreprises confient de plus en plus volontiers à ces derniers la surveillance de leurs salariés.

Selon Armand Rothan, cette préférence pour les services interentreprises est un effet direct du décret du 20 mars 1979 qui stipule que ne peuvent plus exister des services médicaux d'entreprise auxquels le médecin du travail ne consacrerait pas au moins vingt heures par mois. Il constate que « le nombre des services médicaux d'entreprise s'est trouvé réduit de moitié, passant de 2715 en 1972 à 1383 en 1982 »¹²⁸. Cette baisse du nombre de services autonomes s'est poursuivie jusqu'à aujourd'hui ; le nombre de services interentreprises a lui aussi connu un déclin continu (cf. figure 9). Cependant, celle-ci n'est pas due à des suppressions mais à une succession de fusions depuis le tournant des années 2000, sous l'impulsion des gestionnaires patronaux.

Certaines questions posées lors de l'enquête statistique de l'IMT en 2001 permettent de caractériser la différence des exercices médicaux selon le type de service¹²⁹. Outre leur plus faible nombre de salariés à surveiller, les médecins de service autonome ont en charge une population composée à 16% d'ouvriers et à 19% d'employés, contre 31% d'ouvriers et 54% d'employés pour les services interentreprises (les données pour les autres catégories socioprofessionnelles ne sont pas disponibles dans les documents consultés). La médecine de service autonome est ainsi davantage une médecine de cadres, professions intellectuelles, techniciens ou encore contremaîtres.

Par ailleurs, alors qu'ils ne concentrent en 2001 que 13% du total des médecins du travail ETP, les services autonomes disposent de 84% (1799) du total des personnels infirmiers (2145). Cette situation est un effet direct de la réglementation qui oblige les grandes entreprises à se doter d'infirmiers, mais traduit également le peu de place qui est faite aux infirmiers dans les services

¹²⁶ Armand ROTHAN et C. CHAMBET, « Les médecins du travail. Étude démographique », *op. cit.*, p. 720.

¹²⁷ « Séance du 11 mai 2010 du Comité d'orientation des conditions de travail », *op. cit.*

¹²⁸ Armand ROTHAN et C. CHAMBET, « Les médecins du travail. Nouvelle étude démographique », *op. cit.*, p. 221.

¹²⁹ CSPPR, *Conditions de travail. Bilan 2001*, Paris, La Documentation française, 2001.

interentreprises. A l'inverse, 95% des secrétaires médicaux (4890 sur un total de 5182) sont employés dans des services interentreprises, ce qui ne doit pas être interprété comme une absence de secrétariat pour les médecins de service autonome mais plutôt comme un signe de la dépendance de ces derniers sur des secrétariats non spécialisés, propres à plusieurs services de l'entreprise.

Enfin, le groupe des intervenants en santé au travail « pluridisciplinaires » (ergonomes, toxicologues, techniciens hygiène et sécurité...), globalement dérisoire en 2001 (236 personnes), est concentré aux trois quarts dans les services interentreprises. L'effectif reste bas. En 2007, les auteurs d'un rapport de « bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité » ont réussi à identifier environ 1500 intervenants en prévention des risques professionnels « personnes physiques » ; sur les quelques 600 répondants à l'enquête, seul un tiers exerçait en service de médecine du travail (les autres sont en cabinet de conseil ou à leur compte)¹³⁰. L'intégralité de ces derniers exerce en service interentreprises. Cependant, les matériaux ethnographiques recueillis permettent de montrer que, paradoxalement, ce sont les médecins de services autonomes qui ont le plus de rapports quotidiens avec des intervenants en hygiène et sécurité ; simplement, ces derniers – qui ne sont pas toujours labellisés IPRP (intervenants en prévention des risques professionnels) – ne sont jamais comptabilisés comme des salariés du service médical mais comme des membres d'autres départements, dont les dénominations varient selon les entreprises (« hygiène et sécurité », « qualité, hygiène, sécurité, environnement »...).

Enfin, bien que les données statistiques soient parcellaires sur ce point, il est incontestable que les médecins qui exercent en service autonome sont plus âgés et bien plus souvent des hommes que leurs confrères en interentreprises. En 1982, environ 67% des médecins de service autonome sont des hommes contre seulement 49% des médecins de service interentreprises¹³¹. L'étude statistique de l'IMT n'entreprend pas de croiser le statut du service, l'âge et le sexe. Cependant la forte féminisation des générations les plus jeunes de médecins du travail, qui contraste avec le caractère très masculin des générations proches de la retraite, suggère au directeur de l'IMT un raisonnement qui lie expérience professionnelle et genre masculin. Selon lui, la faible part de femmes en services autonomes serait essentiellement liée à une préférence des grandes entreprises pour des médecins plus âgés :

¹³⁰ DGT, « Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels », *Rapport*, 2007.

¹³¹ Armand ROTHAN et C. CHAMBET, « Les médecins du travail. Nouvelle étude démographique », *op. cit.*, p. 221.

« Dans les conclusions qui pourraient être tirées de ces données chiffrées, il convient de tenir compte de ce que bon nombre de jeunes médecins du travail commencent d'abord par travailler au sein de services interentreprises, les responsables des services médicaux d'entreprise donnant souvent la préférence aux médecins ayant déjà acquis une certaine expérience pratique de la médecine du travail. De ce fait, la prédominance relative des médecins femmes en services interentreprises résulte peut-être surtout de la façon dont se renouvelle le corps des médecins du travail.¹³² »

Cependant, encore aujourd'hui la part des femmes semble plus basse en service autonome qu'en service interentreprises ; ceci laisse penser que les médecins femmes sont délibérément laissées à l'écart de ces postes plus confortables et mieux rémunérés¹³³.

*

La démographie des médecins du travail est prise dans les évolutions générales de la profession médicale ; la réforme des études médicales de 1982 vient mettre un terme au relatif renouvellement des années 1970. Dans les années 1990 et 2000 se diffuse l'idée d'un déficit de médecins du travail ; elle fait cependant débat, ce qui traduit la diversité des conceptions du métier qui sont alors en présence, dans une période d'intense réflexion sur ce que devrait être la médecine du travail. Ces évolutions sont liées à celles des filières permettant d'accéder au titre de médecin du travail. La diversité de ces dernières, le statut dévalorisé de la spécialité, l'importance des reconvertis sont autant de facteurs qui ne favorisent pas l'existence d'une culture professionnelle intense, comme on le verra par la suite.

Au terme des quatre décennies étudiées, la médecine du travail apparaît marquée par trois phénomènes incontestables : une féminisation, un vieillissement et un fossé entre la médecine de service interentreprises et de service autonome. C'est en vertu de ce dernier que j'ai choisi d'étudier ces deux types de services de manière séparée dans les deux chapitres qui suivent.

¹³² Armand ROTHAN et C. CHAMBET, « Les médecins du travail. Nouvelle étude démographique », *op. cit.*

¹³³ Je n'ai pas trouvé de données permettant d'objectiver l'origine sociale des médecins du travail, et de la comparer à celle du reste du corps médical et de la structure sociale. Je dois donc me contenter de faire l'hypothèse que les origines les plus modestes sont surreprésentées au sein de la spécialité. Ceci semble cohérent avec le filtrage social qui s'opère au détriment des classes populaires à chaque moment de sélection dans les études médicales, et le rang particulièrement bas des praticiens qui choisissent la médecine du travail. Pour la médecine générale, François-Xavier Schweyer constate pareillement que « les classes moyennes et populaires sont plus représentées » que dans les autres spécialités. François-Xavier SCHWEYER, « Démographie de la médecine générale », *op. cit.*, p. 49.

Chapitre 2. Exercer en service interentreprises. Les formes du contrôle « administratif »

De manière relativement continue entre 1970 et 2010, environ neuf médecins du travail sur dix ont exercé dans le cadre d'un service interentreprises, couvrant une proportion similaire des salariés du secteur privé. Ces associations loi 1901, mises en place en 1942 sous le nom de centres médico-sociaux¹, ont conservé la même structure institutionnelle avec la loi de 1946, bien qu'étant désormais rangées sous l'étiquette de services médicaux de prévention ; cette structure est caractérisée par la majorité patronale prévue au conseil d'administration, « compensée » partiellement par la majorité de représentants des salariés au sein d'une commission de contrôle. Les médecins du travail sont ainsi placés dans la situation particulière de devoir oeuvrer à la prévention des atteintes professionnelles à la santé des salariés, tout en étant eux-mêmes sous la subordination des employeurs qui sont pénalement et civilement responsables² de ces atteintes.

Le contrôle de l'État et le statut d'association à but non lucratif protègent en principe des dérives de la prévention qui peuvent exister dans d'autres contextes. Aux États-Unis, Elaine Draper montre que les cabinets d'*independent contractors* spécialisés en médecine du travail sont amenés à suggérer à leurs clients potentiels, chefs d'entreprise, qu'ils ne feront pas preuve d'un zèle excessif dans la surveillance de certains risques professionnels qui pourraient occasionner des ennuis judiciaires ou financiers³. En effet, leur préférence pour un portefeuille réduit composé de quelques

¹ Cette dénomination perdure dans le nom du plus grand service interentreprises de France, l'Association des centres médico-sociaux (ACMS), basé en région parisienne.

² Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

³ Elaine DRAPER, *The Company Doctor. Risk, Responsibility and Corporate Professionalism*, op. cit., p. 70–75. Selon la sociologue, « les salariés voient des avantages à ce que les médecins soient extérieurs à l'entreprise ; ils considèrent que ces derniers ont plus de chances d'être objectifs, d'être libres de donner une opinion indépendante, que des médecins d'entreprise sur lesquels pèse un stigmate. Ce fait a sans doute son importance, mais n'empêche pas que c'est l'entreprise qui paye et qui contrôle donc généralement les services. [...] D'une certaine façon, ces "indépendants sous contrat" sont également des médecins d'entreprise – au sens qu'il est possible qu'ils soient aussi dépendants des entreprises qui les emploient que s'ils en étaient salariés. Les médecins du secteur privé sous contrat avec des entreprises doivent gagner leurs honoraires ; leur travail disparaîtra s'ils ne parviennent pas à se plier aux attentes des directions d'entreprises ». (Traduction personnelle. « Employees see benefits to having doctors from outside the company because they are treated by someone who may be more objective, freer to give an independent opinion, or less stigmatized in their eyes than the company doctor. That may be worth a great deal, but either way the company pays and typically retains control over services. [...] In some ways so-called independent contractors may be company doctors as well – in the sense that they may be at least as dependent on the companies that employ

grandes entreprises place de fait ces cabinets dans une situation de dépendance économique vis-à-vis de certains employeurs, ce qui les incite à se conformer aux attentes de ces derniers. Or, en France, la médecine du travail n'est pas une activité commerciale mais un service organisé de manière mutualiste entre employeurs afin de se mettre en conformité avec la loi. En outre, les directions régionales du travail, dépositaires de l'autorité publique, exercent en principe un contrôle régulier sur les services par le biais de l'agrément géographique et/ou professionnel qu'ils doivent délivrer périodiquement et qui vaut autorisation de fonctionnement. Ceci garantit-il l'autonomie des médecins par rapport aux employeurs ?

Au sein des services interentreprises, la réglementation et la pratique sédimentée distinguent une activité médicale et une activité administrative, qui ne sont pas régies par les mêmes règles ni soumises aux mêmes contrôles. Le médecin est un salarié du président du service et comme tel, sous sa subordination, mais il a le droit et le devoir d'effectuer ses actes médicaux en toute indépendance ; Françoise Piotet parle d'« une subordination limitée par le Code de déontologie de la profession », dont l'application est en principe surveillée par l'Ordre des médecins⁴. Le fonctionnement théorique des services interentreprises est proche de celui évoqué par Odile Join-Lambert dans sa description de la médecine de prévention à La Poste après 1977 :

« L'action médicale est placée sous l'autorité administrative du directeur du personnel et sous l'autorité technique du médecin chef. Cette dualité d'ordonnancement du fonctionnement se retrouve au niveau de tous les comités médicaux. Sur le plan administratif, ces derniers relèvent du directeur des Postes, et sur le plan technique, ils dépendent du médecin-chef. ⁵ »

S'ils affichent régulièrement cette « séparation des pouvoirs » pour attester de l'indépendance des médecins du travail⁶, les responsables des services n'en demeurent pas moins très attachés au principe de la gestion patronale, qu'ils présentent comme une juste compensation de l'obligation de prévention qui incombe à l'employeur⁷. Des organisations politiques ou syndicales, ainsi que des

them as in-house professionals. Physicians in the private sector under contract to companies must earn their fees ; their work will disappear if they cannot recognize and provide what corporate management wants », p. 73-75). Plus généralement, cette idée de dépendances communes entre salariés et indépendants est également mise en lumière dans le contexte français par Alain Supiot. Alain SUPIOT, « Les nouveaux visages de la subordination », *Droit social*, 2000, n° 2, pp. 131–145.

⁴ Françoise PIOTET, « Médecins du travail », *op. cit.*, p. 294.

⁵ Odile JOIN-LAMBERT, « Histoire du service médical des PTT (1943-1977). Regards sur l'État employeur et la santé au travail », *Travail et emploi*, 2003, n° 96, p. 118.

⁶ L'expression de « séparation des pouvoirs » est employée dans un rapport des PTT de 1977. *Ibid.*

⁷ On peut citer en exemple l'avis du MEDEF de la Loire : « Le Medef, estimant que "la médecine du travail ne répond plus aux attentes des salariés et des entreprises" a approuvé la grande nécessité d'une réforme sur le sujet. Néanmoins, la proposition de système de présidence alternée dans les services de santé au travail pose problème. Le président du Medef Loire a précisé qu'il était délicat que les représentants des salariés prennent la gouvernance de

associations professionnelles, revendiquent au contraire régulièrement le passage à une gestion par les salariés (de manière continue ou tournante avec les employeurs), au motif qu'ils sont les principaux concernés par la prévention, ou par les pouvoirs publics, dont certains pensent qu'ils garantiraient mieux l'application du droit du travail. L'existence même de prises de position pour le maintien du *status quo* ou pour le changement en matière de gestion atteste d'une conscience diffuse mais partagée parmi les acteurs du secteurs que les formes de gestion ont un effet non neutre sur le contenu de l'activité des services.

La médecine du travail des services interentreprises est marquée par la figure de l'obligation. L'employeur n'a pas le choix de recourir ou non à la médecine du travail s'il veut être en conformité avec la loi ; le responsable de service est pareillement contraint à organiser l'activité médicale de manière à ce que ses mandants ne se retrouvent pas en délicatesse avec l'administration. Quant au salarié, il reçoit une « convocation » sous risque de perdre son emploi, ce qui met à mal le modèle parsonien de la complémentarité médecin-malade, comme le souligne Françoise Piotet :

« Cette idée de la complémentarité des rôles qui est au cœur de l'analyse de la sociologie des professions est très problématique dans le cas du médecin du travail qui est un médecin sans client, qui n'est pas choisi par les salariés qu'il examine et qui n'est pas autorisé à soigner !⁸ »

Le fonctionnement quotidien des services interentreprises reflète cette prégnance de l'obligation, définissant un cadre rigide pour l'activité des médecins au sein duquel leurs marges de manœuvre sont réduites et circonscrites à des domaines particuliers. Les directions s'appuient sur ce faisceau d'obligations réglementaires pour orienter l'action des praticiens dans certaines directions ; dans cette mesure, les médecins du travail subissent ce que l'on peut nommer une *subordination au nom de la loi*.

Face à ces formes de contrôle, les médecins du travail ont peu d'espace pour imprimer une marque personnelle, ou du moins vécue comme telle, à leur activité. Ceci est principalement dû à la faiblesse relative des groupes sociaux sur lesquels les praticiens pourraient s'appuyer pour construire un exercice autonome. Je soutiens en effet que l'inscription dans certains réseaux d'interdépendance est une condition nécessaire pour la construction de l'autonomie professionnelle, contrairement à ce que laisserait penser une représentation simpliste de « l'indépendance » comme

ce service, sans en prendre également la responsabilité. Celle-ci serait toujours assurée par les employeurs. Eric Le Jaouen pose la question : "Est-ce que les salariés sont prêts à accepter cette responsabilité pénale, et sont-ils prêts à co-financer ce service ?" ». L. P., « Dividendes, médecine du travail et mixité : l'avis du MEDEF Loire », *Zoomdici.fr*, juin 2011.

⁸ Françoise PIOTET, « Médecins du travail », *op. cit.*, p. 304.

isolement. Dans les services interentreprises, les relations entre pairs apparaissent souvent distendues, du fait de l'isolement géographique des antennes médicales mais également de l'absence de cadre permettant à deux praticiens de suivre des entreprises et des salariés communs ou d'échanger des informations sur ceux dont ils ont la charge. Les groupes de travail qui permettent aux collègues d'un même service de se réunir sont centrées sur des aspects annexes du métier, et généralement placées sous la supervision d'un représentant de la direction à des fins de « coordination ». Les tentatives des médecins de mettre en place un partenariat avec leurs secrétaires se heurtent souvent au fait que ces dernières ne peuvent se dérober au lien hiérarchique qui les relie à la direction administrative du service. Enfin, dans les entreprises dont ils assurent la surveillance, les médecins du travail doivent composer avec la méfiance *a priori* des salariés et l'indifférence des employeurs qui les renvoient volontiers à leur statut de simple « conseiller », sans pouvoir coercitif.

Un ensemble d'innovations managériales et de réformes législatives ont instauré à partir des années 1980 le passage à la « pluridisciplinarité » des services de prévention, sous l'égide de la « santé au travail », entendue comme un principe plus large et davantage centré sur une obligation de résultats que la médecine du travail ; cette évolution a permis ce que j'appelle la *subordination au nom de la coordination*.

Cette idée a déjà été évoquée dans la littérature sociologique. Dès 1963, Eliot Freidson et Buford Rhea évoquent les menaces possibles de l'approche « bureaucratique » de la santé sur l'autonomie professionnelle des soignants, tout en se démarquant alors de ce type d'analyse : « la plupart des auteurs considèrent que l'empiètement des dispositifs bureaucratiques sur le travail professionnel est un problème, voire une menace »⁹. Dans un article de 1998, Elizabeth A. Boyd se montre convaincue de l'existence d'effets importants des décisions administratives sur l'activité médicale :

« De plus en plus, les décisions de soin sont prises en dehors du cabinet médical, en accord avec des protocoles administratifs ou sous la supervision d'observateurs extérieurs qui représentent les tiers payants. Il en résulte une forme de plus en plus rationalisée de la médecine, dans laquelle l'autonomie traditionnelle du praticien est érodée et les frontières conventionnelles entre contrôle bureaucratique et contrôle par les pairs sont brouillées.¹⁰ »

⁹ Traduction personnelle. « Most writers regard the infringement of bureaucratic devices on professional work as a problem, in some sense threatening ». Eliot FREIDSON et Buford RHEA, « Processes of Control in a Company of Equals », *Social Problems*, 1963, vol. 11, n° 2, p. 120.

¹⁰ Traduction personnelle. « Increasingly, treatment decisions are made outside the examining room, in accordance with administrative regulations or in consultation with external reviewers representing third-party payers. The result is an increasingly rationalized form of medicine, in which the physician's traditional autonomy is eroded and the conventional boundaries between bureaucratic and collegial control are blurred ». Elizabeth BOYD, « Bureaucratic Authority in the « Company of Equals » : The Interactional Management of Medical Peer Review », *American*

Dans un travail récent, Nicolas Belorgey retrace l'histoire de l'introduction du nouveau management public dans les hôpitaux français¹¹. Des réformes apparemment purement managériales ou comptables ont une incidence importante sur la nature de l'activité des soignants, y compris les médecins théoriquement autonomes, conduisant à une intensification du travail et à la naissance d'un soin « low cost ». En effet « ce système incite les producteurs de soins à une plus grande productivité, au risque d'une baisse de leur qualité ou de la sélection des malades au détriment des plus atypiques et des plus coûteux à traiter d'entre eux »¹².

C'est un processus similaire que l'on observe dans l'histoire des services interentreprises. En principe, les médecins ne sont pas au cœur des réformes successives initiées depuis trente ans, qui visent à ajouter de nouveaux types de professionnels à ceux déjà présents dans les services interentreprises. Dans les faits, l'analyse montre que ces réformes ont un effet important sur la délimitation de l'activité légitime des médecins.

I. La vente forcée de prestations médicales aux employeurs, par les employeurs

La médecine du travail peut être décrite comme un faisceau d'obligations. Les services interentreprises sont l'outil principal qui permettent aux employeurs de s'acquitter de celles qui leur incombent.

1. Un caractère obligatoire qui ne passe pas

Le lois de 1942 et 1946 ont défini la médecine du travail comme une prestation obligatoire. Un employeur qui n'adhère pas à un service interentreprises (ou qui, le cas échéant, ne crée pas de service autonome) est dans l'illégalité. Le fait que l'intervention du médecin du travail soit justifiée par une obligation plutôt que par la volonté de l'employeur est un fait structurant dans la délimitation de l'activité médicale.

De nombreux employeurs se montrent réservés quant à l'utilité de la médecine du travail, qui représente d'abord à leurs yeux une charge financière supplémentaire dans la mesure où ils doivent s'acquitter d'une cotisation forfaitaire annuelle par salarié. En 1974, le médecin du travail Charles-

Sociological Review, 1998, vol. 63, n° 2, p. 201.

¹¹ Nicolas BELORGEY, *Réformer l'hôpital, soigner les patients. Une sociologie ethnographique du nouveau management public*, Thèse de sociologie, EHESS, Paris, 2009 ; Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010.

¹² Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, op. cit., p. 14.

Pierre Hitier, membre du bureau et futur secrétaire général du SNPMT, rapporte une anecdote dans la revue du syndicat :

« Je vous citerai pour terminer l'anecdote suivante: me trouvant un jour à la caisse chez un de mes parents commerçant, je fus témoin de sa fureur parce que le service médical auquel il adhérait lui réclamait 50,00 F de cotisation pour l'année (c'était il y a quelque temps). "On ne sait même pas à quoi ça sert", maugréa-t-il. Peu après, entre un monsieur qui lui propose de renouveler une annonce publicitaire dans un annuaire. Le coût en était (je n'exagère pas) de 50,00 F. Avec le sourire, mon parent accepte. Lorsque ce courtier fut sorti, je demandai quelle était l'efficacité de cette publicité. "Je ne sais pas si ça sert à quelque chose, mais il faut bien faire de la publicité, et puis ça passe dans les frais généraux".¹³ »

Certaines entreprises choisissent délibérément de ne pas adhérer à la médecine du travail. Cependant, le contrôle régulier des fiches d'aptitude et fiches d'entreprise par l'Inspection du travail donne à celle-ci un moyen simple de s'assurer de l'application de la loi sur ce point, ce qui fait que les cas d'infraction sont relativement exceptionnels, et toujours de durée limitée. En 2006, le médecin du travail René S. évoque lors d'un entretien le cas d'une entreprise de sérigraphie jouxtant son cabinet médical qui n'était adhérente d'aucun service ; c'est ici suite au recours d'une salariée auprès de l'Inspection du travail que l'employeur se met en conformité avec la loi :

« L'entreprise était à côté, c'est toute une histoire, parce que les entreprises en pratique sont obligées d'adhérer, eux ils n'avaient même pas adhéré à un service de santé au travail. Le patron était hors normes, si vous voulez. Donc le problème s'est posé parce qu'il y avait une femme qui était enceinte, elle a fait suivre sa grossesse par un gynécologue, le gynécologue lui a quand même demandé ce qu'elle faisait comme travail, parce que c'est quand même important pour une grossesse. Quand elle a dit qu'elle faisait de la sérigraphie, les gynécologues, ils sont quand même des gens qui ont des compétences, il a dit, mais attention, sérigraphie, je pense qu'on utilise des solvants dangereux, notamment les éthers de glycol. Il faut donc demander un avis à votre médecin du travail. Elle a demandé à son employeur, qui lui a dit "il n'y a pas de médecin du travail". Donc elle est venue nous voir directement, on lui a expliqué qu'on ne pouvait rien faire pour elle, enfin bon. Honnêtement j'aurais été là, je lui aurais quand même conseillé, je lui aurais dit de s'arrêter. Mais bon, il se trouve que, ce jour-là je n'étais pas là. Ma secrétaire a dit "on ne peut rien faire pour vous, vous n'êtes pas adhérent chez nous, il faut que vous adhérez". Donc elle s'est adressée à l'Inspection du travail, l'Inspection du travail a obligé l'entreprise à adhérer chez nous. Le problème, c'est que le temps que tout ça se passe, elle était déjà à son huitième mois de grossesse, voilà. Et puis heureusement elle n'a rien eu.¹⁴ »

La non-adhésion à la médecine du travail est mal vue y compris au sein même du patronat. Les services interentreprises sont en effet gérés par une petite fraction du groupe des employeurs, qui a

¹³ Charles-Pierre HITIER, « Pour un effectif de 2000 salariés », *op. cit.*, p. 5.

¹⁴ Entretien avec René S., octobre 2006.

intérêt à ce que toutes les entreprises du territoire s'acquittent de leur cotisation. Pour ces gestionnaires patronaux, l'administration des services est un outil de pouvoir local, permettant de distribuer des postes et d'assurer des rentrées financières conséquentes. En conséquence, les services interentreprises montrent peu d'indulgence envers les retard ou défauts de paiement des cotisations, qui se traduisent souvent par la radiation de l'entreprise concernée¹⁵.

L'espacement des visites médicales systématiques de un à deux ans, autorisé par la loi de « modernisation sociale » de janvier 2002¹⁶, est depuis une source importante de conflits entre gestionnaires patronaux de la médecine du travail et employeurs adhérents. Parmi ces derniers, nombreux sont en effet ceux qui réclament une diminution de moitié de leur cotisation, refusant de voir dans les nouvelles prestations « pluridisciplinaires » encore balbutiantes la compensation des visites médicales supprimées. En septembre 2004, le délégué général de l'association des responsables de services interentreprises doit préparer un argumentaire-type qu'il adresse à tous les présidents de services afin de les aider à faire face à la fronde de leurs adhérents :

« La suppression de la visite annuelle obligatoire pour tous les salariés et la généralisation de la pluridisciplinarité, pour ne citer que les deux changements les plus marquants, ouvrent la voie à une approche collective de la Santé au travail, qui va se substituer rapidement à l'approche individuelle, confiée depuis toujours au seul Médecin du travail. Donnant l'impression de remettre en cause brutalement « LA » visite annuelle, que de nombreux Employeurs considèrent fréquemment encore comme l'unique prestation offerte par la Médecine du travail, cette évolution peut apparaître comme une régression et susciter des réactions négatives que rien ne justifie [...]. Vous comprendrez aisément, compte tenu des exigences croissantes qui pèsent sur les Services, dont le nôtre, que la modulation de la périodicité des examens médicaux obligatoires ne se traduira ni par une réduction du niveau moyen des cotisations par salarié, ni par leur remboursement en cas de diminution du nombre total d'examens pratiqués.¹⁷ »

Cet argumentaire ne suffit pas toujours à calmer la colère des entreprises adhérentes. Dans de très nombreux cas, les employeurs revendiquent une surveillance médicale renforcée (SMR) pour l'intégralité ou, à défaut, le plus grand nombre de leurs salariés ; en effet, le classement d'un poste en SMR plutôt qu'en surveillance médicale simple permet de justifier une visite annuelle. En 2007, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales souligne les usages multiformes de cette catégorie :

¹⁵ À titre d'exemple, l'ACMS a procédé en 2008 à la radiation de 1614 établissements. ACMS, *Rapport d'activité 2008*, Paris, 2009, p. 8.

¹⁶ Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

¹⁷ CISME, « Argumentaire destiné aux adhérents des services interentreprises de santé au travail », rédigé par Gabriel Paillereau, 9 septembre 2004 (archives SNPST).

« La notion de SMR est utilisée par certains employeurs, avec l'accord tacite des représentants du personnel, pour maintenir une visite annuelle en contrepartie de la cotisation versée au [service de santé au travail] : la définition peu précise des conditions de mise en œuvre de la SMR favorise de telles dérives. On observe ainsi de fortes variations selon les services quant au pourcentage des travailleurs relevant de la SMR sans que cela paraisse justifié par les activités économiques concernées. Par ailleurs les divergences constatées entre les déclarations émanant des employeurs et celles des médecins du travail sur le nombre de salariés devant bénéficier de la SMR, la priorité donnée à certaines activités (surveillance "travail sur écran de visualisation") par rapport à des travaux en milieu à haut risque professionnel (bâtiment) conduisent à s'interroger sur la rigueur médico-scientifique du dispositif et de son utilisation.¹⁸ »

Pour éviter ces dérives coûteuses en « temps médical », une minorité de services se résout par la suite à modifier sa grille tarifaire pour prendre en compte l'espacement des visites médicales. C'est par exemple le cas de l'« Association santé et médecine interentreprises du département de la Somme » (ASMIS) qui, en janvier 2011, distingue deux cas dans son barème de cotisations : un tarif de 62,96 euros annuels par salarié en surveillance médicale simple et un tarif de 99,88 euros annuels par salarié en surveillance médicale renforcée¹⁹. Le service précise pourtant à ses adhérents que

« la cotisation est la répartition proportionnelle entre tous les adhérents des frais de fonctionnement de l'ASMIS, indépendamment du nombre d'exams médicaux réalisés ou du temps de présence des salariés dans l'entreprise (CDD, temps partiel...).²⁰ »

Cette tension autour de la périodicité des visites médicales symbolise le divorce entre les employeurs intéressés à la médecine du travail et ceux qui ont l'impression de la subir. Plus généralement, il arrive également que les services interentreprises soient pris dans des jeux politiques entre employeurs qui dépassent la question de la médecine du travail. Le contrôle sur les services est alors un élément dans des stratégies plus larges de conquête du pouvoir.

C'est ce qui a lieu par exemple en Martinique entre 1992 et 1994, lorsqu'une crise de gestion paralyse le seul service interentreprises de l'île ; le conseil d'administration prévoit la faillite prochaine du service et annonce le licenciement économique des huit médecins du travail²¹. Consultés par ces derniers, les responsables du SNPMT comprennent progressivement que la crise

¹⁸ Claire AUBIN, Régis PÉLISSER, Pierre DE SAINTIGNON, Jacques VEYRET, Françoise CONSO et Paul FRIMAT, « Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail », *Rapport IGAS et IGAENR*, 2007, p. 32.

¹⁹ Association santé et médecine interentreprises du département de la Somme, « Cotisation de l'année 2011 », février 2011, www.asmis.net.

²⁰ *Ibid.*

²¹ Archives SNPST. Cf. également Lisa DAVID, « Le conflit de la médecine du travail. Casser le thermomètre pour faire tomber la fièvre », *Antilla*, juin 1994, n° 587, pp. 4–6.

est le produit d'une manœuvre du patronat local pour redistribuer les cartes afin que certains employeurs puissent profiter, plus ou moins légalement, des ressources dégagées par la médecine du travail. La crise se termine avec la création de deux nouveaux interentreprises, dont l'un est aux mains du CNPF, qui viennent s'ajouter à l'ancien service (qui échappe à la faillite après l'intervention de la direction régionale du travail).

2. *Le CISME dans la constellation des organisations patronales*

Le patronat de la médecine du travail a son organe représentatif. En 1942, les premiers responsables de « services médico-sociaux » se réunissent en une association qu'ils nomment le CISME²². L'acronyme a pris plusieurs significations au cours de la période étudiée, les deux dernières étant « Centre interservices de médecine du travail en entreprises » et « Centre interservices de santé et médecine du travail en entreprise ». Il s'agit d'une association loi 1901 dont peuvent être membres aussi bien les présidents que les directeurs de service²³. Depuis sa création en 1942, le CISME est dirigé par un binôme président/délégué général, selon un schéma classique dans les organisations patronales ; à partir de 2009 la gouvernance prend la forme d'un binôme président/directeur, les attributions de ce dernier étant moins étendues que celles du délégué général. Le président est nommé par un conseil d'administration, lui-même élu par l'assemblée générale des administrateurs patronaux et directeurs de services interentreprises.

L'activité de l'association semble relativement peu importante avant les années 1970. Suite à un accord signé en 1958, c'est en effet le Conseil national du patronat français et non le CISME qui a mandat pour représenter les intérêts patronaux dans la gestion des services interentreprises, dans le cadre d'un « comité de liaison » avec les syndicats de salariés. L'action du comité se limite à la négociation des salaires des médecins, au cours de réunions qui ont lieu le plus souvent dans les locaux de l'organisation patronale.

La négociation de la convention collective donne le signal d'un passage de relais entre CNPF et CISME pour la gestion de la médecine du travail. C'est lors d'une réunion du comité de liaison en février 1971 que les représentants de deux syndicats de médecins du travail manifestent leur désir

²² La consultation d'un service d'archives internet (archive.org) montre que la page d'accueil du site internet du CISME (www.cisme.org) a longtemps porté la mention « créé en 1942 ». Fin 2006, celle-ci est supprimée et l'historique de l'association est modifié, se contentant d'évoquer de manière vague « la loi fondatrice de 1946 » comme étant le premier texte de référence.

²³ Selon Gabriel Paillereau, délégué général du CISME entre 1994 et 2009, la proportion de directeurs tendrait à s'affaiblir au profit de celle de présidents de service, une évolution qui serait encouragée par la nouvelle équipe de direction. Entretien, Paris, 12 mai 2011.

de voir s'ouvrir des négociations en vue de la signature d'une convention collective²⁴. Par une lettre au secrétaire général du SNPMT en octobre 1971, Jean Neidinger, secrétaire général du CNPF, explique alors avoir consulté le CISME sur cette question²⁵. Ce dernier se déclare favorable à l'ouverture de négociations. Dès le mois de novembre 1971, celles-ci se tiennent régulièrement, cette fois-ci dans les locaux du CISME. Depuis lors, l'association est mandatée pour représenter les intérêts patronaux dans les négociations annuelles de la convention collective (signée en 1976) et plus généralement pour gérer toutes les questions relatives au fonctionnement des services interentreprises.

L'équipe du CISME est principalement constituée de juristes. À partir de 1972, l'association organise également des journées annuelles au cours desquelles des recherches médicales sont présentées. Elle se dote d'un médecin-conseil dont la compétence technique est utilisée pour l'organisation des journées et l'animation de la recherche autour de projets collectifs ; le médecin-conseil est également la vitrine médicale de l'association lorsque celle-ci choisit d'intervenir dans des débats de société sur la médecine du travail.

Le CISME organise régulièrement des réunions des responsables de services afin de les tenir informés de développements réglementaires ou de débattre autour de problèmes récurrents. Dans les années 2000, l'association publie un bulletin des *Informations mensuelles*, consacré essentiellement à une revue commentée de jurisprudence mais contenant également des éditoriaux de prise de position sur les débats politiques en cours. On y trouve également une rubrique « Vie des services » dans laquelle l'association agit comme n'importe quelle organisation de soutien aux employeurs, indiquant par exemple les procédures à suivre afin de licencier un médecin du travail dans les formes²⁶.

Comme de nombreux groupements patronaux investis dans des formes para-publiques de « protection sociale », le CISME a une grande proximité avec l'Union des industries et métiers de la métallurgie (UIMM). Ainsi, l'actuel président Jacques Texier, également président du service francilien ACMS, est administrateur de la Fédération des industries mécaniques²⁷. Cette proximité a pu être une faiblesse dans les années 2000, puisque l'UIMM a alors perdu la place prépondérante

²⁴ Ceci est évoqué dans la lettre de Jean Neidinger, secrétaire général du CNPF, au Dr. Courteville, secrétaire général du SNPMT, 4 octobre 1971 (archives SNPST).

²⁵ *Ibid.*

²⁶ Sabine GUICHARD, « Licenciement d'un médecin du travail : procédures administratives et judiciaires applicables », *Informations mensuelles CISME*, 2007, n° 27, p. 10.

²⁷ « Jacques Texier », *Who's Who France - version numérisée Factiva*, 2009.

qui était la sienne²⁸ au sein du CNPF-MEDEF²⁹. Au MEDEF en 2011, la directrice de mission Santé et sécurité, Nathalie Buet, n'est pas une métallurgiste ; plusieurs enquêtés soulignent cependant le rôle important de Franck Gambelli, membre de l'UIMM et du MEDEF et président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de l'assurance-maladie³⁰, dans la définition d'une politique patronale de la médecine du travail.

Dans la dernière décennie, le CISME a eu de nombreux différends avec le MEDEF. En 2000, la négociation des accords dits de « refondation sociale »³¹ donne lieu à un conflit très important entre les instances exécutives des deux organisations. Le président du CISME Philippe Sappey³² est pourtant également l'un des négociateurs mandatés par le MEDEF pour discuter des questions de santé au travail. Cette divergence de vues entraîne le remplacement de Philippe Sappey à la tête du CISME quelques années plus tard.

En 2009, le délégué général du CISME, Gabriel Paillereau, est licencié au motif qu'il aurait desservi les intérêts de l'association en se plaignant par écrit auprès d'un membre du MEDEF du traitement subi par sa femme, directrice d'un service de médecine du travail licenciée par le patronat toulousain. Depuis tous deux se sont engagés dans des procédures contentieuses pour contester la légalité de leurs licenciements respectifs³³.

En 2011, lors des débats sur la réforme de la médecine du travail, le MEDEF plaide pour une modification des conseils d'administration des services interentreprises, afin que les employeurs qui y siègent soient non seulement des responsables d'entreprises adhérentes mais également des représentants directement nommés par l'organisation patronale. Cette disposition, contestée par de nombreux gestionnaires patronaux, est une tentative claire de reprise en main d'un secteur de l'intervention patronale jugé trop autonome. Elle est notamment revendiquée en février 2011 dans une « fiche argumentaire » du MEDEF :

²⁸ Danièle FRABOULET, *Quand les patrons s'organisent. Stratégies et pratiques de l'Union des industries métallurgiques et minières (1901-1950)*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2007 ; Michel OFFERLÉ, *Sociologie des organisations patronales*, op. cit., p. 55.

²⁹ Le CNPF devient le Mouvement des entreprises de France (MEDEF) en 1998. Michel OFFERLÉ, *Sociologie des organisations patronales*, op. cit., p. 51.

³⁰ Sur cette commission, cf. Marc-Olivier DÉPLAUDE, « Codifier les maladies professionnelles. Les usages conflictuels de l'expertise médicale », *Revue française de science politique*, 2003, vol. 53, n° 5, pp. 707-736.

³¹ Il s'agit d'une initiative patronale pour négocier des accords avec les syndicats de salariés dans la perspective d'orienter l'action du législateur.

³² Philippe Sappey prend la présidence du CISME en février 1998. Il remplace Jacques Faure, qui occupait ces fonctions depuis 1990. L.-E. JULLIARD, « Carnet - Santé », *Les Echos*, février 1998.

³³ Cf. David SERVENAY, « Médecine du travail : le MEDEF est dans le mur », *Rue89*, 4 mars 2010 et également entretien avec Gabriel Paillereau, Paris, 12 mai 2011.

« Le texte actuel de la proposition de loi prévoit que les représentants des employeurs seront désignés parmi les entreprises adhérentes alors que les représentants des salariés seront désignés par les syndicats représentatifs au niveau national. Il faudrait plutôt un parallélisme des formes avec le mode de désignation choisi pour les représentants des salariés et donc que les représentants des employeurs soient désignés par les organisations d'employeurs les plus représentatives.³⁴ »

De nombreux éléments suggèrent que les services de médecine du travail sont une source d'argent pour le patronat, ce qui expliquerait l'intensité des querelles pour leur contrôle.

L'argent des services interentreprises provient exclusivement de deux postes : les droits d'entrée payés par les entreprises lors de leur première adhésion et la cotisation forfaitaire annuelle, proportionnelle au nombre de salariés surveillés. La cotisation est le poste principal. Elle peut être très variable d'un service à l'autre ; en moyenne, elle oscille dans les années 2000 entre 70 et 100 euros annuels par salarié suivi. Si l'on multiplie l'estimation basse par le nombre de salariés surveillés par la médecine du travail interentreprises aujourd'hui (plus de 15 millions), on arrive au chiffre important de plus d'un milliard d'euros de recettes annuelles totales. Selon un calcul similaire, pour un très gros service comme l'ACMS, qui dit suivre plus d'un million de salariés, le montant des recettes serait supérieur à 70 millions d'euros. Cette masse financière est en principe réservée au paiement des salaires, des outils de travail et des locaux. Le statut d'association loi 1901 interdit en effet la rémunération des administrateurs et plus généralement l'utilisation des ressources du service dans un but lucratif ; il permet néanmoins la conservation de réserves financières d'une année sur l'autre.

La presse généraliste ainsi que certaines publications spécialisées se sont régulièrement fait l'écho de détournements d'argent présumés ou de liens financiers occultes entre les services interentreprises et d'autres organisations, notamment les syndicats patronaux³⁵. Selon un médecin-inspecteur du travail rencontré lors de l'enquête, il est très difficile pour la tutelle publique de vérifier la légalité des comptes, les services étant uniquement tenus de communiquer un rapport budgétaire très synthétique. Il existerait pourtant, toujours selon la même source, de multiples moyens d'employer l'argent de la médecine du travail à d'autres fins que celles auquel il est en

³⁴ MEDEF, « Médecine du travail », *fiche argumentaire*, février 2011 (disponible sur le site de l'union pour les entreprises des Bouches-du-Rhône).

³⁵ Cf. David SERVENAY, « Médecine du travail : l'autre caisse noire du MEDEF », *Rue89.com*, 7 novembre 2007 ; François DESRIAUX, « Médecine du travail : sous et dessous », *Santé et travail*, 2007 ; Francine AIZICOVICI, « Les liaisons dangereuses de la médecine du travail. Les dérives financières et éthiques de l'institution », *Le Monde*, 4 décembre 2007 ; « L'opaque gestion de la médecine du travail. À qui profite le trésor de guerre de plus de 6 millions d'euros de l'Association de médecine et santé au travail ? », *LaDepeche.fr*, février 2010 ; Céline TILLIER et Willy BILLIARD, « Bar-sur-Aube : 730 000 euros détournés à la médecine du travail », *L'Est-Eclair.fr*.

principe destiné, moyens que le médecin-inspecteur dit avoir constatés mais que je me contenterai d'évoquer comme de simples hypothèses. Le montage financier le plus répandu serait le partage de locaux entre un service de médecine du travail et une organisation patronale : locataire, la médecine du travail verserait un loyer à l'organisation patronale (parfois au travers d'une société immobilière) dont le montant, non contrôlé par les autorités, serait bien plus élevé que les prix du marché³⁶. Une autre pratique serait l'utilisation des ressources matérielles de la médecine du travail par une organisation patronale : partage indû des voitures de fonction, commande d'équipements de bureau aux frais de la médecine du travail mais livrés au siège de l'organisation patronale, ce qui est facile en cas de contiguïté spatiale des deux institutions.

II. L'autonomie médicale entre contrôle bureaucratique et isolement

Les directions des services interentreprises ont pour mandat de permettre aux employeurs de s'acquitter des obligations qui leur incombent en matière de médecine du travail. Dès lors, par une double transitivity, ces obligations deviennent l'affaire des directions de service, qui s'en déchargent à leur tour sur les médecins du travail. Le travail en vue de mettre les entreprises surveillées en conformité avec la loi est ainsi la pierre de touche de l'exercice médical ; un médecin qui s'inscrit dans ce cadre est laissé libre dans les autres aspects de son métier, alors qu'un médecin qui refuse d'être un exécuteur de formalités administratives peut se faire taxer d'insubordination, au motif que le travail pour lequel il est payé ne serait pas rendu.

Dans ce référentiel de métier, l'évaluation quantitative du nombre de visites médicales réalisées est l'indicateur par excellence de la production médicale. Dans tous les services interentreprises étudiés, les directions contrôlent scrupuleusement l'application du planning des visites médicales ; ce dernier est d'ailleurs de plus en plus souvent défini de manière unilatérale par les responsables administratifs du service avant d'être transmis au médecin. Par contraste, les directions se montrent relativement indifférentes à la réalisation des « actions en milieu de travail », pourtant obligatoires depuis 1979³⁷. Le fait que les auteurs des décrets successifs aient cru nécessaire de préciser un plancher obligatoire de visites en entreprise (le « tiers-temps ») atteste en creux de leur conscience du caractère secondaire de cette tâche dans les services interentreprises. Mon enquête m'a permis de

³⁶ On signalera deux exemples troublants de contiguïté spatiale, parmi beaucoup d'autres. Le siège de l'AMET, situé en Seine-Saint-Denis, partage ses locaux avec le siège du MEDEF départemental. Le siège de l'ACMS, situé dans les Hauts-de-Seine, fait face à la « Maison de l'Automobile », propriété du patronat de l'automobile ; or le président du service est également un membre influent du patronat de la métallurgie.

³⁷ Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

documenter plusieurs cas où des médecins qui mettent l'action en milieu de travail devant la réalisation des visites médicales sont rappelés à l'ordre par leur hiérarchie, qui prétend se fonder sur la loi. Le contrôle sur le programme de travail des médecins est ainsi caractéristique d'une forme de *subordination au nom de la loi*.

L'autonomie professionnelle des médecins du travail se construit dans les interstices autorisés par cette définition particulière de leur activité. Les directions de service manifestent rarement des velléités d'ingérence dans le secret du cabinet médical ou le déroulement des visites en entreprise. Dans ce cadre, les principaux facteurs explicatifs des formes prises par l'activité médicale sont l'isolement des praticiens et leur impuissance statutaire. Face à un référentiel de métier cohérent qui tire sa force de celle de la loi, les médecins du travail ne peuvent construire une forme d'autonomie professionnelle qu'en s'appuyant sur des personnes tierces. Or, pour diverses raisons que je passe en revue, il est difficile pour les praticiens de services interentreprises d'établir des relations fortes et de long terme avec les autres médecins et secrétaires du service, tout autant qu'avec les employeurs et salariés des entreprises surveillées. Le positionnement des médecins dans les entreprises qu'ils surveillent confine parfois à l'impossible, puisque tout rapprochement avec l'un des pôles en présence peut conduire à s'aliéner le soutien du ou des autres, rendant leurs « conseils » inaudibles.

1. Un contrôle strict sur la réalisation des visites médicales

Le mot central de l'exercice médical en service interentreprises est celui de « vacation », qui désigne les visites médicales de salariés. Les médecins de service interentreprises rencontrés témoignent de la place prépondérante que prend cette activité dans leur temps de travail.

Pendant longtemps aucun plafond clair ne vient limiter le nombre de salariés qui peuvent être confiés à la surveillance d'un médecin du travail. Ce n'est qu'en 2005 qu'une circulaire de la Direction des relations du travail précise l'idée de plafond,

« sur la base de trois critères de charge dont *aucun* ne doit être dépassé. Ainsi, le service de santé au travail ne peut mettre à la charge du médecin du travail à temps plein (durée légale du travail) le suivi de plus de 450 entreprises (dans les services interentreprises), de plus de 3300 salariés, ni de plus de 3200 examens médicaux effectués dans l'espace d'une année.³⁸ »

Cette précision a eu l'effet pervers d'inciter les directions de services à pousser la productivité médicale jusqu'au plafond légal. Pendant l'enquête ethnographique, celui-ci était devenu une valeur

³⁸ Circulaire DRT n° 03 du 7 avril 2005 relative à la réforme de la médecine du travail.

moyenne de l'activité médicale y compris dans des services qui se distinguaient jusque-là par des effectifs plus réduits.

Il s'agit pourtant de valeurs très élevées, comme le montre un rapide calcul. Si l'on considère qu'un médecin à temps plein doit travailler 218 jours par an et consacre selon la loi un minimum de 150 demi-journées de travail à l'action en milieu de travail, ceci ne lui laisse que 286 demi-journées pour examiner 3200 salariés, à raison d'un peu plus de onze salariés par demi-journée de vacation. En réalité, le temps de travail qu'il peut consacrer aux visites médicales est bien plus réduit, puisqu'il faut décompter le temps passé pour les diverses tâches administratives (rédaction du rapport annuel, réunions de service...). Dans l'enquête ethnographique, j'ai constaté que la plupart des directions de services fixent une norme de 11 à 14 salariés par demi-journée. Comme l'explique un médecin, cette productivité attendue ne pose pas de problème tant qu'il n'y a pas d'imprévu. Or, il y en a souvent :

« On a 11 rendez-vous par matinée, bon ça va. Mais quand vous avez trois personnes qui arrivent avec trente minutes de retard, comment vous gérez ça ? Des fois c'est la pagaille, c'est très énervant. »

Les directions de service ont plusieurs moyens de contrôler la bonne réalisation des visites, notamment en s'informant par les secrétaires des différentes antennes (qui dépendent de la direction administrative du service, et non du médecin) et en lisant le rapport annuel que chaque médecin est tenu de rédiger. La détermination des plannings est un moyen de contrôle supplémentaire. Dans un service interentreprises de la région parisienne, la question du programme des vacances fait l'objet de vifs débats au cours des années 2000. Alors que les secrétaires de chaque antenne fixent les visites médicales, en dialogue avec les médecins, la direction décide de confier cette tâche à un « service de rendez-vous centralisé », sorte de centre d'appel interne situé au siège du service, non loin du bureau de la directrice.

À partir de 2004, les médecins ont reçu un planning mensuel avec le nom et l'heure de convocation des salariés. Toute tentative de le modifier en fonction d'impératifs conjoncturels est devenue subitement extrêmement lourde. Cette réforme est très mal perçue par tous les médecins rencontrés, mais aucun retour en arrière n'est prévu. Évoquant le service de rendez-vous centralisé, le médecin Philippe M. y voit le signe que le « pouvoir de nuisance [de la directrice] est plutôt administratif »³⁹. Pour sa collègue Monique P.,

³⁹ Entretien avec Philippe M., janvier 2007.

« effectivement, il faut que les visites soient faites, parce qu'il y a un comptage financier. [...] Les médecins, si on pouvait leur faire faire des visites toute la journée et cinq jours sur sept, ça serait parfait, parce qu'au moins on saurait qu'ils sont dans leurs boulots, et on arriverait un peu à quantifier ce qu'ils font.⁴⁰ »

Si des médecins se plaignent de ces formes de contrôle quantitatif de leur activité, elles leur apparaissent généralement consubstantielles à l'exercice en service interentreprises, comme faisant partie du contrat de travail. Les velléités d'autonomie autour de la réalisation des visites sont rares et très mal perçues, comme en atteste *a contrario* l'histoire de Bernard M., médecin dans un service du sud de la France qui décide à partir de 2005 de ne plus réaliser les visites périodiques pour se concentrer sur d'autres types de visites plus utiles selon lui à sa mission de prévention⁴¹.

La liberté que s'octroie le médecin dans le choix des actes prioritaires ne manque pas de froisser le président du service, qui lui adresse dès novembre 2005 une mise en garde assortie d'une menace implicite de licenciement. La lettre du président évoque un « tri sélectif » inadmissible au regard de l'« objectif visites » qui selon lui s'impose à Bernard M., et parle d'insubordination :

« L'insubordination et la contestation permanente dont vous faites régulièrement preuve, depuis plusieurs mois, à l'égard des décisions prises par votre hiérarchie ne sauraient être davantage tolérées. [...] Le décret du 28 juillet 2004 prévoit qu'un médecin du travail à temps plein peut, au maximum, se voir attribuer : 450 entreprises à suivre ; 320 examens médicaux à réaliser ; 3300 salariés sous surveillance médicale. Ce médecin doit, en outre, réserver 150 demi-journées pour ses missions en milieu de travail. L'effectif de 2947 salariés qui vous a été attribué pour l'année 2005 est donc un effectif en-deçà de celui qui pouvait vous être demandé. Où est donc ce prétendu sureffectif auquel vous ne cessez de faire référence dans vos multiples correspondances [...] ? Nous sommes consternés de constater que vous avez seulement réalisé 46% de votre objectif visites au 3 octobre 2005, alors que vos collègues placés dans une situation comparable à la vôtre atteignent entre 70 et 80%. Vous comprendrez que nous ne puissions plus longtemps accepter que vous persistiez à effectuer un tri sélectif sur le travail qui vous est demandé et pour lequel vous devrez néanmoins rendre compte le moment venu. Votre statut de salarié et le lien de subordination qui en découle vous imposent de vous conformer aux directives qui vous sont données et de ne prendre aucune initiative qui ne relève pas directement de votre compétence.⁴² »

C'est également auprès des employeurs des entreprises surveillées que cette initiative passe mal, ceux-ci craignant de se retrouver dans une situation d'illégalité. En janvier 2008, Bernard M. se justifie dans une lettre qu'il adresse au directeur d'une entreprise de transport routier :

« j'ai le regret de vous faire savoir que je suis actuellement dans l'incapacité de satisfaire votre demande de rendez-vous pour visite médicale périodique d'un ou plusieurs de vos salariés. Je comprends parfaitement votre

⁴⁰ Entretien avec Monique P., janvier 2007.

⁴¹ Dossier de contentieux de Bernard M. (archives SNPST) et entretien avec Bernard M., avril 2009.

⁴² Lettre du président du service interentreprises à Bernard M., 3 janvier 2005 (archives SNPST).

souci de satisfaire aux exigences du code du travail, d'autant plus que ces visites sont, selon moi, d'une importance réelle en matière de prévention au travail, que ce soit pour les salariés classés en SMR ou SMS [surveillance médicale renforcée ou spéciale]. Toutefois, étant donné d'une part ma surcharge de travail, et d'autre part les recommandations données par le décret de juillet 2004 sur la réforme de la médecine du travail accompagné de sa circulaire en avril 2005, je suis amené à faire des choix dans mes tâches de travail.

Aussi, je me tiens à votre entière disposition pour : assurer les visites médicales d'embauche et de reprise, assurer les visites périodiques semestrielles pour les jeunes de moins de 18 ans, assurer les visites médicales faites à la demande du salarié qui souhaiterait me voir pour une raison bien particulière, assurer les visites médicales faites à la demande de l'employeur pour avis d'aptitude pour un salarié en difficulté à son poste de travail (nécessité d'accompagner cette demande d'une lettre explicative de l'employeur), venir dans votre entreprise afin de vous aider à mettre en place votre document unique [d'évaluation des risques] ou pour toute autre action préventive (étude de poste, etc.).⁴³ »

Malgré les contestations qui se réfèrent au code du travail ou au contrat de travail du médecin, celui-ci se tient à sa décision jusqu'à aujourd'hui, soutenu dans son combat par le médecin-inspecteur régional du travail (MIRT). Prenant au sérieux les allégations de sureffectifs, le MIRT a obligé les responsables du service à procéder à une évaluation de la charge de travail des médecins par un ergonomiste extérieur et leur a suggéré de recruter deux nouveaux médecins. Par plusieurs lettres, il a confirmé à Bernard M. son droit d'organiser son travail comme il le souhaite « dans le cadre des horaires obligatoires »⁴⁴, contribuant de fait à construire une définition des obligations salariales réduites aux seules horaires, alors que l'employeur prétend qu'elles englobent également un objectif de salariés à examiner.

A la fin de l'année 2008, au moins quatre autres médecins ont rejoint Bernard M. dans sa contestation du pouvoir patronal sur les visites⁴⁵. Leur histoire reste cependant exceptionnelle au regard de la grande majorité des médecins du travail qui acceptent de s'acquitter des objectifs quantitatifs qui leur sont fixés.

2. La place marginale de la coopération entre pairs

Sur le plan immobilier, les services interentreprises sont généralement dotés d'un siège et d'un réseau d'antennes médicales (aussi appelées « centres fixes ») afin d'être au plus près des entreprises adhérentes. Lorsque l'effectif dépasse trois cent salariés, les adhérents doivent avoir un cabinet médical sur site dans lequel le médecin du travail se déplace pour effectuer ses vacations. De

⁴³ Lettre de Bernard M. au directeur de la société « Transports M. », 3 janvier 2008 (archives SNPST).

⁴⁴ Lettre du MIRT à Bernard M., 12 février 2008 (archives SNPST).

⁴⁵ Entretien avec Bernard M., juin 2009.

nombreux services interentreprises ont également des camions de médecine du travail, qui se déplacent notamment sur les chantiers de construction en l'absence de locaux dédiés aux examens médicaux.

Ainsi, à la fin des années 2000, le service ACMS emploie environ 350 médecins du travail dans environ 200 centres fixes dispersés dans toute l'Île-de-France. Le service est également en possession d'une cinquantaine de camions sur lesquels les médecins sont affectés par roulement, les conditions de travail y étant plus dures qu'en centres fixes. Dans un service plus petit mais néanmoins important, l'Association d'hygiène industrielle de Gironde, 95 médecins sont répartis dans une quarantaine de centres fixes et 4 unités mobiles. Enfin, dans le nord de la France, l'Association santé travail 62-59 emploie 85 médecins du travail répartis sur 16 centres.

Du fait de cette organisation éclatée, chaque antenne médicale n'est fréquentée que par quelques médecins qui se comptent généralement sur les doigts d'une main. La proportion élevée de praticiens à temps partiel diminue encore les plages où ils sont en co-présence ; il n'est pas rare qu'un médecin du travail passe plusieurs semaines dans son centre fixe sans croiser l'un de ses pairs.

Dans le service interentreprises de la région parisienne où j'ai réalisé une enquête ethnographique approfondie, une cinquantaine de médecins sont répartis sur une trentaine de centres fixes répartis dans plusieurs départements. Les antennes sont occupées par trois médecins au maximum, le plus souvent « un et demi » voire un. Les médecins rencontrés témoignent de leur intense sentiment d'isolement :

« c'est vrai qu'on est un peu isolés. Bon, là, j'ai une collègue, mais qui n'est là qu'une fois par semaine, j'ai une autre collègue qui passe un peu... mais on peut très bien être très isolé, et ne voir personne. [...] Nous on est tous un peu isolés. C'est un peu le reproche qu'on pourrait faire [au service]. Bon après c'était la volonté [du service] de couvrir le maximum de territoire, parce que comme ça on peut avoir une antenne à P., une antenne à A. – qui ne sont pas très très loin, mais pour les employeurs, c'est toujours mieux que l'antenne soit la plus proche possible. Mais bon, c'est au détriment du travail en collégialité avec les collègues. » (Philippe M.)⁴⁶

« On se voit très peu. On ne se voit que – là par exemple, vendredi, il va y avoir les voeux [de nouvelle année], mais bon ce n'est pas un endroit pour... il y a des réunions de travail, il y a des groupes de travail, mais il faut s'y inscrire à l'avance, c'est très compliqué, là par exemple, on nous dit, si ça vous intéresse vous venez, mais c'est le jeudi après-midi, moi le jeudi après-midi je suis avec des vacances, avec une secrétaire à mi-temps et qui ne changera pas son horaire, donc je n'irai pas. [...] [Je vois] les médecins de P. mais très peu, très très peu. » (Chantal L.)⁴⁷

⁴⁶ Entretien avec Philippe M., janvier 2007.

⁴⁷ Entretien avec Chantal L., janvier 2007.

« En pratique c'est vrai que je suis *très très* isolé. Très isolé, donc en général c'est par téléphone que j'ai les gens. » (Patrick P.)⁴⁸

Il est très rare que deux médecins du service aient l'occasion d'échanger des informations ou des interrogations sur le cœur de leur activité quotidienne. Comme dans tous les services, le travail est organisé de telle façon à ce que chaque médecin ait en charge de manière exclusive un portefeuille d'entreprises et de salariés. À aucun moment les dossiers ne sont mis en commun, et la « passation » d'un territoire d'un praticien à son successeur est inexistante ou peu formalisée, permettant d'échanger tout au plus des informations générales sur les grandes entreprises. Par ailleurs, le transfert d'entreprises d'un médecin à un autre se fait selon des logiques administratives (par exemple il faut « dégager un mi-temps » dans une antenne pour tel nouveau médecin) plutôt que médicales. C'est ce type d'épisode que raconte Patrick P., qui travaille dans le service depuis une dizaine d'années :

« on a une collègue qui est restée pendant deux mois et demi, elle est partie pendant sa période d'essai, parce qu'elle a déménagé beaucoup plus loin. Comme elle déménageait, elle ne s'est pas beaucoup investie, et j'ai eu la joie de voir que les dossiers dont je m'étais occupé avant qu'elle n'arrive étaient rigoureusement restés au point mort quand elle est repartie. Et je les ai traités en un mois. Il y avait au moins neuf dossiers à traiter. Voilà. Et après donc on s'est retrouvés à deux collègues, on se partageait mollement les sociétés, puisque l'autre collègue s'occupait d'un énorme groupe de sociétés.⁴⁹ »

Dans ce service francilien, il existe cependant des instances collectives permettant aux médecins de se réunir périodiquement, connues sous l'appellation générique de « groupes de travail ». Ces groupes réunissent des médecins volontaires pour travailler collectivement sur un thème particulier, généralement une activité ou un risque particuliers. Au sein de ce service, il existe au moment de l'enquête des groupes sur les intérimaires, les services de nettoyage, le bruit, les horaires de nuit, les cancers professionnels ou encore les personnels de crèche. Par la longueur de la liste, ce service semble l'un des plus dynamiques de France sur ce type d'activités ; plusieurs médecins expliquent cependant que certains groupes ne se sont pas réunis depuis plus d'un an, et la périodicité des autres ne dépasse jamais celle d'une réunion tous les quelques mois.

Certains médecins rencontrés affichent leur mépris pour les activités collectives qu'ils assimilent à un moyen de fuir les vacances, comme Daniel B. :

⁴⁸ Entretien avec Patrick P., mai 2007.

⁴⁹ *Ibid.*

« Moi les vacances j'aime ça, j'aime voir les gens. J'ai beaucoup de collègues, s'ils font partie de beaucoup de – ça ils ne vous le diront pas – mais de beaucoup de groupes et de machins, c'est parce qu'ils n'aiment pas les consultations, ça les fait chier. Ils préfèrent être en réunion, voilà... On fait du vent, mais c'est pas grave. Bon, attends, c'est personnel, ce que je dis ! Moi j'ai des collègues, on s'inscrit à tous les groupes, les machins, ce qui compte c'est de faire le moins de vacances possible.⁵⁰ »

Dans ce service, environ la moitié des médecins sont inscrits dans des groupes de travail. Ceux-ci sont l'occasion pour eux de cibler certaines entreprises et certains postes au sein de leur portefeuille, en accord avec la thématique retenue. Au regard des effectifs concernés, le temps consacré par les médecins à ces projets collectifs est surprenant, d'autant plus lorsqu'on pense aux objectifs quantitatifs élevés qu'ils doivent respecter dans leur activité quotidienne.

J'ai eu l'occasion de suivre Philippe M. dans un projet collectif sur les contraintes posturales des travailleurs de crèches et de haltes-garderies⁵¹. La temporalité de ce projet qui regroupe cinq médecins et un ergonome est très longue : conçu lors d'une réunion en septembre 2005, il débouche sur une présentation finale des résultats plus de trois ans après, en mai 2009. Les diapositives de la réunion préparatoire de 2005, préparées par le médecin-coordonateur et l'ergonome du service, utilisent le vocabulaire ambitieux du management par projets, caractérisé par la thématique de l'action : « plan d'action », « objectifs », « acteurs », « s'accorder pour agir ensemble », « maîtriser », « transformer »...

Comme les autres médecins, Philippe M. a l'autorisation de consacrer un tiers de son « tiers-temps » pendant trois mois à cette activité. Il visite au final une dizaine d'établissements dans ce temps, à contraster avec l'effectif total d'entreprises qu'il doit théoriquement surveiller chaque année qui avoisine les quatre cents. Je l'accompagne lors de quatre déplacements en crèche au cours desquels il fait passer un questionnaire aux salariés. Celui-ci, long d'une page, porte uniquement sur les tâches, postures et douleurs pouvant être liées à des troubles musculo-squelettiques. Les entretiens avec les salariés auxquels j'ai assisté (une quinzaine) sont longs et dérivent souvent loin du thème du questionnaire. Lors d'une séance de deux heures environ, le médecin ne voit au plus que cinq salariés, s'autorisant ainsi un rythme plus lent que lors de ses vacances (pendant lesquels il reçoit douze salariés en trois heures et demie).

Lors de la présentation des résultats en mai 2009, les personnels de crèche présents se disent très satisfaits. Le traitement statistique des questionnaires a permis d'identifier des pénibilités

⁵⁰ Entretien avec Daniel B., janvier 2007.

⁵¹ Observations effectuées pendant l'hiver 2007-2008, puis en mai 2009 pour la présentation des résultats.

récurrentes liées à certaines tâches, et une nouvelle disposition ergonomique de certains postes et équipements a été proposée aux directions d'établissement, sans engagement de leur part toutefois du fait du coût des modifications à apporter.

Par plusieurs aspects, le projet sur les crèches est représentatif des enjeux de ce type de groupe de travail dans les services interentreprises. L'investissement des médecins concernés sur un projet de faible envergure leur donne la satisfaction de bien faire leur travail, au contraire de leur activité routinière où ils doivent abandonner des dossiers et sacrifier des visites d'entreprise faute de temps ; de ce fait, ces projets sont l'occasion de mettre en scène l'efficacité médicale. Par ailleurs, ces projets permettent aux praticiens de se préoccuper de questions de technique médicale (dangerosité d'un poste, modes de prévention) plutôt que des considérations stratégiques éreintantes propres à l'exercice de la médecine du travail (persuader ou contraindre l'employeur, gagner la confiance du salarié, établir des priorités au sein de portefeuilles démesurés). Enfin, la présentation finale des résultats se fait sur le mode d'une communication de congrès ou d'un article dans une revue professionnelle, apportant aux médecins et au service une visibilité et une légitimité supplémentaires dans le champ de la médecine du travail. Les réformes des années 2000 incitant à une action de prévention « pluridisciplinaire » ont d'ailleurs contribué à multiplier ces groupes de travail ; l'un des médecins rencontrés explique que les projets collectifs sont très bien vus par les directions régionales du travail, et aident à obtenir un renouvellement rapide de l'agrément du service.

Au final, on doit cependant remarquer que ce type de travail collectif n'occupe qu'une part réduite du temps de travail de la plupart des médecins, et surtout qu'il est centré sur des aspects périphériques du métier par rapport aux exigences des directions. Dans les services interentreprises, l'organisation du travail n'est pas prévue pour qu'un médecin du travail de service interentreprises qui s'interroge sur des dossiers de sa pratique quotidienne puisse échanger de manière routinière avec ses pairs, sauf si des circonstances particulières lui permettent de nouer des liens d'amitié avec un collègue. Les médecins qui souhaitent s'engager dans de telles interactions sont contraints de se tourner vers des organisations professionnelles extérieures au service (associations professionnelles, sociétés savantes, syndicats), ce qu'ils ne sont qu'une minorité à faire.

3. L'importance de la relation médecin-secrétaire

L'enquête ethnographique a permis de révéler un autre aspect de la pratique médicale qui est essentiel pour la construction d'une autonomie professionnelle : la relation des praticiens avec les secrétaires de centres. Un médecin du travail ne peut construire une autonomie durable sans avoir établi un rapport de confiance et de collaboration avec sa secrétaire⁵². Inversement, les secrétaires sont généralement subordonnées à la hiérarchie administrative du service, plutôt qu'aux médecins avec qui elles travaillent, ce qui donne un levier aux directions de service pour peser sur le contenu de l'activité médicale.

Dans le service francilien où j'ai enquêté, les médecins regrettent de ne plus pouvoir utiliser la fixation des horaires de visite comme prétexte pour prendre contact avec les employeurs, depuis la réforme du service de rendez-vous centralisé. Les salariées du service centralisé sont sommées de s'acquitter de leurs tâches de manière standardisée et impersonnelle – il serait difficile de faire autrement, avec la masse de rendez-vous à fixer – alors que les secrétaires médicales utilisaient chaque appel téléphonique pour recueillir des informations sur les entreprises et pour tenter d'établir une relation de confiance avec leurs interlocuteurs. En outre il n'est plus possible d'aménager les horaires de convocation des salariés à la demande d'un employeur, pratique jusque-là couramment réalisée sur le mode du don qui permettait d'espérer un contre-don ultérieur. C'est ce qu'explique Daniel B. :

« l'avantage aussi d'une secrétaire, au début que j'étais là c'était comme ça : la secrétaire, mine de rien, elle connaît les boîtes, elle voit les gens, alors que celle qui est [au siège] elle ne connaît pas les boîtes, donc en fait... Puis avant, comment ça se passait, la secrétaire téléphonait à une boîte, et disait, "eh bien voilà, ça vous va le rendez-vous de tel jour à telle heure ?". Maintenant ce n'est plus comme ça, maintenant on envoie des faxes, avec des heures de rendez-vous. Et puis ça, ça devient... Vous allez convoquer un chauffeur-routier, vous allez le convoquer à 10h et demie du matin. Vous savez pertinemment qu'il ne viendra pas, ce n'est pas possible. Soit c'est 8h et demie, soit c'est 16h30 le dernier rendez-vous. Parce qu'il part le matin, vu qu'il est parti faire sa tournée il ne va pas revenir ici pour venir à la visite médicale. Donc autant la secrétaire qui connaît les entreprises le sait, autant [au siège] elles ont 4 médecins à gérer, elles ne connaissent pas les boîtes. [...] Pas plus tard que ce matin – parce que les plannings sont faits avec un mois et demi d'avance – j'apprends ce matin que j'ai un CHSCT le 26 février, on est quand même le 24 janvier, le 26 février, les plannings sont déjà faits. Plutôt que de dire à la secrétaire, "eh bien, le 26 février tu m'annules la vac [vacation] parce que j'ai un CHSCT", donc, il faut en référer à X., qui va en référer à Y., qui va en référer à ceci à cela, voilà. Non mais, c'est une machine à gaz.⁵³ »

⁵² Je n'ai rencontré aucun cas de secrétaire homme pendant mon enquête.

⁵³ Entretien avec Daniel B., janvier 2007.

Daniel B. explique avoir envoyé sa lettre de démission quelques jours avant notre rencontre du fait de dissensions tenaces avec la direction sur le rôle des secrétaires. Il était très satisfait d'avoir développé une relation de collaboration avec sa secrétaire, et n'a pas supporté que la direction décide de la remplacer par deux secrétaires à mi-temps :

« moi je n'ai bossé qu'ici et qu'à Saint-Pierre, donc j'ai toujours travaillé en binôme. Moi je pense qu'il faut travailler en binôme. [Le service], *a priori*, ils s'en foutent. [...] Pour moi ce n'est pas une secrétaire, c'est une collaboratrice. Bon mais ce n'est pas le cas partout, moi si c'est juste une secrétaire pour qu'elle fasse les analyses d'urines, etc., ça ne sert à rien. Nous on a travaillé, j'ai travaillé avec ma secrétaire, qui n'est pas là aujourd'hui, parce que, bon, elle, on lui a interdit de travailler le mardi et le mercredi ici. [...] On a bossé trois ans ensemble, on n'était que tous les deux ici, donc il n'y avait pas d'autre médecin, on n'était que deux, ça marchait formidablement, donc pour moi, ma secrétaire, c'est elle qui tient mon agenda, qui me dit "tiens t'oublies pas qu'aujourd'hui t'as ceci, que lundi t'as cela". Actuellement j'ai deux demi-secrétaires, donc moi pour moi c'est pas du boulot, c'est tout.⁵⁴ »

Au-delà de ce cas de bonne collaboration, l'enquête a également mis en lumière de nombreux cas où les médecins du travail sont en conflit avec leurs secrétaires. Le désaccord surgit alors toujours d'une concurrence entre le pouvoir administratif et le pouvoir médical. Ainsi, Monique P. explique qu'elle est en conflit avec sa secrétaire du fait que cette dernière n'accepte que les consignes qui sont issues de l'encadrement administratif :

« tout est organisé pour que nous n'ayons aucun lien – c'est-à-dire pour que la main-mise sur nos assistantes soit toujours faite par le pool administratif. C'est-à-dire, nos secrétaires ne sont pas nos assistantes, elles font partie du pool administratif. C'est une vision qui à mon avis est complètement aberrante. [...] Demander à une secrétaire de rédiger une lettre, c'est quasiment mission impossible. Parce que, bon, elle aura toujours quelque chose à faire, ceci, cela... [...] Ma secrétaire prépare les salariés, accueille les salariés, et les prépare pour la visite, c'est tout. Et après, elle fait énormément de tâches administratives demandées par la direction.⁵⁵ »

Chantal L. est également en conflit avec sa secrétaire qui ne l'assisterait en aucune façon⁵⁶. Pour illustrer son propos, le médecin me montre la fiche de poste relative au secrétariat médical rédigée par la direction (le poste y est désigné sous l'intitulé « responsable de centre fixe »). L'item « frappe des courriers et rapports des médecins » n'arrive qu'en seizième position de la liste de tâches, classées par ordre d'importance. Chantal L. explique que cela fait trois ans que sa secrétaire n'a pas participé à la rédaction de son rapport annuel d'activité. S'étant renseignée sur les possibilités de

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ Entretien avec Monique P., janvier 2007.

⁵⁶ Entretien avec Chantal L., janvier 2007.

changer de secrétaire, elle a compris qu'en cas de désaccord, la direction préférerait muter le médecin plutôt que la secrétaire :

« elle est "responsable de centre". Donc vous, en tant que médecin, alors que vous avez fait toutes vos fiches d'entreprise, que vous êtes dans des situations difficiles, etc., de négociations, etc., dès le lendemain, on vous dit "mais docteur, vous allez dans l'autre centre". Et tout est à reprendre. Ça ne se déboulonne pas, une secrétaire. C'est en ça que je vous dis, c'est ça qui me fait drôle. Mais je n'ai pas envie d'avoir de rapports de hiérarchie ni d'autorité. [...] Une secrétaire qui ne connaît pas du tout les entreprises, qui n'en n'a rien à foutre, qui ne sait même pas les codes, qui ne connaît pas les numéros, les adresses, etc., et qui ne sait pas les effectifs etc., elle va rester, et le médecin qui est au courant de tout, qui a fait tout le boulot etc, il va être changé. [...] Moi, j'ai un conflit fermé, puisque, s'il y a des conflits ouverts, c'est qu'il y en a des fermés, je suis en conflit fermé avec ma secrétaire. Mais, s'il ouvre, c'est moi qui part... je suis sûre.⁵⁷ »

Un entretien effectué avec une secrétaire médicale permet de donner un autre éclairage sur la question des rapports médecins-secrétaires. Ainsi, Christine J., en poste depuis vingt ans dans le service francilien, raconte avoir beaucoup apprécié collaborer avec certains médecins qui partageaient avec elle des informations sur les salariés ou les sociétés et lui déléguaient certaines visites en entreprise⁵⁸. Pour elle, la délégation des convocations à un service centralisé représentait *a priori* une aubaine ; cependant, la direction en a profité pour lui assigner davantage de travail administratif :

« pour [les médecins], le fait de pouvoir maîtriser les appels et les rendez-vous, si on nous retirait ça, ils perdaient une part de liberté, eux-mêmes. Parce qu'en fait, maîtriser des rendez-vous difficiles, des reprises, des cas un peu particuliers, des rendez-vous à la demande du médecin, ça c'est quelque chose qu'ils voulaient qu'on organise nous-mêmes. Alors, quand le système de mise en place d'un service de convocations centralisé a eu lieu – maintenant ça fait quoi, j'ai du mal à apprécier dans le temps, peut-être cinq ans, que ça a été mis en place ? Alors ils avaient commencé avec certains centres, et je voulais faire partie de ceux qui allaient rapidement faire partie d'un pôle de convocations. Et ça a été très mal vu des médecins. [...] Ça a été très long, et les personnes qui étaient en place n'étaient pas forcément, comment je peux dire, peut-être bien formées, ou très motivées, enfin toujours est-il que ça a été difficile. [...] J'ai eu beaucoup de difficultés, moi-même, avec les personnes chargées des convocations. En fait, tout ce qu'on demandait n'était pas appliqué. Il a fallu accepter. Il a fallu l'accepter, d'un autre côté moi j'étais ravie de ne plus m'occuper des convocations. Et je pouvais mettre en place autre chose. Mais alors, au lieu de mettre en place autre chose, eh bien il s'est avéré que le temps du secrétariat que j'avais, vu que les secteurs s'agrandissaient, on avait de plus en plus d'adhérents, eh bien, à la place, j'avais des vacations [à gérer]. [...] Ça ne suffisait pas, il a fallu qu'on rajoute des doubles vacations. Alors là, ça a été, pour moi, pareil, j'ai contesté les deux vacations, mais on l'avait testé avec des secrétaires qui elles trouvaient que

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ Entretien avec Christine J., novembre 2006.

ça allait. Moi, j'attache beaucoup d'importance à l'accueil. L'accueil physique. Et, l'accueil physique, je pense que, accueillir dans des bonnes conditions un salarié, c'est déjà faciliter l'accueil avec le médecin, les rapports avec le médecin du travail, et la confiance, et l'importance de notre rôle. Alors que les doubles vacations, ça veut dire deux médecins, avec en un quart d'heure, gérer la même chose avec deux médecins qu'avec un, alors ça veut dire, accueillir le salarié, remplir le dossier, lui faire faire un examen d'urine, et après, lui faire faire, parce que ça ça a été rapidement mis en place, un examen visuel, visiotest. Et après, audio, audiotest, je devais faire des audios, aussi. Et tout ça, dans un temps très réduit. Mais c'était ingérable! Et moi je ne pouvais pas supporter, ou alors il fallait carrément éliminer le visiotest, et c'était l'usine, quoi, et je ne pouvais pas recevoir correctement les salariés. Bon, je l'ai vite signalé, ça, mais bon, on m'a aussi vite fait comprendre que c'était comme ça.⁵⁹ »

À un autre moment de sa carrière, Christine J. a eu elle-même un grand conflit avec un médecin qui ne lui déléguait aucune tâche relative à la surveillance des entreprises. Leurs rapports se dégradant progressivement, la direction a tenté selon l'usage de le muter dans un autre centre, mais aucun autre médecin de l'association n'était disposé à changer d'affectation. C'est finalement Christine J. qui a proposé de changer elle-même de centre, ce que la direction a accepté.

On peut constater que l'ambiguïté des tâches prescrites et la double dépendance des secrétaires – qui sur le papier répondent à leur direction, mais sont engagées au quotidien dans des relations d'interdépendance avec les médecins – ne facilite pas les relations entre médecins et secrétaires. Le simple fait que les médecins les qualifient de « secrétaires », ce qui les renvoie notamment à leur niveau de qualification, alors que la direction les nomme « responsables de centre », est en soi la marque d'un écart de définition qui ouvre une brèche à la direction pour exercer une influence indirecte dans les activités quotidiennes des centres fixes. Formellement libres de toute attache hiérarchique, les médecins sont soumis à des logiques administratives par le biais des salariés avec lesquels ils collaborent au quotidien.

4. Des salariés méfiants

Les salariés qui mettent le pied dans le cabinet médical sont là parce qu'ils ont reçu une « convocation » les intimant de se rendre à un examen médical obligatoire, avec un praticien qu'ils ne peuvent ni choisir ni récuser. Ils ne savent pas jusqu'à quel point ils ont intérêt à confier des informations sur leur état de santé à un professionnel dont ils connaissent généralement mal le statut et qui pourrait manquer de discrétion, ou encore déclarer leur inaptitude. S'y ajoute le doute sur les qualifications réelles du médecin du travail, qui est répandu y compris dans les franges du salariat les moins familières de l'enseignement universitaire. Tous ces éléments expliquent la grande

⁵⁹ *Ibid.*

méfiance de la plupart des salariés vis-à-vis du médecin du travail . En conséquence, ce dernier ne peut s'appuyer sur eux qu'en gagnant leur confiance au moyen d'un travail long, incertain et sans cesse recommencé.

Le caractère obligatoire de la visite et le choix contraint du praticien sont en partie compensés par le fait que la visite médicale est gratuite, comme en témoignent en particulier les praticiens qui ont connu le paiement à l'acte dans une vie antérieure. Chantal L. explique le grand confort de ce mode de financement :

« moi, ce qui m'a plu dans la médecine salariale, c'est-à-dire que moi j'avais fait des études en tant que salariée finalement, c'est-à-dire que j'avais vraiment le contact avec les gens, sans parler d'argent. Et je ne me posais pas de questions, de savoir combien ça coûtait. [...] En médecine libérale c'était terrible, ça. Et, c'était terrible d'avoir cette... "bon combien je vous dois docteur" [*elle rit*] le fait de dire ce que j'ai à dire, de faire ce que j'ai à faire, sans avoir à me dire, ou sans que l'autre dise, "ouh là là pourvu qu'elle soit en conventionné, pas conventionné, comment je vais faire", ça c'est extraordinaire. »

À en croire les médecins rencontrés, la plupart des salariés ne savent pas que les services de médecine du travail sont gérés par les employeurs. Chantal L. raconte qu'il ne lui est arrivé qu'une ou deux fois qu'on lui reproche d'être « à la botte du patron » :

« Donc de toute façon on ne me fera pas confiance. Alors là, il faut discuter, pour remettre les choses en place, et dire, non bon, peut-être que le MEDEF paye la médecine du travail, mais...⁶⁰ ».

René S. explique que lorsque des salariés lui reprochent d'être employé par le patronat, il se plaît à leur répondre par une pirouette : « ah parce que vous, ce n'est pas un patron qui vous paye, peut-être ? »⁶¹.

Les premières minutes des consultations marquent généralement le ton de l'ensemble de l'interaction. Patrick P. raconte qu'il a un rituel immuable lors des vacations :

« Quand je reçois les gens ça commence toujours par un bonjour monsieur, bonjour madame. C'est un peu le langage police, comme je l'appelle, mais ça permet déjà de voir que les gens, ils sont reçus, il y a une correction, il y a une manière de faire. Je les fais rentrer en cabine, je leur explique qu'il faut bien fermer le verrou. »

Le médecin, dont les étagères regorgent de guides de conversation en différentes langues plus ou moins rares et de livres sur les cultures étrangères, m'explique combien quelques références à la culture du salarié peuvent faire beaucoup pour installer un rapport de confiance pendant l'entretien.

⁶⁰ Entretien avec Chantal L., janvier 2007.

⁶¹ Entretien avec René S., octobre 2006.

Il se permet d'employer des formules de salutation dans la langue des salariés, dont les nationalités sont très variées dans son secteur :

« Quand je reçois les gens, hommes, femmes, quelle que soit l'origine, je m'en fous. La consultation sera pour le cadre du travail la même pour tous. Ce qui ne m'empêche pas du tout, quand je vois un Malien, de plaisanter avec lui sur ses origines, de lui demander si c'est un Bamanankan de Bamako, si c'est, comme une majorité des travailleurs qu'on a ici, des Maliens de la régions de Kaye, donc de la région Soninke, de pouvoir parler de la particularité des Peuls avec un Traore, qui est un nom d'origine peule, et ainsi de suite, voyez, de faire des distinctions. De parler du Cambodge, de faire des petites allusions, vous avez des gens qui, vous leur demandez, le papa, la maman? – Ah ils sont décédés – Ils sont décédés il y a longtemps ? – C'était pendant les Khmers rouges... – Oui je sais, votre pays a passé des périodes terribles, et vous-même, est-ce que vous dormez la nuit, est-ce que vous y pensez encore ? Voyez, ça s'appelle l'humanité, tout simplement.⁶² »

La confiance des salariés se gagne également en dehors du cabinet médical, lorsque le médecin du travail se déplace sur le lieu de travail. La méconnaissance d'un procédé technique, le caractère irréaliste d'une mesure de prévention sont des éléments qui sont portés à la décharge des praticiens. Patrick P. explique combien il est important de montrer qu'on maîtrise les données techniques d'un secteur particulier, voire d'y engager personnellement son propre corps comme lorsqu'il conseille les bagagistes d'un aéroport dont il assure la surveillance médicale :

« les salariés qu'on a en face de nous, le médecin ils vont le juger. Docteur, vous nous racontez ça, mais ce n'est pas vous qui les portez, les bagages. Eh bien, manque de pot pour eux, moi j'ai une hernie discale, j'ai fait une embo-sciatique du feu de dieu avec une quasi-paralysie de la jambe droite, eh bien malgré tout avec les [formations] « Gestes et postures », je vais soulever les bagages avec eux, en conditions réelles. Je peux vous garantir que les gars après, je ne les entends plus moufter. Quand ils viennent en consultation, ils disent “ah c'est vous qui êtes monté dans le...?” Eh oui, je suis monté. J'ai été mesurer, Monsieur. C'est vrai, vous avez raison, les soutes de Fokker 70 c'est l'horreur, on est obligé d'être allongé sur le dos les genoux pliés, et de faire passer les bagages par-dessus soi.⁶³ »

En gagnant la confiance de certains salariés, les médecins transmettent leurs préconisations de prévention au sein de l'entreprise et augmentent la probabilité qu'elles soient appliquées. Lorsque l'entreprise est dotée d'un CHSCT, les médecins ont ainsi tout intérêt à gagner l'oreille d'un élu syndical, qui seul a le droit de vote et le pouvoir de contraindre l'employeur à certaines modifications de l'organisation du travail, contrairement au médecin qui n'a qu'une voix consultative. De nombreux praticiens reconnaissent préparer des séquences de CHSCT en amont, afin qu'un élu aborde une question cruciale et soit immédiatement appuyé par un constat médical,

⁶² Entretien avec Patrick P., mai 2007.

⁶³ *Ibid.*

ou l'inverse. C'est ce que met en scène René S. lorsque, sur le ton de la plaisanterie, il appelle un élu de CHSCT devant moi pour lui demander si je peux assister à la prochaine séance :

« Allo ? M. Robert ?... C'est le Dr. S. votre ami... Ah vous n'avez pas l'air enchanté de m'entendre... Oui, bon voilà... En fait je vous téléphone pour deux raisons. La première raison, c'est que – en fait j'avais aussi relancé M. J., on n'a pas défini les programmes de visites de chantiers... [...]. Et la deuxième raison, c'est – enfin là je vous parle à vous, mais il faudrait demander à M. L. [le directeur de l'entreprise] quand même mais... Est-ce que – donc le 22 y a bien un CHSCT ? Le 22 novembre... Voilà. Est-ce que je pourrais – est-ce que vous pensez c'est possible que je vienne accompagné d'un étudiant en sociologie, qui travaille sur la santé au travail, la médecine du travail, qui serait donc très intéressé par voir comment se passe un CHSCT ? [...] il va venir comme observateur pour voir comment ça se passe, et justement je pense qu'il ne souhaite pas intervenir, pour ne pas modifier le, si vous voulez le déroulement normal, qu'on se comporte pas différemment, parce que il est là... Oh, mais non mais je pense que, non mais oui, ça c'est vrai que M. L., il aura peut-être pas le même comportement que la dernière fois. Mais bon, la dernière fois il était un peu désagréable vis-à-vis de vous mais c'était, c'est pas toujours, quand même?... Non mais la fois d'avant il n'avait pas trop rien dit... Je ne me souviens plus trop, si? Mais pourquoi il vous hait?... [...] Bon je vais appeler M. L. quand même, je ne sais pas si... Ouais mais lui il est moins décontracté que vous. Non mais je dirai à M. L. les choses comme elles sont, que c'est un étudiant, qu'il faut que tout le monde ait un comportement normal, je vais dire à M. L. que même que ce serait bien qu'il vous engueule comme d'habitude, quoi. Hein. Comme ça ça fera bien... Bah oui sinon il aura une image fausse, quoi...⁶⁴ »

La légèreté du ton contraste avec les résultats de l'action du médecin lors de la séance de CHSCT de cette entreprise de travaux publics, à laquelle j'assiste⁶⁵. Sont présents le directeur de l'entreprise, trois directeurs de site, un chef de chantier, plusieurs ouvriers et quatre médecins du travail dont René S.. La réunion dure plus de trois heures et est principalement marquée par le très fort conflit qui, comme l'avait prédit le médecin, oppose le directeur de l'entreprise au secrétaire du CHSCT, notamment au sujet de la qualité de la rédaction des procès-verbaux de réunion. René S. ne prend jamais ouvertement parti pour le secrétaire, mais ses interventions sont ponctuées par l'approbation de la délégation syndicale, qui atteste de leur confiance envers le médecin. Pendant la séance, celui-ci s'informe du sort d'un salarié accidenté, déclare qu'une exposition brève à l'amiante suffit parfois à provoquer un cancer de la plèvre et rappelle à l'employeur qu'il est tenu de prendre en charge une surveillance post-exposition des salariés ayant travaillé avec l'amiante. Le tout sera consigné dans le procès-verbal par le secrétaire du CHSCT.

⁶⁴ Entretien avec René S., octobre 2006.

⁶⁵ Observation d'une séance de CHSCT d'une entreprise de travaux publics, novembre 2006.

Cependant, tous les médecins rencontrés ne se préoccupent pas de gagner la confiance des salariés. Le contexte institutionnel du rapport entre médecin du travail et salarié instaure un rapport de domination qui permet de s'affranchir de considérations sur la confiance : que le salarié soit en confiance ou non, il n'a d'autre choix que de subir l'examen médical et les avis du médecin. Face à la difficulté d'être efficace dans les actions en entreprise, certains médecins restreignent leur territoire d'intervention au cabinet médical, où ils savent qu'ils sont en position de pouvoir, à l'instar de ce praticien qui me déclare qu'il se « contente de faire le contrôle technique du salarié »⁶⁶.

La question de la nudité est un bon indicateur des différences de pratique, comme le souligne notamment Daniel Bachet⁶⁷. Parmi les enquêtés, alors que des médecins comme Patrick P. accueillent les salariés habillés avant de les inviter à se dévêtir, d'autres choisissent de rencontrer les salariés à la sortie de la cabine lorsqu'ils sont en sous-vêtements. Dans certains cas les salariés entrent dans le cabinet médical avec leur pot d'urine à la main. Les examens réalisés par la secrétaire avant le passage dans le cabinet médical jouent également un rôle dans l'atmosphère de la visite. Christine J., secrétaire médicale, explique que l'un des médecins avait qui elle a travaillé lui avait confié la tâche de l'examen d'urine, avec des consignes très précises :

« Il fallait que je demande aux personnes de recueillir les urines en milieu de jet. Ce n'était pas possible. On est dans la prévention, on n'est pas là pour poser un diagnostic, on ne va pas... Donc, pour lui, c'était indispensable, il fallait ça. Et bon, moi au départ, j'étais d'accord sur le fait que *lui* avait besoin de cet élément, moi je n'étais pas d'accord, mais j'avais trouvé une solution, c'était, à ce moment-là, de le noter dans les toilettes. [...] Mais finalement ça ne lui convenait pas encore. [...] Alors bon, c'était assez pesant, et puis il avait placardé ça partout dans les toilettes, devant, derrière, sur le côté, partout, et, bon, et ça ne suffisait pas, il fallait que je demande aux personnes de lire, surtout ne pas oublier de lire ce qui était indiqué.⁶⁸ »

Quel que soit le médecin auquel ils ont affaire, les salariés peuvent avoir vécu ce type de situation humiliante avec d'autres praticiens, ou en avoir entendu parler autour d'eux. Cela ne fait qu'augmenter leur méfiance *a priori* vis-à-vis de la médecine du travail.

5. L'impuissance d'un simple « conseiller » de l'employeur

Le Code du travail est ambigu sur la mission et les pouvoirs du médecin du travail : défini d'une part comme simple conseiller des parties en présence dans l'entreprise, on attend néanmoins de lui

⁶⁶ Croisé dans les couloirs d'un service à l'automne 2006, ce médecin n'a pas accepté de me recevoir pour un entretien.

⁶⁷ Daniel BACHET, « Les ambivalences d'une institution en quête de légitimité : le cas de la médecine du travail », *op. cit.* ; Daniel BACHET, « Des pratiques professionnelles sous tension. L'examen clinique des salariés en médecine du travail », *op. cit.*

⁶⁸ Entretien avec Christine J., novembre 2006.

d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». L'objectif est clair, sans que les moyens nécessaires pour l'atteindre soient réunis. La réussite d'une action de prévention dépend de la capacité du médecin à utiliser les circonstances ou à faire preuve de stratégie afin de se doter d'un pouvoir sur le seul responsable de l'organisation du travail, l'employeur, sachant que ce dernier est en droit d'ignorer les préconisations du praticien.

Les médecins du travail rencontrés ont tous fait l'expérience de la difficulté de faire des visites d'entreprise, quand bien même les textes leur garantissent le droit d'arriver à l'improviste. Face à des employeurs étonnés ou hostiles, les praticiens vivent la sensation peu agréable de devoir « mettre le pied dans la porte », à la manière de VRP de la santé. C'est ce qui ressort par exemple de l'évocation par Chantal L. de sa première visite d'entreprise, au début des années 2000, alors qu'elle arrive en médecine du travail après une quinzaine d'années d'exercice en tant que médecin spécialisé dans le maintien dans l'emploi des handicapés⁶⁹.

Après son recrutement, la direction lui annonce qu'elle surveillera environ trois mille salariés issus de plus de trois cent entreprises, effectif qui lui semble alors démesuré, mais qui est pourtant dans la norme nationale. Elle reçoit un planning spécifiant ses demi-journées de vacations et ses demi-journées de tiers-temps, ainsi qu'une liste d'entreprises d'une quinzaine de pages. La seule indication sur l'activité des entreprises est leur code NAF (nomenclature d'activités française), dont les médecins doivent rechercher eux-mêmes la signification.

Ne sachant comment procéder, Chantal L. se contente d'abord de recevoir les salariés, une douzaine par demi-journée, selon la norme explicite édictée par l'encadrement du service. Pendant ses heures de tiers-temps, elle tente d'abord de se présenter aux employeurs par téléphone. Plusieurs lui raccrochent au nez, lui demandent de rappeler plus tard ou lui passent un subalterne n'ayant aucun pouvoir de décision. Suite à la visite d'un salarié en mauvaise santé, elle se décide à visiter sa première entreprise, finalement sans prendre de rendez-vous, comme elle en a le droit. Elle raconte cet épisode initiatique sur un ton ironique :

« Ah, ma première entreprise ! [*elle rit*] Ma première entreprise, à R. – elle est fermée maintenant. Donc c'était le long du cimetière – déjà, ça fait très poétique. Et puis, c'était une entreprise qui fabriquait des pièces en métal aluminium. Alors, un vacarme, d'enfer, rien que dans la rue, à cent mètres. Je me suis dit, oh là, bon, ça doit être là [*elle rit*]. J'ai commencé à chercher la sonnette partout, puis au bout d'un certain temps, en tambourinant, comme il y avait tellement de bruit. Alors au bout d'un moment, il y a quand même une lucarne qui s'est ouverte – alors là, je suis rentrée dans la cour des miracles !... Je ne savais pas que ça existait, ce truc-là. C'était un

⁶⁹ Entretien avec Chantal L., janvier 2007.

immense hangar, avec des machines vieillottes, énormes, sans aucune protection de bruit, des tuyaux qui couraient partout, etc. Donc on m'a fait monter sur des espèces de, d'escaliers, échelles, enfin c'est indéfinissable, dans des locaux complètement vétustes, avec un patron qui vous regardait l'air de dire, bon qui c'est, qu'est-ce que vous venez m'emmerder chez moi.

Et quand je dis, "eh bien, j'ai reçu un salarié, et" – "ah bien, de quoi il se plaint ?" [*elle rit*] Bon d'accord, "non non, il ne se plaint pas du tout, ça m'a donné l'occasion", etc. Bon, je veux vraiment visiter, donc, un boucan, à *hurler* pour parler. Et quand je disais, "mais il n'y a pas de casques ?" – "Ah ils ne les mettent pas". Alors vous arrivez dans une pièce – enfin dans une pièce... dans un hall, où il y a une immense machine, vous ne pouvez pas respirer, on vous dit que c'est du trichloréthylène, alors vous dites, c'est marrant, j'ai appris le trichlo, ça n'existe plus le trichlo... Des fumées partout, les femmes avec des gants en coton tout mouillés – alors vous vous dites "c'est quoi ?" – "Ah ben c'est du trichlo !" [*elle rit*] On ouvre les machins, et tout ça c'était dans les vapeurs, et – bon, à la fin de la visite, vous allez voir l'employeur en disant, "mais attendez..." – "Bon écoutez, si ça ne vous plaît pas, de toutes façons moi j'ai prévu des charettes : le premier qui se plaint, il est sur la première charette, comme ça il ira respirer l'air pur chez lui..." [*elle rit*]

Et un salarié qui était dans un état pas possible, les audiogrammes je ne vous dis pas, ce n'était même pas la peine d'en faire, parce qu'ils étaient au ras des pâquerettes. Donc le premier salarié, eh bien je l'ai mis inapte parce qu'il était sur un Fenwick, et pendant quinze jours j'avais marqué, ne doit pas faire ci, ne doit pas faire ça. Quand j'ai reçu le salarié pour la deuxième visite d'inaptitude, je lui dis, "alors qu'est-ce qu'on vous a fait faire pendant quinze jours ?" – "Encore plus qu'avant. Parce que comme on savait que je partais, il m'a fait faire tous les stocks..." Voyez, voilà. Ma première entreprise. Je me suis dit, "eh bien ça promet". Enfin, heureusement, elle a fermé, heureusement pour les salariés.⁷⁰ »

Pour ne pas avoir à multiplier les visites de petites et moyennes entreprises employant peu de salariés et n'étant pas dotées de CHSCT, les médecins du travail apprennent rapidement à donner leur priorité aux établissements les plus grands de leur portefeuille ; puisqu'il leur faut de toutes façons choisir, autant privilégier des sites où l'ingérence médicale peut être négociée une fois pour toutes et toucher un grand nombre de salariés. C'est le raisonnement de Jean M., qui a travaillé dans un grand service interentreprises du nord de la France entre 1986 et 1991⁷¹. Ce médecin d'une trentaine d'années a hérité d'un portefeuille contenant de grandes entreprises d'aéronautique et d'automobile. Il y apprécie le fait que le médecin du travail est une figure connue. Au début des années 1990, la direction du service lui explique qu'elle va lui retirer la surveillance de la plus grande des entreprises : « vous avez trop de grosses boîtes, d'autres médecins les veulent », lui dit-on. Pour lui, cette mesure signe « le divorce » ; le médecin quitte le service et trouve un poste dans un service autonome.

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ Entretien avec Jean M., mars 2009.

Les médecins rencontrés adoptent des stratégies variées pour convaincre l'employeur de mettre en œuvre leurs préconisations. Certains se targuent de gagner leur confiance, alors que d'autres tentent de se doter de moyens de contrainte.

Exerçant dans un service du sud de la France, André J. présente sa fonction comme celle d'« éducateur patronal » ; la formule résume sa conviction que tous les efforts du médecin doivent être dirigés vers l'employeur, puisque c'est lui qui prend les décisions relatives à l'organisation du travail⁷². Lorsqu'une nouvelle entreprise lui est attribuée, petite ou grande, il prend rendez-vous avec l'employeur et lui donne son « plan d'activité », un document qu'il a lui-même conçu dans lequel il détaille ses objectifs de travail : « j'ai trouvé que ceux qui sont définis dans le plan Santé-Travail sont trop vagues ». Il y « encourage l'entreprise à être un acteur de la santé au travail », en précisant que « le premier des préventeurs, ce n'est pas le médecin du travail mais l'employeur ». D'après André J.,

« lorsqu'ils ont lu ça, ils ont compris, ils ne m'ennuient plus avec les visites périodiques, puisqu'ils savent que pour moi c'est un outil secondaire, mais ils m'appellent au téléphone.⁷³ »

Lors de l'entretien, le médecin est soucieux de distinguer la fonction d'« éducateur patronal » de celle de « conseiller du prince ». Il dit vouloir établir une relation de coopération plutôt que de confiance, et uniquement avec les employeurs qui sont « dans un moment de bonne foi ». André J. distingue également son action à l'égard de « l'employeur lambda » d'une fréquentation des organismes patronaux, qu'il s'interdit, considérant que ce sont des groupements politiques qui en tant que tels n'adopteront jamais *a priori* un souci authentique de la prévention.

D'autres médecins se montrent plus sensibles aux faveurs que peuvent leur prodiguer des employeurs, qui sont selon eux un signe de confiance attestant de l'efficacité de l'action médicale. Laura T. exerce dans un service interentreprises du nord de la France, où elle a en charge une antenne dans un secteur industriel reculé⁷⁴. Après avoir surveillé un portefeuille de très petites entreprises pendant plusieurs années, elle explique avoir eu « la chance de faire un remplacement dans une grosse entreprise » de métallurgie employant 300 salariés. Elle y va trois fois par semaines et établit un contact « excellent » avec le directeur des ressources humaines, qui représente l'employeur pour les questions de santé au travail. Alors que le congé maternité de la collègue qu'elle remplace touche à sa fin, Laura T. est invitée par le directeur des ressources humaines dans

⁷² Entretien avec André J., juin 2009.

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ Entretien avec Laura T., janvier 2008.

un « très bon restaurant » où il lui fait une proposition : « est-ce que ça vous dirait d'être notre médecin du travail définitif ? ». Flattée, elle répond positivement. Le président du service interentreprises accepte la demande de l'entreprise et annonce la nouvelle affectation lors de la réunion suivante de répartition des effectifs entre médecins. De retour de son congé, la collègue de Laura T. prend la nouvelle très mal : « depuis, elle ne me dit plus bonjour ; pourtant cela fait quinze ans », explique Laura T.

Le fait d'avoir l'oreille de la direction n'implique pas cependant que toutes les préconisations du médecin du travail seront suivies. Il est facile de rappeler au praticien qu'il n'a, en droit, aucun pouvoir autre que celui d'édicter des conseils et de distribuer des aptitudes. Certains praticiens s'arrogent alors un accès indirect à la contrainte, en sollicitant l'Inspection du travail. Celle-ci a en principe le pouvoir de constater les infractions à la législation sur la santé et la sécurité au travail. Il n'est pas rare que les médecins envoient des lettres à l'employeur avec copie explicite à l'Inspection du travail lorsqu'ils souhaitent que leurs avis soient suivis. Plusieurs des médecins rencontrés connaissent le nom de l'inspecteur du travail qui contrôle les grandes entreprises qui sont dans leur secteur. Bien que les infractions à la législation y soient plus flagrantes, les médecins recourent plus rarement à la force publique dans les petites entreprises, qui sont surveillées par des contrôleurs du travail qui ont moins de pouvoir que les inspecteurs.

Patrick P. raconte comment son expérience de la médecine du travail a été profondément modifiée du simple fait de la nature différente des Inspections du travail auxquelles il a eu affaire pendant sa carrière :

« Avant je faisais de la petite PME, alors ça c'est bien parce que les PME, ils ont une telle image du médecin du travail qu'ils n'attendent rien de vous. Quand vous arrivez, au mieux ils vous sont indifférents, au pire... mais en général, il ne sont dans la demande que quand il y a une merde. Donc ça va être une reprise de maladie qui se fait mal, un accident du travail avec le gars qui se porte aux prud'hommes... Alors là comme par hasard, oui, là ils commencent à découvrir que la médecine du travail ça peut être utile et intéressant. Mais sinon, en France, ils n'en ont rien à foutre. Vraiment rien du tout. Ou après une visite de l'Inspection du travail, c'est très efficace. Après avoir pesté contre l'Inspection du travail, quand le médecin du travail leur dit “je suis votre conseiller, je viens vous aider”, là ils vous accueillent à bras ouverts. Ils vous offriraient le café, pour un peu.⁷⁵ »

Le médecin est aujourd'hui en charge de la surveillance médicale d'un aéroport international, ce qui a profondément modifié son rapport à la contrainte. En effet, les visites de l'Inspection du travail y sont systématiques et impitoyables, du fait du caractère sensible du secteur. La plupart des

⁷⁵ Entretien avec Patrick P., mai 2007.

employeurs recourent alors spontanément au médecin du travail comme à un partenaire bienveillant qui peut les aider à échapper aux amendes et autres mises en demeure :

« Ici ce n'est pas du tout la même manière de travailler. On a des petites entreprises, mais toutes, du fait des contraintes législatives – et surtout du fait qu'on dépend de l'Inspection du travail des transports, ce qui est très particulier, c'est-à-dire que nous, l'Inspection du travail des transports est dans les bâtiments de la police, puisque ce n'est jamais qu'une police du travail, juste à côté [du centre de médecine du travail], ils sont sur le site, donc ils tombent sur les sociétés à bras raccourcis, ils sont aussi méticuleux que moi, c'est-à-dire qu'ils ont leur petite liste, et méticuleusement ils font la visite. Donc même les petites sociétés viennent nous voir, en disant “ah là là, j'ai eu la visite de l'Inspection du travail, pitié, pitié”. [...] L'idée, c'est que j'arrive avec la palme d'olivier, et je dis "je viens en paix" [*il rit*]. Parce qu'alors il y en a qui me confondaient avec le médecin-conseil de la Sécurité sociale, il y en a qui pensaient que j'étais un fonctionnaire de l'Inspection du travail, enfin...⁷⁶ »

Il s'agit cependant d'une situation unique, qui éclaire par contraste l'absence de collaboration entre médecine du travail et force publique en France. Même lorsque des lettres sont envoyées à l'Inspection du travail, elle ne parvient pas toujours à faire avancer les dossiers. Ses personnels sont peu nombreux (de l'ordre de 400 inspecteurs et 800 contrôleurs aujourd'hui) pour le nombre immense des entreprises à surveiller, et sont amenés progressivement à remplir d'autres missions (sauvegarde de l'emploi) souvent contradictoires avec la mise en conformité avec la loi des conditions de travail ; les parquets ne font pas toujours suite aux procès-verbaux des inspecteurs. Face au manque de suite, de nombreux praticiens se découragent et réduisent le nombre de lettres « avec copie ».

6. « Enfermé dans un schéma carcéral » : le difficile positionnement du médecin entre salariés et employeurs

Dans leur rapport de 1987 sur « L'avenir de la médecine du travail »⁷⁷, les gestionnaires patronaux des services interentreprises se félicitent de l'architecture du système français :

« le médecin évolue au centre de gravité d'un triangle dont les sommets sont constitués par l'administration, les employeurs, les salariés. Il est enfermé dans ce schéma "carcéral" pour éviter les dévoiements politiques.⁷⁸ »

L'expression de schéma carcéral n'est pas trop forte pour décrire l'expérience que peuvent avoir certains médecins du travail de leur évolution dans le « champ social ». L'exercice de la médecine

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ CISME, « Avenir de la médecine du travail », Rapport du groupe de réflexion sur l'avenir de la médecine du travail, avril 1987 (archives SNPST). apport du groupe de réflexion sur l'avenir de la médecine du travail », avril 1987 (archives SNPST).

⁷⁸ Blondet M., Pardon N., « Annexe 1 : perspectives en médecine du travail », in *Ibid.*

du travail suppose d'établir une confiance avec divers partenaires dans l'entreprise, mais le simple fait de gagner l'estime de l'un d'entre eux conduit souvent à s'aliéner les autres. La « proximité » plus ou moins réelle du médecin avec l'employeur, les salariés ou leurs syndicats est rapidement discréditée par les autres parties en présence au nom de la prétendue nécessité d'une « neutralité » médicale. C'est ce que résume Marie C. en 2007 dans une formule qui rappelle celle du rapport de 1987, qu'elle n'a pourtant pas lu :

« il y a l'employeur, le médecin et le salarié, et on doit avoir des relations les uns avec les autres. [...] C'est un triangle. Et même, quelquefois, on est au milieu.⁷⁹ ».

Cette situation n'est pas propre à l'exercice en services interentreprises, mais elle ne s'y pose pas dans les mêmes termes que dans le cadre d'un exercice en service autonome. En effet, les médecins de service interentreprises peuvent toujours se replier sur d'autres entreprises lorsque la situation devient difficile dans l'une d'entre elles ; par ailleurs, leur relation avec les entreprises surveillées s'effectue sous la supervision de la direction du service.

Quatre ans après sa « première entreprise » évoquée précédemment, Chantal L. fait l'expérience d'une relation conflictuelle avec la direction d'un hypermarché employant six cent salariés⁸⁰. Pendant plusieurs mois, elle s'y rend une fois par semaine, recevant les salariés dans un « local médical », en fait une pièce sale et mal isolée. Après un long temps de méfiance aussi bien de la part de l'encadrement que du syndicat CGT majoritaire chez les employés du rang, elle commence à se faire accepter ; elle en prend conscience en constatant par exemple qu'elle est de plus en plus sollicitée pour des « visites à la demande du salarié ». De nombreuses personnes lui confient leurs problèmes professionnels et personnels. Elle met son téléphone à disposition d'une caissière en larmes qui souhaite appeler ses enfants à la maison, mais n'ose le faire à son poste de travail par peur d'être sanctionnée. Elle évoque les responsables de rayon qui deviennent obsédés par l'état des stocks jusqu'à ne plus en dormir, ou encore les jeunes manutentionnaires qu'elle tente d'orienter vers un autre poste du fait de problèmes de dos chroniques.

Lors d'une séance de CHSCT, les membres discutent de trois accidents de travail impliquant des caissières. Chantal L. demande alors à voir le planning des caissières afin d'étudier s'il n'est pas possible de l'aménager d'une manière qui suscite moins de tension et de fatigue, réduisant les

⁷⁹ Entretien avec Marie C., novembre 2006.

⁸⁰ Entretien avec Chantal L., janvier 2007.

risques d'accidents. Le médecin se heurte au refus catégorique de la direction. Le syndicat CGT appuie sa demande, mais rien n'y fait.

Quelques jours plus tard, le syndicat diffuse un tract auprès des salariés revendiquant à nouveau la publicité du planning des caissières. Le texte mentionne explicitement que « le médecin du travail a demandé à voir le planning des caissières ». Cette citation qui constitue Chantal L. en allié objectif du syndicat déplâit fortement à l'employeur. Elle est alors ostensiblement mise à l'écart avant d'être finalement renvoyée :

« Je peux vous dire qu'à la direction [du magasin] ça a été très mal pris. Ça a été cauchemardesque pendant plusieurs mois, et puis – parce que la direction n'écoutait plus ce que je disais, finalement. Donc j'ai été obligée de me rabaisser un peu en allant voir le directeur, en lui disant "écoutez, je ne suis pas responsable de ça". Bon. Mais il a fait voter au CE [Comité d'entreprise], par les autres syndicats, il a fait voter mon – ils ont même contacté [le service] pour me virer.⁸¹ »

Le service affirme cependant sa confiance dans le médecin du travail. Lors de l'entretien, Chantal L. se félicite de ce soutien, qui n'est pas toujours assuré dans ce type de situations. Ne renonçant pas à changer de médecin, la direction de l'hypermarché se sépare finalement du service en décidant de ne pas verser sa cotisation annuelle. L'épisode illustre le danger qu'il peut y avoir pour un médecin du travail à se voir étiqueté comme « proche » des syndicats ou de la direction, alors même que cette proximité est souvent indispensable pour s'assurer une certaine efficacité.

III. De la médecine du travail à la « santé au travail »

Dans les années 2000, les services interentreprises sont incités par leurs gestionnaires et par les pouvoirs publics à sortir du référentiel de la médecine du travail afin d'épouser celui de la « santé au travail ». Celui-ci serait plus large, incluant d'autres professionnels aux côtés des médecins du travail pour des interventions « pluridisciplinaires » dans les entreprises surveillées. En apparence, cette évolution ne concerne pas directement les médecins du travail, qui devront simplement apprendre à côtoyer de nouveaux collègues ; en réalité, les mots d'ordre de cette réforme qui tarde à être véritablement mise en place ont été utilisés pour restreindre l'autonomie médicale au nom de la nécessaire coordination des équipes pluridisciplinaires dont les praticiens feraient désormais partie.

⁸¹ *Ibid.*

1. La « pluridisciplinarité » en « santé au travail » et ses motivations

A partir de la loi dite de « modernisation sociale » du 17 janvier 2002, la médecine du travail interentreprises connaît d'importants changements du point de vue de l'organisation matérielle, des missions et de l'économie symbolique. Les services de médecine du travail sont alors rebaptisés « services de santé au travail », tout comme l'ensemble des politiques publiques y afférant. La loi instaure une obligation de « pluridisciplinarité » pour les services, sous peine de voir ceux-ci se voir retirer l'agrément officiel. Cette pluridisciplinarité signifie que les services doivent s'ouvrir à de nouveaux professionnels, dont des techniciens hygiène et sécurité, ergonomes, psychologues, infirmiers, qui doivent travailler aux côtés des médecins du travail.

Cette évolution est généralement présentée comme étant une application de la directive européenne sur « la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail », promulguée le 12 juin 1989⁸². Celle-ci fixe un référentiel commun aux services de prévention des différents pays, regroupés sous l'appellation générique de « services de protection et de prévention ». La directive argumente *a minima* sur la nécessité pour chaque entreprise de confier la mission de prévention des risques professionnels à une structure spécifique voire, le cas échéant, à un ou plusieurs travailleurs bénéficiant à ce titre d'une décharge horaire. Elle reste volontairement vague sur la forme de ces services. Ceci n'empêchera pas plusieurs organisations patronales de se référer à la directive européenne de 1989 pour expliquer que le passage à la « santé au travail » est inéluctable. Ainsi, le MEDEF déclare en 2000 que l'accord sur la santé et la sécurité au travail qu'il appelle de ses voeux permettrait de « se conformer à la directive-cadre européenne " santé et sécurité" adoptée en 1989, qui prévoit une intervention" pluridisciplinaire" pour la santé au travail »⁸³.

Les archives inédites relatives au fonctionnement interne du CISME permettent de remettre en cause cette présentation du passage à la santé au travail comme une modernisation inéluctable née de la directive européenne. Notamment, le rapport de 1987 sur « L'avenir de la médecine du travail » apparaît comme un moment clé dans la définition d'une politique patronale modifiant l'architecture des services de santé au travail⁸⁴.

⁸² Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

⁸³ Position du MEDEF en vue d'un « accord sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels », 22 mars 2000 (site internet du MEDEF).

⁸⁴ CISME, « Avenir de la médecine du travail », Rapport du groupe de réflexion sur l'avenir de la médecine du travail, avril 1987 (archives SNPST).

Ce rapport d'une trentaine de pages est rédigé par un groupe de réflexion composé du délégué général du CISME, du médecin-conseil de l'association, et de plusieurs présidents et vice-présidents de services. Il s'affiche comme une déclaration de politique générale pour les vingt années à venir. Les auteurs du rapport de 1987 insistent sur le fait que le CISME est d'abord au service des entreprises. L'objet de leur travail est de

« passer d'une médecine du travail passive et subie à une médecine du travail au moins pour partie active et voulue, perçue comme un coût certes, mais aussi comme un apport pour l'entreprise et ses salariés ».

L'annexe écrite par deux médecins-conseil est encore plus explicite : « la médecine du travail est figée dans sa structure et son contenu. Elle est un service vendu de force à une clientèle captive ». Elle se termine par trois phrases en style télégraphique, qui peuvent être interprétées comme une motion de défiance envers les médecins du travail :

« Ce qui est bon pour les entreprises est bon pour le CISME. Comment le CISME qui a vécu dans la dualité ambiguë Entreprises/Médecins va pouvoir prendre en charge le souci des entreprises. Par un remodelage et non un sabordage ».

Les mots d'ordre de « pluridisciplinarité » et de « santé au travail », qui sont alors dans l'air du temps parmi les acteurs de la prévention, sont les outils principaux que le CISME souhaite mettre au service de ce « remodelage » des services interentreprises. Le rapport insiste sur la nécessité de changer le nom des services. Cette proposition est étroitement liée à une réflexion sur l'évolution des contenus de travail, autrement dit, de la mission des services. Pour les auteurs, les services doivent être recentrés sur une mission de prévention tournée principalement vers l'environnement de travail dont on souhaite réduire les risques, plutôt que vers le salarié, à la manière de ce que font les départements « hygiène et sécurité » dans les grandes entreprises. Dans ce cadre, les auteurs estiment que certaines prérogatives des médecins du travail, comme la déclaration des maladies professionnelles, ne sont pas assimilables à des pratiques de prévention :

« La simple prévention tertiaire (soins aux victimes des accidents ou nuisances du travail, déclaration des maladies professionnelles) ne répond déjà plus aux attentes des salariés et des employeurs et ne saurait justifier les moyens en hommes et en ressources consacrés à la médecine du travail ».

Le rapport est un plaidoyer agressif en faveur d'une « démedicalisation » – ou encore « hypomédicalisation » – des services de médecine du travail. L'évolution vers des services de santé au travail pluridisciplinaires serait un moyen de retirer aux médecins une partie de leur trop grande

autonomie, du fait de la nécessité de coordonner les équipes pluridisciplinaires – une tâche qui reviendrait souvent mais non systématiquement aux médecins⁸⁵.

Le caractère polémique du rapport du CISME incite à penser qu'il était essentiellement destiné à un usage interne, c'est-à-dire à une diffusion auprès des responsables de services de médecine du travail. On y perçoit clairement l'intention des responsables patronaux de peser sur l'activité médicale par une réorganisation des services. Il n'a bénéficié que d'une attention limitée de la part des syndicats de médecins du travail, qui n'y voyaient sans doute alors qu'une déclaration parmi d'autres.

Dans les années qui suivent, les idées développées dans le rapport se font plus discrètes, bien qu'elles restent présentes. Certes, les responsables patronaux s'opposent en 1994 à l'idée d'une nouvelle voie d'accès à la médecine du travail, au motif qu'elle risque de « figer l'évolution de la pluridisciplinarité pour de nombreuses années »⁸⁶. Cependant, les syndicats de médecins du travail font preuve de vigilance et critiquent toute tentative d'utiliser le mot d'ordre de la pluridisciplinarité pour remplacer les praticiens par d'autres professionnels. C'est finalement la conception de la pluridisciplinarité comme enrichissement, plutôt que comme substitution, qui l'emporte dans les discours. Ce glissement sémantique explique l'adhésion d'une grande partie du secteur, et notamment de la majorité des médecins, à l'idée d'une action pluridisciplinaire en santé au travail. À la fin des années 2000, celle-ci reste cependant encore balbutiante, du fait du faible nombre d'intervenants pluridisciplinaires qui ont été recrutés.

Cette mise en œuvre timide n'empêche pas le nouveau référentiel d'avoir des effets sur la délimitation de l'activité médicale, confirmant l'idée de Manuela Martini selon laquelle si « la place de la médecine du travail est, dès les origines, mal définie au sein de la protection sociale, [...] elle l'est davantage actuellement à cause de l'effacement des frontières professionnelles introduit par l'incitation à l'interdisciplinarité »⁸⁷.

⁸⁵ « La coordination et l'animation de telles équipes devraient être confiées au plus compétent, ce qui sera le plus fréquemment le cas du médecin du travail, le choix incombant au responsable du service médical ». CISME, « Avenir de la médecine du travail », Rapport du groupe de réflexion sur l'avenir de la médecine du travail, avril 1987 (archives SNPST).

⁸⁶ Compte-rendu de la commission d'étude du CISME du 28 novembre 1995 (archives SNPST).

⁸⁷ Manuela MARTINI, « Expertise médicale et évaluation des risques au travail. Les médecins-conseils des institutions paritaires du BTP en France, de 1945 à 1991 », in Catherine OMNÈS et Laure PITTI (éds.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention. La France au regard des pays voisins*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 65.

2. La subordination au nom de la coordination

Dans ce nouveau référentiel de la santé au travail, le médecin du travail n'est plus le seul habilité à se prononcer sur l'étendue de son activité légitime, dans les limites imposées par la loi. Les praticiens sont sommés de prendre en compte les professionnels d'autres disciplines avec lesquels ils sont censés intervenir en réduisant ou déplaçant leur territoire d'activité légitime. C'est parce que cette injonction est présentée comme une mesure de coordination ou de rationalisation qu'elle n'apparaît pas à première vue comme une atteinte à l'autonomie professionnelle du praticien, alors qu'elle revient à une assignation exogène de ce qu'il a le droit de faire. On peut parler d'une nouvelle forme de subordination fonctionnelle⁸⁸ qui s'applique au médecin du travail, dans la mesure où celui-ci est sommé de restreindre son autonomie du fait de son appartenance à une « équipe pluridisciplinaire » qui dépasse sa personne.

Dans les années 2000, les journées d'études et congrès initiés au niveau national par le CISME et au niveau local par les directions de services offrent aux gestionnaires patronaux une tribune pour suggérer que la division sociale du travail au sein des services devrait être intégralement remise en cause au nom de la modernisation. En 2001, les journées annuelles du CISME sont ainsi consacrées aux « métiers dans les services interentreprises ». L'argumentaire pose une série de questions sur les contours de ces métiers :

« 1) quels sont les métiers qui existent dans nos Services? 2) quels sont les métiers qui devraient exister dans nos Services? 3) existe-t-il des tâches aujourd'hui effectuées qui pourraient être supprimées car considérées comme inutiles ou "dépassées" ? (doit-on, par exemple, pour les médecins garder l'avis d'aptitude?) 4) existe-t-il des tâches aujourd'hui effectuées qui pourraient être confiées à d'autres acteurs mieux qualifiés? »⁸⁹.

En 2007, les journées annuelles du CISME poursuivent cette réflexion. Les deux principaux axes du congrès sont la délégation et le transfert de tâches, dans un sens unique : depuis les médecins du travail vers d'autres professionnels⁹⁰. La brochure d'accompagnement écrite par le médecin-conseil justifie le recours à ces dispositifs en évoquant une adaptation nécessaire aux réalités du temps présent :

« l'histoire de la médecine montre que le partage des rôles entre spécialités médicales et entre professionnels autour du patient est en perpétuelle évolution. Le contenu des métiers s'est adapté au cours du temps en fonction

⁸⁸ Cf. introduction générale.

⁸⁹ CISME, « Journées médicales du CISME 2001 : appel à communications », juin 2001 (archives SNPST).

⁹⁰ Boitel Liliane, « 45^{es} journées santé-travail du CISME : présentation », octobre 2007 (document recueilli lors de ces journées).

de l'émergence de problèmes de santé publique, des progrès de la recherche scientifique et, aussi, des évolutions plus générales de la société.⁹¹ »

Ces idées sont mises en place localement par étapes, d'abord dans le cadre d'« expérimentations » dans des services pilotes. L'Association d'hygiène industrielle de Gironde (AHI 33) est l'un de ces établissements ; le partage des tâches entre médecins et infirmiers y a fait l'objet de profondes modifications. Selon le bulletin d'information du service, édité à destination des employeurs adhérents, c'est au début des années 2000 que l'AHI 33 commence un partenariat avec le laboratoire Santé, Travail, Environnement de l'Université Bordeaux II pour « explorer une piste de travail afin de permettre au service de santé au travail de satisfaire l'ensemble des missions confiées par les textes et attendues par ses adhérents, alors même que des contraintes d'effectifs médicaux se font jour »⁹².

Quelques années plus tard, cette collaboration découche sur deux « expérimentations » successives dans le centre fixe de Cenon, portant sur l'extension du territoire professionnel des infirmiers. En décembre 2007, le Ministère du travail accorde officiellement une dérogation à l'AHI 33 qui lui permet de confier aux infirmiers des missions que la loi définit pourtant comme étant du ressort exclusif du médecin.

Lors d'une journée d'étude interne organisée par le CISME en janvier 2008, les responsables du service girondin expliquent plus en détail les ressorts de cette « expérimentation »⁹³. Elle consiste en une partition entre les salariés. Selon leur état de santé, ils bénéficient d'une consultation médicale ou d'une consultation infirmière. Au final, le médecin du travail n'est sollicité que pour les problèmes majeurs et les urgences :

« Des protocoles ont été élaborés avec des questionnaires spécifiques par risque, chacun étant assorti d'un arbre décisionnel comprenant cinq niveaux :- pas de problème : délivrance fiche consultation infirmière ; - problème mineur : signalement simple au médecin du travail ; - problème plus important : orientation vers le médecin traitant ; - problème majeur : orientation vers le médecin du travail ; - urgence : intervention du médecin du travail présent.⁹⁴ »

Le bulletin d'information du service est ambigu sur l'éventualité d'une substitution entre médecins et infirmiers. D'une part, il insiste de manière appuyée sur le fait que les actes infirmiers

⁹¹ *Ibid.*

⁹² « L'infirmière en santé au travail : l'expérimentation d'un potentiel », *Passerelle. Lettre d'information de l'AHI 33*, janvier 2008, p. 2 (disponible sur le site de l'AHI 33).

⁹³ Compte-rendu de la commission bimestrielle du CISME, 17 janvier 2008 (archives SNPST).

⁹⁴ *Ibid.*

sont effectués sous la supervision constante des médecins, comme pour rassurer les entreprises adhérentes sur l'équivalence du service rendu :

« Le protocole précise que les consultations infirmières se font sous la responsabilité du médecin référent. Une liste de visites déléguables par les médecins a été établie après un choix rigoureux. En relation avec un risque unique et basée sur des examens fiables, reproductibles et interprétables par l'infirmière, la consultation est réalisée en alternance avec la visite du médecin. [...] Un compte-rendu écrit est joint au dossier médical du salarié et transmis au médecin.⁹⁵ »

D'autre part les responsables du service suggèrent que les personnels infirmiers seront sans doute amenés à remplacer au moins en partie les médecins :

« L'évolution de la démographie médicale laisse présager une diminution croissante du nombre de médecins du travail. [...] AHI 33 n'échappe pas à cette réalité et a souhaité anticiper. [...] les contours d'un nouveau métier, celui de l'infirmière en santé au travail, sont mis à l'épreuve des faits.⁹⁶ »

L'« expérimentation » du service girondin conduit ainsi à déposséder les médecins du travail d'une partie de leurs tâches, au nom de la nécessité d'adopter de nouvelles formes d'action pluridisciplinaires. Ce type d'innovations est appelé à s'étendre dans les services, du fait du soutien des pouvoirs publics qui semblent également séduits par l'idée d'une efficacité plus grande, et surtout d'un moyen de contourner le déficit croissant de médecins. L'adoption du principe d'« axes de service » dans la loi de l'été 2011⁹⁷ offre un cadre propice à l'institutionnalisation de ce type d'innovations où le périmètre d'intervention du médecin est redéfini au nom de la nécessaire coordination entre professionnels.

*

En service interentreprises, la médecine du travail apparaît comme une formalité vendue de force à des employeurs par des employeurs. La prégnance de l'obligation met à mal la distinction théorique entre l'indépendance des praticiens sur les questions médicales et leur subordination pour toutes les dimensions administratives. Dans les faits, les directions de service imposent aux médecins un contrôle quantitatif strict de la réalisation des visites médicales de salariés qui restreint nécessairement le spectre des modes d'exercice. Les directions justifient cette comptabilité en se référant à la loi, de telle sorte qu'on peut parler d'une *subordination au nom de la loi*. Dans les interstices que laisse cette définition de la production médicale, les médecins du travail sont laissés

⁹⁵ « L'infirmière en santé au travail : l'expérimentation d'un potentiel », *Passerelle. Lettre d'information de l'AHI 33*, janvier 2008, p. 2 (disponible sur le site de l'AHI 33).

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

relativement libres de mener leur activité comme ils l'entendent, mais se retrouvent alors confrontés à la difficulté de tisser les relations qui leur permettraient de construire une véritable autonomie professionnelle. De plus, les réformes récentes tendant à favoriser une action « pluridisciplinaire » dans le cadre de la « santé au travail » donnent de nouveaux leviers aux directions de service pour peser sur la délimitation de l'activité médicale au-delà d'un simple contrôle quantitatif des visites, par ce qu'on peut nommer une *subordination au nom de la coordination*.

Chapitre 3. Exercer en service autonome. La négociation quotidienne du métier légitime

Les auteurs des travaux sociologiques sur la médecine du travail en France sont généralement très positifs sur les services autonomes, qui permettent au médecin de tisser des relations de travail sur le long terme avec la direction et les salariés, ce qui renforcerait la chance que les préconisations de prévention soient suivies. Ainsi, Françoise Piotet souligne que

« cette relation que les médecins en service autonome arrivent à nouer avec la hiérarchie de l'entreprise explique qu'ils soient pour 80% d'entre eux associés aux changements qui interviennent dans l'entreprise et que leurs recommandations soient souvent prises en compte.¹ »

Il m'est apparu au cours de l'enquête que ce type d'affirmation devait être pris avec précaution. Certes, il est incontestable que les médecins du travail en service autonome bénéficient de conditions de travail bien plus avantageuses que leurs confrères en service interentreprises. Ils n'ont à surveiller tout au plus que quelques sites d'une même entreprise, avec lesquels ils ont tout loisir de se familiariser au fil du temps. Les effectifs de salariés qui leur sont confiés sont moins grands que ce qui se pratique en service interentreprises, et pourtant il semble qu'ils soient payés sensiblement plus. Enfin, ce sont des figures connues dans l'entreprise, et à ce titre ils sont régulièrement consultés par les différentes parties, tout autant qu'ils peuvent se permettre de les solliciter en cas de besoin.

Cependant, les praticiens de service interentreprises et de service autonome font-ils réellement le même métier ? Dans le premier cas, on l'a vu, l'activité médicale est définie avant tout comme une prestation permettant aux employeurs de s'acquitter d'une formalité. Dans le deuxième cas, l'enquête montre qu'il en va tout autrement : la référence à la loi existe, mais les médecins du travail sont également incités à apporter quelque chose de plus à l'entreprise, ce qui explique le prix que les employeurs sont disposés à payer. Ainsi, si les praticiens sont plus écoutés en service autonome, c'est sans doute d'abord parce qu'il répondent aux demandes qui leur sont faites, et non simplement aux injonctions exogènes de la réglementation.

¹ Françoise PIOTET, « Médecins du travail », *op. cit.*, p. 297. On retrouve cette idée d'une « efficacité » plus grande des médecins de service autonome in Olivier TARGOWLA, *Les médecins aux mains sales : la médecine du travail*, *op. cit.* ; Patrick GUIOL et Jorge MUÑOZ, « La pratique de la médecine du travail entre reconnaissance et indifférence », *op. cit.*

En service autonome, la délimitation de l'activité légitime des médecins est le produit des interactions quotidiennes des praticiens avec les autres salariés de l'entreprise, de telle sorte qu'on peut dire qu'il y a autant de métiers de médecin du travail que d'entreprises. Les rapports avec la direction, les ressources humaines, le service hygiène et sécurité, les salariés du rang et leurs représentants, définissent le territoire légitime de l'intervention du praticien, autrement dit le spectre des activités qu'il peut mener au nom de la médecine du travail. La référence à la réglementation, bien moins importante qu'en service interentreprises, n'est qu'un support parmi d'autres de cette activité juridictionnelle².

Les frontières de l'activité du médecin en service autonome sont éminemment variables mais ne peuvent non plus être remises en cause à chaque instant ; les interactions entre le médecin et son environnement se sédimentent et forment une *empreinte de poste* qui fixe de manière relativement stable les limites de ce qu'il y a à faire, et qui se transmet d'un praticien à son successeur ; à charge pour les nouveaux venus de s'en extirper.

La problématique de l'autonomie professionnelle et de la subordination doit être posée dans ce contexte d'une pluralité de métiers possibles. Aux États-Unis, Elaine Draper a montré que les médecins d'entreprise définissaient leur exercice entre deux figures polaires : celle des « joueurs d'équipe » (*team players*), cadres avant d'être médecins, subordonnant leur activité à la réussite de l'entreprise, et celle des « blouses blanches » (*white coats*), tentant tant bien que mal de se définir par leur appartenance au corps médical, quand bien même ils en seraient les seuls représentants dans l'entreprise³. En France, les praticiens bénéficient d'un statut protecteur qui les place à part des autres salariés, rendant certainement plus facile l'expression d'une identité médicale ; il n'en restent pas moins des cadres comme les autres, soumis aux logiques de production par leur fréquentation quotidienne de salariés qui le sont, et susceptibles de s'identifier à terme aux objectifs de l'entreprise.

Dans les services autonomes, il existe des formes de subordination visibles ; ce sont celles qui s'exercent sur les médecins lorsqu'ils définissent leur métier d'une manière qui n'a pas l'heur de plaire à la direction, ou à d'autres services de l'entreprise. Inversement, les médecins jouissant d'une grande autonomie sont généralement ceux qui répondent parfaitement à ce qui est attendu d'eux. On

² Andrew ABBOTT, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, op. cit.

³ Elaine DRAPER, *The Company Doctor. Risk, Responsibility and Corporate Professionalism*, op. cit.

ne peut être plus clair que ce médecin, ancien syndicaliste qui agit désormais main dans la main avec la direction :

« écoutez, depuis que je suis comme ça, je n'ai jamais strictement aucune pression sur rien ! Alors que quand j'étais engagé syndicalement, j'avais des pressions : des syndicats, mais aussi de la direction !⁴ »

En service autonome, la subordination salariale vient se loger dans les détails de la construction collective du métier légitime, bien plus que dans un contrôle administratif par rapport à une norme décidée d'en haut. Pour reprendre les catégories des juristes, il s'agit d'une subordination *fonctionnelle* bien plus que *personnelle*⁵ ; les cadres de direction ne donnent pas ou rarement des ordres aux médecins, mais attendent d'eux qu'il s'insèrent dans les logiques de l'organisation.

Bien souvent, les médecins de service autonome considèrent qu'ils n'ont pas d'autre choix que de se plier à la plupart de ces attentes implicites, sauf à se mettre dans une posture d'extériorité extrêmement coûteuse à maintenir sur le long terme. Au final, la diversité des métiers qui sont exercés au nom de la médecine du travail est un indice de l'interférence de l'ordre productif dans la construction de l'activité médicale routinière.

I. La construction quotidienne de l'activité médicale légitime

Contrairement à ce qui peut être observé en service interentreprises, la médecine du travail de service autonome est toujours plus qu'une simple formalité. Du fait de l'insertion continue du médecin dans l'environnement social de l'entreprise, la réglementation ne représente qu'une détermination secondaire de l'activité médicale, à contraster avec le rôle des fidélités diverses contractées au fil du temps par le praticien. Les médecins de service autonome reconnaissent d'ailleurs avoir beaucoup de mal à rendre compte de leur activité dans les catégories standardisées du rapport annuel que la loi leur impose de rédiger, tant l'activité médicale est indissociable des relations sociales qu'ils nouent avec leurs collègues non-médecins. C'est ce que résume par exemple Marilyn S., médecin dans une usine chimique, dans son rapport annuel de 2007 :

« *Nombre de lieux de travail visités* : cet item nous paraît sans objet dans le cadre d'un service de santé au travail d'entreprise. En effet, le médecin et l'infirmier de santé au travail sont présents au quotidien sur le site et ne peuvent dénombrer leurs visites sur les différents lieux de travail.⁶ »

⁴ Entretien avec Michel G., mars 2009.

⁵ Cf. introduction générale.

⁶ S. Maryline, « Rapport annuel d'activité 2007 », lu lors de l'entretien de septembre 2008.

Dans les services autonomes, l'activité médicale se construit au quotidien, au gré des interactions. Le médecin du travail doit se positionner par rapport à l'empreinte de poste que lui lègue son prédécesseur, qui constitue le résultat d'années de pratique sédimentée ; ce-faisant il contribue lui-même à créer une nouvelle délimitation de l'activité médicale légitime qu'il laissera en héritage à son successeur. Loin des descriptions classiques de la médecine comme une profession « universaliste », l'enquête montre par ailleurs que les prétentions des médecins à incarner une forme de neutralité se heurtent à leur sentiment d'appartenance à la catégorie de cadre et plus généralement au sentiment général d'être redevables envers leur employeur, qui influe sur la forme qu'ils sont prêts à donner à leur exercice médical.

1. L'empreinte de poste

À moins d'être présent à la naissance de l'entreprise, un médecin du travail qui est recruté en service autonome hérite toujours d'un poste dont les délimitations ont été fixées par l'activité de son prédécesseur. Certaines constantes sont certes fixées par la loi : obligation de réaliser les visites médicales règlementaires, de rédiger un rapport annuel transmis au CHSCT et à l'Inspection médicale du travail ou encore de veiller à la préservation du secret médical. Elles ne fixent cependant qu'un cadre général au sein duquel de nombreuses variations sont possibles, en fonction de la nature des relations du médecin avec les différentes parties en présence dans l'entreprise.

C'est par ce travail relationnel qu'est produite la définition légitime de la médecine du travail qui a cours dans l'entreprise ; celle-ci inclut certaines tâches et en exclut d'autres, et survit au praticien qui a contribué à la produire. La situation dans les services autonomes est ainsi radicalement différente de celle dans les services interentreprises, où la définition dominante de l'activité médicale comme formalité permet la redistribution régulière des portefeuilles d'entreprises et de salariés entre les médecins, au mépris des relations que ceux-ci auraient tissé au cours du temps⁷ : du point de vue des directions de services interentreprises comme de la plupart des employeurs, un médecin du travail en vaut un autre, car une visite médicale en vaut une autre.

L'empreinte de poste se révèle aux médecins dans les semaines qui suivent leur recrutement dans une nouvelle entreprise. Au gré de leurs interactions quotidiennes, il leur apparaît alors qu'il y a certaines choses « qui se font » et d'autres non, du simple fait que leur prédécesseur procédait ainsi.

⁷ Cependant, l'exercice en service interentreprises se rapproche de celui en service autonome lorsque les médecins doivent surveiller de grandes entreprises. Les directions de service se soucient alors parfois de maintenir en poste un médecin qui serait apprécié par la direction de l'entreprise, et au contraire d'en remplacer un qui serait mal accepté.

Lorsque je la rencontre, Sylvie S. a une cinquantaine d'années et est employée depuis trois ans dans le service autonome d'une grande entreprise de télécommunications⁸. Elle raconte qu'elle a eu des difficultés à se faire une place dans l'entreprise du fait de l'empreinte portée par la praticienne qui l'avait précédée :

« Moi je suis là depuis janvier 2004. J'ai remplacé un médecin qui partait à la retraite. C'était une succession, d'ailleurs, qui n'était pas très facile, parce qu'elle avait fait toute sa carrière ici, donc elle avait commencé dans les années 1970, et avait laissé une marque assez forte, et on ne pouvait pas faire un pas sans qu'on vous dise "ah oui, le docteur untel ne faisait pas comme ça", etc. »

Marilyne S. rapporte avoir eu des difficultés similaires lorsqu'elle a pris son poste il y a quatre ans dans une usine chimique⁹. Son prédécesseur était un médecin plutôt spécialisé en cardiologie qui ne venait que deux matinées par semaine. Les semaines passant, elle apprend qu'il a été licencié au bout de 28 ans d'activité, pour une raison qu'elle ignore. C'était apparemment quelqu'un qui gardait ses distances par rapport à l'entreprise, dont il ne fréquentait pas la cantine : « il venait, il faisait trois heures et il partait ». L'infirmière qui travaillait avec lui est toujours en poste lorsque Marilyne S. prend ses fonctions, ce qui ne manque pas d'occasionner des tensions : « quand je suis là c'est par journées complètes, je mange à la cantine, donc, j'envahissais je pense vraiment son territoire... ».

Employé lui aussi dans une usine chimique entre 1976 et 1992, Louis T. témoigne du travail qui a été nécessaire pour se défaire de l'empreinte de poste laissée par son prédécesseur et construire une nouvelle définition de l'activité médicale¹⁰. Celle-ci a permis l'intervention légitime du médecin dans les questions de reclassement et d'expertise toxicologique, compétences auxquelles le médecin s'était habitué dans son précédent poste :

« [Lorsque je suis arrivé sur le site de V.] je ne faisais plus rien ! Y compris au centre de recherches. Je me rappelle, il y avait un type qui avait des problèmes, il s'est mis à faire une histoire de dermite. Oh, alors ils touchent des tas de produits, produits dont il est difficile de savoir quel est le pouvoir allergène. Au milieu de tout ça, j'essayais de me faire une opinion. [...] Ça aurait été mieux de le changer, mais j'hésitais un peu parce que justement je me demandais, c'était un type bien qui avait des qualités, donc j'étais un peu – et ils en ont eu marre si vous voulez de voir apparaître des certificats, des arrêts de travail des trucs comme ça, parce qu'il faisait des poussées de dermite. Et paf ils l'ont changé sans rien me demander. Ce qui était leur droit. Sauf que c'est pas du tout le genre de la maison, moi je suis allé partout, j'ai toussé partout, en disant "attendez, moi je ne travaille pas comme ça". Ou on en parle entre nous – et après vous faites ce que vous voulez – ou c'est moi qui ai la main

⁸ Entretien avec Sylvie S., juillet 2008.

⁹ Entretiens avec Marilyne S., juin 2008.

¹⁰ Entretien avec Louis T., août 2009.

sur les mutations au point de vue médical, et c'est pas vous... Alors : "ah bon ? Comme ça ?". Ils l'ont un peu mal pris, d'ailleurs, ils étaient un peu surpris, parce que mon prédécesseur était gentil, mais bon, il n'avait pas bien occupé le terrain, pas facile à ce moment-là de reprendre les affaires, quand les types ont pris de mauvaises habitudes, hein...¹¹ »

Tout change avec l'arrivée d'un nouveau directeur, vers 1983, qui modifie le système de gestion du personnel – ouvrant de nouvelles marges d'action au médecin du travail – et se montre particulièrement ouvert à ce que dernier entame des recherches toxicologiques. Il demande notamment à Louis T. de faire un registre de tous les produits chimiques employés sur le site avec mention de leur dangerosité. Il soutient le médecin du travail face aux ingénieurs de sécurité qui souhaitent s'accaparer l'intégralité de l'expertise toxicologique :

« Le directeur est venu à la commission de sécurité, devant tout le monde, tous toxicologues. Alors au milieu, mes confrères, ils avaient pas bien fait le ménage avant, donc pour arriver à se faire sa place au milieu de tout ça, et faire taire ceux qui parlent, bon, c'est pas toujours évident. Et puis les types, c'était des ingénieurs de bon niveau, donc ils vont chercher la littérature. Au bout d'un moment, sur certains points, ils en savent autant que vous, si vous voulez. Alors ils n'ont pas l'expérience du médecin, mais en théorie, ils ont travaillé le dossier, donc c'est pas facile de discuter. Donc il était venu en réunion et avait dit, "dorénavant, la toxicologie, c'est le médecin qui parle". Il y avait des types sympas, après, quand les gens du centre de recherche commençaient à causer, ils disaient "attendez, à V., c'est le docteur qui parle".¹² »

Louis T. prend sa retraite en 1992. Son successeur, Claude S., est un médecin de trente-trois ans spécialisé en toxicologie industrielle¹³. Il m'explique avoir été recruté en particulier pour cette compétence ; la direction lui confie même la mission d'établir certaines valeurs-limites d'exposition pour les intermédiaires de synthèse qui sont propres aux productions réalisées sur le site. Ce bref historique de la médecine du travail sur le site de V. montre que c'est en grande partie du fait du travail juridictionnel réalisé par Louis T. que l'expertise toxicologique s'est intégrée dans la définition de l'activité médicale légitime.

Certains médecins peuvent avoir envie d'échapper à l'empreinte de poste qu'ils ont eux-mêmes contribué à produire, tant ils ont l'impression que celle-ci est devenue un carcan pour leur activité quotidienne. C'est le cas de Michel G., médecin à EDF depuis la fin des années 1970, qui explique : « j'ai eu dans ma vie, successivement, deux places très différentes »¹⁴. Pendant ses sept premières années d'exercice dans l'entreprise d'énergie, il travaille dans divers sites du sud-ouest de

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.*

¹³ Entretien avec Claude S., mai 2009.

¹⁴ Entretien avec Michel G., mars 2009.

la France. Il se syndique à la CGT, comme la majorité de ses collègues, et est élu sur divers mandats syndicaux. Il m'explique qu'il envisage alors son exercice médical comme une activité de conseil des salariés et de leurs représentants, facilitée par son adhésion au syndicat majoritaire. Cependant, au milieu des années 1980, Michel G. se convainc de l'inefficacité de ce mode d'exercice et décide d'assumer une autre approche, celle de conseiller de l'employeur. Cette modification radicale n'est possible qu'en changeant de poste, ce qu'il fait au sein d'EDF en devenant en 1986 l'un des deux médecins du travail d'une nouvelle centrale nucléaire.

Dans son nouveau poste, il décide de ne pas renouveler son adhésion à la CGT et met en place les fondements de son nouveau positionnement : non plus médecin syndiqué faisant pression sur l'employeur, mais médecin qui a l'oreille et la confiance de la direction. Il fait tout pour que le directeur d'unité le consulte avant de prendre des décisions qui pourraient avoir un effet sur la santé des salariés :

« Un nouveau job avec des nouvelles personnes qui ne me connaissent pas, je vais faire différemment. [...] J'arrive à X., centrale neuve qui est en construction, je suis arrivé, on était cinq sur le site. On a tout créé, tout mis en place, et, petit à petit, par mes attitudes et mon comportement, je me suis proposé, j'ai donné des conseils, sur, "ça serait mieux de faire comme ça", parce que c'est bon pour la santé mais aussi parce que ça va coûter moins cher, parce que si on ne fait pas comme ça on va devoir le faire dans un second temps et on va payer deux fois. Donc, on construit un bâtiment, autant le faire bien du premier coup, plutôt que de faire des trucs qui ne vont pas alors qu'il était évident, au départ, que ça n'irait pas. [...] Et petit à petit, c'est des démarches que j'ai réussi à mettre en place. Dans un premier temps les syndiqués regardaient, disaient "ah celui-là c'est le médecin du patron"... c'est le risque, hein, porter l'étiquette, médecin du patron... puis finalement au fil du temps c'est complètement disparu, ça.¹⁵ »

On peut douter du fait que l'ensemble des délégués syndicaux aient accepté le nouveau rôle du médecin du travail, malgré les impressions positives de Michel G. Il est cependant vraisemblable qu'avec le temps, la nouveauté de ce positionnement s'est estompée, dans le même temps où s'établissait une nouvelle définition de l'activité médicale légitime.

L'empreinte de poste a ainsi une influence ambivalente sur l'autonomie professionnelle des médecins du travail. Elle cristallise une définition du métier en vertu de la légitimité traditionnelle, « validité de ce qui a toujours été »¹⁶. Cependant, cette autorité peut aussi bien être invoquée par les non-médecins pour contraindre le médecin du travail à rester dans un champ d'activité prédéfini, que brandie par les praticiens eux-mêmes pour défendre la légitimité de leurs prérogatives. Dans le

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Max WEBER, *Economie et société*, Paris, Plon, 1995, vol. Tome 1, p. 72.

cadre de ce travail, l'étude de l'empreinte de poste est surtout intéressante par ce qu'elle révèle sur la malléabilité de la définition de l'activité médicale légitime en fonction des interactions du médecin avec son environnement.

2. La neutralité médicale mise à l'épreuve

Les médecins de services autonome ont un problème commun avec leurs confrères de services interentreprises, mais celui-ci se pose en des termes différents. Le statut d'impuissance auquel les assigne la loi les contraint à chercher des relais dans l'entreprise s'ils souhaitent qu'un jour leurs préconisations de prévention soient appliquées ; en affichant leur proximité avec l'une des parties en présence, ils courent cependant le risque de s'aliéner de manière pérenne la confiance des autres et de réduire d'autant leur force de conviction. En service autonome, ce « schéma carcéral » se complique du fait que les positions de repli des praticiens sont limitées. Le médecin du travail fréquente la même cantine que les autres salariés, les retrouve à la machine à café ou dans les voyages organisés par le comité d'entreprise. Ses discours, ses prises de position et ses actions sont susceptibles d'être rapportés et diffusés au sein de l'entreprise selon les canaux d'information informels qui y ont cours, contribuant à créer une réputation qui peut ensuite être longue à défaire. Enfin, même dans les grands groupes qui comptent plusieurs dizaines de médecins du travail, il n'est pas facile de rester dans un entre-soi purement médical pour se prémunir de ce type de pressions sociales, puisque le nombre de praticiens par site dépasse rarement deux. C'est ce que résume Marilyne S. en comparant son exercice dans une usine chimique à celle de confrères en services interentreprises :

« [en service interentreprises] je pense qu'on a beaucoup moins de pression. La pression elle est répartie, je veux dire, on a un problème, déjà physiquement on n'est pas devant. On peut toujours bien dire "hola, je vais lui filer un rendez-vous dans trois jours" (*elle rit*). Moi je suis devant ; la personne elle est devant moi. Puis aussi bien, elle ne va pas partir. Puis aussi bien, elle va venir demain, puis le jour d'après, puis tous les jours. Je me la coltine en face. Alors que eux, ils sont dans des locaux différents, loin, on peut toujours bien ne pas répondre au téléphone (*elle rit*). Et on a des collègues. Donc on peut toujours répartir cette pression. Enfin on peut demander un avis à un collègue. Alors que moi je me débrouille toute seule pour gérer mes avis.¹⁷ »

En service autonome, l'un des points les plus difficiles à gérer seul est la construction d'une position de neutralité, à mi-chemin entre les salariés et la direction. Il est fréquent que la neutralité des médecins du travail soit testée dans les semaines qui suivent leur recrutement, par les salariés du

¹⁷ Entretien avec Marilyne S., octobre 2008.

rang et/ou par les cadres de direction ; ce type d'épreuves se reproduit ensuite périodiquement, à l'occasion d'événements importants de la vie de l'entreprise.

Lorsqu'elle arrive en 2004 dans l'usine chimique où elle travaille actuellement, Marilyne S. se rend rapidement compte des enjeux de son positionnement dans le débat politique interne à l'entreprise. Lors de la première réunion du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), la jeune médecin s'assoit à bonne distance des cadres de direction et des représentants du personnel, pour ne pas être étiquetée comme proche de l'une ou l'autre des parties. Appartenant à un grand groupe international de la chimie, l'entreprise connaît un syndicalisme très fort chez les ouvriers de production, adhérents de la CGT ou de FO.

Dès cette première séance, la praticienne est soumise par la direction à une forme d'épreuve. Elle ne sait pas encore que depuis une réunion qui s'est tenue sept ans auparavant, l'activité du Comité est paralysée par un projet de barrière que la direction souhaite installer au bout de la voie privée bordée de marronniers qui permet d'accéder à l'usine depuis la nationale. Les organisations syndicales ont manifesté leur accord à condition que la barrière ne soit pas au niveau de l'intersection, mais quelques mètres plus bas, au motif que ce serait plus sûr pour les voitures tournant sur la nationale. La direction a refusé. Depuis lors, les représentants du personnel n'ont signé aucun procès-verbal de CHSCT, protestant contre ce qu'ils considèrent comme une transcription malhonnête des débats sept ans auparavant.

Le directeur de l'usine ne manque pas de poser la question au nouveau médecin du travail : « d'après vous, faut-il installer la barrière au niveau de la nationale ou plus bas sur la voie privée ? ». Marilyne S. refuse alors de répondre sans avoir davantage examiné le dossier, percevant une très grande tension autour de cette question d'apparence triviale. Elle s'estime dépassée par ce conflit : « je ne voyais pas pourquoi on se battait pour une porte en fer ». Elle tente de s'informer, mais la direction lui interdit d'en parler avec les salariés ; une interdiction qu'elle n'ose braver, étant encore en période d'essai. Cependant, les membres du CHSCT lui intimant de répondre dans un délai d'une semaine :

« Je ne voulais pas qu'on profite de ma parole pour servir les intérêts de l'un ou de l'autre, alors que moi je ne mesurais aucunement l'impact de ce que j'allais dire. [...] J'avais l'impression que de toute façon, j'allais me couvrir de ridicule, que je dise oui ou que je dise non, et puis de toute façon je n'avais aucun argument pour l'un ou pour l'autre, il m'était interdit de me faire une idée en en parlant : qu'est-ce que je pouvais faire? Enfin

vraiment... j'ai eu vraiment la pression cette semaine-là, vraiment. Et ça a dû correspondre au moment où ils ont renouvelé ma période d'essai aussi, plus ou moins.¹⁸ »

Lui apparaît finalement une issue : elle répond que cette question sort de son domaine de compétences, car relevant davantage de la sécurité que de la santé, et que son seul intérêt en tant que médecin est qu'un salarié blessé puisse quitter les lieux facilement en cas d'urgence. Direction et syndicats se satisfont de cette pirouette, et le sujet n'est plus évoqué.

Ce n'est que bien plus tard que Marilyne S. a compris ce qui devait être le sens profond de la querelle : en installant la barrière au niveau de la nationale, la direction souhaitait pouvoir se prémunir de tout blocage de l'usine par des véhicules en cas de grève. Les syndicats l'avaient bien compris, et demandaient que la barrière soit reculée. Avec le recul, elle se félicite de sa non-réponse :

« j'aurais été nigaude de dire quoi que ce soit d'autre. C'aurait été vraiment profiter de ma naïveté et de ma nouveauté dans l'entreprise pour régler des comptes ancestraux.¹⁹ »

Dans les mois qui suivent, Marilyne S. consacre beaucoup d'effort à se construire une image de neutralité, qu'elle considère comme l'élément-clé du professionnalisme du médecin du travail. Lors de la validation de son contrat à la fin de la période d'essai, elle refuse d'être soumise à des objectifs chiffrés afin, dit-elle, de pouvoir montrer aux salariés sa liberté vis-à-vis de la direction. Lors des examens cliniques, elle met en place un rituel identique et systématique pour tous les salariés du groupe, qu'ils soient ouvriers ou cadres, délégués syndicaux ou directeur de l'usine, qui comporte un examen en sous-vêtements et une interrogation précise sur la consommation personnelle d'alcool.

Environ un an après la confirmation de son contrat, les ouvriers de production (qui composent presque la moitié de la main-d'œuvre) se mettent en grève reconductible pour protester contre ce qu'ils estiment être une répression systématique dirigée contre l'un de leurs représentants syndicaux. Alors que le mouvement ne semble pas se terminer, Marilyne S. est sommée de choisir son camp. Les cadres ont tous signé une pétition pour protester contre le mouvement des non-cadres, par laquelle ils souhaitent signifier à la direction du groupe que bien que la production soit arrêtée, la majorité du personnel n'est pas en grève. Plusieurs cadres, issus du marketing, des ressources humaines et de la logistique, sollicitent le médecin pour qu'elle signe à son tour :

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ *Ibid.*

« ils s'y mettaient fort, hein. C'était plein de coups de fil, c'était du harcèlement – enfin... oui, ce jour-là, ils m'ont harcelée, quoi, y a pas d'autre mot, je ne sais pas combien j'ai eu de coups de fil, de moments où ils sont vraiment venus – puis super en colère, quoi, extrêmement véhéments! A me dire "non mais, t'es cadre, tu dois te positionner !"»²⁰ »

Elle s'y refuse, expliquant qu'en tant que médecin du travail elle n'est *contre* personne mais *pour* tout le monde. Elle passe le reste du mouvement à naviguer entre le piquet de grève, le local syndical et les réunions de cadres, en ne refusant pas les cafés des uns et les saucisses grillées des autres. Au terme de quatre semaines sans production, la grève se termine suite au recul du directeur, qui accorde une compensation financière à tous les salariés avant d'être finalement démis de ses fonctions par le groupe pour n'avoir pas su contenir le mouvement social. Marilyne S. estime avoir évité les nombreux pièges qui lui avaient été tendus et validé son image de neutralité jusqu'à la prochaine épreuve : « je crois qu'ils me connaissent mieux aujourd'hui, et qu'ils ont mieux perçu mon vrai, vrai désir de neutralité ».

Parfois, les médecins du travail ne passent pas l'épreuve de neutralité, avec des conséquences importantes sur leur exercice. C'est ce qu'illustre l'histoire rapportée par Alain C., médecin du travail dans une entreprise publique d'énergie entre 1976 et 2008, syndiqué à la CGT comme une grande partie de ses confrères et fervent défenseur d'une médecine du travail au service des salariés. Il raconte un épisode décisif de sa carrière, qui s'est déroulé au milieu des années 1980 alors qu'il était en poste dans une usine de la région parisienne, et qui montre combien il est important de ne pas afficher une proximité trop grande avec les syndicats de salariés sous peine de perdre toute crédibilité :

« C'est une erreur de ma part. Voilà, quand vous travaillez dans mon métier, il faut toujours être à l'affût du débat social, c'est-à-dire, il faut toujours savoir où est le rapport de forces. Là, je n'ai pas su où était le rapport de forces, je me suis planté. L'histoire est simple. Je faisais des visites de chantier de nuit, à l'époque. Parce qu'on installait la haute pression avec des stations de première décompression, des stations de reprise de réseau et des stations de compression, tout autour de la région parisienne. Moi dans mon secteur à l'est, j'avais beaucoup de chantiers. Et je m'aperçois que les gars, en fait, ils dormaient sur le chantier. Je trouve ça bizarre. Attendez, ils dormaient dans la cabane de chantier, sur des gravats, enfin bon c'était... Par le syndicat majoritaire, je me procure les pointages. Je vois des pointages : 61h par semaine ! C'est pas possible ! Et donc, je vais voir la section syndicale majoritaire, et je dis au responsable de la section syndicale, "qu'est-ce que vous comptez faire au CHSCT ? Si vous faites quelque chose au CHSCT, moi je vais envoyer derrière, il n'y a pas de problème".²¹ »

²⁰ *Ibid.*

²¹ Entretien avec Alain C., janvier 2008.

Le représentant syndical inscrit la question des horaires à l'ordre du jour du prochain CHSCT. Le médecin interprète cela comme un feu vert, et décide de faire venir l'inspecteur du travail afin qu'il constate l'illégalité de la situation. De son propre aveu, Alain C. a provoqué « un bazar effroyable ». C'est sans compter sur un coup de théâtre qui met le médecin en fâcheuse posture :

« Et là, je m'aperçois qu'en fait, il y avait un accord entre les gars et la direction pour travailler 61h, que les gars ils avaient des crédits, etc. etc. Là je comprends assez vite, mais enfin, le mal était fait ²². »

La direction a alors beau jeu de souligner le manque de sérieux du médecin, qui reprend sans les vérifier les déclarations erronées d'un élu syndical. L'épisode lui vaut un passage contraint à temps partiel ainsi qu'une surveillance scrupuleuse de son programme de travail par sa hiérarchie. Ne sentant plus réunies les conditions d'exercice de son métier, Alain C. se résout quelques mois plus tard à changer de poste au sein de son entreprise.

Ce type de récit est classique dans les entretiens réalisés et les archives consultées. Tous les médecins du travail de service autonome tentent de défendre une image de neutralité, sans laquelle ils estiment qu'ils ne peuvent travailler efficacement. Ceci n'empêche pas qu'ils puissent se sentir proches de la direction ou, plus rarement, des salariés du rang, du fait des multiples liens de dépendance qui les y rattachent.

3. Des formes de progression de carrière en service autonome

Lors des entretiens réalisés, les médecins du travail se plaignent souvent du fait qu'il n'y a pas de progression de carrière possible dans leur profession, du fait du caractère unique et règlementé du poste qu'ils occupent. Pour la majorité de médecins qui sont salariés de services interentreprises, ce manque de perspectives s'incarne dans la grille salariale prévue par la convention collective, qui ne progresse plus après quinze ans d'ancienneté dans le même service²³. Si les salaires pratiqués sont aujourd'hui supérieurs à cette grille, le principe du salaire bloqué à quinze ans reste en vigueur. Le fait de changer de service tient alors lieu de progression de carrière, du fait de la renégociation du salaire qu'elle permet.

Dans ce contexte, l'exercice en service autonome apparaît en soi comme une forme de promotion pour la plupart des médecins rencontrés. Les salaires qui y sont pratiqués sont supérieurs à ce qui se pratique en service interentreprises²⁴, pour des effectifs à surveiller bien moindres. Le recrutement

²² *Ibid.*

²³ Convention collective des services interentreprises de médecine du travail, 1976.

²⁴ Je n'ai pas pu obtenir de données précises sur les niveaux de salaires pratiqués en service autonome, les médecins se

paraît également plus sélectif²⁵. Pour toutes ces raisons, certains médecins s'estiment non seulement privilégiés, mais récompensés en raison de leurs compétences lorsqu'ils intègrent un service autonome. C'est le cas de Claude S., qui mime une altercation qu'il a eu avec des confrères de service interentreprises qui se plaignaient de ne pas avoir assez de temps pour leur travail :

«[L'autre me dit] "Ah oui mais tu comprends, toi t'es privilégié, évidemment t'as 1200 salariés, moi j'en ai 3200". Je dis "mon petit père, tu choisis la médecine du travail que tu veux ! Tu n'étais pas obligé ! Si t'en vois 3200, c'est peut-être parce qu'on ne t'as pas pris dans une société où on en voit 1400!". Je veux dire, vous voyez ce que je veux dire ? Je ne suis pas discriminatoire, mais on donne aux gens quand on voit qu'ils en veulent.²⁶ »

Le salaire est une donnée importante de l'attrait de certains postes en service autonome. Catherine F., médecin depuis huit ans dans une entreprise de télécommunications, a postulé à son poste pour des raisons salariales, après avoir exercé pendant plusieurs années chez Peugeot :

« Ici c'était deux fois mieux payé. C'est pour ça que j'attendais, c'est pour ça que j'avais posé ma candidature, vous voyez. Étant donné que j'avais remplacé dans un autre [établissement du groupe], je connaissais le tarif.²⁷ »

Âgée de cinquante ans lors de notre rencontre, elle explique qu'elle aimerait bien pouvoir terminer sa carrière dans un des services autonomes les mieux payés de France. Elle a une connaissance fine de la hiérarchie des salaires :

« Normalement, juste au-dessus de nous, il y a l'Oréal, qui est un très bon poste pour nous. Que je vise depuis des années, mais ça n'a pas avancé. En tout cas on est beaucoup mieux payé en autonome qu'en service interentreprises, ça c'est clair. Par contre, dans l'hôtellerie, ce n'est pas très bien payé. C'est très intéressant, j'aime bien, je continue à y aller encore [pour des remplacements]. Mais ils ont des avantages. Et puis Peugeot, c'est convention de la métallurgie, les voitures en général, ce n'est pas très bien payé. Il vaut mieux viser les produits de beauté, et il y a aussi tout ce qui est Total.²⁸ »

Une fois recrutés, les médecins de service autonome sont cependant susceptibles de connaître à nouveau l'absence de perspectives d'évolution qui les avait incités en premier lieu à changer de poste. Il existe bien des moments où les praticiens peuvent tenter de renégocier leur salaire, par exemple lors d'entretiens annuels d'évaluation, réalisés avec la direction, mais ils ne suffisent pas toujours à remplacer l'idée d'une mobilité en termes de postes et de responsabilités. C'est ce qu'explique Marilyne S., en se comparant sa carrière à celle de l'ingénieure de sécurité de son

refusant à les divulguer.

²⁵ Les praticiens en service autonome sont plus souvent des hommes que la population générale des médecins du travail, même après le tournant de la féminisation dans les années 1980, ce qui atteste de l'existence d'une sélection à l'embauche en fonction du genre.

²⁶ Entretien avec Claude S., mai 2009.

²⁷ Entretien avec Catherine F., juillet 2008.

²⁸ *Ibid.*

entreprise. Cette dernière consacre beaucoup d'effort à mettre en scène ses succès professionnels, ce que la praticienne interprète ainsi :

« elle, je pense que ça l'intéresse de se faire valoir... elle a aussi une possibilité d'évolution en termes de poste – on a le même âge à peu près, on est arrivées en même temps. Elle a des possibilités, elle, d'évolution de carrière dans l'entreprise. Elle pourrait par exemple devenir son supérieur à elle. Ou elle pourrait devenir responsable QHSE, qualité hygiène sécurité environnement, elle pourrait accéder à ce type de poste. Alors que moi de toutes façons, je ne vais pas bouger, je vais rester médecin du travail, donc, de fait, j'ai moins d'intérêt personnel à me faire valoir dans mes actions, parce que de toute façon je ne peux pas prétendre à une quelconque évolution.²⁹ »

Un peu plus tard lors de cette rencontre, Marilyne S. revient sur le sujet. Il est alors clair que son point de comparaison est l'ensemble des autres cadres de son entreprise :

« on n'a pas de possibilités d'évolution dans l'entreprise... Je vais devenir quoi d'autre ? Je veux dire, je vais rester médecin du travail. Même si je leur donne la plus grande satisfaction, je n'ai pas, je n'évoluerai vers *rien*. A la différence de n'importe qui d'autre dans l'entreprise – enfin de de n'importe quel autre cadre. Qui peut forcément évoluer vers une direction, vers quelque chose. En tant que médecin du travail, non, on est bloqué.³⁰ »

Il est vrai que la réglementation ne définit qu'un type de poste de médecin du travail. Cependant, l'enquête dans les services autonomes a permis de constater qu'il existe bien des perspectives de progression de carrière des médecins du travail en termes de postes et de responsabilités. Elles font l'objet d'une certaine discrétion, car elles peuvent entrer en contradiction avec l'article du Code du travail selon lequel le médecin du travail ne peut cumuler son poste avec un autre positionnement dans l'entreprise dont il a la charge³¹. Les médecins qui en bénéficient apparaissent bien conscients de l'illégalité potentielle de ce cumul de responsabilités. Au lieu d'en déduire qu'il ne s'agit pas d'une véritable progression de carrière, ils voient au contraire dans ce caractère illégal une nouvelle manifestation de l'intérêt que leur porte l'employeur, puisqu'il n'hésite pas à les solliciter en dehors des usages règlementaires, et donc une nouvelle occasion de se sentir redevables envers ce dernier.

Parmi les dix médecins de service autonome rencontrés, au moins quatre cumulent leur emploi avec d'autres responsabilités internes ou externes à l'entreprise ; les autres ont tous été confrontés à un moment de leur carrière à la question du cumul de responsabilités, soit parce qu'ils y aspirent, soit parce qu'ils ont décliné une offre qui leur a été faite.

²⁹ Entretien avec Marilyne S., juin 2008.

³⁰ *Ibid.*

³¹ Article 241-32 du Code du travail (ancienne codification), « Le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions ; celles-ci sont exclusives de toute autre fonction dans les établissements dont il a la charge ».

Dans la centrale nucléaire où il a été recruté, Michel G. a intégré au bout de quelques années le conseil de direction, où il participe à diverses activités qui ne sont pas toutes d'ordre médical³². Dans l'entreprise d'énergie qui l'emploie, il s'agit d'une pratique rarissime pour un médecin du travail, comme il le reconnaît lui-même. Les sujets abordés dans cette enceinte sont variés, et le médecin du travail n'hésite pas à intervenir sur des cas particuliers, y compris lorsqu'il s'agit de déterminer si tel salarié mérite son avancement. Michel G. justifie son action dans cette enceinte en défendant une vision large de son mandat professionnel :

« Et alors les réunions, c'est des réunions où l'on décide par exemple de l'implantation d'un nouveau bâtiment. Ou pour parler d'organisation du travail. Les réunions où il y a les avancements du personnel. Les réunions où on traite de cas particuliers. Il y a des comités carrière où on traite des cas particuliers. [...] Par exemple, lorsqu'on décide de refuser un avancement à quelqu'un : si la raison invoquée c'est "il a eu un accident du travail" - moi j'ai déjà entendu ça ! C'est une connerie majeure ! J'ai été entendu, il a eu l'avancement. Je n'aurais pas été là, il n'aurait pas eu l'avancement. C'est justement comme ça qu'on arrive à construire – sauf s'il a fait exprès, auquel cas c'est une faute, mais en général c'est le résultat de l'erreur humaine, quand on creuse, quand on gratte, on trouve des tas de choses, dans l'arbre des causes. Et j'ai convaincu le directeur, je me suis opposé à un ingénieur, une jeune femme, et le directeur a tranché en ma faveur. Mais ça peut être aussi quelqu'un qui était malade, alors sans entrer dans les détails, on peut dire "il y a d'autres raisons, moi je propose de". Ça fonctionne, ou pas, il faut être convaincant. Moi je considère qu'on n'est pas très loin de la santé au travail là-dedans. Il y en a qui considèrent que ça n'a rien à voir avec la santé au travail. C'est une question d'appréciation.³³ »

Au-delà de son action dans le comité de direction, Michel G. bénéficie de décharges horaires et de soutien de sa hiérarchie pour divers projets qui lui tiennent à cœur. Dans les années 2000, il est ainsi l'un des initiateurs d'une « démarche bien-être au travail », qui aboutit à la mise en place d'un « Observatoire local du bien-être » dans la centrale nucléaire. Installé dans un bâtiment séparé du cabinet médical, il est administré par la direction, les médecins du travail et les représentants du personnel. Ces derniers peuvent bénéficier de formations axées autour des « risques psychosociaux », des problèmes de dos et de cœur, ou encore de la nutrition.

Claude S., a été recruté en 1995 dans une usine chimique en grande partie du fait de ses compétences en toxicologie industrielle, terrain d'intervention légitime pour le médecin du travail depuis le mandat de son prédécesseur. Avec ce jeune médecin de trente-trois ans, la direction du site va cependant plus loin en lui confiant, en plus de la responsabilité du service médical, celle du service d'hygiène industrielle, où travaillent un ingénieur de sécurité, un ingénieur environnement et

³² Entretien avec Michel G., mars 2009.

³³ *Ibid.*

un ingénieur sécurité des procédés. Le médecin du travail est ainsi placé dans une position singulière, à la fois chargé de la prévention des atteintes professionnelles à la santé des salariés et mandaté pour gérer la responsabilité de l'employeur quant à ces mêmes atteintes.

Claude S. présente cette double casquette comme un avantage dans la perspective de ce qu'il appelle une « démarche globale en santé au travail ». Il reconnaît cependant à demi-mot que ce cumul pourrait être considéré comme illégal par certains :

« Ça peut même aller en contradiction avec certains textes qui disent que le médecin du travail doit avoir un positionnement unique dans l'entreprise, c'est-à-dire, qu'il n'a pas le droit d'avoir d'autres fonctions.³⁴ »

Assez vite, le médecin bénéficie d'une décharge d'une partie de ses activités de terrain pour participer à la détermination des valeurs-limite d'exposition professionnelle des produits chimiques utilisés dans les usines du groupe. Il participe à un « Permissive Level Exposure Committee » qui réunit des médecins et des coordinateurs hygiène et sécurité représentant chacune des branches du groupe. Claude S. représente l'ensemble de la pharmacie, ce qui lui assure une solide rémunération complémentaire, et deux autres médecins représentent l'agronomie et la chimie. « Ça m'a permis de voyager pas mal », reconnaît-il avec le sourire. Lors de réunions qui ont lieu en Allemagne ou aux États-Unis, il participe à l'élaboration d'une méthodologie pour fixer des seuils d'exposition qui éviteront à l'entreprise d'avoir à renoncer à l'usage de certains produits.

La direction de l'entreprise charge également Claude S. de mettre en place une interface avec les organismes français de contrôle de la toxicité des produits, au premier chef l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS). Il explique avoir créé des

« groupes de travail pour plutôt convaincre ces grands organismes de notre bonne méthodologie d'identification des dangers et d'évaluation des risques plutôt que de se faire soumettre les leurs – plutôt que nous faire imposer leurs standards, de leur proposer.³⁵ »

La démarche est un succès. L'INRS et le Ministère du travail continuent de déterminer les valeurs-limites pour les produits les plus courants de la chimie, tels les solvants (benzène, acétone, toluène, xylène...), mais l'entreprise chimique obtient le droit de fixer elle-même les seuils d'exposition pour les intermédiaires de synthèse qui n'apparaissent que dans ses propres fabrications.

³⁴ Entretien avec Claude S., mai 2009.

³⁵ *Ibid.*

Cependant, à la suite d'une fusion-acquisition au début des années 2000, Claude S. se retrouve brutalement dépossédé de ses mandats en matière de définition des seuils de toxicité, au profit du médecin qui occupait le poste équivalent dans l'entreprise prédatrice. Il est alors contraint de se replier sur une activité de médecin du travail plus classique. La direction l'autorise tout de même à exercer un certain nombre d'activités annexes qui, de son propre aveu, lui assurent des revenus complémentaires conséquents. Claude S. enseigne notamment la toxicologie industrielle dans des organismes de formation et à l'université, en se présentant à chaque fois sous l'étiquette de « médecin du travail chez [son entreprise] » avec l'autorisation de sa hiérarchie, qui y voit une forme de publicité appréciable. Il est également chargé, avec un médecin du travail d'une entreprise de cosmétiques, d'une expertise pour une entreprise d'énergie qui vise à montrer qu'une centrale thermique en projet ne constitue pas un risque notable pour l'environnement. Le médecin va jusqu'à mettre les ressources humaines de son entreprise au service de ses « ménages ». Ainsi, lors d'un entretien avec une infirmière qui travaille dans le service médical, celle-ci m'explique qu'elle reste un peu plus tard le soir pour s'occuper de la mise en page du rapport d'expertise ; pour cette tâche, elle est payée par Claude S. de la main à la main.

Employée par le même groupe chimique, Brigitte R. exerce depuis 1981 sur un site composé en grande majorité d'emplois de bureaux³⁶. Bien qu'elle ne travaille que trois jours par semaine, la direction accepte à partir du milieu des années 1990 qu'elle prenne sur son temps de travail pour des activités non médicales ; elle parle d'une « déviation » de son activité à partir de cette date. C'est ainsi qu'elle monte avec des collègues une association d'insertion par le travail qui monte en puissance entre 1994 et 2004, implantant sur tous les sites de l'entreprise des centres qui proposent des services de blanchisserie, lavage de voitures, crèche, etc. Le soutien de la direction à cette initiative est matérialisé par les décharges horaires et l'accès à des sources de financement conséquentes qu'elle octroie à la praticienne. Enfin, dans la suite de son investissement dans ces centres de services, Brigitte R. a été nommée récemment gérante de la salle de sport présente sur le site où elle travaille. Elle a accepté ce nouveau mandat à la condition qu'un médecin du travail à temps plein soit recruté pour l'épauler :

« on a une belle salle de sport, et j'en suis responsable – alors ce n'est pas moi on a un prestataire, Club Med Gym, mais j'ai quand même toute la gestion de cette salle. Et pour tout ça, j'ai dit “je ne peux plus”, parce que,

³⁶ Entretien avec Brigitte R., janvier 2007.

avec toutes ces activités... Donc j'ai pu avoir la chance d'avoir un jeune médecin, le dr. Sarah B., qui nous a rejoints en 2002.³⁷ »

C'est également dans les années 1990 que Brigitte R. a été approchée pour la première fois par les organisations représentatives des employeurs. Dans un premier temps, l'Union des industries chimiques l'a chargée d'un certain nombre d'expertises, qui ont apparemment plu, puisqu'elle sera contactée par la suite pour diverses missions additionnelles, dont elle reconnaît elle-même que le lien avec la médecine du travail n'est pas toujours évident :

« à la suite de ça, j'ai été, bon... *repérée* par le Medef, et on m'a demandé, alors ça devait être... ça fait dix ans, le temps passe vite, je sais plus... ça devait être à peu près, 1996, et là on m'a demandé d'être administrateur à la Cramif, la Caisse régionale d'assurances-maladie d'Île-de-France. Alors là aussi je découvrais un autre monde, parce que je ne connaissais rien, alors là au début ça a été un peu difficile, beaucoup de choses à lire, beaucoup de papiers, me mettre dans la partie très administrative, bon. Néanmoins ça avait un côté intéressant la Cramif, c'est qu'il y a toutes les campagnes de prévention, il y avait beaucoup de choses qui correspondaient à la médecine du travail, les accidents du travail, les choses comme ça, donc y avait quand même un lien. J'avais accepté parce que je pensais qu'il y avait quelque chose que je pourrais apporter, et que pour le Medef, avoir un médecin du travail pouvait leur apporter une autre vision des choses.³⁸ »

Au fil des années, elle exerce divers mandats pour le patronat : à la Cramif, à la Caisse primaire d'assurance-maladie de Paris, au conseil d'administration d'une « maison des parents » à l'hôpital Necker (pour le Medef), au conseil d'administration de l'Agence régionale d'amélioration des conditions de travail d'Île-de-France (pour l'Union des industries chimiques). Elle a récemment été nommée « chef de file » du Medef pour la Cramif, ce qui signifie qu'elle a une équipe de gens à sa disposition. Elle est désormais habituée à la procédure de l'organisation patronale :

« je reçois beaucoup de documents du Medef qui donnent les axes d'orientation du Medef vis-à-vis de la sécurité sociale, des déclarations, et il faut que moi j'en parle aux gens qui m'entourent, là, qui sont avec moi, pour que quand on a des votes, ou des choses comme ça, ils soient au courant, et qu'ils ne votent pas le contraire de ce qu'il faut. Donc, on les prépare, et, bon, je leur envoie – alors il y a beaucoup de choses qui se font maintenant par email, parce que grâce aux emails on leur envoie, et puis on se réunit de temps en temps. Moi je les réunis par exemple mardi prochain.³⁹ »

À aucun moment Brigitte R. ne semble considérer ses multiples mandats patronaux comme étant contradictoires avec l'exercice de la médecine du travail, qui continue d'être son travail principal. Elle semble percevoir ses multiples responsabilités extérieures à l'entreprise comme des fonctions

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

d'expertise plutôt que des mandats politiques, les personnes véritablement « idéologiques » étant plutôt, selon elle, les élus de la CGT avec lesquels elle est amenée à débattre. Plus encore, toutes ces missions semblent pour Brigitte R. participer d'une même identité professionnelle de médecin du travail polyvalent, amené à « jongler » avec de multiples tâches « passionnantes ». À ce titre, la médecine du travail de service autonome est selon elle à mille lieux d'une médecine de service interentreprises qu'elle décrit comme étant peuplée de praticiens désinvestis qui se contentent d'aligner les visites médicales :

« il faut jongler avec tout ça. Donc ce n'est pas toujours évident, si vous voulez dans une journée, j'ai l'habitude de passer d'un sujet à un autre, puis les coups de fil que je dois donner, c'est pour tel, soit c'est pour le Medef, soit c'est pour la Cramif, soit c'est pour la médecine du travail, pour un service de proximité, un problème avec un handicapé, donc c'est très... Donc, si vous voulez, je suis habituée à passer d'un sujet à un autre, de laisser tomber un truc et puis de reprendre autre chose. Là voyez, j'ai à relire des procédures, là, on travaille par exemple sur la grippe aviaire, après je vais rencontrer quelqu'un, ou j'ai une urgence, là quelqu'un dans un lit qu'il faut que je voie, donc je ne m'ennuie pas, les horaires sont, très, très larges. C'est-à-dire que, ce n'est pas l'image de la médecine du travail de services interentreprises avec des horaires, là, où à 5 heures, il n'y a plus personne.⁴⁰ »

Bien qu'il soit interdit d'assigner des objectifs à un médecin du travail, la direction évalue régulièrement Brigitte R. sur la partie de son travail qui ne rentre pas dans le cadre classique de la médecine du travail afin de déterminer le montant d'une prime qui lui est distribuée annuellement. La praticienne présente cette rémunération variable comme une juste compensation de ce qu'elle apporte à l'entreprise et assume entièrement de servir les intérêts de la direction :

« j'ai une rémunération variable, aussi, donc, alors qui est beaucoup notée dans mon cas sur ma notoriété. Si vous voulez, la direction – parce que moi en plus j'ai une multi-direction – la direction générale, vous savez, ils entendent parler de moi... Un médecin c'est plus sur sa notoriété, sur quelle est notre valeur ajoutée, voilà c'est en gros quelle est la valeur ajoutée que j'apporte à l'entreprise. [...] Dans le cas de mes services de proximité ou crèches, on apporte un service à la personne, donc, une aide, bon ça se sait à l'extérieur, le fait d'être à la Cramif, au Medef, c'est une certaine notoriété pour l'entreprise, parce que je véhicule l'image de [l'entreprise] à l'extérieur. Donc ça aussi c'est une valeur ajoutée pour eux. Donc c'est là-dessus. Vous savez, j'ai à chaque fois une bonne rémunération variable, mais je n'ai jamais le détail. Bon, je sais que de ce côté-là, j'ai toujours les félicitations... J'ai une voiture de fonction, non je suis, j'ai... Je bosse, voilà. Ce que je veux dire, c'est qu'il n'y a pas de secret, parce qu'il y a eu à un moment des médecins du travail qui étaient peut-être un petit peu jaloux de ce que j'avais, mais bon, comme je leur ai dit, ce n'est pas arrivé sur un plateau d'argent. Faut bosser, c'est du donnant-donnant. Si vous voulez, si on me donne ça, c'est que les patrons s'y retrouvent. Ils ne sont quand même pas philanthropes, donc il faut qu'ils y trouvent un avantage.⁴¹ »

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ *Ibid.*

Les cas de médecins pluri-investis présentés ci-dessus ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la médecine du travail des grandes entreprises ; ils illustrent toutefois une structure d'opportunités qui se présente un jour ou l'autre à tous les praticiens, comme un idéal ou comme une offre tangible. Dans les très grands groupes, les postes de médecin-coordonateur, médecin-chef ou médecin-conseil, selon la dénomination en usage, incarnent une forme de promotion professionnelle possible pour les médecins du travail. Il s'agit de postes non codifiés par la réglementation qui jouent sur l'ambiguïté de la notion de coordination médicale pour orienter les actions des médecins du travail de terrain, alors qu'en droit ceux-ci ne peuvent être soumis à aucune hiérarchie médicale.

Médecin dans une entreprise d'énergie, Alain C. reconnaît avoir été approché par deux fois par la direction générale qui souhaitait lui proposer un poste de coordination médicale, en dépit (ou du fait) de sa réputation de médecin « militant ». La première entrevue se déroule dans les années 1980, peu après que le médecin ait contribué à révéler les conséquences médicales de l'exposition massive de salariés de son usine à l'amiante :

« un jour, je suis convoqué – plus exactement, je reçois un coup de téléphone : docteur, nous aimerions avoir une conversation informelle avec vous au niveau de la direction régionale de la production thermique. Informelle, pour échanger autour d'un certain nombre de choses. Moi je programme, je fais sauter mes consultes, et je vais à Melun. Bon. Et je me retrouve devant deux cadres de la direction. Générale. Que je connaissais bien. Enfin, un au moins, que je connaissais comme militant CFDT des services centraux. Et puis, un autre que je ne connaissais pas trop. Et ils me disent – ils ne m'ont pas présenté d'excuses, hein, ils ne m'ont pas présenté d'excuses. Mais ils m'ont dit que finalement ils avaient apprécié la façon dont j'avais mené cette affaire d'amiante. Que, finalement, disons que l'alerte, même s'ils n'appréciaient pas un certain nombre de... l'alerte avait été pertinente –

[...] Et donc, ils m'ont dit : nous apprécions, vous êtes extrêmement intelligent, vous êtes compétent, etc, nous apprécions beaucoup vos qualités, est-ce que vous envisageriez de venir travailler au niveau de la direction générale sur les questions de santé au travail ? Moi j'avais, même pas trente ans – si, j'avais trente ans. J'ai quand même un arrière-plan idéologique, donc... je dis : je dois vous répondre tout de suite, ou...? Votre proposition m'honore, enfin bref... votre proposition m'honore. Elle me gêne un petit peu, parce que moi, je suis médecin, donc moi, l'exercice, c'est pour ça que j'ai fait ce métier, etc, donc... Mais je vais réfléchir, je vais réfléchir. – Bon, si vous décidez effectivement de donner suite à notre proposition, appelez-nous. Terminé comme ça. Et ça a duré... deux heures et demie, trois heures. [...] Je n'ai pas rappelé, ah dans ces cas-là il ne faut pas dire non. Il faut laisser mourir. Mais la proposition, je me suis félicité de ne pas l'avoir... ça commençait à tourner mal.⁴² »

La deuxième proposition lui est faite au milieu des années 1990 :

⁴² Entretien avec Alain C., mai 2008.

« Donc là le médecin-chef me reconvoque un jour. C'était un ancien membre du bureau syndical. Donc je le connaissais, parce que le médecin-chef, avant, c'était des gens de la CGT. [...] Et donc là il me dit, écoutez, C. ... le docteur untel qui s'occupait de l'épidémiologie désire aller travailler ailleurs, et donc son poste est vacant, et donc j'ai pensé à vous, nous aimerions que vous nous rejoigniez au service général. C'est-à-dire en gros, service tampon entre la direction et les médecins, plutôt du côté disons de la coordination de l'employeur. Enfin à l'époque c'était moins tranché. Il se trouve que je me méfiais énormément de ce type et donc, effectivement j'ai décliné. Mais là, j'ai été clair. Je lui ai dit : il n'en est pas question, moi je suis trop jeune, j'ai, l'activité clinique m'intéresse, je ne veux pas lâcher ça, donc l'épidémio... si toutefois vous me refaites la proposition plus tard, quelques années, peut-être à ce moment-là serai-je disponible, etc. Mais à ce moment-là il m'a dit : de toute façon, C., je ne repasse jamais deux fois les plats... Je lui ai dit : dans ce cas-là, je serai privé de dessert ! (*il rit*) Et puis, je lui ai dit au revoir, et je me suis barré. Ils m'ont coincé à l'avancement pendant plusieurs années.⁴³ »

Cet exemple est intéressant à un double titre. Il confirme d'une part que l'accès aux postes de coordination médicale est présenté (et souvent, vécu) comme une promotion, une récompense, comme un plat de choix qui serait passé à table. Il suggère également les caractéristiques sociales particulières qu'il faut avoir pour pouvoir résister à ce type d'offre ; en effet, Alain C. est connu comme le héraut par excellence de l'intégrité médicale, ayant publié de très nombreux textes dénonçant les dérives d'une « médecine d'entreprise », ce qui en fait évidemment un cas singulier. Si d'autres médecins semblent se résoudre à ne pas briguer de poste plus élevé, à l'instar de Marilyn S., il semble que ce soit en grande partie du fait de l'absence d'opportunités de mobilité.

4. De la revendication du statut de cadre à la fidélité à l'entreprise

La convention collective des services interentreprises place les médecins du travail dans la catégorie des cadres, à l'instar des diverses conventions collectives qui régissent les entreprises dotées d'un service autonome. Ceci signifie notamment qu'ils votent dans le collège cadres pour les diverses élections d'instances représentatives du personnel, ou encore qu'ils peuvent être soumis à un forfait-jour (218 jours travaillés dans l'année pour un temps plein) plutôt qu'un planning horaire.

Dans les faits, la signification de ce statut de cadre est très différente selon que l'on considère les services interentreprises ou les services autonomes. Dans les premiers, les médecins composent l'essentiel du collège cadres et la qualification de cadres n'a pas d'usage pratique dans les situations quotidiennes de travail ; la distinction fondamentale est celle qui sépare les médecins des non-médecins, et les médecins se sentent médecins avant de se sentir cadres. Au contraire, les médecins de service autonome ne forment généralement qu'une minorité de la catégorie des cadres dans

⁴³ *Ibid.*

l'entreprise où ils travaillent. Si l'on y ajoute la faiblesse de l'entre-soi médical, soulignée plus haut, ceci explique que les praticiens soient souvent amenés à se positionner par rapport à ce qui reste l'une des lignes de démarcation les plus structurantes dans les grandes entreprises, celle qui distingue les cadres des non-cadres.

On a vu que lors de la grève ouvrière qui déchire l'usine où elle est employée, Marilyne S. est sommée de choisir son camp, les cadres lui intimant d'assumer son statut en signant la pétition catégorielle qu'ils ont initiée. La praticienne s'y refuse au nom de la préservation de son image de neutralité. Lors de notre deuxième rencontre⁴⁴, Marilyne S. exprime pourtant une crainte, celle de m'avoir donné l'impression lors du premier entretien qu'elle aurait une certaine partialité contre les salariés du rang et en faveur de l'encadrement. Il est vrai que dans son récit de la grève, elle s'était montrée assez critique envers l'un des délégués syndicaux, l'accusant de ne pas travailler en cumulant les décharges syndicales et d'avoir des revendications démesurées, alors que l'entreprise serait « très sociale », offrant une très bonne mutuelle, de nombreuses primes et ne recourant quasiment jamais au licenciement. Marilyne S. avait également exprimé sa consternation que la direction ait capitulé face aux ouvriers. Au cours du deuxième entretien, elle insiste pour préciser sa pensée, reconnaissant une proximité sociale plus grande avec les cadres qu'avec les ouvriers qu'elle explique par un certain attachement à la valeur du travail, mais refusant pour autant d'être taxée de partialité :

« J'ai le sentiment de comprendre peut-être plus aisément, on va dire, les cadres. Je pense que mon discours était davantage teinté de ça. Mais, plus dans le sens "absence de revendications", en fait. Je suis assez dure au travail. Quand j'étais interne, on bossait plus de cent heures dans la semaine et on se taisait et on le faisait. Du coup j'ai un peu de mal à me sentir... à adhérer à un discours où on doit tout à un salarié. Il doit aussi des choses. Il doit du travail. Non mais, c'est vrai, je veux dire dans mon usine on peut en arriver à certaines extrémités. Où l'employeur doit tout à ce type, et où lui, c'est tout juste s'il estime lui devoir un tant soit peu de travail. Et c'est vrai, ce que je dis. C'est vrai. Je veux dire, il y a un moment où quasi, il n'y a rien en face du salaire. Donc... mon père exerçait en [médecine] libéral[e], en libéral on ne compte pas ses heures, mes deux frères dirigent des entreprises, je veux dire, d'une manière générale je ne fais pas partie des gens qui comptent leurs heures. Et je ne les compte pas, moi, par rapport à l'entreprise. Là on est lundi, je ne travaille pas, et j'ai plusieurs fois des communications avec Thierry [l'infirmier]. Voilà, donc, bien entendu, je pense que, par mon vécu, je suis plus proche de la sensibilité de l'encadrement. Mais, là je le dis là, parce que je suis chez moi, je m'efforce sincèrement d'être vraiment objective – enfin, je ne veux pas être le médecin de la direction. Et je ne le suis pas. Je suis pas du tout à dire amen à ce qu'ils disent, absolument pas. Et je pense être vraiment proche de pas mal de salariés opérateurs. Alors, je ne partage pas de... de préoccupations intellectuelles, avec eux. A la différence de

⁴⁴ Entretien avec Marilyne S., juin 2008.

certaines personnes de l'encadrement avec lesquelles je peux avoir des discussions qui soient... intellectuellement motivantes. Mais, je partage d'autres choses qui me plaisent vraiment, avec les opérateurs. »⁴⁵ »

Dans cette confession aux accents contradictoires, Marilyne S. assume ses affinités avec les membres de l'encadrement et la distance sociale qui la sépare des ouvriers de l'usine, tout en suggérant que ce positionnement n'en fait pas pour autant le médecin de la direction. On retrouve ce type d'aveu dans les discours d'autres médecins rencontrés.

Ceux-ci insistent d'une part sur tout ce qui les sépare des salariés du rang, et en particulier des ouvriers. Ainsi, Jean M., médecin dans une entreprise de cosmétiques en charge de différents sites, dresse un portrait très positif d'un site de recherche qui regroupe selon lui « une population de bon niveau intellectuel » qui contraste avec un site de production où « les populations sont un petit peu plus difficiles », le médecin me suggérant même qu'il y aurait « un travail sociologique passionnant à faire dans cette usine » en sous-entendant qu'il s'agirait plutôt d'une forme d'ethnologie exotique⁴⁶. La plupart des médecins du travail rencontrés tiennent également un type de discours classique chez les cadres, où ils insistent sur le fait qu'ils n'ont pas d'horaires, sont complètement investis dans leur travail et ne se plaignent pas, à la différence des salariés non-cadres qui auraient des revendications non proportionnées à leurs efforts.

Ce sentiment d'appartenance à l'encadrement se prolonge généralement en une fidélité à l'entreprise toute entière. Par leur proximité avec les autres cadres, les médecins reconnaissent la légitimité des objectifs de production et de rentabilité que ces derniers poursuivent et développent facilement un attachement affectif à l'entreprise entendue comme raison sociale, suivant avec attention ses succès commerciaux et ses difficultés financières. À l'instar des autres cadres ils se persuadent qu'ils oeuvrent pour le bien commun, et reprochent aux salariés de la base trop revendicatifs de mettre en péril l'entreprise qui est leur mère nourricière. Cette exigence de loyauté s'illustre notamment dans une propension à utiliser la première personne du pluriel pour parler de l'entreprise, comme c'est le cas pour Marilyne S., fervente utilisatrice du « nous » qui critique un ancien directeur de l'usine qui préférerait le « vous » :

« Moi je dis « nous », je suis très *corporate*, finalement ! [...] [L'ancien directeur] a passé pas mal de brosse à reluire au niveau de la direction de groupe, pour bien préparer sa petite place, et – ça m'a toujours déplu de le sentir aussi peu investi dans mon – notre usine. En tant que faisant partie du groupe, j'ai toujours ressenti qu'il

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ Entretien avec Jean M., mars 2009.

prenait l'entreprise comme un tremplin, et qu'il s'y investissait peu. D'ailleurs, il disait tout le temps "vous". Et ça, je trouve ça éminemment désobligeant.⁴⁷ »

La loyauté des médecins à l'entreprise a des effets sur l'orientation de leur activité médicale. Ainsi, les praticiens choisissent d'assister ou non les salariés non seulement en considérant la légitimité de leurs plaintes au regard de la médecine et du Code du travail, mais également en évaluant leur degré de loyauté à l'entreprise. Un salarié dont la plainte est médicalement et juridiquement fondée mais que le médecin soupçonne d'« abuser du système » fera l'objet de moins de ménagements, comme l'explique Claude S. :

« un type qui se donne un choc, en se levant, je ne sais pas moi, qui se donne un coup en se levant, dans le bureau, [*il mime*], aïe, je me frotte la main c'est terminé, et qui va voir son médecin pour avoir deux jours d'arrêt, ou cinq jours d'arrêt... ! Moi je ne trouve ça pas correct. Parce que je trouve que là, on fait changer le... moi je suis assez éthique, voilà, vous avez compris mon truc... Par contre, quelqu'un qui n'a jamais rien demandé, qui n'a jamais abusé du système et puis qui un jour a une grosse merde qui lui tombe dessus, comme c'était le cas d'un type qui avait un cancer du colon, et auquel on lui met une poche et on lui dit "ben non, je ne veux plus le voir dans l'atelier"... Non, vous n'avez pas le droit de dire ça, ce type-là il est suivi, alors il ne va pas aller faire des conditionnements avec sa poche, hein ! Ça c'est sûr. Il ne va pas aller revêtir un scaphandre. Mais dans l'atelier, il peut rendre encore plein de services. Il a une connaissance des procédures, une connaissance de l'outil industriel qui peut vous servir, donc ne dites pas qu'il ne vous sert à rien. On lui a retrouvé un positionnement, et ça se passe très très bien. Voyez ce que je veux dire ? Mais le mec qui attige, qui exagère pour prendre un mot vulgaire, en profitant honteusement du système, je ne trouve pas ça bien, parce que ça se fait au bout du bout au détriment de gens qui en ont réellement besoin, qui n'ont pas tiré sur la corde jusqu'à ce qu'elle cède.⁴⁸ »

C'est également ce type de posture morale qu'adopte Michel G., qui a été médecin dans une centrale thermique au début des années 1980. L'omniprésence d'amiante dans la centrale a entraîné de nombreux cas de cancers reconnus en maladie professionnelle. Dans les années 2000, certains anciens salariés ont attaqué devant le tribunal des affaires de sécurité sociale pour « faute inexcusable de l'employeur ». S'ils parviennent à faire reconnaître que l'employeur n'a pas pris les mesures de prévention adéquates, ils peuvent prétendre à un doublement de leur indemnisation⁴⁹. Michel G. désapprouve fortement ce type de comportement :

« Le cancer du poumon, qui a la chance d'être pris en maladie professionnelle, parce qu'il a été un peu exposé à l'amiante et a fumé toute sa vie, je considère que c'est une chance d'être pris en maladie professionnelle, parce

⁴⁷ Entretien avec Marilyne S., octobre 2008.

⁴⁸ Entretien avec Claude S., mai 2009.

⁴⁹ Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

que pour les ayants droits ça permet d'accéder à une rente supérieure. D'aller à la faute inexcusable, dans une boîte comme la nôtre, où les choses ont été faites en fonction des connaissances d'alors, ça me choque.⁵⁰ »

Le plus souvent, les médecins employés dans des services autonomes refusent de rédiger le certificat médical initial nécessaire pour qu'un salarié fasse une demande de reconnaissance en maladie professionnelle. Dans les entretiens réalisés, la justification de cette non-assistance est complexe : elle mêle le sentiment de loyauté envers l'employeur ou l'entreprise, l'intérêt du salarié ou du médecin (la reconnaissance pouvant leur attirer des ennuis) et l'inefficacité de la reconnaissance, procédure coûteuse qui n'aurait aucun effet en termes de prévention. Ainsi, Jean M. assume de ne pas aider à la reconnaissance des maladies professionnelles, mais ne semble pas gêné de reconnaître d'un même mouvement qu'il y a une sous-déclaration notoire de ces affections :

« moi je dis aux gens, finalement, une déclaration de maladie professionnelle, ça ne va pas leur apporter énormément de choses. Ils ne vont pas payer leurs soins, mais de toutes façons les soins sont remboursés, on a une super mutuelle, donc... mais par contre, ce n'est pas toujours bien vu, dans l'entreprise, quelqu'un qui déclare une maladie professionnelle... bon mais, moi je leur dis, si vous voulez déclarer une maladie professionnelle, il n'y a pas de problème, vous faites comme ça. Moi je ne les déclare pas moi-même. Je ne suis pas quand même complètement maso ! (*il rit*) Je sais qu'il y a certains collègues qui le font, moi je ne le fais pas. Puis j'estime que quand même, il faut quand même avoir un minimum d'éléments, moi je pense que c'est plus du ressort du rhumatologue ou du médecin traitant de déclarer un TMS [trouble musculo-squelettique] que du médecin du travail.

[...]

Je ne pousse pas les gens à déclarer. Les gens le savent, les syndicalistes ils le savent qu'on peut déclarer une maladie professionnelle. Donc moi je ne pousse pas les gens à déclarer mais je ne fais pas non plus de restriction à la déclaration. Après, ça me semble aussi intéressant d'avoir un indicateur de ce type, mais c'est un très mauvais indicateur, la maladie professionnelle, c'est un très mauvais indicateur, parce que, moi j'ai fait une étude, que j'ai présentée au comité de direction de l'usine, j'avais recensé, moi, que un quart du personnel de production était atteint de TMS. Un quart, 25%.

[...]

Chez [l'entreprise de cosmétiques qui l'emploie], personne ne déclare de maladie professionnelle. Je crois qu'en service autonome, aucun médecin ne déclare de maladie professionnelle. Je ne sais pas, mais on peut dire que le rôle du médecin, c'est quand même essentiellement de faire de la prévention. Donc moi plutôt que de déclarer une maladie professionnelle, je préfère faire des actions de prévention qui vont éviter qu'elles n'apparaissent. Mais à la fois, je répète, je ne suis pas opposé à ce que quelqu'un déclare une maladie professionnelle. Peut-être que certains médecins disent "mais non, ce n'est pas professionnel, ne la déclarez pas". Moi je n'ai jamais dit ça.

⁵⁰ Entretien avec Michel G., mars 2009.

Mais par contre parfois la personne me demande, "mais est-ce que vous pensez que ça va être bien pris ?". Je suis obligé de lui dire non. Parce que évidemment ça a un coût quand même pour l'entreprise une maladie professionnelle. Un coût très très important, je crois que c'est 80 000 euros un TMS, ça coûte cher, donc parfois 80 000 euros, c'est ce qui a suffi à automatiser une chaîne.⁵¹ »

Certains médecins tentent de se ménager une voie intermédiaire afin de pouvoir assister le salarié sans rédiger eux-mêmes le certificat. C'est le cas de Marilyne S., qui oriente les salariés qui font une demande de reconnaissance vers des consultations de pathologie professionnelle en fournissant elle-même tout le travail préparatoire :

« je les envoie, il n'y a que le papier à faire, j'envoie tout le dossier... tout est prêt, la personne qui le reçoit, elle voit très bien pourquoi je l'envoie, il n'y a aucune investigation à faire, j'ai tout fait. C'est uniquement remplir le formulaire. Mais, c'est toujours compliqué pour un employeur de recevoir ce genre de papier, une déclaration de maladie professionnelle, il me semble que quand ça vient de quelque part, il y a un côté "arbitrage extérieur universitaire", qui leur garantit le côté indubitable du truc, et pas juste la partialité éventuelle du médecin du travail en place, qui pourrait en faire un étendard d'une cause autre. Donc, j'avoue que les quelques déclarations de maladies professionnelles qui ont été faites, je les ai envoyées.⁵² »

La praticienne estime que ce recours à un intermédiaire est une nécessité propre aux services autonomes :

« Je serais en interentreprises, ce serait différent. Mais en autonome, je trouve que c'est vraiment plus simple de les envoyer en consulte de patho pro.⁵³ »

Ce recours à des consultations spécialisées permet au médecin de ne pas avoir à utiliser l'argument selon lequel n'importe quel médecin peut procéder à la déclaration, qui est évidemment faux en fait si ce n'est en droit ; en effet, la plupart des médecins généralistes manquent de compétences tant médicales qu'administratives sur la question de la reconnaissance des maladies professionnelles.

II. La diversité des métiers comme effet de la subordination

Plusieurs médecins de service autonome ont l'impression d'être arrivés à une certaine autonomie au cours de leur carrière : « Je n'ai strictement aucune pression sur rien ! »⁵⁴ ; « là on me fout une paix royale, je fais ce que je veux ! »⁵⁵. Ceci s'explique par le fait que les médecins du travail

⁵¹ Entretien avec Jean M., mars 2009.

⁵² Entretien avec Marilyne S., octobre 2009.

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ Entretien avec Michel G., mars 2009.

⁵⁵ Entretien avec Marilyne S., octobre 2009.

employés par les grandes entreprises ont tendance à privilégier des délimitations de leur activité relativement consensuelles au sein de leur établissement. Ce glissement se fait généralement de manière relativement insensible, au gré de la négociation quotidienne des frontières de l'activité médicale légitime.

L'enquête a permis de dégager trois types de métiers vers lesquels les médecins de service autonome ont tendance à s'orienter, qui ne sont pas exclusifs les uns des autres : la médecine de gestion des risques, la médecine de ressources humaines et la médecine de santé publique. L'attraction engendrée par ces trois pôles est un effet immédiat de la subordination fonctionnelle à laquelle les médecins du travail sont soumis, en tant que salariés parmi d'autres d'une organisation dont les buts ne sont pas seulement sanitaires.

1. La médecine de gestion des risques, ou la construction médicale du risque professionnel acceptable

Dans les services autonomes, les médecins du travail ont souvent tendance à glisser vers un métier de gestion des risques plutôt que de prévention. Ceci s'observe en particulier dans les sites industriels cumulant des risques toxiques, dont on donnera ici plusieurs exemples.

Sur la période étudiée, les entreprises dans lesquelles évoluent les médecins rencontrés sont toutes dotées d'un service qui, sous des dénominations diverses – anciennement hygiène et sécurité, aujourd'hui plutôt QHS, HSE ou QHSE (qualité hygiène sécurité environnement) – se charge de la gestion des risques liés à l'activité réalisée sur le site. Ce service regroupe des ingénieurs et des techniciens spécialisés, et a pour mission d'évaluer les risques, d'établir des normes et des protocoles et d'effectuer des retours d'expérience suite aux incidents qui surviennent dans la vie du site. Depuis 2001, il est également mandaté pour rédiger un « document unique d'évaluation des risques », formalité obligatoire qui revient à établir une liste identifiant et évaluant les risques professionnels présents dans l'établissement.

Les mandats respectifs du service médical et du service hygiène et sécurité sont en principe bien différents. Les médecins ne peuvent en principe dépendre d'aucune autorité hiérarchique sur le versant médical de leur activité, alors que les ingénieurs de sécurité doivent des comptes à l'employeur qui leur a délégué ses pouvoirs. Par ailleurs, n'ayant pas de pouvoir pour modifier les conditions de travail, les médecins ne sont généralement pas tenus responsables de leurs effets sur la santé des salariés – sauf s'il est avéré qu'ils ont commis une faute pénale dans leur exercice

médical ; l'action des ingénieurs de sécurité équivaut en revanche à celle de l'employeur, qui est en dernière analyse tenu seul responsable des manquements à la sécurité qu'il a pu tolérer.

C'est pourquoi l'action des services hygiène et sécurité revient à une *gestion des risques*, si l'on entend par là une activité qui ne cherche pas toujours à supprimer les risques (certains pouvant sembler consubstantiels à l'activité de production elle-même), mais également à les limiter, voire à les minimiser ou les occulter lorsque la responsabilité de l'employeur est susceptible d'être mise en cause. Au contraire, l'activité des médecins du travail se situe en principe entièrement du côté de la *prévention*, entendue comme une posture purement médicale qui signale les dangers sanitaires liés aux conditions de travail et indique comment y remédier, en laissant aux seuls responsables le soin de procéder à d'éventuels arbitrages économiques.

Malgré cette distinction de principe, l'enquête montre que dans les services autonomes, les médecins du travail collaborent régulièrement avec les ingénieurs de sécurité. Pour Marilyne S., leurs prérogatives se recoupent en partie. Dès son recrutement, la praticienne s'est ainsi partagé le territoire de la prévention avec l'ingénieure de sécurité. L'empreinte de poste laissée par leurs prédécesseurs respectifs semble avoir joué un rôle déterminant dans la fixation de frontières contingentes, bien que la praticienne insiste également sur la différence des formations initiales :

« Alors, elle s'occupe des équipements de protection individuelle... sauf les bouchons moulés [pour les oreilles dans les postes bruyants], c'est moi. Après, pourquoi on a fait comme ça, je ne sais pas. Je suppose que... Elle est arrivée en même temps que moi, donc on a dû chacune reprendre plus ou moins aussi les prérogatives du prédécesseur. Elle s'occupe pas mal des accidents du travail. Elle s'occupe pas mal de tout ce qui est circulation, puisque il y a 80 camions qui entrent par jour dans mon usine. Donc tout ce qui est circulation, incendie, tout ça, c'est elle, tout ce qui est transport chimique, c'est elle. Elle, d'ailleurs, elle a un diplôme spécifique lié au transport de matières chimiques.

P : Et quand elle s'occupe des accidents du travail, elle fait quoi?

M : Les enquêtes. L'arbre des causes, tout ça. Elle tient le registre de ça. Enfin, il y a tout un bidule – alors c'est moi qui tiens le registre médical des accidents du travail – mais tout ce qui est autour de la sécurité, de la manipulation, mais aussi, mon infirmier ou moi, on va aussi aux enquêtes d'accidents du travail. Mais du coup, c'est elle qui tient le registre de ça, et le traitement des causes, c'est elle qui assure le suivi du traitement des causes. Elle est pas mal axée autour de... je ne sais pas, de tout ! Elle est en permanence en train de circuler dans l'entreprise. S'il y a une échelle qui n'est pas mise comme il faut, qui a les patins, s'il y a des gens qui travaillent sans les équipements de protection, sans les baudriers, il est de son travail de lui faire la remarque. Je ne sais pas, tout ce qui a trait à la sécurité et pas à la santé. Après, il y a des secteurs de recoupement. Il y a des choses, effectivement, qui puissent être de son ressort comme du mien.

[...]

L'ingénieure sécurité elle est plus, on va dire qu'elle sait peut-être plus de choses que moi sur le bruit, sur le stockage, le transport, les choses comme ça, en revanche elle n'y connaît que couic sur les produits chimiques, or moi j'ai fait un certain nombre de diplômes de toxicologie chimique, industrielle. Elle il se trouve qu'elle n'y connaît strictement rien et qu'à la limite c'est moi qui lui apprends des trucs, donc... En fait on est assez complémentaires dans nos domaines de formation initiale. Donc elle ne vient pas contester ce que je dis, parce que en fait elle n'y connaît rien. Et pareil, moi du côté du bruit, machin, ou de la circulation, c'est pas mon truc.⁵⁶ »

Malgré cette indétermination générale des territoires respectifs des deux services, certaines frontières sont claires et acceptées par les deux parties, parce que les tâches qu'elles séparent correspondent à des régimes de responsabilité différents. C'est ainsi que Marilynne S. a laissé à son homologue le travail d'inventaire des produits chimiques utilisés dans l'usine, car elle considère qu'il relève de la responsabilité de l'employeur :

« Il y a aussi des choses qui sont de son ressort à elle, en tant que représentant de l'employeur, alors que moi je ne suis pas le représentant de l'employeur. Donc, par exemple sur l'étude du risque chimique, je trouvais qu'il était de son ressort à elle d'établir aussi la liste des produits, parce que ça c'est à l'employeur de le faire, alors si l'employeur lui délègue la responsabilité d'en faire l'inventaire, d'accord, mais moi c'est pas mon travail d'en faire l'inventaire. Derrière, c'est mon travail de participer à l'expertise de la situation, et de faire des propositions sur la manière de se protéger davantage vis-à-vis des produits, ça je suis complètement d'accord. Mais que sur la phase inventaire elle en ait fait plus que moi, je trouve ça complètement normal.⁵⁷ »

Selon cette logique, elle aurait également dû laisser la réalisation du document unique d'évaluation des risques aux seuls soins du service hygiène et sécurité, dans la mesure où il s'agit d'une obligation qui incombe à l'employeur et qui engage potentiellement sa responsabilité en cas d'accident ou de litige ultérieur. Cependant, Marilynne S. reconnaît avoir participé à ce travail de longue haleine. Elle présente cette expérience qui a lieu juste après son embauche comme une excellente introduction aux conditions de travail dans l'usine, tout en insistant sur le fait qu'elle en a laissé la responsabilité finale au service hygiène et sécurité :

« J'ai participé à l'évaluation autour du document unique, alors que j'arrivais dans l'entreprise. Donc pour moi ça a été vraiment un outil formidable pour connaître l'entreprise, parce que de fait on allait dans l'atelier et on prenait chaque item. On avait demandé à chaque responsable de secteur de lister les dangers potentiels, et aux salariés aussi. Par atelier, il y en a, mais je ne sais pas combien... il doit y en avoir 200 de listés... oh peut-être pas 200, plusieurs dizaines, plus que ça, parfois. Ça fait beaucoup quand même. Et parfois c'est des trucs comme, je

⁵⁶ Entretien avec Marilynne S., juin 2008.

⁵⁷ *Ibid.*

ne sais pas : le couvercle 1 de la cuve 4, quand on est en face de lui, pourrait tomber. Pour coter le danger, si on ne se figurait pas précisément ce que c'était et ce que ça voulait dire, on allait sur place. Il y avait certaines fois où c'était une marche inégale, la dernière marche de l'escalier qui est inégale par rapport aux autres. Donc ça m'a apporté une connaissance de l'outil de travail vraiment très pointue, puisque limite un carrelage qui ressort c'était coté dans le bidule. [...]

P: Et le fait d'avoir participé à la validation du document unique, est-ce que ça vous implique aussi une part de responsabilité à vous ?

M : Je comprends complètement. Alors, le truc c'est que, moi en même temps c'était mon premier poste, et pour un certain nombre de choses je n'avais pas assez de recul. Je ne sais pas ce que je ferais aujourd'hui si ça se présentait. En même temps, j'ai trouvé aussi que je pouvais apporter une expertise que eux n'avaient pas forcément.[...] Et puis égoïstement, ça m'a permis vraiment de bien connaître l'outil de travail. Ce que je n'aurais certainement pas fait, c'est le rédiger moi toute seule. Ou alors le faire moi, et que derrière l'employeur tamponne ou valide. En l'occurrence, ce n'est pas moi qui organisais les réunions, ce n'est pas moi qui rédigeais le document, et il y avait toujours l'ingénieure sécurité, le responsable QHSE, le responsable maintenance et le responsable de secteur, en plus de moi. Donc, je trouve que là j'ai apporté que l'expertise médicale en matière de cotation de la gravité de l'événement. Mais, je ne me trouve pas avoir endossé une grosse part de responsabilité dans la rédaction du document. Par ailleurs, ce n'est pas moi qui ai fait la liste des événements potentiels. [...] Elle existait déjà, la liste, et derrière moi je participais à la cotation. Donc ce n'est pas moi qui ai décidé si on trouvait que ça c'était un danger ou pas, et je n'ai pas suggéré non plus d'y faire figurer d'autres choses. Par exemple, n'y figure pas pour l'instant le risque psychosocial. Et je ne leur ai pas dit de le faire. Chacun assume son document...⁵⁸ »

Tous les médecins rencontrés ne sont pas aussi vigilants sur ce qui relève de leur responsabilité et ce qui incombe aux ingénieurs de sécurité et donc à l'employeur. Plus encore, la vigilance ne supprime pas le risque que la médecine du travail de service autonome glisse par moments vers une attitude de gestion des risques, prenant en compte divers éléments (productivité, coûts, image de l'entreprise, responsabilité de l'employeur) en plus des considérations strictement médicales (dangerosité des postes, symptomatologie des salariés). Trois facteurs principaux semblent favoriser ce glissement, observé dans de nombreuses entreprises : les interactions fréquentes des médecins avec les ingénieurs de sécurité, qui brouillent au fil du temps la différence de principe de leurs mandats respectifs, au profit d'une division négociée du travail ; le sentiment de loyauté des médecins envers l'entreprise, décrit précédemment, qui peut les conduire à minimiser ou occulter des risques afin de permettre la production ou de protéger l'employeur ; enfin, le fait que certains praticiens refusent de manière compréhensible de reconnaître leur impuissance sur le terrain de la

⁵⁸ *Ibid.*

prévention, ce qui favorise un comportement de rationalisation du *status quo* en matière de conditions de travail.

La médecine du travail en centrale nucléaire offre une première illustration de ce glissement possible et de ses effets.

Chaque année, plusieurs milliers de salariés sont exposés dans chaque centrale nucléaire française à des rayonnements ionisants, en tant qu'employés directs de l'entreprise qui gère le parc nucléaire, ou plus souvent en tant que sous-traitants de cette entreprise. La terminologie officielle parle de salariés DATR, c'est-à-dire « directement affecté à des travaux sous rayonnement » ; plusieurs enquêtes sociologiques et épidémiologiques ont été réalisées à leur sujet, démontrant notamment la prévalence plus grande de cancers au sein de cette population⁵⁹.

Michel G. est médecin dans une centrale nucléaire depuis 1986⁶⁰. Il considère qu'il a une compétence particulière sur le travail en milieu radioactif, qui forme la spécificité de l'établissement où il exerce, et semble fier de la mettre en œuvre au quotidien :

« En centrale nucléaire il y a un aspect très particulier, c'est la radioactivité, et tout ce qui concerne ce domaine-là qui est très peu connu des autres médecins, voire pas du tout. Et pour lequel en fait on attend de nous une compétence particulière, qui soit suffisante pour prendre en charge tout ce qui peut arriver. Alors que, pour les autres domaines, les confrères médecins hospitaliers ou privés sont tout à fait capables de traiter une jambe cassée, une angine, ou je ne sais pas quoi, par contre une contamination interne radioactive, là non. Ce qui fait qu'on a en charge de suivre tous les gens qui viennent travailler à la centrale quel que soit leur employeur. C'est un peu particulier comme exercice, c'est intéressant, moi je trouve le boulot très intéressant, malgré mon âge je suis content du boulot que je fais, qui me satisfait pleinement.⁶¹ »

Michel G. a connaissance des travaux qui lient l'exposition aux rayonnements ionisants et une prévalence plus élevée de cancers, et les évoque spontanément lors de notre entretien, sur un ton très critique. S'il ne nie pas la dangerosité des radiations à haute dose, il considère que les niveaux reçus par les salariés sont bien en-deçà de tous les seuils d'alerte. Pour Michel G., les livres qui indiquent le contraire sont « partisans et non objectifs ». Le médecin explique avoir lui-même « fait

⁵⁹ Cf. notamment Annie THÉBAUD-MONY, *L'industrie nucléaire: sous-traitance et servitude*, Inserm/EDK, 2000. Selon Annie Thébaud-Mony, « la direction d'EDF n'a pas trouvé d'autre solution pour répondre à ses deux problèmes majeurs : premièrement, la maintenance et la sûreté des installations ne peuvent être assurées que par du travail humain et, deuxièmement, ce travail est coûteux en doses et doit donc être divisé en un nombre suffisamment élevé de personnes pour qu'aucune d'elles ne dépasse la dose réglementaire. Par la sous-traitance, la direction fragmente la dose entre des milliers d'intervenants, ce qui serait impossible avec les salariés permanents ». Annie THÉBAUD-MONY, « Les sous-traités du nucléaire, des invisibles gérés par la « dose » - Entretien », in Stéphane BEAUD, Joseph CONFAYREUX et Jade LINDGAARD (éds.), *La France invisible*, Paris, La Découverte, 2008, p. 407.

⁶⁰ Entretien avec Michel G., mars 2009.

⁶¹ *Ibid.*

un travail » au sein de sa centrale qui lui a permis de montrer que, contrairement aux idées exposées dans les études qu'il critique, les intermédiaires ne formeraient qu'une minorité des prestataires du nucléaire et seraient parmi les personnels les moins « dosés ». Il cite également de manière allusive une étude qui montrerait que les salariés de l'entreprise sont moins exposés aux cancers que le reste de la population, et évoque même la possibilité d'un effet bénéfique des faibles doses de radiation, tout en étant conscient du caractère polémique de cette hypothèse :

« On participe aussi à des enquêtes épidémiologiques : est-ce que dans le nucléaire il y a plus de cancers qu'ailleurs... vous connaissez la réponse ? Il y en a moitié moins qu'ailleurs [dans l'entreprise]. Ce n'est probablement pas grâce aux rayonnements. Mais vous savez, il y a une école de pensée, qui défend une thèse qui s'appelle l'*hormesis*, qui est un effet bénéfique des faibles doses de rayonnements ionisants. Alors ça les anti-nucléaires, ils montent au plafond, ils montent aux arbres tout de suite ! Et qui a été mise en évidence chez l'animal de façon très convaincante, et il n'y a pas longtemps aux États-Unis chez l'homme, il semblerait.⁶² »

Dans le travail quotidien de Michel G., la notion de seuil de dangerosité est un outil capital. Elle ouvre un espace à l'intervention médicale, dans une situation où la production n'est possible qu'en exposant des salariés à des rayonnements ionisants ; au contraire, la prise au sérieux des études scientifiques qui montrent la dangerosité de la radioactivité ou des positions politiques des « anti-nucléaires » mettrait le médecin du travail dans une situation particulièrement figée et inconfortable, d'où sa véhémence à leur encontre. Dès lors, tout en reconnaissant l'absence de risque zéro, le médecin consacre l'essentiel de ses efforts à rassurer ses interlocuteurs sur la faiblesse des risques encourus :

« Si vous voulez, dans une centrale nucléaire, il y a des tuyaux, avec des matières radioactives dedans, le type qui va faire une révision sur un tuyau où il y a, déposé sur la paroi, des particules radioactives – et si les choses ne se passent pas comme prévu, il n'a pas pris les bonnes précautions ou je ne sais quoi, enfin il y a mille raisons, eh bien il peut en respirer un peu, et se retrouver avec dans les poumons, bien sûr, ou dans les selles. Ça arrive. Mais alors, ce qui compte... vous savez, tout est poison, rien n'est poison, tout est affaire de doses, vous connaissez bien l'aphorisme traditionnel, c'est profondément vrai. Notre boulot, c'est justement d'apprécier, de quantifier la dose reçue lors de la contamination. Et, en fonction de la dose, il y a des actions à mener ou pas.⁶³ »

Lors du même entretien, Michel G. propose une autre définition de son travail qui est étonnamment proche de celle qu'un ingénieur de sécurité aurait pu formuler :

⁶² *Ibid.*

⁶³ *Ibid.*

« il y a des valeurs règlementaires. Il y a des commissions internationales qui définissent des valeurs à ne pas dépasser. On ne dépasse pas. On fait tout pour ne pas que ça arrive. Tout le travail que je fais, c'est ça, c'est pour ne pas que ça arrive.⁶⁴ »

En 1998, une fuite radioactive se produit lors d'une intervention sur le couvercle de la cuve d'un réacteur de la centrale. Le bâtiment n'est évacué que quatre heures après l'alerte, ce que la Direction de la sûreté des installations nucléaires qualifiera par la suite de « dysfonctionnement ». En outre, les collectivités locales ne sont informées que vingt-quatre heures plus tard, ce qui provoque les critiques du préfet, du président du conseil général et du maire de la ville voisine. L'affaire est médiatisée et le docteur Michel G. est interrogé par un journaliste. Il se veut rassurant sur l'état de santé des quatre-vingt dix personnes qui travaillaient dans le bâtiment concerné, qui n'auraient été exposées qu'à de faibles taux de radiation : « Je maintiens qu'il n'y a pas d'impact sanitaire ni d'effets pour la santé compte tenu des doses reçues », déclare-t-il au journal⁶⁵.

Dans les années 2000, Michel G. s'investit dans la rédaction de protocoles de gestion de la radioactivité sur le lieu de travail. En 2002, il participe à un congrès organisé par la Commission européenne, l'OCDE et l'Agence internationale de l'énergie atomique sur la gestion (*management*) des expositions professionnelles dans les centrales nucléaires, où il décrit avec un collègue les manières de réduire l'exposition des secouristes qui doivent intervenir en zone contrôlée – c'est-à-dire radioactive – suite à l'accident du travail d'un salarié⁶⁶. L'exposé s'inspire directement de sa propre expérience, puisqu'en tant que médecin habilité à la radioprotection, c'est lui qui doit se déplacer en cas d'urgence pour secourir un salarié, y compris lorsque ce dernier se trouve dans une zone de forte radioactivité. Dans les années qui suivent, Michel G. participe également à un groupe de travail sur la « dosimétrie cutanée », qui regroupe treize médecins de centrales nucléaires françaises. L'objectif du groupe est de mettre au point des procédures de dosimétrie afin de pouvoir déterminer la dose cutanée reçue par des salariés qui ont accidentellement subi une contamination radioactive externe, afin de déterminer si elle est inférieure ou supérieure à la valeur-limite déterminée par la réglementation.

Lors de notre rencontre, j'interroge Michel G. sur l'éventuelle reconnaissance de cas de maladies professionnelles touchant les salariés de la centrale nucléaire. Dans sa réponse, il se veut optimiste.

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ Par souci de protéger l'anonymat, je ne donne pas les références de l'article de journal.

⁶⁶ Par souci de protéger l'anonymat, je ne donne pas les références de la présentation de colloque.

Pour le médecin, le fait qu'un salarié ait récemment développé une leucémie ne prouve rien. Le salarié n'aurait pas été exposé à des doses trop importantes et ce serait un cas isolé :

« On en a très peu. Des déclarations d'accidents du travail, on en a, mais non, très peu de maladies professionnelles. [...] J'ai des surdités professionnelles, quelques unes, je fais chaque année l'audiométrie à tout le monde. J'ai un tableau 6, un rayonnement ionisant, une leucémie, c'est moi qui l'ai détectée. Il n'a pas un jour d'arrêt de travail, ce qui est rarissime pour une leucémie, je suis assez content de ça.

P: Ca vient de son boulot ?

M. : On n'en sait rien. Probablement pas, parce que lui c'est un des moins dosés de la centrale. Il a une leucémie, on ne se pose pas la question de savoir s'il y a une relation entre les deux, en droit français. Présomption d'origine. Il est déclaré, il est reconnu, il est pris en charge. [...] Moi je vois la leucémie qu'on avait, le médecin hospitalier il le savait : il faut déclarer. C'est une leucémie. Il ne s'agit pas de dire c'est bien, ce n'est pas bien. On acte qu'il y a quelque chose. On aurait beaucoup de leucémies, on se poserait des questions. Beaucoup. Il se trouve qu'on en n'a pas beaucoup.⁶⁷ »

Si le praticien parvient à minimiser l'impact d'une leucémie, c'est parce qu'il adopte l'approche globale du risque propre à ceux qui doivent le gérer au quotidien. Cette attitude n'est pas propre à la médecine du travail du nucléaire, mais se retrouve également chez deux médecins de l'industrie chimique que j'ai rencontrés.

Louis T. a travaillé entre 1960 et 1992 dans deux importantes usines chimiques⁶⁸. Entre 1960 et 1976, il exerce sur un site où se posent successivement la problématique du benzène, du chlorure de vinyle monomère, du chlore ou encore de l'amiante. L'attitude du médecin du travail par rapport à ces toxiques professionnels relève le plus souvent de la gestion des effets d'expositions passées plutôt que de la prévention d'expositions présentes ou futures. En effet, les salariés sont exposés quotidiennement à de nombreux produits dont la toxicité n'a pas été testée ; par ailleurs, un temps de latence important se produit entre la reconnaissance par la littérature médicale de la dangerosité d'un produit et la décision de la direction de l'usine d'en arrêter l'utilisation.

Dès lors, la carrière du médecin du travail a été principalement composée de deux types d'activités : d'une part, la mise en place de procédures plus ou moins formalisées pour tenter de réduire en-dessous d'un certain seuil l'exposition à des produits dont la dangerosité est possible ou probable ; d'autre part, la gestion des conséquences des expositions professionnelles, à travers l'information des salariés, la délivrance d'attestations d'exposition et le dénombrement final des

⁶⁷ Entretien avec Michel G., mars 2009.

⁶⁸ Entretien avec Louis T., août 2009.

victimes. Louis T. reconnaît, face à moi mais également à plusieurs reprises face à des salariés, qu'une partie de son travail n'a pas eu d'intérêt en termes de prévention, mais a simplement visé à réduire la responsabilité de l'entreprise lorsque les conséquences des expositions passées se faisaient sentir.

Dans les années 1960 et 1970, le polychlorure de vinyle (PVC) est l'un des principaux produits fabriqués dans l'usine. La production de PVC se fait par polymérisation du chlorure de vinyle monomère, un produit qui provoque un très grave cancer des vaisseaux du foie (angiosarcome) ainsi que des atteintes osseuses (ostéolyse). Dans l'usine de Louis T., la polymérisation a lieu dans un premier temps dans des cuves dont les parois se recouvrent de croûtes solides de chlorure de vinyle monomère. Des ouvriers sont périodiquement envoyés dans l'atmosphère confinée de la cuve pour attaquer ces croûtes au marteau et au burin, une activité connue comme le « décroûtage ». Les mesures de sécurité sont alors réduites à un strict minimum ; seul le pouvoir soporifique du produit fait l'objet d'une vigilance. C'est pourquoi les contremaîtres procèdent à ce qui est connu comme le « test du canari » en faisant d'abord descendre un oiseau dans la cuve ; s'il ne s'endort pas, les ouvriers sont à leur tour envoyés dans la cuve.

En 1972, le chercheur italien Cesare Maltoni est recruté par des sociétés chimiques européennes pour étudier la toxicité du chlorure de vinyle monomère ; ses expérimentations animales démontrent le caractère cancérigène du produit y compris à de très faibles doses. Les résultats sont confirmés par une étude américaine en 1974, entraînant la réunion extraordinaire la même année de l'Occupational Safety and Health Administration, qui plaide rapidement pour l'abaissement de la valeur-limite d'exposition jusqu'au seuil de détection du produit (ce qui équivaut à en interdire l'usage). Parmi les scientifiques auditionnés par l'agence fédérale, le médecin Irving Selikoff plaide pour l'interdiction du chlorure de vinyle monomère en faisant remarquer que les premières données médicales sur son caractère cancérigène ont été produites vingt-cinq ans auparavant⁶⁹.

Louis T. avoue n'avoir eu connaissance de ces résultats qu'avec un certain retard : « c'est que je ne suis pas sûr que les publications américaines n'aient pas été mises sous le coude un certain temps... », suggère-t-il même. Il se souvient d'un colloque européen de médecins lors duquel des praticiens allemands, selon lui en service commandé pour l'industrie chimique, avaient mis en doute assez maladroitement la rigueur des travaux de Maltoni :

⁶⁹ Gerald MARKOWITZ et David ROSNER, *Deceit and Denial: the Deadly Politics of Industrial Pollution*, Berkeley, University of California Press, 2002, p. 178–197.

« Ils discutaient sur les doses, les machins, ils sont allés chipoter les travaux de Maltoni etc., et ils l'ont fait maladroitement. [...] La dernière intervention du médecin allemand, là, je vois bien qui c'était, enfin je me rappelle d'un type qui portait assez beau, là, il a fait une dernière intervention et là la salle a grondé. Alors il a dû se rendre compte qu'il en avait trop fait, il a mis un bémol.⁷⁰ »

Arrive le moment où l'encadrement de l'usine doit se rendre à l'évidence de la toxicité extrême du chlorure de vinyle monomère, vers 1975. Avec la bénédiction d'une direction « qui avait la trouille », Louis T. entame alors un laborieux processus de reconstitution des populations d'ouvriers exposés au produit. Il décloque des caisses d'archives qui contiennent les feuilles de paye depuis 1943 afin de reconstituer la population des salariés passés par l'usine. A partir de 1949, son prédécesseur a noté toutes les causes de décès des salariés morts en activité, ce qui facilite les recherches. Les données, incomplètes, ne permettent pas de découvrir de décès litigieux, sauf celui d'un salarié mort d'hémorragie alors que Louis T. était déjà en poste :

« Je me rappelle avoir vu son décès, il a fait une hémorragie, ils n'ont pas pu le sauver, il est mort sur la table d'op de la clinique. Et je m'étais bien rappelé avoir lu son compte-rendu opératoire et puis, mettre la cause de décès etc., et à dire, "ben celui-là qu'est-ce qu'il est allé chercher pour mourir!". Aucune idée sur le chlorure de vinyle, à l'époque. Aucune. Bon, et puis archiver le dossier. Et les listes sortent, il est dedans, donc on va chercher le dossier, et on s'est dit "ah merde ! Mais on en a un !" ⁷¹ »

Le médecin explique que la découverte de ce cas lui a permis de contribuer à une importante publication scientifique. Son récit est empreint d'un enthousiasme de chercheur :

« Et là ça a très bien marché parce que, ils avaient fait des coupes, ils avaient fait de l'ana path, et j'ai pu retrouver l'anatomo-pathologiste qui était à Valence qui avait fait le diagnostic d'angiosarcome, donc j'ai repris contact avec lui, et là-dessus il y a deux histopathologistes de Lyon qui avaient envie de faire une thèse, qui nous sont tombés dessus... donc si vous voulez, on a pu publier le premier cas français, qu'on a trouvé, d'angiosarcome au chlorure de vinyle. Eux ont fait l'ana path, le type a été sympa à Valence, il leur a donné les coupes. Et donc ils ont fait la publication histologique, et moi j'ai fait la publication de médecine du travail, enfin moi avec le médecin avec lequel j'étais.⁷² »

Louis T. évoque également le moment où il a fallu partager l'information avec les salariés, tâche dont la direction du site le charge personnellement. Il accepte à la condition de ne pas avoir à se censurer dans ses propos : « il est bien entendu que je dis ce que j'ai à dire ». Mais la direction insiste pour qu'il envoie au préalable le texte de son intervention au médecin-conseil de l'entreprise ;

⁷⁰ Entretien avec Louis T., août 2009.

⁷¹ *Ibid.*

⁷² *Ibid.* Par souci de protéger l'anonymat, je ne donne pas les références de l'article médical en question.

le papier revient quelques jours plus tard, apparemment sans qu'aucune velléité de censure n'ait été manifestée.

« J'ai dit "bon ben j'y vais alors". "Oui oui pas de problème". Très bien. Donc j'ai fait le truc, et j'ai dit aux types "on va vous faire des surveillances médicales, mais on va vous faire des surveillances médicales qui ne vous donnent aucune garantie – je leur ai dit comme ça, et je leur ai dit au CHS [Comité hygiène et sécurité] – elles ne vous donneront aucune garantie, simplement on les fait, parce qu'on espère que ça peut quand même faire un dépistage précoce, mais on ne sait pas traiter ces cancers, il n'y a pas de traitement, donc c'est surtout fait pour qu'on ne reproche pas au médecin de ne pas avoir fait le boulot, et à [l'entreprise] de n'avoir pas payé!" (*il rit*).⁷³ »

C'est également le médecin du travail qui est chargé de prévenir la veuve de l'ouvrier mort que le décès de ce dernier est lié à son travail.

« Nous notre type il devait avoir dix-sept ans d'exposition, quelque chose comme ça. Et puis il avait décroûté, enfin bon, dans l'ancien atelier... Il n'y avait pas à discuter. D'ailleurs on n'a pas discuté. Moi je l'ai déclaré, après. Et j'ai été obligé d'appeler sa veuve. Pour lui annoncer que son mari était mort d'un cancer professionnel, mais qu'elle allait toucher une rente (*il rit ironiquement*) parce qu'on a fait la déclaration... Il était mort depuis trois, quatre ou cinq ans, je ne sais plus. L'assistante sociale est allée la voir, lui a dit qu'il faudrait qu'elle aille voir le médecin. Elle est venue me voir. Bon, pas très commode à raconter. Mais enfin il a bien fallu que je lui dise. Ce qui était quand même intéressant, c'est qu'elle allait pouvoir toucher une rente.⁷⁴ »

La gestion par le médecin de l'exposition des salariés à l'amiante connaît le même déroulement tragique. Jusqu'aux années 1980, des ouvriers sont employés de manière routinière à des tâches de flocage à l'amiante afin d'isoler les parties chauffantes de la chaîne de production. Louis T. est alors persuadé de l'innocuité de cette activité, qui se déroule généralement à l'extérieur. Le médecin se souvient :

« Alors ils calorifugeaient – quand vous calorifugez à, combien, trois, quatre, cinq mètres, parfois dix mètres de hauteur, si vous voulez, plein vent, alors on dit qu'ils calorifugent, il y a une exposition indiscutable, mais la teneur en fibres, vous voyez ce que ça peut être. Et puis c'est sous tout vent. Il y a ce qu'ils appellent la traverse, il y a le vent. [...] Jamais je n'aurais pensé qu'on était dans des conditions d'exposition qui étaient dangereuses !⁷⁵ »

En 1976, il change de site et arrive dans une nouvelle usine où l'amiante est omniprésent. A son arrivée, un chercheur du centre de recherches est en train de mourir d'un mésothéliome⁷⁶, du fait d'une forte exposition :

⁷³ Entretien avec Louis T., août 2009.

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁶ Un mésothéliome est un cancer mortel de la plèvre dû à l'exposition à l'amiante.

« au labo, qu'est-ce qu'ils ont comme amiante ! Ils ont des grilles d'amiante sur les becs bunzène, ils ont un peu de tresses autour des becs de verre.⁷⁷ »

À la suite de cette affaire, la direction du site adopte une note interdisant l'usage de l'amiante, sans préconiser cependant désamiantage des infrastructures. Louis T. pense alors en avoir fini avec la question, mais son passé dans l'usine précédente le rattrape lors d'une réunion d'une société savante de médecine du travail vers la fin des années 1980. Un célèbre professeur, pneumologue à Créteil, y est invité pour une conférence sur l'amiante. Après l'intervention, Louis T. discute avec lui de manière informelle, en se présentant comme médecin du travail dans le groupe X. Le pneumologue évoque alors une usine du même groupe où il y a eu beaucoup de cas de mésothéliome. Intrigué, le médecin du travail se met alors en tête d'appeler ses anciens collègues pour vérifier s'il s'agit de son ancienne usine. À cette occasion il découvre, stupéfait, l'hécatombe de salariés dont certains étaient ses amis, décédés suite à des expositions qui ont majoritairement eu lieu alors qu'il était déjà médecin du travail. Dans le récit qu'il en fait aujourd'hui, le médecin décrit comment d'un seul coup, le schème classique des seuils de dangerosité a perdu toute pertinence à ses yeux :

« Donc j'appelle, je leur dis "alors j'entends parler d'amiante". "Ah! Mon pauvre ami !". Et ils m'ont donné des noms, de types que je connaissais bien, c'était quelques années après que je sois parti, donc si vous voulez ça m'évoquait bien : "non mais, Machin, comment est-ce qu'il a eu de l'amiante ?". Ils en ont eu, je ne sais pas combien, hein, plusieurs dizaines. C'est une vraie cochonnerie. [...] Voyez le chef pompier. Pff... chef pompier, ce n'est pas lui qui calorifugeait. Qu'est-ce qu'il foutait avec de l'amiante ? Ils avaient des gants peut-être. Et en plus c'était un chef, un type qui venait de Paris, qui avait été embauché comme chef. Il y a eu un contremaître d'électricité. Et comme me disait son patron, avec lequel j'avais des relations amicales, "C. il avait un brevet supérieur, et il était embauché à l'usine comme contremaître". C'est un des types – pratiquement tous les contremaîtres à l'époque venaient du rang, c'était tous des promus. Et celui-là, il avait un brevet supérieur. Vous savez que c'est un diplôme, qui était pas l'équivalent du bac, mais qui avait une certaine assise à l'époque. Et donc il était embauché comme contremaître direct. Donc il n'a pas mis directement la main à la pâte. Mésothéliome. [...] Aussi un type qui était chef de service de l'instrumentation, ingénieur distingué, quand je dis ingénieur distingué je veux dire qu'il n'a jamais mis la main à la pâte, il a été embauché comme ingénieur, il a travaillé comme ingénieur à l'instrumentation, puis il est devenu chef de service, et puis après il était même au centre de recherche, je ne sais pas où. Qu'est-ce qu'il faisait à l'usine, il entrait par une porte, il allait engueuler ses types, il allait mettre le nez sur un appareil qui ne marchait pas histoire qu'on lui montre pourquoi ça ne marchait pas, et puis il sortait par l'autre porte. Mésothéliome bilatéral... Et puis j'en ai eu un certain nombre

⁷⁷ *Ibid.*

comme ça, des conditions d'exposition, à se demander comment, enfin – c'est de la loterie, il y a ceux qui n'en font pas, mais ceux qui en font, ils peuvent le faire à des quantités extrêmement basses.⁷⁸ »

Cependant, avec l'aval de la direction, le successeur de Louis T. perpétue l'attitude de gestion des risques fondée sur la notion de valeur-limite d'exposition, allant même, on l'a vu, jusqu'à accepter de prendre les rênes du service hygiène et sécurité de son établissement, au mépris de la réglementation.

Alors que l'usine pâtit d'une image de site conflictuel auprès de la direction du groupe, Claude S. se donne à cœur de montrer qu'elle peut se conformer aux standards les plus exigeants en termes d'hygiène industrielle :

« C'est un site qui était très connoté, donc, dur, et moi j'ai toujours mis énormément d'énergie à faire en sorte que toutes mes actions – on a des audits, par exemple, des audits internationales ou des audits nationales HSE, j'ai toujours essayé d'avoir la meilleure note possible, c'est un peu scolaire, mais bon, pour dire, "d'accord, mais [le site] ressort avec un bon niveau d'expertise en hygiène, en sécurité et en environnement". Parce que ça donne une image, "d'accord, ils sont peut-être un peu agités, au niveau climat social, mais ils ont une équipe HSE qui fait bien les choses, qui fait les choses dans les règles, ce n'est pas un no man's land, ce n'est pas une zone de non-droit, ce n'est pas un endroit où l'on néglige les règles du groupe".⁷⁹ »

Claude S. évoque plusieurs épisodes dans lesquels il est difficile de déterminer s'il a agi en tant que médecin du travail ou directeur de l'hygiène industrielle, ce qui ne semble pas lui poser de problème. Ainsi, il m'explique qu'un directeur d'atelier est venu le voir peu avant notre rencontre pour lui demander la toxicité d'oligo-éléments qui sont destinés à être placés dans des fermenteurs pour améliorer la production de certaines bactéries. Une rapide recherche bibliographique suffit au médecin pour déterminer que trois des sept oligo-éléments en questions sont classés CMR, ce qu'il signale au directeur d'atelier. Cependant, ce dernier, anticipant à tort sur les résultats de sa requête, a déjà commencé à faire travailler les salariés avec les oligo-éléments toxiques. Claude S. prend alors sur lui d'aller calmer les inquiétudes des salariés :

« Ça m'a coûté qu'il a fallu que j'aie expliqué aux salariés, à toutes les équipes – il y a cinq équipes, dans cet atelier fermentation – qu'ils n'avaient pas manipulé dans de bonnes conditions, qu'il n'y avait pas de risques pour leur santé compte tenu des quantités manipulées, mais qu'il ne fallait pas continuer à manipuler comme ça. [...] Pour les gens qui ont eu *quelques petites expositions*, on les suivra, mais bon, c'est quand même rien du tout.⁸⁰ »

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ Entretien avec Claude S., mai 2009.

⁸⁰ *Ibid.*

A-t-il agi en tant que médecin du travail, donnant le point de vue médical sur les risques d'une exposition avérée, ou en tant que directeur de l'hygiène industrielle protégeant la responsabilité de l'employeur en relativisant la gravité du risque ? La distinction n'a pas grand sens dans le cas de Claude S., tant son recours permanent à la notion de seuil de dangerosité lui permet de superposer l'exercice de ses deux mandats.

À l'opposé de ce qui vient d'être décrit, le cas d'Alain C. illustre la résistance qu'opposent certains médecins au glissement vers la gestion des risques qui caractérise les services autonomes. On peut faire l'hypothèse qu'il s'agit d'une posture minoritaire, étant donné le caractère singulier de ce praticien très politisé, adossé à un syndicat puissant dans son entreprise, qui peut plus facilement se permettre de passer outre les pratiques professionnelles dominantes. Alors qu'il arrive au terme de plus de trente ans d'exercice, le médecin m'explique que son refus de cautionner la notion de valeur-limite lui a valu des difficultés y compris avec les salariés de son syndicat, qui préfèrent avoir une valeur sur laquelle ils peuvent négocier :

« Les limites sont des limites contraventionnelles, pour les cancers il n'y a pas de limite inférieure. Il n'y a pas d'effet seuil. Et donc, toutes les négociations, de fixation de niveau, valeurs-limite, toutes les négociations, disons, sur les conditions de travail, ne conviennent pas au médecin du travail. Il faut le dire comme c'est. C'est-à-dire, le syndicaliste est positionné dans le champ du débat, le médecin du travail c'est un point fixe, celui d'éviter toute altération de la santé, et l'employeur lui, il a des obligations réglementaires qui font qu'il ne peut pas atteindre à la santé et, il a des impératifs économiques. Le syndicaliste, lui, il va négocier la force de travail dans ce créneau là. Evidemment c'est simple d'empêcher que les gens meurent au boulot, parce que là effectivement l'employeur est fautif, voilà. Mais il n'est pas toujours pertinent pour le syndicaliste de se positionner en prévention primaire. Par exemple, parce que le coût de la prévention primaire sera tellement élevé que le patron fermera la boîte. Donc on va être obligé de négocier entre les deux. C'est ça que j'explique dans les formations [syndicales]. C'est-à-dire qu'en gros, le médecin du travail, lui, son devoir c'est d'être là (*montre un bord de la table*). [...] Beaucoup de médecins du travail n'ont pas compris ça. Ils n'ont pas compris – eux, ils croient qu'ils sont là (*montre le milieu de la table*). Ils négocient avec les autres, quoi, ils font des concessions... On ne leur demande pas de faire de l'arbitrage. L'arbitrage, c'est une affaire de négociations. Et puis en plus, un médecin dans les arbitrages, ce n'est pas bon. Parce que sa responsabilité finirait par être engagée.⁸¹ »

Pour les mêmes raisons, Alain C. s'est refusé dans les années 2000 à participer à l'élaboration du document unique d'évaluation des risques, dont il rappelle que la rédaction incombe à l'employeur. Alain C. évoque également le cas d'un collègue syndiqué à la CGT, médecin dans une centrale nucléaire, qui ne se contente pas de communiquer aux salariés et à la direction les valeurs-limite en

⁸¹ Entretien avec Alain C., mai 2008.

matière d'amiante, mais y ajoute une estimation personnelle du nombre de décès qui correspond à aux différents niveaux enregistrés :

« Alors moi je ne sais pas le faire, mais D., il dit par exemple, "telle quantité d'amiante, ça veut dire tant de pourcent de morts". Par cancer. Ah ça, lui, il est bestial. Par exemple, tant de fibres par centimètre cube pendant tant de temps, et donc voilà, ça fait tant de morts.⁸² »

Ce type de raisonnement se démarque clairement d'une approche classique de gestion des risques, probabiliste, individualisante et mettant en avant les possibilités d'amélioration.

Encadré 3-1. Figures du médecin de production.

La littérature scientifique ou documentaire offre plusieurs exemples de médecins de service autonome qui semblent préserver les intérêts de leur employeur dans leur exercice quotidien, par une pratique systématique de déni des risques ou par la culpabilisation des salariés. Il s'agit là d'une forme accentuée de priorité donnée à la « gestion des risques » plutôt qu'à la prévention, dont la plupart des auteurs supposent généralement qu'elle est consciente, voire stratégique, de la part de médecins « vendus » au patron. On trouve des portraits de ces médecins de *production* plutôt que de *prévention* dans tous les pays et à toutes les époques :

Fonderies de plomb aux États-Unis (années 1920)

« Mise en place timidement au tournant du siècle dans les secteurs des mines et du bois, ainsi que dans les hôpitaux de ville, la médecine industrielle s'occupait davantage en 1921 de maintenir les travailleurs au travail que de découvrir de nouvelles pathologies professionnelles. [...] Alice Hamilton [célèbre médecin du travail progressiste] fut effarée de constater la rareté de la détection de risques professionnels connus, comme le saturnisme, par certains médecins d'entreprise. [...] Elle s'inquiéta également de l'objectivité des médecins d'entreprise, remarquant qu'alors que les médecins de la fonderie de la National Lead Company n'avait rapporté que quatre cas de saturnisme sur une période de six-mois, elle en constata 105 sur une période d'environ un an.⁸³ »

Chisso à Minamata⁸⁴, Japon (années 1950-1960)

⁸² *Ibid.*

⁸³ Traduction personnelle. « From its tentative introduction at the turn of the century in mining and lumber industries and in urban hospitals, industrial medicine by 1921 was devoted more to keeping workers on the job and less to uncovering new occupational diseases. [...] Alice Hamilton was underwhelmed at the ability of some company physicians to detect known hazards like lead poisoning. [...] She also worried about the objectivity of company physicians, noting that although physicians at the National Lead Company smelting plant had reported four cases of lead poisoning during a six-month period, she found 105 in just twice that time ». Allison L. HEPLER, *Women in Labor. Mothers, Medicine and Occupational Health in the United States, 1890-1980*, Columbus, Ohio State University Press, 2000, p. 56-57.

⁸⁴ Pendant plusieurs dizaines d'années, la compagnie Chisso a déversé des effluents chargés en mercure dans la mer Shiranui, face à la ville de Minamata, provoquant la maladie et la mort de milliers de personnes. Cf. Paul JOBIN, *Maladies industrielles et renouveau syndical au Japon*, Paris, Editions de l'EHESS, 2006 ; Michiko ISHIMURE,

« On ne peut que deviner les sentiments que le Dr. Hajimé Hosokawa a gardé pour lui durant les dix dernières années de sa vie. Si le médecin était sûr aussi tôt que 1959 que les rejets de son usine causaient la maladie de Minamata, et savait que Chisso cherchait à dissimuler sa culpabilité, pourquoi était-il resté silencieux ? Ce ne fut que lorsque les avocats des malades lui demandèrent de témoigner sur son lit de mort, au début du procès en 1969, qu'une partie de son tourment devint visible.

Toute sa vie professionnelle, Hosokawa avait été au service de Chisso. L'entreprise lui avait donné un travail, puis une carrière, lorsqu'il était encore jeune, pauvre et peinait à commencer son exercice. Bien plus tard, lorsqu'il devint le chef de l'hôpital de l'usine à Minamata, les amis de ses enfants étaient les enfants des autres cadres de Chisso – en particulier les Nishida – dont ils étaient voisins, et Hosokawa se préparait à prendre sa retraite.

Les premières victimes de la « maladie étrange » vinrent à son hôpital demander de l'aide, et il fut le premier à signaler le début de ce qui semblait être une épidémie au Département de santé publique. Il se plongea dans la recherche, qui lui permit de découvrir que l'empoisonnement était la cause de cette maladie, et il commença à soupçonner que sa propre usine puisse en être la source. À mesure qu'il avançait, lui et son assistant durent se débattre avec une question troublante : "qu'est-ce qui prime, le fait d'être un salarié ou d'être un médecin ?". [...]

Le 7 octobre 1959, le chat n° 400 tomba malade⁸⁵. Sous les yeux de Hosokawa, il fut pris de convulsions, se mit à baver, puis tout à coup tourna sur lui-même à une vitesse prodigieuse, se cognant dans les murs du laboratoire – exactement le type de comportement qu'il craignait d'observer.

Il informa la direction de Chisso de ce résultat. Lorsque son assistant tenta d'aller chercher un nouvel échantillon des eaux usées d'acétaldéhyde, un garde se mit en travers de son chemin. Lors d'une réunion en novembre, on dit à Hosokawa qu'il n'y aurait plus d'expériences en lien avec la maladie de Minamata. [...]

Au même moment où il faisait les expériences sur les chats, les malades appelaient Hosokawa le « chien de l'entreprise ». Mais il ne dit rien. [...]

Et pourtant, lors du premier anniversaire de sa mort, les malades lui élevèrent un petit autel en face du tribunal, avec son portrait, des bougies et de l'encens, et y prièrent. Nous étions étonnés. Ils avaient de bonnes raisons de la haïr pour son silence. Et pourtant, qui dans Chisso avait jamais pris leur défense ? Il avait témoigné, et ce fut véritablement le dernier acte de sa vie.⁸⁶ »

Paradise in the Sea of Sorrow: our Minamata Disease, Kyoto, Yamaguchi Publishing House, 1990 ; Timothy S. GEORGE, *Minamata. Pollution and the Struggle for Democracy in Postwar Japan*, Cambridge [Etats-Unis], Harvard University Press, 2001.

⁸⁵ Les expériences de Hosokawa consistaient à faire boire à des chats des eaux issues de différentes sources. Le chat numéro 400 était celui auquel avait été donné un échantillon des eaux usées chargées de mercure qui étaient déversées par l'usine. Ses symptômes furent les mêmes que ceux des malades de Minamata.

⁸⁶ Traduction personnelle. « We can merely guess at the feelings that Dr. Hajimé Hosokawa locked up within himself during the last ten years of his life. If this physician was sure as early as 1959 that his company's effluent was causing Minamata Disease, and knew that Chisso was trying to conceal its guilt, why had he remained silent ? Only when lawyers for the patients asked him to testify on his deathbed, at the trial's beginning in 1969, did some of his torment emerge. Hosokawa's entire professional life had been with Chisso. The company had given him a job and

Citroën à Paris (fin des années 1960)

« Et tous ces produits dangereux dont nous ignorons les effets ! L'étain, qui attaquera sans doute les poumons de Mouloud, non reconnu ! Les pistoletteurs de l'atelier de peinture malades du benzolisme, non reconnu ! Les bronchites chroniques, les rhumes à répétition, les mauvaises toux, les crises d'asthme, les respirations rauques : "vous fumez trop", diagnostique, imperturbable, le médecin du travail de chez Citroën.⁸⁷ [...] »

Le médecin du travail, tout le monde ici le hait. On l'appelle "le vétérinaire". "Il donnerait une aspirine à un mort", m'a dit Sadok, un jour qu'on l'avait renvoyé de l'infirmerie à l'atelier de soudure au bout d'un quart d'heure. Il était revenu pâle, épuisé, il se plaignait de maux de ventre et disait, en empoignant son chalumeau : "ce docteur, c'est un salaud". [...] Tous les ouvriers savent que les médecins de Citroën touchent des primes d'autant plus élevées qu'ils accordent peu d'arrêts de travail. Le rendement, pour eux, c'est de réexpédier systématiquement les malades à la chaîne. [...] Je marmonne que je me suis senti mal. Il se tourne vers l'infirmière, ce gros porc en blouse blanche vendu à la firme aux deux chevrons, et prescrit sa panacée : "allez, donnez-lui une aspirine et renvoyez-le à l'atelier". [...] L'homme de l'art consent d'un haussement d'épaules et porte son attention vers un Algérien qui arrive gêné, la main en sang : "Comment s'est-il fait ça, cet empoté ?"⁸⁸ »

Italie (depuis la Seconde Guerre mondiale)

« Pour ceux qui étaient en charge de la santé, le recrutement de personnes fidèles au projet productiviste ou leur insertion dans des structures qui les auraient rendues telles était devenu une nécessité. C'est le cas du médecin d'entreprise qui, en l'absence de lois qui auraient réglementé ses devoirs et fonctions, se trouve objectivement dans la situation de devoir faire (en faisant abstraction d'une telle intention subjective) ce qui lui a été demandé par son chef d'entreprise, qui l'a sollicité pour valider l'organisation du travail telle qu'elle est, pour évaluer l'aptitude physique de l'ouvrier ou confirmer les théories patronales de la fatalité, de la prédisposition ou du facteur humain dans la causalité d'un accident. [...] C'est dans cette situation qu'a

then a career when he was young, impoverished and struggling to get into practice. By the time he became head of the factory hospital in Minamata, his children's friends were the children of other Chisso managers – the Nishidas in particular – who lived as neighbors, and Hosokawa was looking forward to retirement. The first victims of the "strange disease" came to his hospital for help, and he was the first to report the outbreak of the apparent epidemic to the Public Health Department. He plunged into research that led him to discover that it was poisoning, and then began to suspect his own factory as the source. As he pressed on, he and his assistant shared a troublesome question : "what comes first, to be an employee or to be a physician ?". [...] On October 7, 1959, Cat #400 fell ill. While Hosokawa watched, it convulsed, salivated, and then suddenly whirled at terrific speed, crashing into the laboratory walls - exactly the behavior he had feared he would see. He reported the result to Chisso management. The next time his assistant went out to get acetaldehyde waste water, he was stopped by a guard. In a November meeting, Hosokawa was told that there would be absolutely no more experiments connected with Minamata disease. [...] Even while he was doing the cat experiments, patients would call Hosokawa a "company dog". He did not speak up. [...] And yet, on the first anniversary of his death, the patients built a little shrine in front of the courthouse, with his photograph and candles and incense, and prayed in front of it. We were surprised. They have good reason to hate him for keeping silent. And yet, who in Chisso ever took their side ? He testified, and it was really the last thing he did ». W. Eugene SMITH et Aileen M. SMITH, *Minamata*, New York, Alskog - Holt, Rinehart and Winston, 1975, p. 122–123.

⁸⁷ Robert LINHART, *L'Etabli*, Paris, Minuit, 1978, p. 40.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 45.

émergé la figure du “bon” médecin, paternaliste, qu’était le médecin de l’INCA [Institut national confédéral d’Assistance, lié au syndicat ouvrier CGIL] qui, en défendant la victime de l’accident, l’invalidé, s’opposait au “méchant” médecin, médecin-conseil, qui était du côté des organismes de prévoyance, chargé de minimiser les effets de l’accident ou l’invalidité.⁸⁹ »

Turner & Newall en Écosse (années 1980)

« L'un des ingénieurs d'isolation avait encore plus de raisons de se plaindre, puisque son médecin traitant avait été également le médecin de l'usine T & N à Dalmuir : "Quand j'ai dit au docteur que je ne me sentais pas bien et que je commençais à m'essouffler – c'était en 1984 – il a dit "il n'y a rien de tel que l'asbetose". C'était lui, l'homme qui examinait tous ces travailleurs, et la majorité d'entre eux sont morts.⁹⁰ »

2. La médecine de ressources humaines, ou la gestion du personnel sur des bases médicales

Les services autonomes de médecine du travail doivent également composer avec l'attraction d'un deuxième pôle : celui représenté par la direction des ressources humaines (RH) de l'entreprise. Ce type de glissement se retrouve dans des entreprises très diverses, mais est particulièrement visible dans des établissements du secteur tertiaire, où l'aide à la mobilité interne ou externe (par une procédure de reclassement, une formation ou encore un licenciement médical) constitue l'un des seuls leviers d'action à la disposition des médecins du travail.

Quel que soit le type de service, la délivrance de l'avis d'aptitude est une activité qui suscite naturellement l'intérêt des ressources humaines, du fait des liens qu'elle entretient avec les procédures de recrutement/licenciement. Cependant, dans les grandes entreprises, les deux services

⁸⁹ Merci à Laure Pitti pour la traduction. « Per gli addetti alla sanità si rendeva necessario il reclutamento di personaggi fedeli al progetto produttivista o da inserire in strutture che li avrebbero resi tali. È il caso del medico di fabbrica che, in mancanza di qualsivoglia legge che ne regolamentasse compiti e funzioni, si trovò oggettivamente nelle condizioni di dover fare (prescindendo da qualsivoglia intendimento soggettivo) quello che gli era richiesto dal suo imprenditore, che lo sollecitava a dare validità all'organizzazione del lavoro in atto, a valutare l'idoneità fisica dell'operaio o confermare le teorie padronali della fatalità, della predisposizione o del fattore umano nel determinismo di un infortunio. [...] In questa situazione emergeva la figura del medico "buono", paternalista, che era il medico dell'Inca, il quale difendendo l'infortunato, l'invalido, si contrapponeva al medico "cattivo", fiscale, che stava dalla parte degli enti previdenziali, incaricato di minimizzare gli esiti dell'infortunio o lo stato di invalidità ». Francesco CARNEVALE et Gianni MORIANI, *Storia della salute dei lavoratori. Medici, Medicina del lavoro e Prevenzione*, Verone, Edizioni Libreria Cortina, 1986, p. 55 et 58.

⁹⁰ Traduction personnelle. « An insulation engineer had even more cause for complaint, as his doctor was also the factory doctor for the T&N factory at Dalmuir : "When I mentioned to the doctor that I didn't feel well at first and was starting to get breathless - this was in 1984 - he says 'There's no such thing as asbestosis'. So, this was the man that was passing all these workers, and the bulk of them were dead ». Ronald JOHNSTON et Arthur MCIVOR, *Lethal Work. A History of the Asbestos Tragedy in Scotland*, East Linton, Tuckwell, 2000, p. 184.

ont un intérêt mutuel supplémentaire à collaborer. Par la mise en commun de certaines informations et la synchronisation des actions, chacun d'entre eux s'ouvre un accès à des pouvoirs supplémentaires. Notamment, les médecins qui cèdent à la tentation de devenir un bras médicalisé des ressources humaines peuvent plus facilement mettre en scène leur efficacité, au prix d'une délimitation spécifique de leur métier.

Il faut préciser tout d'abord que si les médecins du travail en viennent à collaborer avec les ressources humaines, ce n'est pas toujours par "choix" délibéré mais bien souvent parce qu'on leur fait comprendre que c'est ainsi que les choses se font dans l'entreprise.

Marilyne S. raconte avoir eu des débuts très difficiles avec le service RH de son établissement, du simple fait qu'elle a voulu le séparer spatialement de son cabinet médical. Lorsque la praticienne est recrutée dans une usine chimique en 2004, la direction lui donne carte blanche pour rénover le service médical, en piteux état :

« c'était une espèce de taudis immonde – au recrutement ils ne me l'avaient pas montré, mais je crois que s'ils me l'avaient montré j'aurais hésité.⁹¹ »

Elle dessine elle-même les plans du futur local, principalement sur des critères de fonctionnalité mais également avec un souci esthétique. Chaque détail donne lieu à une intense négociation avec les syndicats, jusqu'au nombre de toilettes, mais aussi avec le management. Le projet de Marilyne S. modifie en effet l'entrée du service médical, qui se faisait jusque-là par le couloir du service des ressources humaines ; celui-ci servait même de salle d'attente. Elle exige que cette porte soit condamnée et qu'une nouvelle ouverture à part soit pratiquée afin d'avoir « une entrée complètement neutre ». Elle souhaite également que son courrier n'arrive pas aux ressources humaines mais dans une boîte aux lettres à son nom fixée à la nouvelle entrée du service médical. Ces modifications sont actées et quelques semaines plus tard, le médecin inaugure un service tout neuf. Une porte fermée subsiste encore entre le service médical et les ressources humaines, mais seule elle en possède la clé. Marilyne S. explique que ce réaménagement lui a valu une intense hostilité de la part des ressources humaines, qui estimaient que c'était les « diaboliser ». Pendant plusieurs mois, la moindre demande de matériel est une épreuve :

« Si je demandais des choses normales pour fonctionner, comme des pochettes ou des trucs comme ça, je ne les avais pas. Alors on ne me disait pas "vous ne les aurez pas", on ne me signait jamais le machin. Ça pouvait durer

⁹¹ Entretien avec Marilyne S., juin 2008.

trois mois où, pour soixante euros de matériel, je dois régulièrement aller demander qu'on veuille bien me signer le machin. C'est humiliant à la fin.⁹² »

Tous les services autonomes ne sont pas matériellement dépendants de la sorte envers le service RH ; en outre, les relations entre les deux pôles semblent rarement aussi conflictuelles que dans le cas de Marilyne S. Dans chaque entreprise, il existe plutôt une pratique sédimentée de collaboration entre RH et médecine du travail, qui légitime certaines formes de relation et en invalide d'autres. Cette dimension fait partie de l'empreinte de poste qui s'impose comme un héritage obligatoire aux médecins nouvellement recrutés. Ainsi, Louis T. raconte avoir commencé sa carrière dans une usine chimique où le lien entre médecin du travail et RH était très proche. Une réglementation propre au site faisait que tous les dix-huit mois, les salariés devaient changer de poste. Selon le médecin, ceci lui donnait un nombre considérable de leviers pour déplacer un salarié qui aurait un problème de santé ou s'entendrait mal avec son équipe :

« moi j'ai connu [l'usine] où tous les 18 mois, on tournait, ils faisaient tourner les gens. Parce que quand vous mettez un chef de service avec un, deux, trois cadres, et puis chacun il a son contremaître son machin truc... si vous laissez ça trois, quatre, cinq ans, ça finit par faire le renfermé, c'est pas du boulot. Et puis il y a des problèmes d'adaptation. Alors il y a celui qui s'adapte pas avec celui-là, donc c'est la guerre et ça ira mal, et puis derrière, on connaît les travers de chacun, les bons et les mauvais, hein. Mais chacun a la façon de faire, donc on s'adapte, etc. Ça fait des trucs qui... qui font de la rouille, quoi, ça s'effrite, c'est pas bon, c'est très mauvais, il faut changer.⁹³ »

Lorsqu'il change d'établissement en 1976, la désillusion de Louis T. est grande face à une usine « abominable », « épouvantable », adjectifs qu'il emploie non tant à cause de mauvaises conditions de travail que du système de gestion du personnel « féodal ». Contrairement à l'usine précédente, chaque atelier forme une « chapelle fermée » où les salariés attendent leur tour pour une éventuelle promotion. Lorsqu'un salarié a le malheur d'être transféré à un autre atelier, « il repass[e] à la queue ». Alors que le principal outil de Louis T. était jusque là l'emprise qu'il avait sur la politique de ressources humaines, celle-ci est réduite à néant dans son nouveau poste.

Dans les années 2000, Claude S., le successeur de Louis T., réussit à mettre en place une nouvelle forme de collaboration resserrée avec les ressources humaines. De manière régulière, il participe à des réunions intitulées « comité santé sécurité RH » avec la direction générale, la directrice des ressources humaines et l'assistante sociale, « pour voir les gens qui posent de réels problèmes d'aptitude » :

⁹² *Ibid.*

⁹³ Entretien avec Louis T., août 2009.

« le but, c'est de dire, "voilà, ils ont telle ou telle restriction, ça pose tel ou tel problème d'employabilité, comment est-ce qu'on peut aménager le poste de travail pour permettre de" ...⁹⁴ »

Lorsque la direction des ressources humaines envisage de modifier l'affectation d'un salarié, le médecin est automatiquement consulté pour donner son avis prévisionnel sur l'aptitude du salarié. À la fin des années 2000, le site connaît un plan social qui réduit et bouleverse la grille des postes. Sur la demande du médecin, le service RH le consulte systématiquement avant de proposer un reclassement à un salarié dont le poste va être supprimé. Claude S. estime que c'est dans l'intérêt du salarié, en donnant l'exemple d'un ouvrier à qui l'on proposerait un poste exposant au benzène :

« La RH demande également toutes les aptitudes chaque fois qu'il y a un changement d'affectation d'un salarié, donc ça c'est très très bien parce que, globalement, si par exemple, vous travaillez à l'atelier GPO3, on pressent que vous allez aller au GPO1, atelier où il y a du benzène, eh bien avant de vous dire "écoutez, dans le plan de reconversion, moi je vous verrais bien aller là"... vous ne savez pas que vous être inapte. Peut-être. Donc vous vous dites, "ça y est, c'est bon, j'ai retrouvé un poste pour dans trois ans, je sais que je vais être dans cet atelier-là, je suis cool !". Oui sauf que dans votre numération formule sanguine, vous vous baladez toujours avec 14000 [globules] blancs, et les normes pour le décret benzène et son arrêté d'application, c'est qu'on ne peut pas dépasser 10000. Je ne pourrai pas vous laisser travailler là-bas. Donc vous allez être quand même vachement malheureux. Parce que peut-être qu'il y aura eu quelqu'un d'autre qui va vous prendre la place – là de toute façon vous serez inapte, vous ne pourrez pas travailler – mais vous auriez peut-être pu postuler à un autre poste, où la place est déjà prise. Alors, pour éviter ce genre de choses là, j'ai demandé à la DRH que quand ils *pressentent* quelqu'un pour l'envoyer à un poste, qu'ils m'envoient un mail, moi je réponds simplement ok ou pas ok.⁹⁵ »

Le médecin assure qu'il n'a pas besoin de rompre le secret médical pour contribuer à ces échanges de bons procédés. Il reconnaît cependant que ses déclarations sibyllines sur l'employabilité d'un salarié « pressenti » pour un poste ont généralement peu de mystère pour le service RH, qui sait très bien quels types de problèmes médicaux peuvent rendre inapte au poste proposé :

« Je n'ai pas d'explications à donner. D'accord ? Je mets ok, c'est bon. Sinon je mets ok, mais inapte manipulation benzène, ou inapte manipulation produits allergisants. Mais je ne donne pas la raison. Bon. Maintenant, ils ne sont pas cons, ils savent bien que...⁹⁶ »

Dans un cas, Claude S. a refusé de coopérer avec le service RH parce que sa responsabilité était en jeu. Lors d'une visite d'aptitude d'un salarié recruté pour travailler au contact du benzène, ce dernier a refusé de se soumettre aux examens sanguins obligatoires pour ce type de poste ; en

⁹⁴ Entretien avec Claude S., mai 2009.

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ *Ibid.*

conséquence, le médecin ne l'a pas mis apte. Il raconte avoir reçu un appel de la DRH quelques jours plus tard :

« Alors la DRH m'a dit "oui mais c'est un fort potentiel, il sait parler le japonais, il fait des langues orientales". – "Moi je m'en fous moi ! Si un jour il y a un problème, ce n'est pas vous qui serez responsable, madame la RH !" ⁹⁷ »

Cependant, dans la plupart des cas, les deux services collaborent étroitement. Par moments, leurs mandats semblent totalement imbriqués. Ainsi, Claude S. m'explique qu'avec le plan social récent, il reçoit de nombreux salariés anxieux car ne sachant pas s'ils parviendront à retrouver un poste dans la nouvelle organisation. Le médecin reconnaît que dans ce cas, sa principale préconisation est que le salarié fasse un bilan de compétences, ce pour quoi il l'envoie au service RH. Lors de notre rencontre, il mime un entretien-type avec un salarié anxieux :

« "Alors votre niveau d'évaluation sur le HAD ⁹⁸, évaluation d'anxiété, eh bien oui vous êtes à treize, pour une norme à douze, là effectivement, il y a un gros problème d'anxiété, vous avez un Cohen ⁹⁹ qui est à 30-32 pour une norme à 27, écoutez, prenons le temps d'en parler : qu'est-ce qui se passe ?". Bon, il m'explique. Si c'est lié à l'incertitude sur l'avenir, je leur demande en général : "est-ce que vous voulez que j'en parle à votre hiérarchie ? ou à la RH ? dans ce cas il faut me libérer de mon secret médical, pour que j'intercède un petit peu en votre faveur. Non pas pour vous trouver un poste, on est d'accord, moi je n'ai pas ce pouvoir-là, mais pour qu'on aille à la pêche aux infos, qu'on aille un peu vers vous, qu'on vous fasse un bilan de compétences." ¹⁰⁰ »

Travaillant toutes deux dans un établissement du secteur tertiaire, Sylvie S. et Catherine F. reconnaissent également que leurs principaux moyens d'action résultent de leur collaboration avec le service des ressources humaines, situé à proximité immédiate du service médical. C'est ce que résume Sylvie S. :

« tel salarié vient nous voir pour qu'on appuie sa demande de se mettre en télétravail deux jours par semaine, donc là on va remonter ça à la DRH. Ou alors des personnes qui viennent nous voir parce qu'elles sont mal dans leur poste, elles ont été maltraitées par leur hiérarchie... si elles nous donnent l'accord, on va faire remonter que tel chef de service se comporte mal avec ses collaborateurs. ¹⁰¹ »

La succession de plans sociaux qui rythme la vie de l'entreprise depuis une dizaine d'années complique la tâche des médecins et renforce leur recours au service des ressources humaines.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ Hospital Anxiety and Depression Scale. Il s'agit d'une échelle standardisée pour mesurer le niveau d'anxiété et de dépression.

⁹⁹ Il s'agit d'une échelle standardisée de « stress perçu ».

¹⁰⁰ Entretien avec Claude S., mai 2009.

¹⁰¹ Entretien avec Sylvie S., juillet 2008.

Lorsque des salariés en souffrance leur rendent visite, les deux praticiennes voient mal ce qu'elles pourraient faire d'autre que solliciter les RH, comme me l'explique Sylvie S. :

« Très souvent, on se borne à les recevoir, à les écouter, puis à intervenir pour qu'ils changent de poste. Il y a quand même tout un service de ressources humaines qu'on peut mettre à contribution pour essayer de trouver un autre poste. Alors là où on est embêtés, c'est quand les gens ont un vrai problème de personnalité. Parce que du coup, ils n'arrivent pas à se vendre. Parce qu'il faut que les gens y mettent beaucoup du leur, quand même.¹⁰² »

La collaboration fonctionne également dans l'autre sens. Sylvie S. explique que le service RH appelle régulièrement les deux médecins, par exemple pour limiter les risques de dépression ou de suicide induits par un plan social :

« Eux aussi nous sollicitent, ils nous demandent par exemple "tel salarié, on va lui refuser son départ en plan social, est-ce que vous pensez que ça va poser un problème ?". Alors on ne nous demande pas évidemment de trahir le secret médical, mais on nous demande simplement de dire oui ou non.¹⁰³ »

Au final, l'action des médecins qui sont en étroite coopération avec le service des ressources humaines permet à ce dernier de prendre des décisions en ayant certaines informations sur l'activité médicale du salarié, malgré le respect formel du secret médical.

3. La médecine de santé publique, ou la tentation d'une approche sanitaire déconnectée du travail

Davantage que leurs confrères de services interentreprises, les médecins du travail de services autonomes ont tendance à s'intéresser à des problématiques sanitaires déconnectées du travail. Ceci s'explique d'abord par le fait qu'en tant que seuls médecins présents sur les sites, ils ont un mandat de médecine d'urgence qui les oblige à secourir les salariés qui font un malaise, y compris lorsque ce dernier n'a rien à voir avec le travail ; au contraire, dans les établissements adhérents de services interentreprises, on appellera toujours un service d'urgence, sauf dans le cas très exceptionnel où un médecin du travail serait justement présent sur le site ce jour-là. Cependant, l'intérêt des médecins de service autonome pour des questions sanitaires déconnectées du travail dépasse le cadre de la médecine d'urgence. Il semble que le contexte des services d'entreprise soit particulièrement propice au développement de diverses actions de santé publique (vaccinations, dépistages de maladies non professionnelles, prévention du tabagisme ou de l'alcoolisme, campagnes de nutrition...) qui permettent aux médecins de mettre en scène leur utilité tout en restant à l'écart de problématiques

¹⁰² *Ibid.*

¹⁰³ *Ibid.*

professionnelles coûteuses qui pourraient froisser l'encadrement. On retrouve cette disposition aussi bien dans le secteur industriel que dans le secteur tertiaire.

Dans son usine chimique, Claude S. a lancé plusieurs campagnes de vaccination et de dépistage de cancers non professionnels. Il assume pleinement de s'occuper de ces sujets et s'oppose violemment à ceux qui disent qu'ils ne sont pas du ressort du médecin du travail :

« Moi j'ai vu des médecins avec qui je me suis pris le bec, qui vous disent ce que je vous disais tout à l'heure, "moi les vaccins ce n'est pas à moi de les faire", "les campagnes d'éducation, la prévention des cancers, ce n'est pas mon problème"... Ce n'est pas votre problème ? Mais alors c'est quoi ton problème ?! Tu fais quoi ? Tu vois les gens et puis tu discutes toute la journée et tu vas vérifier si le micro est à la bonne hauteur ? C'est n'importe quoi ! C'est n'importe quoi ! C'est vraiment n'importe quoi !¹⁰⁴ »

En 2007, un bulletin d'une organisation patronale publie un article de Claude S. sur la « prévention des cancers non professionnels » dans lequel le praticien revient sur des campagnes de dépistage de cancers de la peau, de la prostate, du colon-rectum et du sein qu'il a mises en place entre 2002 et 2006 pour les salariés de l'usine¹⁰⁵. Le médecin précise que ces actions « ont permis de renforcer l'image du service médical en matière de prévention des risques ». Il ajoute qu'elles ont « contribué à l'amélioration du bien-être physique et mental des salariés de l'établissement », suggérant que le mandat du médecin du travail est de veiller au « bien-être au travail » (titre du dossier dans lequel est paru l'article) et non uniquement d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

Dans le site tertiaire où elle est employée, Brigitte R. s'est également spécialisée dans diverses actions de santé publique déconnectées du travail. Elle donne l'exemple de la vaccination grippale, dont l'un des intérêts serait de réduire l'absentéisme. Elle a l'impression que cette orientation de son métier n'est que le résultat d'une ouverture plus récente de la médecine du travail à une posture de santé publique, et fustige les médecins qui ne souhaiteraient pas suivre ce mouvement :

« Alors si vous voulez, le rôle du médecin du travail aussi, dans des boîtes comme la nôtre, est de faire beaucoup d'éducation sanitaire, de santé publique. [...] Actuellement la médecine du travail évolue beaucoup vers la santé publique, par exemple la vaccination grippe, qui autrefois, moi je la fais depuis très longtemps, c'était assez rare qu'en médecine du travail on la propose, là maintenant beaucoup de services de médecine du travail la proposent, parce que la Sécu demande, pour éviter les épidémies dans les entreprises, qu'il y ait trop d'absentéisme, etc.

¹⁰⁴ Entretien avec Claude S., mai 2009.

¹⁰⁵ Par souci d'anonymisation, je ne mentionne pas les références de cet article.

Mais il y a encore des médecins du travail qui refusent de jouer ce rôle de santé publique. Parce qu'ils veulent se cantonner à leur *aptitude*.¹⁰⁶ »

Brigitte R. a mis en place des consultations annuelles de dermatologie sur le site, afin de dépister les cancers de la peau. Elle s'est également spécialisée dans les vaccinations pour les salariés qui partent dans des pays étrangers, acceptant de les faire aussi bien pour les voyages professionnels que pour les déplacements à titre personnel. Enfin, l'un des projets qui a occupé une grande partie de son temps dans l'année qui précède notre rencontre vise à informer les salariés sur les dangers encourus par leurs enfants du fait de la consommation de cannabis, d'alcool et de narguilé. Elle s'est associée avec un dessinateur satirique pour éditer de petites brochures écrites dans un langage qui se veut « jeune », qui alertent les adolescents sur les dangers des « prémix » (mélanges alcool-soda vendus en bouteilles) ou des « joints ». Elle m'offre plusieurs brochures avec fierté.

Le service médical dirigé par Brigitte R. accepte également de fournir des soins courants pour les affections saisonnières, bien que le Code de déontologie interdise aux médecins du travail de se substituer aux médecins traitants. La praticienne en a conscience, et insiste sur le fait qu'elle ne fait que « dépanner » les salariés, qui sont redirigés vers leur médecin traitant pour les traitements longs :

« On récupère des médicaments, quelques échantillons du labo. Et sinon on achète à la pharmacie. Si, on a eu la gastro-entérite, là, je ne sais pas si vous en avez entendu parler, on en a eu un certain nombre, donc il faut pouvoir donner des anti-diarrhéiques, la première chose, l'aspirine, du doliprane, voyez, des médicaments... Nous ne traitons que les premiers symptômes. Après, on envoie chez le médecin traitant, le médecin de famille, ou à l'hôpital. On ne peut pas se substituer aux médecins traitants. C'est un problème de déontologie. Mais on dépanne, ils sont là la journée, ils ont des troubles intestinaux, on donne pour la journée le temps qu'ils voient leur médecin.¹⁰⁷ »

Exerçant dans une usine chimique, Marilyne S. organise régulièrement des conférences sur des questions sanitaires à destination des salariés. Son cas illustre la facilité relative qu'il peut y avoir dans un service autonome à aborder des problématiques non professionnelles plutôt que des affections directement liées au travail. Elle raconte ainsi avoir dû organiser une information sur l'amiante à destination des salariés, à laquelle la direction était très clairement hostile :

« Les syndicats m'ont demandé en CHSCT de faire une communication sur l'amiante. C'était mon devoir d'y répondre. Mais là, je ne pouvais pas dire "oui, d'accord". Il fallait que je me mette d'accord avec l'employeur directement. J'ai dit aux salariés qu'ils auraient une information. Qu'il fallait me laisser du temps, et de la liberté.

¹⁰⁶ Entretien avec Brigitte R., janvier 2007.

¹⁰⁷ *Ibid.*

L'employeur a d'abord dit non, que ça allait mettre le feu aux poudres. Là je lui ai dit "soit vous me laissez organiser ça, avec le tutorat d'un ingénieur de la Cram [caisse régionale d'assurance-maladie], pour faire neutre, et derrière je vous laisse avoir une part dans l'organisation. Mais sinon, l'information, ils l'auront quand même, en faisant venir la Fnath et l'Andeva [Fédération nationale des accidentés du travail, Association nationale de défense des victimes de l'amiante], et là vous serez diabolisé, vous n'avez pas idée"... Il a accepté. Finalement il a reconnu l'exposition, et ça s'est bien passé.¹⁰⁸ »

Quelques années plus tard, Marilyne S. organise une conférence sur l'alcool avec l'aval de la direction : « il y a un moment qu'ils souhaitaient que la question de l'alcool dans l'entreprise soit évoquée ». La praticienne vit quelques jours d'angoisse car l'intervenant qu'elle a invité ne transmet pas de support écrit de sa présentation ; cependant, elle voit dans le fait que l'employeur l'a laissée organiser cette conférence sans avoir validé le texte « une vraie preuve de la confiance qu'il y a entre l'entreprise et moi maintenant ». Marilyne S. explique qu'au final, tout le monde a été très satisfait de la conférence, en premier lieu le directeur. Elle a l'impression que plus le temps passe, plus on lui laisse les coudées franches :

« Ca devait être une intervention d'une heure, ils sont restés deux heures et demie, donc ils n'ont pas pu aller manger, parce que ça ne coïncidait plus aux horaires de cantine, mais... personne ne s'est levé pour aller manger alors qu'ils savaient qu'ils ne mangeraient pas. Tout le monde était... il n'y en a pas un qui a pipé mot, enfin ça s'est très bien passé, y a plein de gens qui m'ont demandé après les adresses...

P : Ils sont restés tous parce que ça les intéressait vraiment ?

M : Oui. Parce que le PDG, si ça ne l'intéresse pas, alors là, il n'en a rien à foutre, il se lève en pleine allocution, et il se tire. Alors là (elle rit) aucun doute ! Donc, oui, non à chaque fois je trouve que c'est un pas de plus vers – là on me fout une paix royale, je fais ce que je veux.¹⁰⁹ »

Le cas de Marilyne S. illustre une nouvelle fois le fait que, plus ou moins consciemment, les praticiens de service autonome sont incités à focaliser leur exercice sur certaines tâches où ils savent que leur autonomie sera garantie.

Encadré 3-2. Les effets des réformes de la « santé au travail » dans les services autonomes.

Les réformes des années 2000 instaurant l'action « pluridisciplinaire » dans le cadre de la « santé au travail » ont eu un impact beaucoup plus limité dans les services autonomes que dans les services interentreprises. En effet, l'enrichissement des compétences du service médical par le recours à des « intervenants en prévention des risques professionnels » (IPRP), chargés d'aider l'employeur à évaluer et gérer les risques en amont, a

¹⁰⁸ Entretien avec Marilyne S., juin 2008.

¹⁰⁹ Entretien avec Marilyne S., octobre 2009.

toujours été possible dans les grandes entreprises par le biais d'une collaboration entre service médical et service hygiène et sécurité. Comme on l'a vu précédemment, ceci explique notamment pourquoi le nombre de ces IPRP est bien plus faible aujourd'hui dans les services autonomes que dans les services interentreprises : il s'agit simplement d'un artefact statistique, lié au fait que dans les grandes entreprises les intervenants pluridisciplinaires ne font pas partie du service médical mais du service hygiène et sécurité.

Par l'ouverture qu'elle préconise, la rhétorique de la « santé au travail » a cependant permis aux praticiens de service autonome d'élargir la palette des tâches qu'ils pouvaient exercer au nom de la médecine du travail. L'insistance sur une santé *au* travail, plutôt que sur les altérations de la santé *du fait* du travail, a notamment légitimé les glissements vers des actions de santé publique où le médecin ne se focalise pas sur les seules affections d'origine professionnelle.

*

Les services autonomes sont l'illustration de cette forme de subordination fonctionnelle qui découle de « l'appartenance à une institution ayant ses lois propres »¹¹⁰ et se caractérise par le fait qu'« il ne s'agit plus de se conformer à des *ordres*, mais de répondre continûment et parfaitement à des *attentes* »¹¹¹. Les médecins du travail doivent négocier au quotidien avec leur entourage professionnel, constitué principalement de non médecins, pour fixer les délimitations de leur activité médicale légitime. Contrairement aux services interentreprises où la définition de l'activité comme formalité administrative pèse d'un poids important, la réglementation n'est qu'un référentiel parmi beaucoup d'autres dans la construction du métier de médecin de service autonome, de la même manière que le praticien est tout autant un cadre intéressé à la réussite de l'entreprise qu'un médecin investi d'une mission règlementaire.

L'enquête dans les services autonomes révèle les limites d'une définition de l'autonomie professionnelle comme « contrôle sur les activités et décisions de routine »¹¹² d'une profession. En effet, le médecin du travail est un professionnel tiraillé entre les multiples pôles présents dans l'espace politique de l'entreprise, et la définition de son activité routinière est elle-même un produit de ces interactions. Paradoxalement, le fait que le médecin soit laissé complètement autonome dans son exercice est souvent une manifestation de sa soumission à une forme de subordination

¹¹⁰ Alain SUPIOT, « Préface », in Jean-Pierre CHAUCHARD et Anne-Chantal HARDY-DUBERNET (éds.), *La subordination dans le travail. Analyse juridique et sociologique de l'évolution des formes d'autonomie et de contrôle dans la relation de travail*, Paris, La Documentation française, 2003, p. 7.

¹¹¹ *Ibid.*, p. 8.

¹¹² Harland PRECHEL et Anne GUPMAN, « Changing Economic Conditions and Their Effects on Professional Autonomy : An Analysis of Family Practitioners and Oncologists », *op. cit.*, p. 246.

fonctionnelle, qui l'a amené à exercer une activité pour laquelle il sait qu'il ne sera pas inquiété. Dans les services autonomes, trois types de métiers sont exercés au nom de la médecine du travail, et témoignent d'une soumission partielle du praticien à l'ordre de l'entreprise : la médecine de gestion des risques, la médecine de ressources humaines et la médecine de santé publique. Il faut remarquer qu'aucun des médecins rencontrés n'a l'impression d'avoir été forcé à s'orienter dans l'une de ces directions. Au contraire, ils ont généralement l'impression d'avoir été à l'initiative de cette délimitation de leur activité qui leur permet de mettre en scène leur activité et d'être reconnu par les autres cadres comme un rouage important de l'entreprise.

De la même manière, l'étude de la délivrance de l'avis d'aptitude proposée dans le chapitre suivant montre comment la délimitation et la signification de cette pratique font l'objet d'une négociation permanente entre le médecin et son entourage professionnel, bien que le praticien ait souvent l'impression que l'aptitude constitue son domaine réservé.

Chapitre 4. L'avis d'aptitude-inaptitude. Les enjeux d'une tâche obligatoire

Les chapitres précédents ont permis de dégager plusieurs résultats. La médecine du travail connaît des tensions démographiques structurelles qui favorisent les représentations de l'activité médicale en termes quantitatifs. Ces représentations sont particulièrement prégnantes dans les services interentreprises, où la médecine du travail est assimilée à une formalité dont doivent s'acquitter les employeurs. Dans les services autonomes, les praticiens sont en apparence plus libres dans l'exercice quotidien de leur métier, mais la définition légitime de ce dernier est davantage le fruit d'une construction collective par les parties en présence. Les conceptions de l'autonomie professionnelle en tant que contrôle sur les activités de routine occultent des formes de subordination inhérentes à chaque poste : celles-ci se logent dans la construction collective d'une définition du métier légitime.

Ce chapitre se penche sur l'une des pratiques professionnelles des médecins du travail, qui condense les enjeux soulevés précédemment : l'avis d'aptitude/inaptitude, que je nommerai désormais avis d'aptitude par commodité d'écriture. Il s'agit de la pratique consistant à émettre un avis médical à l'embauche d'un salarié (ou suite à un événement ayant pu affecter sa santé, par exemple un accident ou une maladie) jugeant s'il est apte ou inapte à son poste ; loin d'être donnée une fois pour toutes par la loi, la signification des termes « apte » et « inapte » fait au contraire l'objet de nombreux débats depuis l'institutionnalisation de la médecine du travail.

Fait remarquable, ni la loi de 1942 ni celle de 1946 ne font allusion à la notion d'aptitude¹. Comme le souligne le médecin-inspecteur du travail Pierre Abécassis, « il n'y avait donc aucune fatalité à ce qu' "*éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail*" se traduise au plan sémantique en termes d'aptitude »². Ce sont les décrets d'application successifs à partir de 1946 qui « instaur[ent] l'aptitude comme conclusion obligatoire de tous les actes médicaux »³.

¹ Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

² Pierre ABÉCASSIS, « L'aptitude? Inapte! », in *Des médecins du travail prennent la parole: un métier en débat*, Paris, Syros/La Découverte, 1998, p. 299.

³ *Ibid.* Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

Si l'aptitude s'impose ainsi comme une évidence sans que les législateurs se sentent obligés d'en fonder la nécessité dans les textes *princeps*, c'est qu'elle a déjà une certaine histoire derrière elle. Il est certain que « l'aptitude en milieu de travail a fonctionné, pendant toute une période, par analogie avec l'aptitude militaire »⁴. On se souvient que le jeune médecin Guy Hausser, mobilisé en 1939, commente l'aptitude militaire à l'aune de ses conceptions issues de la médecine du travail⁵. La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et leur réparation joue également un rôle important dans l'institutionnalisation de l'aptitude, dans la mesure où « une fois admise la notion de responsabilité du patron dans l'accident, sans que l'ouvrier ait à apporter la preuve d'une faute, il s'est agi d'assurer les employeurs contre le risque professionnel »⁶. L'inspectrice du travail Martine Millot remarque que les premiers décrets spéciaux sur cette notion sont d'ailleurs promulgués dans la période qui sépare la loi de 1898 et celle de 1919 sur les maladies professionnelles⁷.

Sur la période étudiée dans cette thèse, le paysage règlementaire relatif à l'aptitude change peu. Les réflexions sur une possible suppression de l'avis d'aptitude n'aboutissent pas. Seule la loi du 6 décembre 1976 introduit une « brèche dans le dispositif »⁸ en ouvrant au médecin la possibilité de proposer une mutation ou un aménagement du poste de travail en fonction de l'état de santé du salarié, une pratique connue comme le « reclassement »⁹. Pour la première fois, la loi relie explicitement l'aptitude à un impératif d'adaptation du poste de travail à l'homme, plutôt qu'uniquement à l'adaptation de l'homme au poste de travail.

Peut-on dire que les médecins du travail sont autonomes dans leur détermination de l'aptitude des salariés ? Dans une première section de ce chapitre, on verra que les praticiens jouissent en apparence d'une très grande liberté concernant les avis d'aptitude, quel que soit le type de service. Si les médecins de service autonome sont plus souvent susceptibles d'être soumis à des pressions de la part de l'employeur ou du service des ressources humaines, ils peuvent presque toujours y résister avec facilité. Nombreux sont d'ailleurs les employeurs ou les directeurs de service interentreprises à critiquer la toute-puissance supposée des médecins dans la détermination de l'aptitude.

⁴ *Ibid.*

⁵ Guy HAUSSER, *Carnet de route 1939-1940, op. cit.*

⁶ Pierre ABÉCASSIS, « L'aptitude? Inapte! », *op. cit.*, p. 298.

⁷ Martine MILLOT, « L'émergence de la notion d'aptitude dans la réglementation du travail après 1892 », in Catherine OMNÈS et Anne-Sophie BRUNO (éds.), *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2004, p. 33.

⁸ Martine MILLOT, « L'émergence de la notion d'aptitude dans la réglementation du travail après 1892 », *op. cit.*

⁹ Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

Cependant, l'enquête sociologique montre que la réalité est plus complexe. En effet, l'éventail restreint des significations légitimes de la notion d'aptitude atteste de la subordination relative des médecins à l'ordre productif. Ainsi, la deuxième section du chapitre montre que l'idée de sélection médicale des salariés est profondément inscrite dans la pratique routinière de l'aptitude ; cette sélection peut certes être motivée par des considérations sanitaires, mais également par des motifs économiques qui ont peu à voir avec la prévention. Ainsi, dans la grande majorité des cas, l'inaptitude est une procédure qui aboutit à l'élimination des salariés jugés plus susceptibles que la moyenne de subir une atteinte à leur santé du fait de leur travail ; lorsque les médecins prononcent l'aptitude d'un salarié à un poste dangereux, comme cela se produit quotidiennement, ils signifient simplement que ce salarié ne court pas plus de risques que la moyenne d'être blessé ou de tomber malade du fait de son travail. Il est difficile pour les médecins du travail d'échapper à cette conception dominante de l'avis d'aptitude sans se heurter à un vide juridique, voire être taxés de subversion.

Enfin, la troisième section montre que l'arbitrage entre santé et emploi vient apporter une contrainte supplémentaire à la pratique de l'aptitude. Pour les médecins, il arrive très souvent qu'il soit difficile, voire impossible, de protéger la santé d'un salarié sans risquer de le mettre au chômage. Soumis aux contraintes du marché du travail, l'impératif de prévention est alors réduit à la portion congrue. La difficulté de dissocier inaptitude et licenciement, notamment dans les petites entreprises qui emploient la majorité des salariés du territoire français, révèle le biais de l'aptitude en faveur de la production, puisque le salarié subit la plus grande part de l'aléa économique dû à son état de santé, y compris lorsque ce dernier a été altéré par le travail.

I. Le domaine réservé du médecin du travail

La décision d'aptitude a toutes les caractéristiques d'une pratique autonome au sens classique du terme. Les médecins du travail sont les seuls professionnels qui sont habilités à les prendre ; les ingérences d'autres parties dans la procédure d'aptitude sont fortement limitées par la réglementation et la jurisprudence, et les recours possibles contre l'avis final ne semblent pas de nature à inquiéter les praticiens.

1. Un pilier de la médecine du travail

En 2003, les médecins du travail ont rendu près de 11 millions de décisions d'aptitude/inaptitude selon un recensement exhaustif de l'Inspection médicale du travail (pour un effectif total d'environ 15 millions de salariés surveillés par la médecine du travail)¹⁰. Plus de 98% d'entre elles ont proclamé l'aptitude du salarié à son poste, en y incluant les 5% d'avis d'aptitude « avec restrictions » ou « avec aménagement du poste ». L'effectif cumulé des inaptitudes (au poste, à tout poste de l'entreprise, permanente) est ainsi d'environ 175 000¹¹. Le chiffre peut sembler dérisoire, mais ne doit pas occulter le fait que de nombreuses décisions d'aptitude « avec restrictions » ou « avec aménagement du poste » se concluent par une inaptitude de fait du salarié aux postes dans l'entreprise, comme c'est le cas par exemple lorsque des bagagistes d'aéroport sont prononcés « aptes avec port de charges de moins de 20 kilos ». Il en découle que la part totale des décisions d'aptitude/inaptitude qui débouchent sur le licenciement du salarié est vraisemblablement comprise entre 2 et 7%. Le rapport d'activité 2008 de l'ACMS, service qui suit un million de salariés, assimile d'ailleurs les catégories d'inaptitude et d'aptitude avec restrictions ; leur part se monte à 6% des décisions rendues, contre 94% d'avis d'aptitude¹². Il faut par ailleurs remarquer que ces derniers taux s'entendent par rapport non pas à l'ensemble des salariés surveillés, mais à l'ensemble des visites médicales pratiquées chaque année, puisque chacune d'entre elles peut déboucher sur une modification du statut du salarié vis-à-vis de l'aptitude ; ceci signifie vraisemblablement que le taux de salariés concernés par l'inaptitude est encore supérieur.

La décision d'aptitude est prise par le seul médecin, dans le secret de son cabinet médical. Il peut s'il le souhaite demander l'avis d'un confrère (par exemple une consultation spécialisée de pathologie professionnelle), mais la décision lui revient toujours en dernier ressort¹³. L'avis d'aptitude débouche obligatoirement sur la rédaction d'une fiche d'aptitude, qui indique le verdict du praticien sans en mentionner les motivations. Elle est transmise au salarié et à l'employeur, ce dernier étant tenu de la conserver pour pouvoir la présenter sur demande à l'inspecteur du travail. Comme le remarquent deux médecins du travail, « la fiche d'aptitude est l'élément qui régule l'activité des médecins du travail », constituant « la "trace" principale du médecin »¹⁴. Les deux

¹⁰ Recensement exhaustif des décisions d'aptitude/inaptitude transmises aux Directions régionales du travail réalisé en 2003 par l'Inspection médicale du travail, chiffres cités in Hervé GOSSELIN, « Aptitude et inaptitude médicales au travail: diagnostic et perspectives », *op. cit.*, p. 106–112.

¹¹ *Ibid.*

¹² ACMS, *Rapport d'activité 2008*, *op. cit.*, p. 33.

¹³ Cécile MANAOUIL, *La responsabilité du médecin du travail*, Lille, Université Lille 2, 2000, p. 69.

¹⁴ Marie PASCUAL et Florence MAESEN, « Aptitudes et pratiques », in *Des médecins du travail prennent la parole: un*

praticiennes soulignent par ailleurs que dans les services interentreprises, la fiche d'aptitude est « le moteur de la "visite", la visite étant le compteur de productivité des services, et la base des sacrosaints chiffres du rapport annuel »¹⁵. Dans ces services, l'avis d'aptitude est ainsi représentatif de l'autonomie ambiguë qui est laissée aux médecins, qui sont formellement libres de prendre les décisions qu'ils souhaitent, mais se voient imposer la part de leur activité qui doit être dévolue à ces décisions. Dans son enquête sur la sous-traitance dans l'industrie nucléaire, Annie Thébaud-Mony évoque de même ce qu'elle nomme « un "rite d'aptitude" » qui s'impose de manière routinisée aux médecins, et qu'elle estime « sans rapport avec une action continue de surveillance et de protection de la santé des travailleurs concernés »¹⁶.

2. La contestation de l'aptitude, une véritable menace à l'autonomie professionnelle ?

Un bon moyen d'apprécier le pouvoir du médecin du travail sur la procédure d'aptitude est de mesurer la fréquence et l'intensité des éventuelles contestations. Celles-ci proviennent d'abord du salarié ; un grand nombre des praticiens rencontrés ont vécu des épisodes où l'annonce d'une aptitude ou d'une inaptitude a déclenché de fortes émotions chez le salarié. C'est par exemple le cas de Claude S., qui refuse de mettre apte un homme qui ne veut pas faire de prise de sang :

« [je lui ai dit] "je ne reviendrai pas sur mon avis d'inaptitude ! Méfiez-vous !". "Raaa !", il s'est levé, il a voulu soulever mon bureau. Je lui ai dit "écoutez ! Soulevez mon bureau, si vous voulez cogner, tapez le premier, parce que vous n'aurez peut-être pas l'occasion de taper une deuxième fois..." »¹⁷

Marilyne S. évoque quant à elle la colère d'un laveur de vitres qu'elle décide de prononcer inapte du fait d'une consommation d'alcool qu'elle juge excessive :

« il a été à deux doigts de me coller des baffes. Il y a eu un moment, où lui était vraiment debout, penché au-dessus du bureau, il était à ça de ma figure, en hurlant qu'il allait me faire la peau. »¹⁸

La violence n'est qu'une des réactions possibles à une inaptitude. Secrétaire médicale dans un service interentreprises, Christine J. raconte l'amertume des salariés âgés qui sont prononcés inaptes, comme cette femme de ménage cassée par le travail :

métier en débat, La Découverte/Syros., Paris, Association santé et médecine du travail, 1998, p. 288.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Annie THÉBAUD-MONY, *L'industrie nucléaire: sous-traitance et servitude*, *op. cit.*, p. 14.

¹⁷ Entretien avec Claude S., mai 2009.

¹⁸ Entretien avec Marilyne S., juin 2008.

« Pas plus tard que la semaine dernière, j'ai reçu une personne qui a été mise inapte par le médecin du travail, et que j'ai accueillie après la visite, la première visite, parce que vous savez qu'une inaptitude ça se fait en deux fois, qui pleurait, et bon, j'étais à l'écoute, j'essayais de la soulager comme je pouvais. »¹⁹

Cependant, ni dans les archives ni lors des entretiens je n'ai rencontré le cas d'un médecin qui serait revenu sur sa décision d'aptitude suite à la réaction d'un salarié. La situation d'entretien et le caractère définitif propre aux documents écrits ne favorisent certes pas la découverte de ce type de revirements. On peut néanmoins supposer que les médecins ont plus d'une raison de ne pas vouloir afficher le caractère contingent et fragile de leurs décisions, qui ne manquerait pas d'être répété au sein des entreprises surveillées.

Les employeurs constituent évidemment une autre source possible de « pressions » sur la procédure d'aptitude. En service interentreprises, la distance institutionnelle et géographique qui sépare le médecin du travail de l'entreprise surveillée permet au praticien de s'abriter assez facilement derrière une posture légaliste en invoquant le secret médical. Les employeurs doivent généralement passer un coup de téléphone pour se plaindre d'un avis d'aptitude ou suggérer une inaptitude, et les médecins ont alors beau jeu de souligner le caractère incongru de l'appel. En service autonome, le praticien est soumis à une subordination fonctionnelle forte qui lui rend plus difficile de prétendre fonder son comportement sur la seule réglementation. Les médecins rencontrés affirment pourtant pouvoir résister facilement aux pressions, à l'instar des deux médecins du travail d'une entreprise du secteur tertiaire. Sylvie S. reconnaît que « parfois [les directeurs] essaient de se défausser sur nous ; quand ils veulent licencier quelqu'un, ils cherchent à obtenir un licenciement pour inaptitude »²⁰. Cependant, sa collègue Catherine F. relative la portée de ces pressions :

« ce n'est pas affreux, c'est quand même facile de résister. Il y a la direction qui veut savoir des trucs, pour choisir ceux qui pourraient être éliminés éventuellement, bon voilà, il faut résister à ce genre de plaisanteries. Mais ce n'est pas très souvent, et ce n'est pas très dur de résister, franchement. Le secret médical, ça les énerve profondément. »²¹

Quel que soit le degré de résistance opposé par les médecins, le mouvement de balancier entre les « pressions » de la direction et le secret médical se résume souvent à un jeu de dupes. En effet, dans de nombreux cas, les causes d'une aptitude avec restrictions ou d'une inaptitude sont relativement faciles à deviner en croisant la connaissance du salarié et des caractéristiques du

¹⁹ Entretien avec Christine J., novembre 2006.

²⁰ Entretien avec Sylvie S., juillet 2008.

²¹ Entretien avec Catherine F., juillet 2008.

poste : un salarié inapte à l'exposition au benzène a de bonnes chances d'être porteur de trop de globules blancs, une femme inapte à l'exposition aux solvants d'être enceinte, une personne âgée inapte aux travaux de nettoyage d'être sujette à des troubles musculo-squelettiques. Il n'en reste pas moins que les médecins du travail restent officiellement les seuls à pouvoir connaître les motivations des décisions d'aptitude, contrairement au système américain où les praticiens cèdent souvent aux pressions du service juridique de l'entreprise en lui transmettant l'intégralité du dossier médical d'un salarié engagé dans une procédure contentieuse²².

Au-delà des pressions officieuses, une panoplie de recours légaux est à la disposition des salariés et des employeurs s'ils souhaitent contester les décisions d'aptitude. Le plus utilisé aujourd'hui est le recours administratif auprès de l'Inspection du travail, introduit par la loi du 6 décembre 1976. La juriste Cécile Manaouil note que « la jurisprudence a d'abord limité ce recours au seul employeur, pour ensuite admettre que le salarié puisse également prendre l'initiative de la saisine de l'autorité administrative »²³. La procédure prévoit que l'inspecteur du travail se réfère au médecin-inspecteur régional du travail pour rendre son avis sur la validité de la décision d'aptitude. Dans ce type de recours, la mise en cause du médecin du travail est toujours limitée. Ainsi, le médecin-inspecteur régional n'a pas le droit de consulter lui-même le salarié mais doit se contenter de consulter le dossier médical du salarié avec le médecin du travail ; en outre, ni lui ni l'inspecteur du travail n'ont de pouvoir disciplinaire sur le praticien²⁴.

Une enquête auprès de l'Inspection médicale du travail montre qu'en 2005, 481 contestations d'avis d'aptitude ou d'inaptitude ont été traitées²⁵. Parmi ces contestations, 286 portaient sur un avis d'inaptitude et 161 sur un avis d'aptitude, les autres ayant trait à des aménagements de poste ou des restrictions d'aptitude. 57% des contestations ont été formées par le salarié et 43% par l'employeur. Le rapport dans lequel ces données sont présentées ne contient malheureusement aucune indication sur les résultats des contestations. Les médecins-inspecteurs interrogés par l'auteur du rapport parviennent cependant à dépeindre certaines grandes tendances :

« Ils constatent parfois des délais très longs entre l'avis du médecin du travail et la contestation. De ce fait, le salarié est le plus souvent examiné longtemps après la délivrance de l'avis d'aptitude médicale par le médecin du travail. Son état de santé et/ou sa situation professionnelle ont forcément évolué. Beaucoup de dossiers sont

²² Elaine DRAPER, *The Company Doctor. Risk, Responsibility and Corporate Professionalism*, *op. cit.*, p. 214–255.

²³ Cécile MANAOUIL, *La responsabilité du médecin du travail*, *op. cit.*, p. 84.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Ces données sont citées in Hervé GOSSELIN, « Aptitude et inaptitude médicales au travail: diagnostic et perspectives », *op. cit.*

complexes : interventions d'avocats de salariés, de conseils juridiques d'employeurs, des jugements prud'hommaux, etc. Tendances est à la progression des contestations faites par le salarié, portant sur l'aptitude. Le salarié souhaite une "inaptitude à tout poste" pour quitter l'entreprise et ne comprend pas que le médecin du travail soit fasse des propositions, soit réponde aux propositions de reclassement faites par l'employeur. ²⁶ »

Il faut souligner la part infime d'avis d'aptitude qui font l'objet d'un recours administratif. Par rapport aux onze millions d'avis formulés en 2003, un niveau moyen de 500 recours représente une part de moins de 0,005%. Si l'on adopte le point de vue des praticiens, cela signifie qu'il n'ont chacun affaire tout au plus qu'à une poignée de contestations de ce type au cours de leur carrière. La marginalité du recours administratif s'explique sans doute en grande partie par le fait que « la contestation devant l'inspecteur du travail n'est pas toujours connue des salariés, et elle n'est pas mentionnée sur l'avis d'aptitude »²⁷.

Lorsqu'ils pressentent qu'une procédure d'aptitude pourrait déboucher sur un litige, les médecins du travail ont la possibilité de s'abriter derrière le conseil du médecin-inspecteur du travail, comme le permet la loi du 6 décembre 1976. Cette pratique offre aux médecins du travail l'assurance de ne pas être dédités par la suite, puisque « en cas de contestation de l'avis d'inaptitude, l'inspecteur du travail prendra avis auprès du MIRTMO » et que « celui-ci pourra difficilement critiquer une décision qu'il a lui-même conseillée »²⁸. Dans les faits, plusieurs des médecins rencontrés lors de l'enquête se réfèrent en effet au médecin-inspecteur pour les aptitudes difficiles. Ainsi, Alain C., médecin du travail dans une entreprise d'énergie entre 1976 et 2008, explique avoir été « traîné sept fois en contestation [d'avis d'aptitude] » par son employeur avec qui il entretenait des rapports conflictuels : « on a gagné à tous les coups », me dit-il, en incluant dans ce « on » le médecin-inspecteur dont il dit qu'il est « le seul qui m'ait soutenu [...] ça, je lui dois beaucoup »²⁹.

De même, lorsque Claude S. reçoit un salarié qui refuse pour des raisons religieuses de faire une prise de sang, alors que son poste exposé au benzène nécessite une surveillance de la formule sanguine, il choisit d'appeler le médecin-inspecteur régional avec lequel il entretient de bonnes relations :

« Donc je l'ai envoyé à Christian [le médecin-inspecteur] qui m'a renvoyé l'article comme quoi le médecin du travail était en droit de demander [l'examen complémentaire][...] J'ai amené le mec, je lui ai dit "voilà, voilà les examens que vous êtes censés faire par rapport aux produits que vous manipulez. Voilà le courrier de l'Inspection

²⁶ *Ibid.*

²⁷ Cécile MANAOUIL, *La responsabilité du médecin du travail, op. cit.*, p. 83.

²⁸ *Ibid.*, p. 69.

²⁹ Entretien avec Alain C., janvier 2008.

du travail qui dit que vous êtes *tenu* obligatoirement de faire ces examens. Et que je suis en droit de vous demander les examens qui sont marqués ici. Alors soit vous acceptez de faire les examens qui sont marqués là, et je vous dispense de la micro-albuminurie, soit vous n'acceptez pas, et vous êtes inapte, avec les conséquences que ça a ». [...] Le droit c'est le droit. C'est la règle. [Je lui ai dit] "moi, je vais vous dire, dans le compromis, je suis même d'accord pour que vous alliez faire la prise de sang à côté. Ça ne me dérange pas. Je ne veux pas le savoir. Je m'en fous. Du moment que j'ai un truc dans le dossier qui montre que j'ai effectué la surveillance médicale en rapport avec votre exposition, ce que me demande la législation, que vous alliez le faire n'importe où je m'en fous. Que vous ayez – alors il était, religieux je ne sais pas quoi, Jéhovah je ne sais pas quoi, il ne voulait pas... Il a été à la confrontation, il a perdu.³⁰ »

Claude S. m'explique n'avoir pas déclaré le salarié inapte mais avoir employé une formule qui lui avait été conseillée par le médecin-inspecteur : « ne peut se prononcer sur l'état du salarié, en raison de l'absence des examens complémentaires ». Ce conseil lui a permis de se prémunir contre le risque d'attaque en justice³¹.

Plutôt qu'un recours administratif, le salarié peut en effet choisir un recours contentieux contre l'avis du médecin du travail. Ce n'est pas alors la décision d'aptitude ou d'inaptitude qui est susceptible d'être constitutive d'une faute, mais le fait que la décision d'aptitude n'aurait pas été prise selon les « règles de l'art »³². Par ailleurs, le médecin ne peut être condamné pénalement ou civilement « que si cette décision a entraîné un dommage pour le salarié »³³. Cependant, Cécile Manaouil relativise la menace représentée par ces contentieux pour les médecins du travail. D'une part, « la faute du médecin et le lien de causalité seront difficiles à établir au pénal. Les poursuites restent exceptionnelles en médecine du travail »³⁴. D'autre part, « les recherches en responsabilité civile sont difficiles car le juge ne peut pas ordonner une expertise médicale pour décider du bien fondé d'une décision d'aptitude »³⁵. Le médecin du travail est ainsi à nouveau protégé contre la possibilité d'une « contre-visite » qui offrirait un éclairage et un contrepoint à sa pratique de l'aptitude³⁶.

³⁰ Entretien avec Claude S., mai 2009.

³¹ Cécile MANAOUIL, *La responsabilité du médecin du travail*, *op. cit.*, p. 83. Un avis d'inaptitude aurait en effet pu être attaqué en justice par le salarié au motif que le médecin du travail ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour se prononcer « dans les règles de l'art ». Le 7 septembre 1999, la Cour d'appel de Montpellier a cependant débouté un salarié qui contestait son inaptitude, alors que le défaut d'examen complémentaire était dû à son propre refus de s'y soumettre. La Cour a considéré que le médecin s'était appuyé sur des éléments médicaux incontestables avant de prendre sa décision, et n'avait donc commis aucune faute.

³² *Ibid.*, p. 80.

³³ *Ibid.*

³⁴ *Ibid.*, p. 81.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ Les archives du conflit qui a opposé Suzanne B. à une mine dans les années 1970 attestent cependant de pratiques de contre-visites par des médecins proches de la direction de l'établissement lorsque les avis des médecins du travail ne

Plutôt que de saisir l'inspecteur du travail ou d'attaquer le médecin pour faute, les salariés préfèrent généralement porter l'affaire devant les prud'hommes, surtout lorsque l'avis d'aptitude/inaptitude a eu des conséquences matérielles comme par exemple un licenciement. En effet, « la contestation devant l'inspecteur du travail ne peut entraîner le versement de dommages et intérêts pour le salarié, alors que le recours prud'hommal est souvent motivé par la demande d'indemnités (de licenciement, de préavis, de congés payés...) »³⁷. Dans cette procédure, c'est l'employeur et non le médecin du travail qui est attaqué par le salarié. Le praticien bénéficie à nouveau d'une protection contre toute ingérence dans sa manière de déterminer l'aptitude, puisque le tribunal des prud'hommes « ne peut recourir à un médecin expert »³⁸. Par ailleurs, si le médecin du travail est appelé à témoigner, il ne peut s'y soustraire mais est tenu de « se retrancher derrière le secret professionnel pour ne pas répondre aux questions posées », sous peine d'une violation des obligations déontologiques passible de poursuites pénales³⁹.

Enfin, pour être tout à fait exhaustif, il faut encore citer la possibilité pour le salarié d'exercer un recours devant le conseil de l'Ordre des médecins. Cécile Manaouil a trouvé un cas où un salarié a effectué un tel recours, au motif que son inaptitude avait été décidée au terme d'un examen insuffisamment approfondi. Si le médecin du travail s'est vu infliger la sanction de l'avertissement, la décision a été annulée en 1985 par le Conseil national de l'Ordre qui a estimé que l'examen était « suffisamment approfondi »⁴⁰. Ce type de recours ne représente pas une réelle menace pour les médecins du travail, du fait de son caractère rarissime et de la faible sévérité de l'Ordre des médecins dans les affaires opposant des médecins au grand public.

Il apparaît ainsi que les médecins du travail ne peuvent être véritablement inquiétés pour leurs décisions d'aptitude, malgré la panoplie des recours disponibles. Ceci n'empêche que de nombreux praticiens rencontrés ont l'impression de rendre leurs avis d'aptitude sous une épée de Damoclès, à l'instar de ce médecin de service interentreprises d'une cinquantaine d'années : « depuis trois ans et demi, je n'ai jamais eu de – bon, je touche du bois, mais je n'ai jamais eu aucune plainte de salarié, aucune plainte d'employeur, je crois que j'ai réussi à arranger 99,9% des choses »⁴¹. Mal connue, la possibilité du recours devant l'Inspection du travail est appréhendée par de nombreux médecins

plaisent pas. Ces pratiques semblent tenir en partie aux spécificités du contexte règlementaire des mines. Je reviens sur cette affaire dans les chapitres 5 et 6.

³⁷ Cécile MANAOUIL, *La responsabilité du médecin du travail*, op. cit., p. 83.

³⁸ *Ibid.*, p. 85.

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ *Ibid.*, p. 73.

⁴¹ Entretien avec Patrick P., mai 2007.

comme étant une véritable procédure judiciaire, alors qu'elle n'entraîne aucune conséquence pour le praticien. Cette déconnexion apparente entre la menace représentée par les recours et la menace ressentie par les médecins semble s'expliquer par la conjonction de deux facteurs. D'une part, on a vu aux chapitres précédents qu'une grande part de l'efficacité des médecins du travail résulte de leur crédibilité auprès des acteurs de l'entreprise ; or, cette crédibilité serait mise à mal par l'annulation d'une décision du médecin. D'autre part, les médecins du travail rencontrés cèdent à une croyance désormais bien établie dans le corps médical, selon laquelle la pratique médicale en France serait de plus en plus sujette à une judiciarisation « à l'américaine » ; cette croyance est pourtant en contradiction avec les faits, le nombre de poursuites contre des médecins ne dépassant pas les quelques dizaines par an⁴².

II. Une pratique de sélection explicite ou implicite

À elle seule, la mission d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » définie dans l'article 1 de la loi de 1946 ne suffit pas à définir le cadre de l'activité du praticien. L'obligation de décider de l'aptitude du salarié à son poste ouvre une faille par laquelle d'autres conceptions du métier peuvent être légitimées. Dès lors, il faut se prémunir de toute conception réductrice de l'autonomie professionnelle, qui ferait le tableau d'un médecin consciencieux attaché à sa mission de prévention qui résiste aux « pressions » de l'employeur pour sélectionner les salariés en fonction de leur productivité. L'obligation de décider de l'aptitude est en soi le signe de l'autonomie limitée des praticiens, qui ne peuvent décréter que cette tâche ne fait pas partie de leur conception du métier de médecin du travail. Ce point étant admis, il devient clair que le choix binaire entre « apte » et « inapte » est intrinsèquement lié à une conception de la médecine du travail qui aboutit à la sélection des salariés pour des considérations à la fois sanitaires et productives.

1. La sélection pour la production, une pratique rarement assumée aujourd'hui

Les fondateurs de l'idée d'aptitude se sont référés à des considérations de prévention autant que de production. On en trouve une première théorisation sous la plume de deux médecins pendant la première guerre mondiale :

⁴² Jean-Pierre GRIBEAUVAL, « Judiciarisation de la médecine : réalité ou idée reçue? », *Prescrire*, Juillet 2010, vol. 30, n° 321, pp. 536–540 ; « Il n'y a pas de judiciarisation de la médecine - Interview de Marie-Odile Bertella-Geffroy », *Site internet Medecinews*, mai 2008.

« selon deux jeunes médecins promis à un grand avenir, Leclercq et Mazel, les pertes humaines dans un pays déjà démographiquement affaibli obligeront à recourir, malgré les principes du taylorisme, à des populations qu'ils jugent "faibles" : les mutilés, les "tarés", les femmes. Pour y remédier, ils prônent l' "orientation physiologique" de l'ouvrier au moyen de la visite d'embauche et de l'établissement d'une fiche physiologique détaillant ses dispositions.⁴³ »

Le climat intellectuel des années 1930 et 1940 est particulièrement favorable aux conceptions eugénistes, qui visent une amélioration de la « qualité de la race ». L'un des moyens de cette amélioration est l'élimination des hommes porteurs d'une tare innée ou acquise. Ces conceptions pénètrent dans le lieu de travail comme des prolongements du taylorisme mais également à la faveur de créations institutionnelles. Créée en novembre 1941, la Fondation française pour l'étude des problèmes humains, dirigée par Alexis Carrel, travaille avec des motivations très clairement eugénistes en s'adjoignant le concours de nombreux médecins du travail⁴⁴. Vice-regent de la Fondation, le docteur André Gros en dirige le département Travail et s'intéresse de près à la notion d'aptitude, comme dans ce texte de 1941 :

« Résumé par des coefficients d'aptitudes et par une cotation générale des caractéristiques physiologiques et professionnelles de l'individu, l'examen de santé permet un emploi rationnel de la main-d'œuvre suivant ses aptitudes, une évaluation exacte de ses possibilités individuelles, des mutations et réadaptations rapides à d'autres métiers, un rendement maximum pour une usure humaine minimum.⁴⁵ »

Suite à la loi de 1942 organisant les premiers services de prévention, le régime de Vichy emploie les médecins du travail pour juger de l'aptitude des travailleurs envoyés au STO. Ce précédent constitue un lourd stigmate qui pèsera sur tout l'avenir de la profession⁴⁶. Dès cette époque, la pratique de l'aptitude fait cependant l'objet d'aménagements par certains médecins :

⁴³ Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENAL, « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *op. cit.*, p. 356.

⁴⁴ « La Fondation Carrel résume à elle seule le rôle qu'a joué Vichy dans l'histoire de la profession. Le régime n'invente pas : il sélectionne, au sein des projets des années 1930, ceux qui penchent le plus du côté biologique, eugéniste et nataliste. Même chose pour le contenu de la profession : la Fondation donne une grande importance à la prévention des maladies et des accidents, ainsi qu'à l'analyse des conditions de vie et de travail, mais les place au service de la productivité et du corporatisme. Surtout, elle privilégie l'idée d'orientation biologique de la main-d'œuvre et l'examen de santé systématique. Pour la direction de la Fondation comme pour Vichy, la médecine du travail vise à obtenir "un rendement maximum pour une usure minimum" ». *Ibid.*, p. 360.

⁴⁵ André GROS et Jacques MÉNETRIER, *La médecine du travail*, Paris, Bernard Frères, 1941. Cité in Philippe DAVEZIES, « L'aptitude dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats », *Médecine du travail et ergonomie/Arbeidzgezondheidszorg & ergonomie*, 2007, Vol. XLIV, pp. 73–82.

⁴⁶ Cf. Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENAL, *La santé au travail*, *op. cit.*, p. 51. Selon Vincent Viet et Michèle Ruffat, « il semble bien, en définitive, que la médecine du travail ait été, sur le versant de la main-d'œuvre, détournée de sa mission de prévention. Sa compromission dans le STO entraînera d'ailleurs, sur la proposition de Henri Desoille revenu de déportation, l'épuration d'un certain nombre de médecins inspecteurs "n'ayant pas donné les preuves d'un patriotisme suffisant" ». Vincent VIET et Michèle RUFFAT, *Le choix de la prévention*, Paris, Economica, 1999, p. 79.

« Les cas de médecins épargnant aux hommes – parfois à l'initiative de l'employeur – la réquisition en Allemagne en les déclarant inaptes sont suffisamment fréquents pour qu'une circulaire aux préfets doive préciser, le 12 juillet 1943, qu'il ne s'agit que de pratiquer, à l'instar des conseils de révision, un "simple examen sommaire. Il ne doit pas y avoir d'inaptes ou plutôt, les vrais infirmes mis à part, tous, même présentant un mauvais état général, peuvent et doivent être utilisés".⁴⁷ »

Avec la fin de la Seconde guerre mondiale, les idées eugénistes les plus extrêmes sont progressivement disqualifiées. Cependant, l'idée d'appariement des salariés et des postes à des fins à la fois préventives et productives survivra au régime de Vichy. En 1946, un médecin-inspecteur du travail prêche ainsi « en faveur de "l'orientation biologique de la main-d'œuvre" qui permettrait selon lui de faire de l'usine un lieu de "rapports harmoniques" avec un "rendement optimum et durable" »⁴⁸.

De même, le « profil type » qui est retenu par le Ministère du travail dans les décrets d'application de 1947 a été conçu pendant la guerre par deux médecins de la Fondation Carrel. La méthodologie se veut standardisée et scientifique : « on compare au profil de chaque poste de travail celui de chaque ouvrier, pour s'assurer que celui-ci est bien "apte", par une technique de superposition de calques remontant à la biotypologie des années 1930 »⁴⁹. Dix ans plus tard, un médecin du travail critique l'hypocrisie patronale autour de l'aptitude : « les graphiques d'aptitude ont été conçus pour mettre chacun à sa place : [en réalité] ils sont utilisés par les employeurs pour effectuer à l'embauche une sélection aussi féroce que possible »⁵⁰.

À partir de la fin des années 1960, de nombreux médecins du travail sont « gagnés par un malaise grandissant face à la déclaration d'aptitude qui accapare l'essentiel de leur temps et les met dans une position jugée de plus en plus intenable, au regard de la déontologie médicale »⁵¹. Ils dénoncent le fait que certaines pratiques sont clairement orientées vers des objectifs de production plutôt que de prévention. L'aptitude en milieu de travail a « contracté les tics » de l'aptitude militaire, « et le fait que, jusque dans les années 1970, les anciens médecins militaires étaient légion à exercer la médecine du travail comme seconde carrière, n'y est probablement pas étranger »⁵². En

⁴⁷ Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, *La santé au travail*, op. cit., p. 51.

⁴⁸ Dr. A. Méry, cité in *Ibid.*, p. 71.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 70.

⁵⁰ Dr. F. Goulène, cité in *Ibid.*, p. 71–71.

⁵¹ Catherine OMNÈS, « Conclusion », in Catherine OMNÈS et Anne-Sophie BRUNO (éds.), *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2004, p. 442.

⁵² Pierre ABÉCASSIS, « L'aptitude? Inapte! », op. cit., p. 299.

1973, le secrétaire général adjoint du SNPMT dénonce dans la revue du syndicat la pratique des examens d'aptitude collectifs :

« Une honte: les examens d'embauche en masse.

Confrères, savez-vous comment se passent les examens d'embauche dans certaines grosses entreprises, dévoreuses de main-d'œuvre ? Certains jours arrivent par trains 200 ou 300 ouvriers étrangers recrutés dans leur pays : Turcs, Marocains, Maliens... Trois jours de voyage, repas froids, huit par compartiment. Sitôt arrivés, bagages entassés, formalités administratives, photographie – parfois aussi, vente de cartes d'un syndicat... patronal (à titre préventif, probablement), puis envoi au service médical, où ces gens sont entassés au maximum sur des bancs dans une « salle d'attente » qui mérite bien son nom, car les derniers y auront souvent passé huit heures avant de parvenir à la visite (certains même sont obligés de revenir le lendemain). Ils sont là dans leurs vêtements de voyage, fatigués, somnolents, inquiets et malodorants.

La visite commence : radio, mensurations, vue, urines, interrogatoire succinct, type : "rien à déclarer ?", par un interprète lorsqu'il y en a un. Puis l'examen médical proprement dit... ou ce qui en tient lieu (trente à cinquante candidats par matinée). Car, voilà, l'entreprise a besoin de cette main-d'œuvre TOUT DE SUITE : l'employeur tient à ce que les examens soient vite passés, et certains médecins s'y prêtent. Coup d'œil général, un coup de stéthoscope, une prise de tension, un regard sur les mains... terminé. Temps moyen : trois minutes (ceci est un témoignage : j'ai VU ces médecins... épuisés... et contents d'eux). Ce n'est pas un travail bien glorieux... alors, on embauche des médecins vacataires, qui ne savent rien de l'usine où ces gens vont travailler, rien de la médecine du travail ; ce travail les ennue, mais leur apporte une rémunération d'appoint... ou d'attente. Dans le lot, on trouve tout de même un inapte de temps en temps. [...] Voilà, confrères... un scandale existe : il faut le supprimer, obtenir un nouveau texte prévoyant un certain nombre d'heures de médecine du travail pour les entreprises à rotation importante de personnel. Commençons par le début, et, qu'au moins, le premier contact du transplanté avec notre médecine ne soit plus une mascarade, s'effectue dans le calme et avec sérieux. Confrères qui vivez cette situation, apportez-nous votre témoignage, faites-nous part de vos idées, et redressez la tête!⁵³ »

Je n'ai pas rencontré de pratique de ce genre lors de mon enquête de terrain. Malgré la pression des directions de service, le nombre de visites médicales semble aujourd'hui plafonné à quinze par demi-journée ; l'empilement des textes régissant l'aptitude fait que les médecins ne peuvent plus orienter leur pratique en fonction de la seule productivité des candidats.

Encadré 4-1. L'aptitude à Toyota (Japon) au début des années 1970.

Les examens d'embauche en masse dénoncés par Georges Ronne ne sont pas une spécificité française. Au début des années 1970, le journaliste japonais Satoshi Kamata se fait embaucher comme ouvrier dans une

⁵³ Georges RONNE, « Une honte : les examens d'embauche en masse », *Médecine et travail*, 1973, n° 75, p. 17.

usine Toyota. Dans le livre-reportage qu'il tire de cette expérience, il raconte l'expérience humiliante de la visite médicale :

« Puis visite médicale : taille, poids, rayons X, acuité visuelle, perception des couleurs, analyse d'urine et on mesure aussi notre capacité à saisir les objets, la colonne vertébrale et notre capacité pulmonaire. De toute évidence on ne cherche pas tant à vérifier l'état de notre santé que celui de nos forces physiques. Est-ce que notre affectation aux différents postes va dépendre de ces résultats ? Le contrôle terminé, cette fois-ci on nous fait mettre en rang sur le côté par groupe de sept ou de huit, toujours en caleçon. On nous fait sauter, nous accroupir, nous tenir sur un pied, étendre les bras et nous courber, bouger les doigts ou les chevilles en haut et en bas. Un homme vêtu de blanc, les jambes écartées, se penche vers chacun d'entre nous pour nous examiner. Exactement comme le maquignon qui passe en revue une vache ou un cheval ! Ils veulent sûrement savoir si notre force de travail fera l'affaire ou non. Quelle humiliation !⁵⁴ »

La plupart des médecins que j'ai rencontrés refusent de présenter leur tâche comme une médecine de sélection. Seul un médecin a évoqué explicitement un parallèle entre la médecine du travail et la médecine militaire. Il s'agit de Claude S., médecin en service autonome dans une usine chimique. C'est sans cynisme aucun qu'il estime qu'il a commencé à exercer la médecine du travail dès son service militaire réalisé en 1989-1990, lorsqu'il a été affecté à un centre de sélection :

« on devait juger de votre aptitude à effectuer votre service national et on vous affectait ce qu'on appelait un SIGICOP – donc vous voyez, je faisais déjà de la médecine du travail ! Donc on on était six médecins, au centre de sélection de B., à effectuer le SIGICOP. C'est-à-dire S pour membres supérieurs, I pour membres inférieurs, G pour état général, C, je ne sais plus ce que ça veut dire, O pour œil, et P pour psychiatrie. Et donc vous pouviez être, vous savez bien, "exempté P3" ou "réformé P4", voilà. On vous donnait un SIGICOP, et si par exemple vous veniez et il vous manquait un bras, vous ne faisiez pas votre service national. Voilà, vous étiez S4, et puis on vous enlevait. Si, par contre, vous aviez une somme de petits problèmes, de petits trucs, eh bien vous pouviez être enlevé. J'ai fait ça pendant un an, donc en fait le but c'était de repérer les gens qui pourraient arriver à faire leur service, et ceux qui ne pourraient pas, et puis les mettre dans les unités les moins traumatisantes pour eux.⁵⁵ »

Ce témoignage est une exception dans mon corpus. Ceci n'empêche pas que dans la majorité des cas, la pratique de l'aptitude débouche effectivement sur l'élimination de certains salariés pour des motifs indissociablement médicaux et productifs, à l'instar d'une médecine militaire de sélection.

⁵⁴ Satoshi KAMATA, *Toyota. L'usine du désespoir*, Paris, Demopolis, 2008, p. 20.

⁵⁵ Entretien avec Claude S., mai 2009.

2. *L'intrusion discrète de considérations productives dans la détermination routinière de l'aptitude*

Les médecins du travail rencontrés n'assument pas explicitement le rôle de sélection et d'élimination que certains souhaiteraient les voir jouer. À les entendre, ils cherchent à conserver une pratique purement médicale de l'aptitude, qui serait d'abord mise au service de la protection de la santé du salarié. Cependant, dans la plupart des contextes d'exercice, la pratique de l'aptitude est ainsi définie que le médecin du travail peut difficilement rendre son verdict sans prendre en compte, plus ou moins consciemment, des considérations productives.

C'est ce que révèle *a contrario* une histoire d'aptitude évoquée par Alain C., véritable « expérience naturelle » permettant de révéler les attendus productifs sous-jacents à une procédure en apparence strictement médicale. Il la partage avec moi lors d'un dîner en marge du Congrès de médecine du travail de 2008, en présence d'un collègue qui semble déjà l'avoir entendue plusieurs fois⁵⁶.

Au début des années 1990, alors qu'il travaille comme médecin de service autonome dans le secteur de la distribution d'énergie, Alain C. reçoit un jour une femme pour une visite d'embauche. Elle a été recrutée pour travailler dans un centre d'appel, et il ne manque que la décision du médecin pour qu'elle commence à travailler. Or dès le début de l'entretien, le médecin constate que la salariée lit sur ses lèvres. Dès qu'il tourne la tête, elle ne parvient plus à suivre ses paroles. Il lui demande si elle est malentendante et elle lui confirme finalement qu'elle est sourde. Selon Alain C., la femme se montre alors résignée à ce qu'il la déclare inapte, comme c'est apparemment déjà arrivé pour des postes précédents.

Cependant, Alain C. répond à la salariée qu'il n'en sera rien. La mission principale du médecin du travail étant selon lui « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail », comme il l'explique à la candidate, il constate que l'utilisation du téléphone ne risque en aucune façon d'altérer négativement son état de santé. En conséquence, le médecin déclare la femme apte au poste en centre d'appel, à sa grande stupéfaction.

Le médecin me raconte que quelques jours plus tard, le directeur du centre d'appel lui téléphone pour lui faire part de sa colère. Il a en effet constaté la surdité de la salariée, et n'hésite pas à mettre en cause les compétences du médecin pour n'avoir pas su détecter ce handicap à l'examen

⁵⁶ Le récit qui suit est tiré de notes personnelles prises au Congrès de médecine et santé au travail de Tours, en juin 2008.

d'aptitude. Sûr de son bon droit, le médecin lui répond qu'il est mandaté pour déterminer l'aptitude et non la compétence d'un salarié, qui est du ressort de l'employeur. Alain C. conclut la conversation en renvoyant la balle au directeur, soulignant ses piètres qualités de recruteur dans la mesure où il n'a pas été capable de déterminer la surdité d'une candidate à un centre d'appel. Quant à la salariée, ne pouvant être licenciée pour aucun motif valable, elle est finalement affectée à un autre poste dans l'entreprise où sa surdité ne l'empêche pas de travailler.

Pendant mon enquête, j'ai régulièrement raconté cette histoire à mes interlocuteurs médecins en leur demandant ce qu'ils auraient fait en pareil cas. Aucun n'a avancé qu'il aurait spontanément mis la salariée apte, bien que plusieurs reconnaissent le bien-fondé, « en principe », de la position d'Alain C. Une praticienne a déplacé les termes du débat en suggérant qu'il serait peut-être mieux de déclarer la salariée inapte pour ne pas l'installer d'emblée dans un rapport conflictuel avec son employeur. Au final, chacun des médecins interrogés a attesté à sa façon du fait que déclarer l'aptitude de la salariée n'avait rien d'évident.

La décision d'Alain C. est subversive, au sens où elle remet en cause la légitimité traditionnelle d'une pratique qui ne dissocie pas clairement la question de l'aptitude de celle de la compétence. En la remettant en cause, elle la met au jour. Le coup de téléphone de l'employeur est symbolique des attentes productives qui pèsent sur les médecins du travail, quand bien même l'article 1 de la loi de 1946 leur assigne une mission de prévention. Il est certain que de nombreux médecins du travail appréhendent de recevoir de tels coups de téléphone de façon régulière, et accordent insensiblement leur exercice en conséquence. Ce type de décision semble d'ailleurs inenvisageable pour un médecin qui ne serait pas, comme Alain C., à la fois militant syndical et membre de différents groupements professionnels, très engagé dans la définition du véritable « métier » de médecin du travail, auquel il a consacré de nombreux textes tout au long de sa carrière. Exerçant dans une grande entreprise qui a compté jusqu'à deux cent médecins, devenu au fil des ans l'un des porte-parole en lequel se reconnaissent de nombreux collègues, Alain C. est sans doute l'un des médecins du travail les moins seuls et les plus enclins à donner une dimension exemplaire à son exercice. A l'inverse, on peut faire l'hypothèse qu'un praticien de service interentreprises exerçant dans une antenne décentralisée, non syndiqué, pour qui le métier ne serait que l'application de la réglementation existante et qui n'aurait pas de débouché littéraire pour décrire les dilemmes de son exercice, aurait sûrement mis la salariée inapte.

Dans la pratique quotidienne, l'amalgame entre aptitude et compétence apparaît facilité par la problématique des « postes de sécurité ». Ceux-ci sont définis par un magistrat comme les « postes de travail qui exposent des tiers à l'entreprise à des risques graves pour leur sécurité en cas de défaillance du travailleur qui occupe le poste »⁵⁷. On la trouve dès l'origine, dans la loi de 1946 organisant la médecine du travail qui confie aux praticiens la mission « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs ». La référence aux risques de contagion renvoie alors à la lutte contre la tuberculose, qui est perçue comme le fléau majeur. Dans ce cadre, l'examen d'aptitude est conçu comme un outil essentiel, permettant de retirer du travail un salarié contagieux dans le but d'éviter toute altération de l'état de santé de ses collègues.

Au fil des années et du déclin des maladies contagieuses graves, remplacées dans l'échelle des priorités par les maladies chroniques, l'intérêt pour un examen d'aptitude sécuritaire, c'est-à-dire approfondi et prenant en compte les conséquences éventuelles de l'activité du salarié sur des tiers, s'est principalement ancré dans les entreprises de transport, les centres de production d'énergie et les sites industriels à haut risque. C'est en effet dans ces secteurs que les risques induits par les activités de production sur des tiers (salariés ou riverains) sont considérés comme les plus évidents. Pendant l'enquête, les médecins m'ont raconté de nombreuses histoires liées à cette problématique : un cariste « grande hauteur » qui se révèle héroïnomane alors qu'il est chargé de lever une tonne à dix mètres de haut, une ouvrière responsable de la consignation d'une portion de la chaîne (c'est-à-dire l'arrêt total de tous les process en cas d'urgence) qui est alcoolique et dépressive, un chauffeur de camion épileptique...

Dans un texte publié en 1998, un médecin-inspecteur, un universitaire et trois médecins du travail membres d'associations et de syndicats divers expliquent que « la question des postes dits "de sécurité" constitue probablement le noyau central à partir duquel se légitiment les pratiques les plus contestables »⁵⁸. En allant au-delà de la seule question de la « défaillance subite » qui sert généralement à légitimer l'aptitude sécuritaire, les auteurs montrent que la question des postes de sécurité introduit un flou général dans la définition de l'aptitude médicale, quel que soit le poste considéré :

⁵⁷ Hervé GOSSELIN, « Aptitude et inaptitude médicales au travail: diagnostic et perspectives », *op. cit.*, p. 48.

⁵⁸ Philippe DAVEZIES, Jean-Paul DULÉRY, Dominique HUEZ, Marie PASCUAL et Nicolas SANDRET, « En finir avec l'aptitude médicale », in *Des médecins du travail prennent la parole: un métier en débat*, Paris, La Découverte/Syros, 1998, p. 307.

« Les auteurs du rapport sur les postes de sécurité aux XIIIe Journées Nationales de Médecine du Travail en donnent la définition suivante : "le poste de sécurité est un poste de travail susceptible de constituer pour la collectivité de travail un risque d'accident à l'occasion d'une insuffisance d'aptitude ou d'une défaillance subite de l'opérateur". Du côté de la défaillance subite, pas de problème, le critère relève bien de l'absence de contre-indication médicale. En revanche, "l'insuffisance d'aptitude" nous tire du côté de l'efficacité professionnelle. Et effectivement, si l'on met de côté le problème de la défaillance subite, *être apte à tenir un poste de sécurité, c'est être capable de faire son travail correctement*. Le traitement actuel de l'aptitude aux postes de sécurité constitue donc la faille par laquelle passe toujours dans la pratique des médecins du travail une conception de l'aptitude comme capacité professionnelle.⁵⁹ »

Les auteurs poursuivent en soulignant que l'aptitude sécuritaire place le médecin du travail dans une position d'autorité qui semble parfois peu compatible avec le Code de déontologie médicale. Par ailleurs, « elle ouvre la porte à l'arbitraire »⁶⁰ au niveau de la définition des postes de sécurité. Pourquoi la SNCF considère-t-elle le poste de contrôleur comme un poste de sécurité ? À ce titre, pourquoi tous les postes de travail à l'hôpital ne seraient-ils pas intégrés dans cette catégorie ? « Il y a là un ressort très puissant pour transformer les pratiques de médecine du travail en pratiques de sélection »⁶¹, relèvent les auteurs, qui ajoutent que

« l'arbitraire règne aussi au niveau des critères médicaux sur lesquels on peut fonder le jugement. Ainsi, dans certaines entreprises, les candidats sont refusés à l'embauche si on trouve dans leurs urines des traces de dérivés du cannabis, alors que ce critère ne permet en rien de prévoir un quelconque risque au poste de travail. D'une façon plus générale, les critères médicaux qui semblent au premier abord contre-indiquer une activité sont fréquemment pris en défaut. Tout médecin du travail a rencontré des électriciens porteurs de dyschromatopsies (daltonisme) qui câblaient sans problème particulier. De même, les statistiques laissent penser qu'un certain nombre de personnes atteintes de comitialité (épilepsie) occupent des postes de sécurité sans faire courir un risque particulier à la collectivité.⁶² »

Pour toutes ces raisons, les auteurs qualifient la question des postes de sécurité de « cheval de Troie par lequel pénètrent en médecine du travail les pratiques déviantes »⁶³. Ils insistent sur le fait que cette déviance est généralement produite par un glissement insensible plutôt que par un choix assumé de la sélection médicale. L'aptitude sécuritaire fausserait les coordonnées géographiques de l'exercice de la médecine du travail :

⁵⁹ *Ibid.* Je souligne.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 308.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² *Ibid.*

⁶³ *Ibid.*

« une fois admis que la sécurité est soeur de l'efficience, une fois admis que l'on peut en toute légitimité prendre des décisions qu'on impose au salarié, une fois admis cette part d'arbitraire qui préside bien souvent à la définition des postes de sécurité et des critères d'aptitude, il devient bien difficile de garder le nord. L'expérience prouve que l'on passe insensiblement du danger pour les salariés, au danger pour les clients, puis pour le public, pour la qualité de la production, et enfin pour l'efficacité économique de l'entreprise...⁶⁴ »

L'enquête a permis de confirmer ce diagnostic sur le glissement vers la sélection productive que permet la notion d'aptitude sécuritaire. C'est ce que montrent par exemple des matériaux relatifs aux entreprises EDF-GDF et SNCF.

L'étude des procès-verbaux du Comité national d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail des entreprises Electricité de France-Gaz de France illustre les modalités du recours à l'aptitude sécuritaire dans le secteur de l'énergie. Ce Comité, qui a siégé de 1985 à 2008, a réuni des représentants élus des salariés, des membres des différentes directions et divers intervenants extérieurs, dont plusieurs médecins du travail.

La lecture des débats montre l'importance de l'accident nucléaire de Tchernobyl (1986) dans la problématique de l'aptitude sécuritaire. En février 1988, un membre de la Direction du personnel et des relations sociales est ainsi invité par le président du Comité pour faire un exposé sur le « facteur humain », qui est présenté comme une des causes de la catastrophe soviétique⁶⁵. Au procès-verbal sont annexées les conclusions d'un groupe de travail qui a réuni autour de cette question des médecins et psychologues du travail, des représentants des directions du personnel et des services d'hygiène et de sécurité de diverses entreprises (principalement dans le secteur du transport et de l'énergie)⁶⁶. Le paragraphe intitulé « La sélection » insiste sur la nécessité d'un repérage minutieux de la « fiabilité » des candidats :

« Il s'agit d'émettre sur chaque opération humaine un pronostic de fiabilité en toutes circonstances :

- sera-t-il capable de réagir à l'identique devant les mêmes situations ? - sera-t-il régulièrement rigoureux ? - quel sera son degré de résistance aux détériorations : du système homme machine (incidents, etc.) ; du système homme homme (problèmes de communication, conflits internes aux équipes, conflits externes, problèmes familiaux, etc.) ; de son propre fonctionnement (fatigue, maladie, stress, etc.) ou simplement perception, interprétation, jugement, diagnostic, etc. - sera-t-il capable de prendre des initiatives dans les situations perturbées ? Sera-t-il capable d'innover et de récupérer ses insuffisances ou ses erreurs ?

La réponse à ces questions conduit à essayer d'apprécier :

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ Intervention de M. Le Gorrec au CNHSCT d'EDF-GDF, séance du 11 février 1988 (archives EDF-GDF).

⁶⁶ *Ibid.*

- la rigueur, - la rapidité de décision, - la sociabilité ou capacité à l'insertion sociale, - la connaissance de soi ou la capacité à l'auto-critique, - la fatigabilité, - la résistance à l'habitude, c'est-à-dire l'aptitude à ne pas se laisser abuser par la routine, - le risque de "dangerosité du comportement", c'est-à-dire la résistance au stress.

Il ne s'agit pas de sélectionner les meilleurs éléments, mais plutôt de retenir les candidats pour lesquels le pronostic se pose en terme de non-échec et de ne pas retenir ceux qui présentent un risque. »

La rhétorique de ce document est celle d' « ingénieurs des âmes »⁶⁷. Bien que décriée par certains confrères représentants syndicaux, la participation de médecins du travail à ce type de réflexion a facilité son étiquetage en tant que problématique relevant de la médecine du travail. Les frontières entre le médical et le non-médical, entre l'aptitude et la compétence, ont été brouillées en conséquence.

La réflexion se poursuit en juin 1996, lorsqu'un groupe de travail composé de médecins du travail et d'experts de prévention rend un rapport, communiqué au CNHSCT, intitulé « Prévention des troubles de comportement au travail »⁶⁸. La définition retenue est très large :

« On évoque le plus souvent un trouble du comportement dès qu'apparaît un problème de comportement. C'est alors une réponse inadaptée par rapport aux conventions sociales établies, et à l'attente d'un groupe ou d'une communauté ».

Le rapport préconise d'« améliorer l'embauche par un recrutement adapté » et de développer des « approches de profil psychologique du sujet ».

Au sein des entreprises EDF et GDF, certaines procédures d'aptitude spécifiques se mettent en place à la même période. Ainsi les tests de stupéfiants à l'embauche se banalisent dans les centrales nucléaires. En janvier 1997, dans une lettre commune, Bernard Dupraz, directeur du parc nucléaire, et Henri Pons, médecin chef du service général de la médecine du travail d'EDF, enjoignent aux médecins de pratiquer un dépistage systématique des drogues chez les agents EDF et les salariés d'entreprises sous-traitantes « habilitées nucléaires » dont ils ont la charge⁶⁹. La définition des postes de sécurité est particulièrement large : elle englobe l'ensemble des postes non-administratifs. Le dispositif prévoit que les salariés sous-traitants dont l'entreprise ne fournit pas la preuve que leur médecin du travail procède à un tel dépistage peuvent être interdits d'accès aux sites nucléaires⁷⁰.

⁶⁷ Thomas LE BIANIC, *Les « ingénieurs des âmes ». Savoirs académiques, professionnalisation et pratiques des psychologues du travail de l'entre-deux guerres à nos jours*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Aix-Marseille II.

⁶⁸ Fédération CGT des industries électriques, nucléaires et gazières, « Santé au travail à EDF-GDF. Dossier de presse », 1997.

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ *Ibid.*

Michel G., médecin en centrale nucléaire depuis 1986, décrit sa collaboration avec les recruteurs sur la question des stupéfiants :

« Il y en a quand même beaucoup qui se droguent. Les centrales nucléaires et la drogue ça ne colle pas. Il y a plusieurs raisons à ça. J'ai fait passer à tous les gens qui font du recrutement de dire aux jeunes, "quand vous serez recrutés il y aura un test de dépistage de drogue". A mon avis ça, ça fait le tri... Mais à un moment, avant, 50% des gens que je voyais étaient positifs ! Au cannabis essentiellement.⁷¹ »

Les médecins du travail affiliés à la CGT se sont élevés contre les usages gestionnaires de l'aptitude. En 1997, les docteurs Alain C. et Dominique Huez signent au nom de leur syndicat un dossier de soixante-dix pages à l'attention de la presse sur les problématiques de la médecine du travail à EDF-GDF, dans lequel ils s'insurgent notamment contre ce qu'ils nomment une « gestion totalitaire des hommes dans le nucléaire en débauchant la médecine du travail » .

« Des médecins du travail sont acteurs d'un groupe de travail secret de la direction du parc nucléaire chargé de mettre au point des tests de recrutement. On peut ainsi lire dans une de leurs fiches de travail en date du 25/11/96 :

"il semble a priori que l'axe majeur concerne la structure et la cohérence morale de la personnalité [...] Pourraient être mis en place sur chaque site des spécialistes du recrutement et du dépistage des caractéristiques personnelles qui pourraient prédisposer aux malveillances. Ces personnes peuvent être [...] des médecins du travail, gens des facteurs humains, ingénieurs" [...]

Ces débats se poursuivent dans les années 2000 à EDF et GDF. La question de l'aptitude sécuritaire se pose également à la même époque dans une autre grande entreprise publique en voie de privatisation et de filialisation, la SNCF.

Pour les auteurs du texte cité précédemment, la société de chemins de fer constitue à la fin des années 1990 « un véritable musée des pratiques étranges »⁷². Lors de leur examen d'embauche, les salariés doivent par exemple remplir un questionnaire sur leurs antécédents médicaux qui se termine par la mention : « je reconnais que toute dissimulation des antécédents pathologiques peut entraîner mon exclusion de la SNCF par mesure disciplinaire »⁷³. Pour les postes de sécurité, certains médecins du travail procèdent à une véritable inquisition dont il n'est pas clair si la finalité première est l'aptitude ou la compétence. C'est ce qu'illustre une décision à l'argumentation étonnante rédigée

⁷¹ Entretien avec Michel G., mars 2009.

⁷² Philippe DAVEZIES, Jean-Paul DULÉRY, Dominique HUEZ, Marie PASCUAL et Nicolas SANDRET, « En finir avec l'aptitude médicale », *op. cit.*, p. 308.

⁷³ *Ibid.*, p. 307.

en avril 1997, qui a dû provoquer un début de polémique puisqu'elle se trouve dans les archives du contentieux du SNPST⁷⁴.

Le document de deux pages, intitulé « avis défavorable ACT », est l'oeuvre d'un médecin du travail de la SNCF en réponse à la sollicitation d'un confrère qui doit vérifier l'aptitude d'un « agent commercial train » (ACT), autrement dit un agent chargé du contrôle des titres de transport :

« Ce jeune de 26 ans, après un parcours universitaire en premier cycle hésitant, ne parvenant pas à se fixer un objectif, n'a obtenu aucun diplôme, et s'est engagé à la suite du Service Civil, dans des organisations à caractère humanitaire ou social. Depuis 2 ans, il travaille comme "intérimaire" dans le cadre des équipes "Gilet Rouge" [de l'entreprise].

Il est issu d'une famille d'enseignants, ses soeurs font des études brillantes. Il est donc un peu en "échec" dans ce contexte.

Il reste un militant très actif dans les mouvements humanitaires et de bienfaisance, mais semble avoir souvent changé d'organisation.

Au cours de l'entretien, il se montre très à l'aise, très assuré, s'exprimant avec clarté et une petite note de désinvolture... Il se dit très intéressé par les fonctions commerciales et ne considère pas que les fonctions de "contrôle" puissent le mettre en conflit avec ses idéaux altruistes et de générosité sociale.

Les résultats des tests d'efficience intellectuelle témoignent d'aptitudes supérieures à la moyenne (scores brillants dans les épreuves dites "verbales" et de compréhension "syntaxique"). Sur le plan psychomoteur, il est un peu lent mais précis, efficace.

En conclusion :

La discordance entre un potentiel intellectuel brillant et les mauvais résultats concrets sur le plan de l'insertion sociale participe d'une difficulté probable à persévérer dans ses projets, à se fixer des objectifs congruents avec l'environnement et à une tendance à se "réfugier" dans un imaginaire très utopique dont la générosité affichée contient mal un égocentrisme immature.

Un tel profil de personnalité paraît peu en phase avec un emploi d'ACT.

Demeurant à votre disposition, je vous prie d'agréer, Mon Cher Confrère, etc.⁷⁵ »

Les arguments mobilisés ont trait à la situation sociale du candidat vis-à-vis de celle de sa fratrie et de ses parents, à son comportement, ses dispositions intellectuelles ou encore ses aspirations sociales et politiques. Il est rare de tomber sur un document qui illustre à ce point la licence que se donnent certains médecins du travail pour outrepasser la sphère de ce qui est classiquement

⁷⁴ Je n'ai malheureusement aucun élément sur la manière dont le document est arrivé au syndicat et sur les suites qui lui ont été données.

⁷⁵ Bilan médical du Dr. S., 4 avril 1997 (archives SNPST).

considéré comme « médical » dans leur évaluation de l'aptitude d'un salarié. Les justifications avancées relèvent de l'évaluation de la docilité du candidat (par exemple par la référence ponctuée à sa « désinvolture »), et de la probabilité qu'il « entre dans le rôle » de contrôleur en assumant son versant disciplinaire. S'y ajoute une appréciation des compétences du salarié sur des échelles non spécifiques au poste en question (« efficacité intellectuelle » et « plan psychomoteur ») qui rappellent les grilles d'orientation biologique de la main-d'œuvre développées dans les années 1940 et 1950. L'aptitude médicale dans son sens plus habituel n'est jamais abordée : l'avis ne comporte aucune mention du passé médical ou de l'examen physique du salarié, ni des contraintes du poste en termes de santé.

Au début des années 2000, la direction de la SNCF décide de refondre son règlement intérieur de médecine du travail, connu jusque-là comme la circulaire « PS24B », en une directive « RH 0409 ». Celle-ci fixe de nouvelles procédures dérogatoires d'aptitude, impliquant notamment un dépistage urinaire des substances psycho-actives chez les agents de conduite mais également chez d'autres agents dont le poste est étiqueté « de sécurité », ce qui touche un ensemble de 80 à 90 000 agents⁷⁶. Alors que le débat prend de l'ampleur au sein de l'entreprise⁷⁷, un collectif regroupant le syndicat Sud Rail et des associations et syndicats de médecins du travail, dont le SNPST, se mobilise contre ce qu'il estime être une « confusion entre médecine du travail et aptitude sécuritaire », organisant une conférence de presse le 19 décembre 2005. Dans un article de son bulletin, le SNPST explique les raisons de la contestation :

« Le SNPST dénonce la volonté générale des pouvoirs publics de confier aux médecins du travail (qui rappelons le exercent une médecine exclusivement de prévention) des tâches de sélection et de contrôle, comme c'est le cas pour les Sapeurs Pompiers et maintenant les artificiers... Il est temps de prendre exemple sur le suivi des personnels navigants de l'aviation civile ou des transports terrestres où les rôles sont bien séparés avec d'une part une médecine du travail d'adaptation du travail à l'homme et d'autre part une médecine d'expertise validant l'aspect normatif, selon les critères réglementaires, de l'aptitude physique.⁷⁸ »

En 2006, le collectif dépose un recours en Conseil d'État et parvient à faire annuler la circulaire de la SNCF.

Ces deux exemples d'entreprises où a cours une définition extensive de l'aptitude sécuritaire ne sont pas isolés. Cécile Manaouil remarque qu'

⁷⁶ CGT, « Médecine du travail : Sud Rail s'attaque au statut des cheminots ! », 2006 (disponible sur le site internet des cheminots CGT de Paris Nord).

⁷⁷ Sandrine CABUT, « Un examen médical de trop pour les cheminots », in *Libération*, 2004, p.

⁷⁸ « Aptitude sécuritaire à la SNCF », *Journal des professionnels de santé au travail*, 2006, n° 20, p. 2.

« il existe une déviance sécuritaire de la médecine du travail dans certaines entreprises. Dans les entreprises agro-alimentaire ou dans les services de restauration, l'employeur "exige" des salariés indemnes de toute pathologie pouvant entraîner un risque de contamination des produits. Cette attitude est la conséquence de campagnes médiatiques autour des "catastrophes sanitaires" (contamination par la listeria...). Quelle doit être l'attitude d'un médecin du travail devant un porteur sain d'une bactérie, lui-même non malade mais pouvant être à l'origine d'une contamination ?⁷⁹ »

Par ailleurs, les dernières évolutions réglementaires tendent à promouvoir l'aptitude sécuritaire comme étant l'une des missions principales de la médecine du travail. Ainsi, l'article 1 de la loi du 20 juillet 2011 sur la médecine du travail ajoute à la définition canonique de la mission du médecin (« éviter toute altération... ») la tâche de « prévenir la consommation d'alcool et de drogue » dans les entreprises⁸⁰.

3. *Le sens de l'aptitude : une élimination des salariés présentant un « sur-risque »*

De manière continue sur la période étudiée, de très nombreux salariés ont été exposés à des conditions de travail dangereuses pour la santé. Une enquête conduite en 2002-2003 estime ainsi qu'environ 2,3 millions de salariés sont alors exposés à des produits cancérigènes sur leur lieu de travail⁸¹. Une autre estimation, produite par l'Institut national de veille sanitaire, évalue que 11000 à 23000 nouveaux cas de cancers chaque année sont attribuables aux cancérigènes professionnels⁸². Les salariés exposés aux produits cancérigènes ont tous été déclarés aptes à leur poste par un médecin du travail. La formulation des obligations qui s'imposent aux praticiens rend en effet possible de déclarer ainsi l'aptitude à un poste dangereux.

Ces situations soulèvent évidemment des questions éthiques profondes, que de nombreux médecins du travail ne manquent pas de se poser. Un praticien s'interroge ainsi sur sa pratique dans un texte publié en 1998 : « Apté à quoi ? À travailler dans le bruit à 93 décibels, dans le froid, à faire 8000 gestes identiques par jour...⁸³ ». Les postes exposant à des produits CMR (cancérigènes mutagènes reprotoxiques) ne sont en effet que la partie émergée de l'archipel des occupations pouvant nuire à la santé ; ceci n'empêche pas les médecins du travail de déclarer routinièrement

⁷⁹ Cécile MANAOUIL, *La responsabilité du médecin du travail*, op. cit., p. 72.

⁸⁰ Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

⁸¹ Enquête Surveillance médicale des expositions et des risques (SUMER), 2002-2003.

⁸² ASSURANCE MALADIE, « Cancers professionnels : agir aujourd'hui pour prévenir les cancers de demain », *Dossier de presse*, 2007.

⁸³ François LEROUX, « Dilemmes », in *Des médecins du travail prennent la parole: un métier en débat*, Paris, La Découverte/Syros, 1998, p. 290.

l'aptitude des salariés à de tels postes. L'aptitude est placée sous le signe du compromis entre travail et santé, comme le souligne un médecin-inspecteur :

« en déclarant un salarié apte, le médecin conclut à une absence de contre-indication au poste, estimant conformément à la doctrine, que le compromis passé entre santé et travail peut se pérenniser sans (trop de) dommages.⁸⁴ »

Selon le médecin-inspecteur, l'avis d'aptitude produit également d'autres effets pervers :

« le salarié *lambda* considère la décision comme une sorte de permis de travail, de quitus de bonne santé, de caution médicale à une situation qu'il est loin de maîtriser ou d'avoir choisie.⁸⁵ »

Pour Philippe Davezies, l'avis d'aptitude est également interprété par l'employeur comme une licence pour exposer le salarié aux conditions de travail dangereuses, ce que le médecin universitaire résume par la formule provocatrice de « permis de tuer »⁸⁶.

La reconnaissance publique du drame de l'amiante à partir de 1995 a été l'événement déterminant dans le débat entre médecins du travail sur l'aptitude aux postes dangereux. Il est alors apparu au grand jour que des décennies d'avis d'aptitude pour des postes exposant aux poussières d'amiante avaient occasionné des milliers de cancers, et étaient également esponsables de manière inéluctable de « cent mille morts à venir »⁸⁷. L'avis d'aptitude est alors entré sous le feu des critiques d'une large partie de la profession. C'est ce qu'explique la directrice de l'Inspection du travail devant une mission d'information de l'assemblée nationale en 2005 :

« on leur demande de traduire leur travail par un avis d'aptitude. Or, dire que quelqu'un est apte à être exposé à un risque pose aux médecins du travail un problème éthique fondamental. Lorsque les textes réglementaires concernant les produits cancérogènes sont sortis, ils ont réagi vivement. Il leur est difficile de déclarer qu'une personne est "apte à être exposée à des produits cancérogènes". La décision d'aptitude qu'ils ont à formuler est pour eux la source d'une grande souffrance. Leur malaise est d'autant plus grand qu'il existe des risques que non seulement ils ne maîtrisent pas, mais même qu'ils ne connaissent pas. C'est le cas des produits qui peuvent produire des effets différés. Le drame de l'amiante reste dans les esprits. ⁸⁸ »

⁸⁴ Pierre ABÉCASSIS, « L'aptitude? Inapte! », *op. cit.*, p. 297.

⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁶ Philippe DAVEZIES, « Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale », *Médecine et travail*, 2000, n° 183, pp. 38–41.

⁸⁷ François MALYE, *Amiante : 100 000 morts à venir*, Le Cherche-Midi., Paris, 2004.

⁸⁸ Monique Larche-Mochel, citée in Jean LE GARREC, « Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante », *Assemblée nationale - Tome II*, 2006, p. 312–313.

Elle poursuit en expliquant que de nombreux médecins préconisent de modifier la législation pour que soit prononcée l'aptitude d'un poste à recevoir un salarié, plutôt que l'aptitude d'un salarié à être affecté à un poste :

« À leurs yeux, dire que quelqu'un est apte ne protège pas sa santé. Dans l'état actuel des choses, seule l'inaptitude, c'est-à-dire l'exclusion du poste, protège sa santé. Or, le meilleur moyen de protéger sa santé est de déclarer qu'un poste est apte à recevoir un salarié, en indiquant les mesures qui sont nécessaires pour qu'il le devienne s'il ne l'est pas. C'est la solution qui est préconisée par beaucoup de médecins du travail.⁸⁹ »

Le médecin du travail Alain C. développe même l'idée que l'avis d'aptitude va à l'encontre du professionnalisme médical, dans la mesure où il s'agit d'un jugement prédictif basé sur des éléments insuffisants, et notamment une connaissance du poste de travail qui est nécessairement incomplète. La déontologie commanderait plutôt au médecin de se limiter à la déclaration des inaptitudes :

« Médecin, avant toute autre considération, le médecin du travail ne peut rédiger que des attestations individuelles fondées sur des constatations médicales. Cette définition rend uniquement possible la rédaction d'un avis d'inaptitude.⁹⁰ »

Cet avis est partagé par le médecin-inspecteur Pierre Abécassis :

« en matière d'aptitude, on ne sait pas non plus si ce que l'on dit est vrai et c'est peut-être le plus grave. La détermination de l'aptitude nécessite bien évidemment la connaissance du poste de travail. Quel médecin peut se targuer sans forfanterie d'une connaissance parfaite du poste de travail ? Est-il seulement possible de l'acquérir ? N'est-on pas sans arrêt dans le domaine de l'approximatif, du subjectif, du pari morbide, voire de la prédiction ? Dans combien de centaines de milliers de cas, la règle déontologique de l'obligation de moyens n'est-elle pas respectée ? L'affaire de l'amiante l'a bien montré : ne serait-ce que sur le plan éthique, peut-on persister à délivrer l'aptitude d'un salarié à une exposition cancérigène ? Le système a voulu que pendant des décennies, des médecins, pas pires que les autres, ont estimé que des hommes et des femmes étaient "aptés" à contracter un cancer. Et cela continue avec les poussières de bois ou les vapeurs des moteurs Diesel, par exemple. Ne serait-ce que pour cette raison, la notion d'aptitude, déontologiquement inadmissible, doit être réexaminée.⁹¹ »

Cependant, ces prises de position restent sans effet face à la permanence d'une législation qui somme le médecin du travail de se prononcer systématiquement sur l'aptitude du salarié, quel que soit la dangerosité de son poste. On pourrait imaginer « une sorte de clause de conscience » qui permettrait au médecin de ne pas avoir à « se prononcer impérativement dans un cadre binaire verrouillé d'avance »⁹² ; elle n'existe pas pour l'instant. Dès lors, les médecins du travail sont

⁸⁹ *Ibid.*, p. 316.

⁹⁰ Alain C., « Absence de contre-indication et aptitude : responsabilité et professionnalité », *Cahiers S.M.T.*, n° 16, pp. 49–51.

⁹¹ Pierre ABÉCASSIS, « L'aptitude? Inapte! », *op. cit.*, p. 298.

⁹² *Ibid.*, p. 300.

inévitablement amenés à pratiquer une forme de sélection en écartant des postes dangereux les salariés qui présentent un « sur-risque », par rapport à la moyenne, de voir leur santé altérée.

Ce sur-risque n'est pas nécessairement l'effet d'une prédisposition particulière. Cela peut être le simple effet du vieillissement, qui fait qu'un médecin du travail tendra à écarter les salariés « usés » des postes de puéricultrice, d'agent de nettoyage, de manutentionnaire ou d'ouvrier en travail posté, au profit de candidats plus jeunes qui n'ont pas encore à se plaindre des effets du travail sur leur corps. On comprend dès lors que la question de l'élimination des salariés présentant un « sur-risque » n'est pas propre à des postes bien délimités ou à des salariés souffrant de maladies chroniques. Au contraire, elle concerne tous les postes et tous les salariés. Cette question apparaît ainsi comme la signification ultime de la procédure d'aptitude telle qu'elle est pratiquée depuis l'institutionnalisation de la médecine du travail.

L'industrie nucléaire offre une illustration évidente de cette pratique d'élimination du « sur-risque ». Comme souligné précédemment, il n'existe pas d'organisation du travail qui permette d'exploiter l'énergie nucléaire sans exposer certains travailleurs à des doses élevées de radioactivité. En période estivale, les centrales procèdent à ce qui est connu comme les arrêts de tranche, au cours desquels les différents blocs réacteurs sont mis hors service afin que des travailleurs puissent y effectuer la maintenance générale. Or, une banale intervention de plomberie devient un acte professionnel extrêmement dangereux lorsqu'il s'agit du circuit de refroidissement interne d'une centrale nucléaire, comme l'ont montré les travaux d'Annie Thébaud-Mony⁹³.

Médecin en centrale nucléaire depuis 1986, Michel G. critique volontiers les études qui montrent que l'industrie nucléaire est dangereuse pour la santé des salariés qui y travaillent ; il estime qu'elles sont davantage animées par des considérations idéologiques que par une méthodologie scientifique. Il reconnaît cependant qu'il réfléchit avant de prononcer l'aptitude d'un salarié en rémission de cancer, au motif qu'il est plus susceptible qu'un autre de contracter un cancer en étant exposé aux rayonnements ionisants :

« Les gens inaptes à l'embauche c'est rare. Ça m'est arrivé quelques fois. Quelqu'un qui arrive dans une centrale nucléaire pour bosser, il a eu un cancer qui est traité (*il rit*). Comment lui expliquer que c'est... Or, ce n'est pas pour autant qu'on ne va pas le prendre, le gars, on va voir avec le cancérologue qui l'a soigné, le risque, le gars, comment il apprécie les choses, s'il fait un second cancer derrière, est-ce qu'il ne va pas dire que moi médecin je n'aurais jamais dû le prendre, parce que je savais que, etc.⁹⁴ »

⁹³ Annie THÉBAUD-MONY, *L'industrie nucléaire: sous-traitance et servitude*, op. cit.

⁹⁴ Entretien avec Michel G., mars 2009.

Le médecin explique avoir prononcé l'inaptitude d'un malade du SIDA au motif qu'un travail posté en centrale nucléaire ne serait pas favorable à sa santé :

« Moi j'ai vu une fois un type, j'ai failli aller au tribunal. Il y a une quinzaine d'années. J'ai mis inapte un type à l'embauche qui avait un SIDA-maladie, une embauche en 3x8, il était en fin de vie le gars, il est mort six mois après, même pas. SIDA-maladie, avec plus de lymphocytes, une susceptibilité aux infections très grande – alors il était soutenu par son équipe hospitalière qui le soignait, qui disait, c'est bien pour lui qu'il ait du boulot, c'était l'époque – vous êtes suffisamment âgé pour avoir vécu ça forcément – une époque où on disait qu'il y avait un délit de sale gueule, le type qui avait le SIDA il n'était pas embauché dans les boîtes. Alors SIDA-maladie, je l'ai mis inapte. [...] Le médecin hospitalier qui s'occupait de lui à Bordeaux trouvait que c'était inadmissible. Alors je m'étais heureusement abrité derrière un professeur de faculté, qui – un type en 3x8, centrale nucléaire, un an de formation, il lui restait six mois à vivre... Attends, qu'est-ce qu'on fait là ? On déconne complètement.⁹⁵ »

Si le contexte des centrales nucléaires est particulièrement frappant, les exemples de ce type abondent dans les entretiens réalisés. Lorsque il est manifeste qu'un salarié est plus susceptible que la moyenne de contracter une maladie ou d'avoir un accident du fait de son travail, les médecins du travail ont davantage l'impression que leur responsabilité quant à son avenir médical est engagée, ou du moins peuvent-ils plus difficilement s'y soustraire ; il décident alors souvent de restrictions d'aptitude ou d'une inaptitude au poste.

La sélection des salariés présentant un « sur-risque » n'est pas simplement un effet pervers de la procédure d'aptitude. Au contraire, elle est explicitement prescrite dans de nombreux textes de loi. Sur la période étudiée, l'avis de « non contre-indication médicale » est mentionné dans des textes relatifs au plomb, à l'amiante, au benzène, au bruit, au chlorure de vinyle monomère ou encore aux pesticides. On peut par exemple citer le décret du 17 août 1977 relatif à la gestion du risque amiante, qui prévoit qu'

« aucun salarié ne doit être affecté aux travaux définis à l'article 1er ni occupé d'une façon habituelle dans les locaux ou chantiers où s'effectuent ces travaux sans une attestation du médecin du travail constatant qu'il ne présente pas de contre-indication aux travaux l'exposant à l'inhalation de poussières d'amiante.⁹⁶ »

L'universitaire en médecine du travail Philippe Davezies rappelle qu'à cette époque,

« les membres des différentes commissions qui étudient les mesures à prendre en matière d'exposition à l'amiante ont en main le rapport du BIT établi, en 1973, par un groupe de personnalités comportant les experts des industries de l'amiante. Ce texte alerte sur le fait qu'une limite d'exposition de 2 fibres par cm³ ne protégera pas les salariés contre le risque cancérigène. C'est pourtant le chiffre qui sera retenu dans le décret qui paraît en

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ Article 11 du décret du 17 août 1977.

1977. [...] Il était donc demandé au médecin du travail de certifier, pour chaque salarié, l'absence de contre-indication médicale à une exposition dont il était établi qu'elle tuerait nombre d'entre eux.⁹⁷ »

En 1994, un arrêté ministériel précise les modalités de détermination de l'aptitude pour les « personnes travaillant dans des lieux empoussiérés ». Le texte évoque « l'adaptation physiologique du personnel aux postes de travail » et précise qu'

« à l'issue des examens d'affectation ou de réaffectation, le médecin détermine pour chaque personne son aptitude à occuper une fonction de travail l'exposant à l'inhalation de poussières. [...] Le rang de l'aptitude d'affectation d'une personne [...] correspond à celui de la catégorie à laquelle appartient l'image pulmonaire.⁹⁸ »

Le texte est repéré par un médecin du travail qui adresse une lettre au SNPMT pour l'alerter. La lettre est publiée en septembre 1996 dans un numéro de la revue du syndicat consacré en grande partie à la question de l'amiante, qui défraie alors la chronique de la profession. Les responsables syndicaux soulignent l'ambiguïté du rôle règlementaire du médecin du travail tel que défini par ce type de textes⁹⁹.

C'est également au milieu des années 1990 qu'émerge le débat sur les tests génétiques en médecine du travail. En effet, des travaux scientifiques tentent de repérer des prédispositions génétiques à certaines maladies professionnelles. Certains chercheurs estiment même que des tests de médecine prédictive pourront être commercialisés en France dans un avenir proche, comme ils le sont déjà aux États-Unis. Est par exemple étudiée l'hypothèse d'une prédisposition génétique aux cancers pulmonaires liés à l'amiante¹⁰⁰. Il n'est pas rare que ces recherches soient financées par les industriels qui produisent ces matériaux toxiques, qui y voient un moyen d'encourager une forme de prévention qui ne porte pas atteinte à leurs intérêts¹⁰¹.

⁹⁷ Philippe DAVEZIES, « L'aptitude dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats », *op. cit.*

⁹⁸ Arrêté ministériel sur la surveillance médicale spéciale des personnes travaillant dans les lieux empoussiérés, 9 novembre 1994 (JO du 2 décembre 1994).

⁹⁹ SNPMT, « Avis d'aptitude - ambiguïté », *Médecine et travail*, 1996, n° 169, p. 19.

¹⁰⁰ Lundy BRAUN, Anna GREENE, Marc MANSEAU, Raman SINGHAL, Sophie KISTING et Nancy JACOBS, « Scientific Controversy and Asbestos : Making Disease Invisible », *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 2003, n° 9, pp. 194–205.

¹⁰¹ *Ibid.*

Encadré 4-2. Le débat américain sur les tests génétiques.

Au début des années 1990, la question de l'introduction de tests génétiques dans diverses sphères de la vie sociale, dont le travail, provoque de vifs débats aux États-Unis, dont témoignent plusieurs ouvrages importants. Le sociologue Troy Duster met en garde contre la possibilité d'un « retour à l'eugénisme » ouverte par la commercialisation nouvelle de tests génétiques, dont certains commencent à être utilisés lors des examens d'aptitude dans l'industrie. L'accent mis sur la « susceptibilité » génétique offre un levier aux employeurs pour reporter la responsabilité des pathologies des travailleurs sur leur patrimoine hérité plutôt que sur la situation de travail : « étant donné que de nombreuses maladies sont multifactorielles, la question-clé est : sous quelles conditions une maladie est-elle caractérisée et traitée comme si elle était induite plus par la génétique que par l'environnement ? »¹⁰². Troy Duster fait remarquer que, du fait de l'absence de conscience collective des groupes ayant des caractéristiques génétiques communes, il y a peu de chances que des mobilisations collectives semblables à celles de minorités conscientes d'elles-mêmes (comme les Afro-Américains) se développent contre la stigmatisation nouvelle dont ils font l'objet : « la vague de la prochaine période pourrait bien être l'acceptation passive, individualisée, du problème "personnel" d'une déficience génétique qui ne permet pas à une personne de remplir certains emplois. [...] La nouvelle génétique peut aider à prendre les problèmes sociaux et à les transformer en problèmes personnels »¹⁰³. Dans sa préface à la traduction française de l'ouvrage de Duster, Pierre Bourdieu suggère le rôle indirect que pourraient avoir ces tests sur la structuration sociale dans son ensemble : « l'utilisation systématique de ces tests par les compagnies d'assurances, les employeurs, les tribunaux, les écoles et mêmes les agents des services publics ne va-t-elle pas favoriser l'apparition d'une sorte de caste de "parias biologiques" définis par leur statut biologique ou neurologique comme impossibles à éduquer, à employer et à assurer ? »¹⁰⁴.

Dans un ouvrage publié en 1992, la sociologue Elaine Draper – plus tard auteure de l'étude remarquable sur la médecine d'entreprise américaine déjà citée¹⁰⁵ – présente les résultats d'une enquête systématique des enjeux de l'introduction de tests génétiques sur le lieu de travail¹⁰⁶. Elle corrobore les conclusions de Duster sur les effets individualisants du paradigme de la susceptibilité génétique : « les tests génétiques et les pratiques d'exclusion témoignent de l'intérêt qu'ont les directions à trouver des causes individuelles plutôt qu'industrielles aux problèmes des travailleurs. En identifiant certains travailleurs "à risque", on suggère que les conditions de travail sont sans danger pour la plupart des travailleurs »¹⁰⁷. Elle souligne surtout que, bien que les chercheurs à l'origine de ces dépistages génétiques n'agissent généralement pas sur commande du patronat, les tests sont

¹⁰² Troy DUSTER, *Retour à l'eugénisme*, Paris, Editions Kimé, 1992, p. 97.

¹⁰³ *Ibid.*, p. 126.

¹⁰⁴ Pierre BOURDIEU, « Pour une « génétique » - Introduction », in *Retour à l'eugénisme*, Paris, Editions Kimé, 1992, p. 9.

¹⁰⁵ Elaine DRAPER, *The Company Doctor. Risk, Responsibility and Corporate Professionalism*, op. cit. Cf. introduction générale.

¹⁰⁶ Elaine DRAPER, *Risky Business. Genetic Testing and Exclusionary Practices in the Hazardous Workplace*, Cambridge [Royaume-Uni], Cambridge University Press, 1991.

¹⁰⁷ Traduction personnelle. « Genetic testing and exclusionary practices reflect management's interest in finding individual rather than industrial causes of problems. Identifying individuals in the work force who are at risk can be another way of saying that conditions are in fact safe for most workers ». *Ibid.*, p. 39.

ensuite ré-inscrits dans le champ de la « médecine industrielle » (*industrial medicine*). Comme celui-ci penche de manière structurelle en faveur des employeurs, les tests ne sont généralement pratiqués que pour servir les intérêts patronaux : « alors que ces technologies génétiques sont nouvelles, le fait que la direction contrôle les données médicales et les décisions d'affectation professionnelle est ancien et connu. Il n'y a aucune raison de penser que les données issues des tests génétiques seront partagées avec les travailleurs, que parmi ces derniers, ceux identifiés comme ayant une susceptibilité plus grande seront protégés, ni que les employeurs prendront des mesures pour protéger leur santé. Il est clair que l'on aborde la question de ces tests sans avoir une connaissance adéquate de l'environnement industriel dans lequel ils seront réalisés. De nombreux scientifiques et autres, situés en dehors du lieu du travail, estiment que les questions de pouvoir, de contrôle de l'information, d'intérêts divergents ont peu à voir avec les tests de susceptibilité. Cependant, cette opinion atteste de biais idéologiques ou de l'ignorance des réalités de la médecine industrielle. La prise en compte du contexte social est cruciale pour tous les jugements sur la valeur des tests génétiques »¹⁰⁸.

En 1994, l'INRS propose de se doter d'un nouvel axe de recherche (n°9) intitulé « médecine prédictive », ce qui est adopté par un vote du conseil d'administration paritaire en mai 1997. Le projet prévoit « l'identification des personnes à risque » ainsi que « l'élaboration de mesures préventives s'appliquant aux personnes identifiées », notamment par des « stratégies de limitation des expositions »¹⁰⁹. Cette décision provoque de vives réactions au sein du SNPMT qui avance que « la tendance est à nouveau à "l'eugénisme social" »¹¹⁰. Le syndicat reconnaît cependant que les textes de loi interdisent l'utilisation des tests génétiques à des fins autres que celles qui concernent strictement la santé des salariés : « il ne saurait donc en être question dans un contexte d'embauche, puisqu'ils deviendraient alors instrument de sélection et de discrimination », écrivent les responsables syndicaux¹¹¹. De même, l'avis n°46 du Comité consultatif national d'éthique, adopté en octobre 1995, précise qu'

¹⁰⁸ Traduction personnelle. « While specific genetic technologies are new, the fact that control of medical information and job placement decisions is firmly in the hands of management is old and familiar. One cannot assume that genetic testing information will be made available to workers, or that those identified as susceptible will be protected, or that employers will take action to guard workers' health. It is clear that tests are usually considered without an adequate grasp of the industrial environment in which they would be used. Many scientists and others outside the workplace believe that issues of power, information control, and conflicting interests have little to do with susceptibility policies. But that view reflects either ideological bias or ignorance of the realities of industrial medicine. The social context is crucial to all judgments about the value of genetic testing ». *Ibid.*, p. 139.

¹⁰⁹ SNPMT, « Tests génétiques - dossier de presse », *Médecine et travail*, 1998, n° 177, p. 19.

¹¹⁰ *Ibid.*

¹¹¹ *Ibid.*, p. 17.

« en aucun cas un tel dépistage ne devrait être systématique et son utilisation ne devrait pouvoir avoir comme conséquence de réduire la prévention des risques professionnels en privilégiant l'élimination des salariés les plus exposés génétiquement, plutôt que l'aménagement de l'environnement de travail.¹¹² »

Cependant, par un décret en date du 1^{er} février 2001, la puissance publique relance sans le vouloir un débat public d'une grande virulence sur la question de l'aptitude ; ce débat englobe rapidement la question des tests génétiques¹¹³. Le décret en question concerne les « règles particulières de prévention à prendre contre les risques d'exposition aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction »¹¹⁴. Il prévoit qu'

« un travailleur ne peut être affecté à des travaux l'exposant à un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction que s'il a fait l'objet d'un examen préalable par le médecin du travail et si la fiche d'aptitude [...] atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux. »

Le texte provoque de vives réactions au sein de la profession, mais également au sein de l'Ordre des médecins et dans le grand public, du fait de son caractère rapidement étiqueté comme étant « eugéniste ». Un « appel aux autorités politiques, religieuses et morales » du pays demandant son abrogation est signé par plusieurs milliers de personnes. Un collectif constitué de la fédération des accidentés du travail ainsi que de syndicats et d'associations professionnelles de médecine du travail dépose un recours en annulation devant le Conseil d'État¹¹⁵. L'ampleur des réactions peut étonner, alors que le texte ne fait qu'étendre une logique qui était déjà présente depuis plusieurs décennies ; elle s'explique néanmoins par le fait que le décret est publié après le pic de la « crise » de l'amiante au milieu des années 1990, qui a sensibilisé un public plus vaste qu'auparavant aux ambiguïtés de l'aptitude.

La défense du Ministère du travail devant le Conseil d'État inscrit explicitement le décret contesté dans la lignée des textes qui ont employé la notion de « contre-indication médicale » :

¹¹² Avis n° 46 du Comité consultatif national d'éthique, « Génétique et médecine : de la prédiction à la prévision ». Cité in *Ibid.*, p. 18.

¹¹³ Cet épisode est évoqué in Paul-André ROSENAL, « La tragédie de l'amiante a-t-elle modifié le régime de reconnaissance des maladies professionnelles ? Fondements historiques des perspectives d'évolution contemporaines », in *L'émergence des risques*, INRS-EDP Sciences., Les Ulis, Jean-Marie Mur, 2008, pp. 19–41 ; Philippe DAVEZIES, « L'aptitude dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats », *op. cit.*

¹¹⁴ Décret no 2001-97 du 1er février 2001 établissant les règles particulières de prévention des risques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction et modifiant le code du travail.

¹¹⁵ Pourvoi n° 236838 formé par le Syndicat national professionnel des médecins du travail, le Syndicat professionnel des médecins de prévention de La Poste et de France Télécom, l'Association santé et médecine du travail et le Syndicat national des médecins d'EDF-GDF.

« La notion de « contre-indication médicale » a été introduite pour la première fois dans le décret n° 80-203 du 12 mars 1980, afin de prévenir les risques potentiels occasionnés par une exposition au chlorure de vinyle monomère. Elle a, ensuite, été constamment réutilisée et étendue à des risques propres à certaines substances ou agents dangereux par d'autres décrets en Conseil d'État. Il s'est d'abord agi du benzène (décret n° 80-203 du 12 mars 1980), puis des rayonnements ionisants hors installations nucléaires de base (décret n° 86-1103 du 2 octobre 1986), des rayonnements ionisants dans les installations nucléaires de base (décret n° 88-662 du 6 mai 1988), du plomb (décret n° 88- 120 du 13 février 1988), des gaz de fumigation (décret n° 88-448 du 26 avril 1988), du bruit (décret n° 88-405 du 21 avril 1988), du milieu hyperbare (décret n° 90-277 du 28 mars 1990).¹¹⁶ »

L'auteur de la lettre poursuit en affirmant que la recherche de contre-indications médicales joue un rôle préventif évident, dans la mesure où elle

« bénéficie aux salariés exposés à des agents dont les effets sur la santé – dans des conditions d'exposition comparables - peuvent varier d'une personne à l'autre, en fonction de facteurs de "susceptibilité personnelle", propres à chaque individu.¹¹⁷ »

Dans la défense du Ministère du travail, le ciblage des salariés présentant un « sur-risque » est assumé comme l'une des missions du médecin du travail :

« À l'évidence, un travailleur déjà atteint de troubles de la fonction auditive, ne saurait raisonnablement être affecté à un poste dont l'exposition au bruit aggraverait ou accélérerait ceux-ci . [...] A contrario, sans la garantie protectrice que constitue pour les travailleurs la recherche de contre-indications médicales éventuelles, le travailleur serait amené à subir, du fait de son emploi, une aggravation de son niveau individuel des risques. Or, une telle exposition serait inconcevable, alors même qu'un « sur-risque » a pu être identifié par la suspicion d'une sensibilité personnelle plus forte. [...] Dans le respect de sa mission de prévention, le médecin du travail a la possibilité, mais aussi le devoir d'écarter un «sur-risque» pour la santé des travailleurs.¹¹⁸ »

Rendu le 9 octobre 2002, l'arrêt du Conseil d'État confirme l'interprétation du Ministère du travail en y ajoutant même des précisions qui redoublent la protestation des adversaires du décret. Il mentionne en effet explicitement les recherches génétiques que le médecin du travail a le devoir de conduire avant de déterminer l'aptitude d'un salarié à un poste exposant aux produits CMR :

« Considérant, enfin, que les médecins du travail disposent de plusieurs éléments d'ordre génétique, comportemental ou historique pour apprécier les risques particuliers que courent individuellement les salariés à être exposés à des agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction ; qu'ainsi, et contrairement à

¹¹⁶ Lettre de la ministre de l'Emploi et de la Solidarité au vice-président du Conseil d'État, 24 décembre 2001 (site internet SGMT).

¹¹⁷ Jean-Denis COMBEXELLE, « Lettre de la ministre de l'Emploi et de la Solidarité au vice-président du Conseil d'Etat ».

¹¹⁸ *Ibid.*

ce que soutiennent les requérants, le décret attaqué n'est pas entaché d'erreur manifeste d'appréciation en ce qu'il confie à ces médecins le soin de déceler les risques particuliers que peuvent présenter certains salariés ;¹¹⁹ »

Lors de mon enquête, je n'ai rencontré aucun exemple de tels tests génétiques à l'embauche. Je n'ai pu établir la part relative des freins réglementaires ou jurisprudentiels, d'une réticence des recruteurs ou de la lenteur des avancées scientifiques, pour expliquer cette absence. Cependant, la polémique de 2001-2002 a fait date et est encore évoquée par de nombreux médecins du travail. Elle a donné une illustration particulièrement claire du sens de la décision d'aptitude comme élimination des salariés présentant un « sur-risque ».

III. La difficulté de dissocier inaptitude et licenciement

Quand bien même ils n'orienteraient leur activité qu'à l'aune de leur mission de prévention, les médecins du travail sont des agents informels de la mise au chômage des salariés les moins productifs. En effet, avec la montée du taux de chômage et la précarisation des contrats de travail depuis les années 1970, la décision d'inaptitude aboutit aujourd'hui le plus souvent à un licenciement. On remarquera au passage que les considérations sur un prétendu âge d'or antérieur, où l'inaptitude aurait permis d'affecter les salariés « usés » dans les postes les plus « doux », si elles ont sans doute un degré de vérité, ne reflètent tout au plus que la réalité des grandes entreprises paternalistes.

Cependant, dans leur pratique quotidienne de la médecine du travail, les praticiens tentent de composer avec la possibilité que leurs avis débouchent sur le chômage du salarié qui leur fait face. Ils cherchent généralement à ne pas avoir à choisir entre prévention et emploi. Cette liberté de ne pas avoir à faire un choix contraint est une denrée rare, qui ne se conquiert que par des détours astucieux ; ceux-ci dépendent de facteurs qui échappent aux médecins, notamment la taille de l'entreprise et la possibilité de suivre le salarié dans la durée.

Il arrive enfin que l'inaptitude à tout poste apparaisse comme la seule protection possible pour des salariés ; il n'est d'ailleurs pas rare que ces derniers en fassent eux-mêmes la demande. La mise hors travail devient alors un outil de prévention, dont les praticiens connaissent généralement les limites du fait des effets délétères du chômage. Cette situation fréquente illustre le carcan réglementaire qui enserme les praticiens, réduits à choisir entre deux maux.

¹¹⁹ Conseil d'État statuant au contentieux, pourvoi n° 231869/236838, séance du 16 septembre 2002, lecture du 9 octobre 2002.

1. L'inaptitude-reclassement limitée aux grandes entreprises

Ce n'est qu'en 1976 que les propositions de reclassement de salariés inaptes à d'autres postes dans l'entreprise deviennent une exigence règlementaire du métier de médecin du travail. Les conséquences de cette loi sur la pratique sont importantes. Ainsi, le constat fait par Manuela Martini sur le secteur du BTP peut s'appliquer à l'ensemble de la médecine du travail : « qu'il s'agisse de prévention, d'inaptitude ou de reclassement, la seconde moitié des années 1970 marque une véritable césure dans la réflexion des médecins du BTP »¹²⁰.

Jean-Pierre Durand et Nicolas Hatzfeld expliquent avoir été surpris, lors d'une enquête dans l'usine de carrosserie de Peugeot-Sochaux dans les années 1980-1990, de la croissance immense des restrictions d'aptitude touchant les salariés. Progressivement ils en viennent à comprendre que

« les ouvriers cherchent à bénéficier de restrictions médicales pour obtenir ensuite des postes aménagés ou au moins pour pouvoir négocier un poste plus facile avec le chef d'équipe et "l'équilibreur", le technicien chargé de répartir les opérations entre les ouvriers. [...] L'objectif final, rarement atteint, consiste à quitter la ligne pour entrer dans un bureau. Nombre d'ouvriers cherchent aussi à reprendre un horaire normal afin d'exercer des activités annexes. »¹²¹

Dans le système de production propre à l'entreprise, les restrictions médicales jouent le rôle de « variable d'ajustement ». Un médecin du travail explique aux deux chercheurs que sa fonction « est au cœur de la dynamique des problèmes et de ses solutions »¹²².

Ce type d'usage des restrictions médicales est évidemment cantonné aux grandes entreprises qui bénéficient d'une grande diversité de postes. Lors de mon enquête, j'en ai rencontré un exemple dans l'usine chimique dans laquelle exerce Marilyn S. Celle-ci m'a notamment expliqué sa stratégie complexe pour réaffecter un salarié en travail posté atteint d'un cancer :

« Là, j'ai un salarié jeune qui a un cancer de prostate. Il a quarante-six ans. Il est en posté, donc en 5x8, effectivement, quand on a des soucis de santé un peu importants, ce n'est pas le top d'être en permanence épuisé. Donc ce serait bien, sur du moyen terme, à court-moyen terme, qu'il ne soit plus en posté. Dans notre entreprise, il y a très peu de postes pour des personnes pas très qualifiées autrement qu'en posté. Donc, dès qu'il y en a un qui se présente, et là il y en avait un qui se présentait au poste d'accueil, en fait gardien, et là c'est pas en 5x8, par exemple là, très vite, lui, je l'ai positionné sur ce truc-là. Avant que je sois arrivée à un moment où je dise "c'est

¹²⁰ Manuela MARTINI, « Prévention, inaptitude, reclassement dans le bâtiment : le rôle des organisations paritaires durant les Trente glorieuses », *op. cit.*, p. 325.

¹²¹ Jean-Pierre DURAND et Nicolas HATZFELD, « Quand une question marginale devient centrale : les restrictions médicales au quotidien dans l'usine Peugeot-Sochaux », in Catherine OMNÈS et Anne-Sophie BRUNO (éds.), *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2004, p. 393.

¹²² *Ibid.*, p. 390.

terminé, il ne travaille plus en posté". Donc j'essaye d'anticiper suffisamment, c'est pour ça que j'en ai de moins en moins [de problèmes d'aptitude], parce que maintenant, j'ai, j'essaye vraiment d'anticiper sur l'évolution de la maladie des gens, sur... et dès qu'il y a un poste qui se libère, je réfléchis tout de suite à qui je pourrais mettre dessus pour éviter d'être coincée...¹²³ »

Marilyne S. insiste lors de nos rencontres successives sur le caractère très « social » de son entreprise, qui ne procède quasiment jamais à des licenciements et ne fait appel qu'à un nombre limité d'intérimaires. Employé dans un autre grand groupe de l'industrie chimique, Claude S. a la même appréciation de son entreprise tout en se montrant plus réservé quant à l'avenir, du fait de l'accumulation de plans sociaux :

« Alors, on n'a pas vraiment de problèmes [de reclassement], enfin il n'y avait pas jusqu'à maintenant. Mais là ça va être plus délicat ! Comme le site va se restreindre, les possibilités de mettre des gens à des postes ça va être quand même beaucoup plus limité. Ça risque de poser des problèmes. Ça ne l'était pas, ça peut le devenir. Par contre, moi j'ai vécu ça en 13 ans – presque en 14 ans – il n'y a plus... alors je sais bien que [le groupe] a une façon différente de gérer les choses, mais là aussi ils reviennent là-dessus... le côté grande maison où vous pouvez ne plus rien fournir pour la société, parce que intellectuellement vous n'êtes plus bon, que physiquement vous êtes une grosse croûte et que globalement vous n'y arrivez plus, mais on va vous trouver un petit placard sympa où vous allez gagner l'équivalent de votre salaire à ne rien glander, ça c'est fini. Alors il y a sûrement des endroits encore où ça se fait, mais c'est de plus en plus restreint. Les gens on les paye si ils rendent un service. De vocation sociale il n'y en a plus.¹²⁴ »

Certains médecins cèdent sans doute à une certaine exagération en évoquant un âge d'or du reclassement. On retrouve cette tendance dans le texte d'un médecin du travail publié en 1998 :

« Les anciens, parmi les médecins du travail, s'en souviennent sans difficulté. Lors des années de plein emploi, les réserves à l'aptitude, les nécessités de changement de poste pour raison de santé s'effectuaient en douceur. Le médecin du travail décrochait le téléphone, ou mieux, allait s'entretenir avec l'employeur directement pour chercher une solution de reclassement ne nuisant pas ou peu à l'employé. Souvent il avait la surprise de constater que le nouveau poste était déjà aménagé avec le concours et donc l'accord du salarié et il venait pour constater et entériner les décisions prises.

Aujourd'hui, en 1998 et depuis le début des années 1990, les choses ont bien changé. Une réserve d'aptitude occasionne inévitablement un coup de téléphone du même employeur pour invectiver contre le médecin du travail :

"Docteur, nous ne sommes pas un hôpital, mais une entreprise qui a besoin de tout son effectif en bonne santé pour faire face aux difficultés économiques. Nous n'avons pas de poste réservé aux personnes *malades*, chacun

¹²³ Entretien avec Marilyne S., juin 2008.

¹²⁴ Entretien avec Claude S., mai 2009.

doit, au sein de notre structure, effectuer son travail et être capable de remplacer un collègue défaillant. Alors, ou bien monsieur X... est apte ou il n'a qu'à se porter malade et se faire soigner."

Et alors commencent les discussions plus ou moins longues suivant l'humeur, la politesse des interlocuteurs, mais la plupart du temps le responsable de l'entreprise reste sur sa position. Qu'obtient-on finalement ? "On fera attention de ne pas trop charger votre patient au travail, mais encore une fois cela ne sera pas toujours possible."

Notre salarié sera délesté d'une heure, un jour, une semaine au maximum et, contraint, il reprendra son travail au même rythme avec les mêmes charges.¹²⁵ »

Le passé était sans doute moins facile que ne le prétend ce médecin. Il est toutefois certain que le marché interne aux grandes entreprises a été déstabilisé depuis les années 1970 avec la disparition de « postes refuges » pour les salariés en fin de carrière, comme le montrent par exemple les analyses de l'économiste Jérôme Gautié¹²⁶. Difficile hier, le reclassement l'est encore plus aujourd'hui, y compris dans les grands groupes.

2. *Rendre des avis médicaux avec le risque de la mise au chômage*

En prenant une décision d'aptitude ou d'inaptitude, les médecins du travail définissent en toute connaissance de cause un compromis entre la santé et l'emploi du salarié. Leurs avis d'inaptitude débouchent fréquemment sur le licenciement des salariés. Au-delà de la question de l'adéquation entre une personne et un poste particulier, les praticiens interviennent également dans la production d'un jugement social sur la capacité d'une personne à travailler dans une activité donnée, voire à travailler tout court. La signification de ce jugement excède dès lors celle de l'adéquation entre un salarié et un poste. Ainsi les décisions médicales sur l'aptitude des seniors participent à la construction sociale des démarcations entre « jeunes » et « vieux » : on n'est plus apte parce qu'on est vieux, on devient vieux parce qu'on n'est plus apte. C'est ce qu'illustre le cas de cette femme de ménage déclarée inapte, évoquée par une secrétaire médicale :

« elle ne voulait pas, elle ne voulait pas. En fait, c'est une personne qui est, comment, employée chez un syndic, pour travailler dans des immeubles, et faire principalement le ménage. Et cette personne, par rapport à sa santé, ne pouvait plus exercer. Elle voyait bien qu'elle ne pouvait plus. Mais elle refusait de ne plus pouvoir.¹²⁷ »

Les médecins du travail étudiés dans cette thèse sont tous conscients que mettre inapte un salarié peut déboucher sur son licenciement. Ils s'efforcent de composer avec cette menace permanente,

¹²⁵ Jean-Marie EBER, « Aptitude au travail, droit à un emploi et éthique professionnelle », in *Des médecins du travail prennent la parole: un métier en débat*, Paris, La Découverte/Syros, 1998, p. 294.

¹²⁶ Jérôme GAUTIE, *Déstabilisation des marchés internes et gestion des âges sur le marché du travail*, Noisy-le-Grand, Centre d'études de l'emploi, 2002.

¹²⁷ Entretien avec Christine J, novembre 2006.

notamment en cherchant des moyens de ne pas avoir à choisir entre la santé et l'emploi du salarié. Dans son travail sur le secteur du bâtiment, Nicolas Jounin rencontre un médecin du travail qui lui explique les difficultés particulières à prononcer une aptitude avec restrictions lorsqu'il s'agit d'un travailleur intérimaire :

« Et puis avec l'intérim, on n'ose plus mettre "apte sous réserve". C'est pas qu'avec les patrons habituels ce soit facile, mais là on est sûrs que la boîte d'intérim le reprend pas. C'est même pas du chantage à l'emploi vis-à-vis de nous comme ça peut l'être avec les autres, c'est juste qu'on dit au gars qu'il y a pas de mission. Il vient trois, quatre fois puis il a compris, et puis il va se ruiner la santé dans une autre. On sait pas comment faire. Notre chef de service nous dit de faire preuve d'imagination. Je veux bien, mais je vois pas comment.¹²⁸ »

Cette « imagination » est au cœur des histoires d'aptitude que les médecins rencontrés tiennent à me raconter en premier. Ainsi, Daniel B. m'explique comment restreindre l'aptitude d'un bagagiste d'aéroport qui a des problèmes d'aptitude sans provoquer son licenciement. La solution trouvée est subtile et non reproductible :

« [je leur dis] "le salarié ne doit pas monter dans les soutes de Fokker 70, ne doit pas monter dans les MAR 190, mais il peut faire toutes les autres activités au sol". Pas de restriction de port de charge. Pourquoi? Parce qu'une valise ça fait en moyenne vingt, vingt-cinq kilos. Donc si vous mettez pas de port de charges de plus de vingt kilos comme on le voit souvent, ça veut dire que le gars il ne peut pas soulever de valises. Et quand il est bagagiste, ça le condamne à retourner chez lui.¹²⁹ »

Lorsqu'elle exerce dans une usine chimique, Marilyne S. doit se prononcer sur l'aptitude d'un cariste grande hauteur, qui manie un Fenwick pouvant lever une tonne à dix mètres de hauteur. L'homme affecté à ce poste est intérimaire. Ancienne interne dans un service d'addictologie, le médecin remarque immédiatement ses mains énormes et sait que cela signifie qu'elle a affaire à un ancien héroïnomane. Dans le cours de la discussion, le salarié révèle que cela fait une vingtaine d'années qu'il s'injecte par intraveineuse ses produits de substitution, qu'il doit prendre normalement par voie orale.

Que faire, sachant que sur ce type de poste dit « de sécurité », le salarié met aussi potentiellement en danger ses collègues ? Le cariste explique à Marilyne S. sa situation compliquée :

¹²⁸ Nicolas JOUNIN, *Loyautés incertaines. Les travailleurs du bâtiment entre discrimination et précarité*, Thèse de doctorat de sciences sociales, Université Paris 7 Denis Diderot, 2006, p. 175.

¹²⁹ Entretien avec Daniel B., janvier 2007.

« assez rapidement il me dit qu'en gros il vit à l'hôtel, qu'il a une fille et qu'il est en interim. Et moi si je dénonce son contrat d'interim, il aura des soucis pour trouver d'autres contrats.¹³⁰ »

Le médecin m'explique qu'elle a mis dans la balance les conséquences humaines d'un éventuel accident ainsi que la mise en cause de sa responsabilité professionnelle si elle ne mettait pas le salarié inapte. Elle tente finalement de contourner le verdict d'exclusion du travail par une prise en charge clinique :

« Et puis c'est pas facile, parce que ce type qui voit que je suis en train de lui créer des ennuis, tout d'un coup il devient agressif, ça ne se passe pas facilement, quand même. Bon, au final, je lui ai pris un rendez-vous dans un super bon centre de suivi des personnes héroïnomanes, là où j'ai été chef de clinique. Donc je les connaissais bien, en fait, je les ai appelés, en direct, en leur demandant de bien vouloir prendre le gars dans la semaine. Lui était d'accord, bien évidemment, je ne l'ai pas obligé, mais, il était d'accord, il concevait effectivement qu'il ne faisait pas les choses comme il fallait, il était d'accord pour y faire quelque chose. Donc je lui ai pris un rendez-vous là-bas, où il y a aussi un service social.¹³¹ »

La médecin cherche également une caution scientifique pour ne pas avoir à mettre le salarié inapte. Finalement, elle prend une décision qui va vraisemblablement à l'inverse de la pratique courante de ses confrères, en laissant le salarié apte :

« J'ai consulté – ça vous dit quelque chose, le DMT ? Le journal DMT ? Documents pour le médecin du travail ? C'est le truc super sérieux, la publication de médecine du travail française. Donc il y avait eu un truc publié peu avant sur ces trucs-là. Sur les postes de sécurité avec traitement de substitution aux opiacés. Donc je l'ai photocopié, mis dans son dossier. Et, je lui ai dit que j'allais réfléchir jusqu'au lendemain sur ce que j'allais faire, et que... Et le lendemain, je l'ai laissé apte. J'ai réfléchi. Je l'ai laissé apte. En lui disant qu'il fallait absolument qu'il se fasse soigner, et il y est allé au rendez-vous, mais moi du coup j'ai pas eu beaucoup de suite puisqu'il est parti au bout de quinze jours. Il est allé effectivement au rendez-vous trois, quatre jours après. Je lui ai dit qu'il fallait vraiment qu'il soit suivi parce que, même s'il avait le sentiment de ne pas avoir une vigilance différée, il fallait qu'il soit suivi parce que ça n'allait pas de faire comme il faisait et que ce serait bien de pouvoir se sevrer de ce produit-là, et je lui demandais de ne pas revenir dans notre société, parce que si, enfin je ne pourrais pas toujours surseoir à l'inaptitude. Mais ça m'a posé question...¹³² »

La décision d'aptitude est clairement facilitée par le fait que le salarié n'a plus que quinze jours de mission dans l'entreprise surveillée par Marilyn S. Par ailleurs, la demande par cette dernière que le salarié ne revienne pas dans la société est en soi révélatrice de la situation contrainte des médecins du travail face à l'aptitude. La praticienne ne peut qu'exceptionnellement inverser la

¹³⁰ Entretien avec Marilyn S., juin 2008.

¹³¹ *Ibid.*

¹³² *Ibid.*

valeur de l'aptitude et cherche à fuir les décisions où tout la pousse à prononcer l'inaptitude, d'autant plus si celle-ci est susceptible d'avoir des conséquences tragiques.

Malgré les conséquences, la plupart des médecins rencontrés reconnaissent que l'inaptitude à tout poste est parfois la seule solution pour éloigner un salarié d'une situation potentiellement dangereuse pour sa santé. Daniel B. raconte avoir utilisé l'inaptitude pour protéger une salariée en conflit avec son employeur :

« J'avais mis quelqu'un en inaptitude parce qu'elle n'en pouvait plus, elle ne pouvait plus retourner au boulot, ce n'était pas possible, il y avait des propos racistes, des propos machin, et tout et tout, [l'employeur] a dit "de toute façon, docteur, je peux vous dire que si elle traverse devant moi au carrefour, j'accélère !". Donc qu'est-ce que vous voulez faire ? Donc de toute façon vous n'allez pas remettre la personne au boulot.¹³³ »

Comme le soulignent des médecins du travail, cette forme de protection par la mise hors travail n'est cependant qu'un « pis-aller » :

« cette situation concerne des salariés à bout de souffle et l'inaptitude médicale n'atténue que très marginalement le caractère dramatique de la situation dans laquelle ils se trouvent.¹³⁴ ».

Les travaux de Valentine Hélaridot ont bien mis en lumière cette dialectique entre travail précaire et santé précaire¹³⁵.

Certains médecins recommandent d'ailleurs aux salariés qui demandent d'être déclarés inaptes d'y réfléchir à deux fois, quand bien même il est avéré que le poste de travail nuit à la santé du salarié :

« Donc on est submergés de gens qui veulent qu'on les mette inaptes à leur poste de travail, et, on est obligés de, moi je suis obligée de leur dire, "attendez, vous me dites que vous êtes harcelé, vous voulez être mis inapte à votre poste de travail, mais je vais vous mettre au chômage. Réfléchissez bien. Vous êtes sûr que vous voulez aller pointer au chômage...?"¹³⁶ » (Marie C.)

« aujourd'hui, avoir un CDI, c'est quand même quelque chose qui n'est pas évident à obtenir, donc, non, je trouve que, voilà, il est de la responsabilité du médecin du travail d'en tenir compte comme quelque chose d'important et de faire en sorte que l'emploi de cette personne soit préservé même si elle dit qu'elle a envie de partir. Et puis elle peut dire ça à un moment, et puis vraiment, à la limite deux jours après elle a discuté avec une autre copine qui lui a dit : tu es bête, tu n'as qu'à faire plutôt ça, et puis – donc non. Je fais ce qui me paraît juste en mon âme et

¹³³ Entretien avec Daniel B., janvier 2007.

¹³⁴ Philippe DAVEZIES, Jean-Paul DULÉRY, Dominique HUEZ, Marie PASCUAL et Nicolas SANDRET, « En finir avec l'aptitude médicale », *op. cit.*, p. 305.

¹³⁵ Valentine HÉLARDOT, *Santé ou travail ? Les expériences sociales de la précarisation du travail et de la santé*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Toulouse II-Le Mirail, 2005 ; Valentine HÉLARDOT, « Précarisation au travail et santé », *Médecine et Travail*, 1999, n° 180, pp. 26–29.

¹³⁶ Entretien avec Marie C., novembre 2006.

conscience – et parfois je le dis à mes salariés. Parce que un certain nombre d'entre mes salariés auraient envie que je ne les mette plus aptes au posté, par exemple, parce qu'ils en ont ras-le-bol du posté. Ce que je conçois vraiment volontiers. Sauf que j'essaye de leur faire comprendre aussi qu'il n'y a pas beaucoup de postes autrement que postés dans l'entreprise, et qu'effectivement, si je commence à me prononcer sur le fait qu'ils ne peuvent plus faire des horaires postés, et s'il n'y a pas de poste à leur proposer, qu'est-ce qu'on va faire ? Alors quand je leur laisse entendre qu'éventuellement ça peut signifier la porte, tout de suite ils se calment sur leur véhémence vis-à-vis des horaires.¹³⁷ » (*Marilyne S.*)

Ce conseil de Marilyne S., alors même qu'elle reconnaît la pénibilité du travail posté, illustre à nouveau la situation dans laquelle l'aptitude enferme les médecins du travail, qui peut sembler en contradiction avec l'objectif de prévention qui leur est également assigné.

*

Les chapitres précédents ont montré la surdétermination de la définition du métier légitime de médecin du travail par les directions de service (services interentreprises) ou au contraire la grande latitude laissée pour établir cette définition, qui autorise la construction collective de définitions prenant implicitement en compte l'intérêt économique de l'entreprise (services autonomes). Avec l'aptitude, on est en présence d'un fait différent qui affecte les médecins quel que soit le type de service qui les emploie : une limitation par la loi des marges de manœuvre des praticiens, qui ne peuvent échapper au verdict sur l'aptitude du salarié.

Règlementée par des textes postérieurs à l'institutionnalisation de la médecine du travail, l'aptitude semble constituer un domaine réservé des médecins du travail, dont les décisions ne peuvent être contestées qu'avec difficulté et sans mettre en cause directement la responsabilité des praticiens. Elle porte cependant en germe une orientation de la pratique médicale, fondée en partie sur de considérations productives, qui débouche sur la sélection des salariés ou leur mise hors travail. Un médecin du travail qui souhaiterait ne suivre que la mission de prévention définie par la loi de 1946 ne pourrait le faire. L'impossibilité de se soustraire à ce qui ne constitue apparemment qu'une tâche parmi toutes celles qui incombent aux médecins engage en soi des conceptions particulières du métier, limitant de fait l'autonomie professionnelle des praticiens.

¹³⁷ Entretien avec Marilyne S., juin 2008.

Chapitre 5. L'engagement pour l'indépendance. Syndicalisme et pratique de la médecine du travail

Cette thèse se veut une contribution à l'étude sociologique de l'autonomie professionnelle, en se basant sur le cas des médecins du travail. Or, de nombreux représentants de la profession ont eux-mêmes débattu et écrit autour de cette question sur toute la période étudiée, en employant un terme différent, celui d'indépendance.

La majorité de ces médecins du travail théoriciens sont membres de quelques associations et organisations syndicales : le Syndicat national professionnel des médecins du travail (devenu SNPST en 2005), le Syndicat général de la médecine du travail-CGC, l'Association Santé et médecine du travail ou encore le Syndicat CGT des médecins d'EDF et GDF. Bien que les fins, les formes et les contraintes de leur réflexion ne soient pas les mêmes que celles auxquelles le présent travail est soumis, la réflexion indigène sur l'indépendance professionnelle a ici toute sa place. En effet, les lignes de force mises en évidence dans les chapitres précédents, qu'elles soient relatives à la nature du service (interentreprises, autonome) ou aux tâches qui s'imposent aux praticiens (notamment l'aptitude), déterminent en partie le type de conceptions que se font les médecins de leur indépendance. En outre, le travail théorique autour de cette notion, par ses implications pratiques, agit en retour sur les formes d'autonomie et de subordination auxquelles chaque praticien est confronté.

En jouant avec les mots, il peut sembler paradoxal de s'engager collectivement pour obtenir son indépendance. Dans le cas des guerres de libération nationales, ce paradoxe se dissout naturellement dès lors qu'on constate que les peuples qui luttent pour leur émancipation tracent une démarcation évidente entre deux ensembles : les membres de la communauté nationale et les colons. Être lié aux premiers pour les besoins de la guerre, c'est se donner les moyens de l'indépendance ; tout lien avec les seconds n'est, en revanche, qu'une manifestation de l'asservissement. Il existe ainsi des ressources légitimes de l'indépendance. Il en va de même dans la médecine du travail, à l'échelle plus réduite de l'exercice professionnel. Lorsqu'un médecin s'engage dans une organisation pour défendre son indépendance, il trace une ligne de démarcation implicite entre des dépendances légitimes (qui servent son combat) et des dépendances illégitimes (contre lesquelles il se bat). Cette ligne de démarcation est variable d'une organisation à l'autre, d'une personne à l'autre, trahissant des conceptions parfois très différentes de l'indépendance professionnelle.

Ce chapitre étudie l'action des deux principaux syndicats de médecins du travail par l'importance des effectifs : le SNPMT, syndicat majoritaire, et le SGMT-CGC. Tous deux regroupent principalement des médecins de services interentreprises, bien que le second semble laisser une place plus large aux médecins de service autonome. L'analyse des réflexions et des actions menées par chaque organisation depuis les années 1970 permet de mettre en lumière deux conceptions de l'indépendance radicalement différentes, qui renvoient à des rapports au salariat non moins distincts. Pour le SNPMT, ce n'est qu'en étant à soi-même sa propre tutelle que le médecin du travail accède à l'indépendance réelle. Au contraire, le SGMT estime que le salariat, en tant que rapport de subordination à un employeur, est naturellement synonyme de certaines contraintes qui sont compatibles avec un exercice médical indépendant. La ligne de démarcation entre dépendances légitimes et illégitimes varie également selon l'organisation. Là où l'une conçoit tout lien avec les cadres comme une collusion attestant du manque d'indépendance, l'autre se dédie par constitution à « rompre l'isolement » des médecins du travail en adhérant à une confédération de cadres.

Ces deux conceptions différentes de l'indépendance sont d'abord présentées au travers d'un historique des deux organisations. On s'arrêtera en particulier sur le portrait de Charles-Pierre Hitier et Bernard Salengro, qui ont chacun joué un rôle central dans la construction de l'idée de l'indépendance défendue par leurs organisations respectives.

On verra ensuite que ces conceptions de l'indépendance déterminent un certain rapport à l'action judiciaire en tant qu'outil de l'indépendance. Par ailleurs, le recours aux procédures contentieuses permet en retour de confirmer et de développer les notions indigènes de l'indépendance, en mettant au jour les dépendances illégitimes auxquelles les médecins sont soumis.

Enfin, le rapport de chaque syndicat au drame de l'amiante permet de mettre au jour les ressorts ultimes des conceptions de l'indépendance défendues par chacun. C'est que l'on peut voir en étudiant plus particulièrement le pic de la crise médiatique et politique de l'amiante, au milieu des années 1990, et les réactions à la mise en examen de deux médecins du travail en 2007 et 2008.

I. Le SNPMT/SNPST : des médecins méfiants vis-à-vis du salariat

Structure originale dans le paysage du syndicalisme médical, le SNPMT/SNPST est la principale organisation de médecins du travail sur la période étudiée. Il défend une conception particulière de l'indépendance professionnelle qui appelle les médecins du travail à refuser toutes les contraintes

que l'on prétend leur imposer en vertu de leur statut de salarié. Son secrétaire général entre 1975 et 1985, Charles-Pierre Hitier, joue un rôle central dans la construction de la ligne syndicale.

1. Des médecins qui revendiquent de se gouverner eux-mêmes

Le Syndicat national professionnel des médecins du travail naît en 1957 de la fusion de deux organisations syndicales¹. La première est le Syndicat professionnel autonome des médecins du travail de la région Nord. Il est créé en 1950 par les Dr. Dubois et Delnatte, et compte notamment parmi ses membres les médecins lillois Guy Courteville, Robert Blochet, Pierre Delaunay et Gérard De Geeter. La seconde est le syndicat de médecins du travail affilié à la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), fondé en 1949 par Henri de Frémont (également membre de la CFTC), qui ne dépasse pas le stade de la « coquille vide »², du fait de « l'hostilité, à l'époque, de la grande majorité des médecins pour la médecine salariée » pour des médecins qui représentaient encore une source potentielle de concurrence³.

En 1957, la revue *Le médecin de France* propose que le syndicat SGMT-CGC des médecins du travail, fondé en 1951, s'affilie à la CSMF. Ceci provoque un grand débat dans la profession : ce syndicat de médecins du travail peut-il être membre de deux confédérations à la fois ? C'est finalement le syndicat autonome des médecins du Nord qui propose de fusionner avec l'organisation dirigée par De Frémont, et qui intègre ainsi la CSMF. Le SNPMT est né.

En 1961, le syndicat commence à publier sa revue trimestrielle *Médecine et travail*, dont presque deux cent numéros se succèdent jusqu'au milieu des années 2000, lorsqu'elle est remplacée par un journal⁴. Deux ans plus tard, le SNPMT remet au ministre de la Santé publique un « Mémoire sur l'exercice de la médecine du travail », où il préconise la fixation de minimas salariaux et demande de nouvelles garanties contre le licenciement.

À la fin des années 1960, Edmond Ravier devient membre du syndicat. Il se souvient des responsables qui sont alors en place, qui n'ont pas d'engagement politique revendiqué mais qui sont simplement « très médecins », en particulier le noyau dur lillois :

¹ Sauf mention contraire, les informations sur l'histoire du syndicat jusqu'en 1968 sont issues de l'historique écrit en 1970 par Pierre Delaunay, membre fondateur du SNPMT en 1957, qui est reproduit in Pierre DELAUNAY, « Historique du SNPMT », *Médecine et travail*, 1996, n° 168, pp. 64–67.

² Entretien avec Edmond Ravier, août 2009.

³ Pierre DELAUNAY, « Historique du SNPMT », *op. cit.*, p. 64.

⁴ Ce journal s'appelle d'abord le *Journal des médecins du travail* puis le *Journal des professionnels de la santé au travail* à partir de 2005.

« A Lille, ils étaient médecins. Alors bon, Courteville, Degeeter, et Blochet par la suite, ce n'était pas des gens qui votaient à droite. »

C'est suite à un licenciement que Robert Blochet, ancien résistant, s'est particulièrement engagé dans l'action syndicale :

« Et Robert, c'est la même chose ! Il était gaulliste à mort ! Et plutôt patronal... mais c'est un type d'une grande honnêteté. Et un beau jour, il s'occupait du tabac, la Seita, et je ne sais pas ce qui s'est passé, il a refusé un truc, et il s'est fait virer. Donc il a pris un grand virage. »

En 1968, le syndicat adopte pour la première fois une position qu'il va tenir de manière relativement constante sur la période étudiée, avec des variantes marginales : la revendication d'une gestion tripartite des services de médecine du travail (employeurs, salariés, médecins). Dans une lettre de février 1969, le secrétaire général du SNPMT Guy Courteville explique cette position à Charles-Pierre Hitier, membre nouvellement élu du bureau national qui lui succèdera à la direction du syndicat en 1975. La gestion tripartite apparaît comme la seule manière « raisonnable », c'est-à-dire acceptable par le corps social, de permettre aux médecins du travail de se gouverner eux-mêmes :

« Actuellement nous sommes sous la direction du patronat, mais ces remarques seraient les mêmes, et peut-être pires si au patronat étaient substitués le ministère ou les salariés. [...] Il nous apparaît au contraire que la réelle indépendance du médecin du travail passe tout d'abord par la participation à la gestion, car en effet ce sera la seule façon pour nous de faire aboutir ces moyens qui sont et resteront excellents. Il faut donc [...] rechercher la co-gestion qui n'est pas du tout un principe sans portée, mais au contraire doit déboucher sur quelque chose d'extrêmement efficace. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle actuellement tout le monde, sans vouloir la rejeter, semble vouloir l'ignorer. *Il n'y a en effet pas de réelle indépendance quand on est sous la tutelle de quelqu'un*⁵. Tout raisonnement qui ne tient pas compte de cette vérité est illusoire et même dangereux. C'est la raison pour laquelle après dix ans de lutte vaine [...] nous pensons que maintenant il faut justement nous sortir de toute tutelle quelle qu'elle soit et pour cela le seul moyen c'est la co-gestion, puisque nous ne pouvons pas bien entendu prétendre à notre tour diriger à nous seuls, médecins du travail, la Médecine du Travail. La co-gestion est le moyen le plus raisonnable pour faire respecter notre indépendance. [...] C'est d'ailleurs l'avis du bureau unanime et cela a également été l'avis de l'Assemblée générale sur ce point particulier.⁶ »

Cette conception fait indéniablement écho à un certain air du temps propre aux « années 1968 » qui voit des professions contester l'exercice de l'autorité et revendiquer l'autonomie au sens étymologique du terme : auto-nomos, se donner la loi à soi-même. Dans la profession médicale, ce

⁵ Je souligne.

⁶ Lettre de Guy Courteville à Charles-Pierre Hitier, 15 février 1969 (archives SNPST). On peut remarquer que cette conception de l'indépendance rejoint la définition de l'autonomie par Abbott, citée en introduction générale.

courant s'incarne alors au travers de collectifs tels que le Syndicat de la médecine générale, le Groupe information santé ou encore les médecins qui lancent les premières « boutiques de santé ». Cependant, les archives du SNPMT, bien fournies à partir du début des années 1970, ne livrent aucun élément permettant de conclure à des liens entre les responsables syndicaux et ces autres pans de la médecine, alors même qu'ils défendent parfois des positions extrêmement proches, par exemple dans leur rejet de l'Ordre des médecins⁷. Ceci s'explique vraisemblablement par la conjonction de deux facteurs : la méfiance, particulièrement forte à cette époque, vis-à-vis de médecins du travail considérés comme étant « à la botte du patronat »⁸; et plus généralement, l'isolement et le mépris dans lequel les médecins du travail ont toujours été tenus au sein du corps médical.

Les années 1970 voient s'installer une nouvelle génération de responsables à la tête du syndicat, notamment Charles-Pierre Hitier, Edmond Ravier ou encore Jean-Claude Guiraud. Sous leur impulsion, le SNPMT intensifie son activité contentieuse, venant en soutien des adhérents lorsque ceux-ci rencontrent des difficultés à exercer comme ils l'entendent. C'est également pendant cette décennie que se déroule la bataille de la convention collective des services interentreprises, au terme de laquelle le SNPMT parvient à faire reconnaître sa représentativité. En 1976, la signature du texte final met au défi la conception de l'indépendance soutenue par le le syndicat : signer un texte imparfait, qui est principalement le fruit d'une collaboration entre organisations patronales et confédérations de salariés, et qui garantit autant qu'il contraint les marges de manœuvre des médecins, n'est-ce pas cautionner la tutelle exercée par d'autres sur la médecine du travail ? Pour le secrétaire général Charles-Pierre Hitier, il existe un moyen de signer sans s'engager « de façon dangereuse », ainsi qu'il s'en explique à ses confrères du bureau national :

« Il me paraît astucieux de signer les clauses générales [de la convention collective] mais de refuser de signer l'annexe médecin : nous affirmerons notre représentativité sans nous engager de façon dangereuse. Nous

⁷ Cf. chapitre 6. Patrick Hassenteufel a décrit le mouvement des « médecins alternatifs » qui se développe en Allemagne et en France au début des années 1970, dont on peut penser que le SNPMT fait à sa manière partie, malgré la réticence de certains de ses membres à porter des revendications extra-professionnelles. Les réflexions d'un Charles-Pierre Hitier sur le rôle de la médecine du travail, que l'on verra plus bas, ne sont pas sans rappeler ce que dit Hassenteufel sur les spécificités de ce mouvement alternatif en France, à la référence marxiste près : « alors que les médecins alternatifs allemands privilégient la lutte contre les facteurs environnementaux, en France, la prise en compte des "véritables causes" de la maladie se fonde, dans une perspective clairement marxiste, sur la prise en compte de l'inscription de l'exercice de la médecine dans la société capitaliste et sur la dénonciation du rôle qu'elle joue au sein du système économique. [...] Cette analyse conduit à la dénonciation du contrôle patronal sur la santé ouvrière et du rôle du profit dans l'exercice de la médecine ». Patrick HASSENTEUFEL, *Les médecins face à l'Etat : une comparaison européenne*, op. cit., p. 225.

⁸ Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, *La santé au travail*, op. cit., p. 79–80.

pourrons ainsi continuer à contester de l'extérieur la place faite aux médecins dans les services médicaux et à dénoncer la collusion des médecins CGC et de de Frémont⁹ avec le patronat.¹⁰ »

C'est la stratégie qu'adopte finalement le SNPMT¹¹. En tant que signataire de la convention collective, le syndicat consacre depuis une partie importante de ses forces vives à la renégociation annuelle des salaires, des indemnités kilométriques ou encore des classifications de postes.

Le rapport du CISME sur « l'avenir de la médecine du travail » en 1987 marque le début de la réflexion syndicale sur l'ouverture des services à des intervenants « pluridisciplinaires ». Dans leurs premiers commentaires du rapport patronal, les responsables du syndicat soulignent d'abord qu'ils n'ont

« pas d'opposition à la constitution d'équipes pluridisciplinaires, mais [une] opposition formelle à la désignation du "leader" de l'équipe par l'employeur, le médecin du travail devant, à notre avis, toujours en rester la figure centrale.¹² »

Cependant, ce n'est que dans la dernière décennie que la question de la pluridisciplinarité commence à se poser en pratique dans les services, notamment suite aux réformes de 2002-2003 qui instaurent le passage de la médecine du travail à la santé au travail. S'y retrouve confrontée une nouvelle génération de responsables syndicaux, marquée par un début timide de féminisation, avec notamment Mireille Chevalier, Gilles Arnaud ou Jean-Michel Sterdyniak, aux côtés d'anciens tels Jean-Claude Guiraud. En mai 2005, l'assemblée générale du syndicat entérine son changement de nom et de statuts, devenant le Syndicat national des professionnels de la santé au travail, et s'ouvre ainsi aux intervenants « pluridisciplinaires ». Les nouveaux statuts confirment par ailleurs la revendication d'une gouvernance tripartite des services.

Le passage du SNPMT au SNPST ne se fait pas sans heurts, du fait de la méfiance de certains médecins envers les nouveaux intervenants avec lesquels ils sont appelés à coopérer. En mars 2005,

⁹ Membre fondateur du SNPMT, Henri de Frémont n'en fait alors plus partie, mais représente la CFTC lors des négociations de la convention collective.

¹⁰ Lettre de Charles-Pierre Hitier à « Brochart », 19 août 1976 (archives SNPST). Il semble que ce pseudonyme collectif regroupe des membres du bureau national du syndicat. Destiné à la base à permettre des prises de position écrites sans exposer leurs auteurs, l'usage de ce pseudonyme semble être devenu progressivement une plaisanterie rituelle.

¹¹ En 1987, le syndicat, alors sous la direction de Claude Saint-Upéry, décide de signer l'annexe médecins de la convention collective. L'accord des adhérents a été obtenu par référendum. Furieux, Charles-Pierre Hitier envoie alors une lettre de démission au SNPMT, estimant que cette signature n'est ni nécessaire ni acceptable et que la question du référendum était mal posée. Il trouve que le syndicat croit trop qu'il sera représentatif seulement en signant des accords, alors que sa représentativité vient d'abord de sa base. On peut supposer néanmoins que l'ancien secrétaire général est revenu par la suite sur sa décision, puisqu'il participe à nouveau à certaines activités du syndicat.

¹² Analyse du rapport du CISME, juillet 1987 (archives SNPST).

une adhérente qui exerce en service interentreprises exprime encore ses doutes sur la pluridisciplinarité dans le journal du syndicat :

« y a-t-il véritablement urgence ? Et est-il nécessaire de recruter en interne ? Nous avons déjà des assistantes sociales, le service participe au financement d'un psychologue à la consultation de pathologie professionnelle. Ma première expérience n'a pas été très concluante, notre employeur nous ayant annoncé dix jours avant sa prise de fonction l'embauche, en CDD, d'une jeune femme ingénieur de sécurité. Panique à bord puisqu'il incombait aux médecins de lui trouver du travail au pied levé ! Certains médecins ont refusé qu'elle intervienne dans "leur" entreprise. Elle a débuté sans être bien accueillie, sans bonnes conditions de travail et est repartie trois mois après pour un CDI ailleurs.¹³ »

Cependant, le numéro suivant du journal publie une réaction de Jean-Michel Sterdyniak, qui juge « affligeant » l'entretien avec sa confrère, représentatif selon lui des « ambiguïtés des positions du syndicat » sur la question :

« Enfin, cerise sur le gâteau compte tenu des ambiguïtés des positions du syndicat, on est opposé évidemment à la pluridisciplinarité même si on fait semblant d'en défendre l'idée. Curieux médecins du travail qui ne veulent pas vraiment sortir du confort de leur cabinet médical mais ne veulent pas non plus que d'autres y aillent pour faire le travail que l'on ne veut ou ne sait pas faire. Bon, je ne prendrai pas tout ce temps pour écrire "ce coup de gueule" si les positions exprimées dans cet entretien ne me paraissaient pas si en harmonie avec les positions officielles du syndicat. Le décret est, selon le ministère, un choc culturel. Il serait temps pour les médecins du travail et le syndicat de faire leur révolution culturelle.¹⁴ »

Avec le temps, les résistances des premiers temps semblent néanmoins s'estomper. Prudent, le syndicat appelle à la mise en place d'équipes *médicalisées* de santé au travail. L'usage de l'adjectif permet de revendiquer la place centrale des médecins tout en se gardant de prôner un rapport hiérarchique des praticiens sur les autres intervenants, ce qui laisse un flou permettant d'imaginer différentes formes de collaboration.

L'ouverture du syndicat au personnel non médical reste dans un premier temps cantonnée à la profession d'infirmière, dont le bureau compte rapidement des représentantes, accélérant le processus de féminisation. Le *Journal des professionnels en santé au travail* (JST), nouveau nom de l'organe du syndicat, ouvre largement ses colonnes à des réflexions sur le rôle infirmier¹⁵. Ce n'est

¹³ « Entretien avec Catherine Vogein », *Journal des médecins du travail*, 2005, n° 17, p. 5.

¹⁴ « Reçu à la rédaction », *Journal des médecins du travail*, 2005, n° 18, p. 3.

¹⁵ On peut citer par exemple Véronique BACLE, « Regroupement d'infirmiers dans un service inter-entreprises : un rôle élargi », *Journal des médecins du travail*, 2005, n° 16, p. 4 ; Marie-Christine CABRERA LIMAME, « Salaires des infirmiers et infirmières de santé au travail (IST) en France : résultats de l'enquête nationale », *Journal des professionnels de santé au travail*, 2006, n° 23, p. 6 ; Monique LABORDE, « Témoignage d'une infirmière au congrès de Lyon », *Journal des professionnels de santé au travail*, 2006, n° 23, p. 7 ; Marie-Christine CABRERA LIMAME, « Interrogation et recherche identitaire : les IST en quête de reconnaissance professionnelle », *Journal des*

que quelques années plus tard que d'autres intervenants, principalement des ergonomes, commencent à adhérer au syndicat. On peut penser que le soutien récent apporté par le SNPST dans l'affaire judiciaire d'un ergonome victime d'un licenciement abusif a eu un effet favorable sur les adhésions de professionnels non médecins. Cependant, leur nombre est vraisemblablement toujours inférieur au chiffre de 300 avancé en 2007 par le secrétaire général Gilles Arnaud¹⁶, malgré les efforts indéniables du syndicat pour encourager ces adhésions.

Enfin, à la fin des années 2000, le syndicat s'associe à plusieurs partenaires pour mettre sur pied un organisme d'évaluation des pratiques professionnelles, cette dernière étant devenue une obligation légale pour tous les médecins. Baptisé E-Pairs, l'organisme s'inscrit dans la ligne historique du syndicat, en prônant que les pratiques des médecins du travail ne peuvent être légitimement évaluées que par leurs pairs¹⁷. C'est donc uniquement en échangeant sur leurs exercices respectifs au sein de groupes de pairs que les médecins du travail doivent produire les « référentiels de bonnes pratiques » exigés par la Haute autorité de santé. L'association E-Pairs se distingue nettement d'autres organismes d'évaluation des pratiques professionnelles mis en place à la même époque, qui basent leur fonctionnement sur une comparaison entre les pratiques des médecins et des référentiels produits par les autorités scientifiques ou publiques.

2. Charles-Pierre Hitier, théoricien de l'indépendance médicale

Syndiqué au SNPMT depuis le milieu des années 1960, entré au bureau national au tournant des années 1970, Charles-Pierre Hitier est la personne qui a laissé l'empreinte la plus pérenne sur le syndicat, dont il est secrétaire général entre 1975 et 1985. Sous sa direction, le SNPMT entre en relation avec de multiples interlocuteurs et parvient à faire reconnaître sa représentativité dans la nouvelle convention collective des services interentreprises de 1976. Le médecin implique l'organisation dans de nombreux contentieux dès lors qu'il estime que la défense d'un confrère peut favoriser la médecine du travail dans son ensemble. Il consacre également plusieurs textes et une correspondance abondante à la définition de l'indépendance véritable du médecin du travail, dont il est incontestablement l'un des théoriciens les plus prolixes de toute l'histoire de la profession. Je n'ai malheureusement pas pu le rencontrer avant son décès en septembre 2009.

professionnels de santé au travail, 2007, n° 25, p. 3.

¹⁶ « Le Dr Gilles Arnaud est secrétaire général adjoint du Syndicat des professionnels de la santé au travail, 1000 adhérents, dont 700 médecins environ ». Philippe ROY, « Amiante : Un médecin du travail mis en examen. L'indépendance du praticien d'entreprise mise à mal », *Le Quotidien du médecin*, 25 octobre 2007, n° 8244, p. 14.

¹⁷ Gérard LUCAS, « L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en médecine du travail : soyons acteurs ! », *Journal des professionnels de santé au travail*, 2006, n° 22, p. 3.

Charles-Pierre Hitier naît en 1920 à Hanoï¹⁸, sans doute fils de militaire¹⁹. Il fait ses études secondaires à Paris puis y poursuit une formation de médecin, qu'il termine à Limoges. En 1942, il prend le maquis pour échapper au STO et participe à la Résistance dans la région de Confolens. En 1945, il soutient sa thèse de médecine et s'installe comme généraliste à Barbezieux, où il exerce jusqu'en 1951. Sa rencontre avec la médecine du travail date de 1950, année où il obtient un CES dans cette spécialité. Selon Edmond Ravier, il est embauché au même moment par le service autonome d'une grande entreprise, dont il se fait licencier peu de temps après. Il entre en 1952 au service médical interprofessionnel de Saint-Junien, proche de Limoges, où il reste jusqu'à la fin de sa carrière. Hitier s'intéresse aux sciences sociales, et passe en 1966 un diplôme d'économie politique et sociale à la Sorbonne. Il commence même un doctorat de troisième cycle de sciences économiques, qu'il abandonne par manque de temps du fait de ses responsabilités syndicales.

Pendant la décennie de son secrétariat général, Hitier consacre une très large part de son temps libre à ses nouvelles fonctions, et décide en conséquence de modifier le siège social pour plus de commodité ; les dizaines de lettres qu'il écrit par mois portent ainsi toutes l'adresse de son domicile « rue Rosa Luxembourg », à Saint-Junien. Le médecin embauche une personne à temps partiel pour assurer chez lui le secrétariat du syndicat. Cette relocalisation du SNPMT est l'une des illustrations du contrôle absolu qu'exerce Hitier sur l'organisation, dont attestent ceux qui l'ont connu. Responsable du contentieux à la fin des années 1970, Edmond Ravier décrit l'autoritarisme de l'ancien secrétaire général, qui était accepté par ses confrères uniquement parce qu'ils reconnaissaient la qualité de son travail :

« Charles-Pierre, c'est une figure! Alors, c'est un type, un peu très autoritaire, mais par conviction. Hitier, ça ne le gênait pas du tout, et il ne s'en rendait pas compte... il m'a fait le coup d'écrire, il recevait un dossier de contentieux, il faisait la lettre de réponse, et puis il me la passait, et disait, "tiens, tu n'as qu'à la signer !". Autant vous dire que dans n'importe quelle autre circonstance il y aurait eu un clash, en disant, ou c'est toi ou c'est moi, mais ce n'est pas possible de faire comme ça. Avec Hitier, bon, je signais ! Parce que, je n'allais pas entrer en conflit, ensuite, sa lettre, elle tenait la route, je ne l'aurais peut-être pas écrite comme ça, mais elle tenait la route, bien évidemment, donc bon...²⁰ »

Parmi les centaines de lettres signées par Hitier qui sont archivées au siège actuel du syndicat, plusieurs dizaines donnent à voir sa vision particulière de l'indépendance du médecin du travail. Le

¹⁸ SNPMT, « Portraits de Charles-Pierre Hitier et Jean-Paul Duléry », *Médecine et Travail*, 1985, n° 125, pp. 3–4. Sauf mention contraire, les informations qui suivent relatives à Charles-Pierre Hitier proviennent de cet article.

¹⁹ Entretien avec Edmond Ravier, août 2009.

²⁰ *Ibid.*

médecin publie également une dizaine d'articles sur la question dans la revue du syndicat entre 1972 et 1989 dans lesquels il développe une pensée dont la constance est remarquable.

Pour Charles-Pierre Hitier, il n'existe qu'un métier de médecin du travail. Ce « vrai rôle, tel que l'avait voulu Ambroise Croizat »²¹, est résumé par le début de l'article 1 de la loi de 1946 : « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». À aucun moment les praticiens ne doivent intégrer des considérations économiques dans leur raisonnement médical. Ainsi, lorsqu'il plaide pour un effectif plafonné à 2000 salariés par médecin, Hitier explique que la question de la faisabilité de cette mesure n'est pas d'ordre médical :

« dégager des moyens financiers pour assurer des prestations médicales n'est pas un problème particulier à la médecine du travail. C'est là un problème d'économie de la santé qu'il ne nous appartient pas de résoudre.²² »

Les médecins du travail sont cependant confrontés à un obstacle constitutif de leur métier : la passivité ou l'hostilité des employeurs, légalement responsables des conditions de travail. C'est pourquoi selon Hitier, tout médecin qui exerce *bien* son métier est susceptible de se retrouver en conflit avec un chef d'entreprise, comme il l'explique dans un texte en 1975 :

« L'expérience que nous avons des obstacles que rencontrent nos confrères dans l'exercice de leur mission nous permet d'affirmer que, du fait de cette mission, c'est très fréquemment (certains disent même nécessairement) qu'un jour ou l'autre, le médecin du travail consciencieux entre en conflit avec le chef de l'entreprise – ou d'une des entreprises – où il exerce ses fonctions. Rares sont, en effet, les entreprises où la direction admet sans arrière-pensée que le médecin puisse avoir – et surtout exprimer – une opinion différente de la sienne en matière d'hygiène, d'adaptation des postes, de rythmes et techniques de travail, de nocivité des produits, etc. Fréquentes sont, par contre, les entreprises où tel responsable croit pouvoir porter un jugement aussi péremptoire que téméraire sur ce que devrait faire le médecin ou la manière dont il s'acquitte de sa mission... jugement qui prend pour références les conceptions personnelles et le système de valeur de celui qui le porte.²³ »

On retrouve cette même idée en 1989, dans un article de l'ancien secrétaire général consacré au licenciement abusif de deux médecins :

« Cette affaire concerne tous les médecins du travail. Elle est un exemple des difficultés qu'ils peuvent éprouver s'ils veulent remplir convenablement la mission qui leur a été confiée. La qualité de ceux de nos confrères qui en

²¹ Intervention de Robert Vaton lors de la conférence de presse du 6 mai 1978 en soutien au docteur Suzanne B., Aubenas. Le texte de cette intervention a été coécrit par Robert Vaton et Charles-Pierre Hitier (archives SNPST). Ambroise Croizat est le ministre du travail responsable de la loi de 1946.

²² Charles-Pierre HITIER, « Pour un effectif de 2000 salariés », *op. cit.*, p. 5.

²³ Charles-Pierre HITIER, « Indépendance professionnelle et mutations arbitraires du médecin du travail », *Médecine et Travail*, 1975, n° 84, p. 4.

ont été victimes rend encore plus scandaleuse l'injustice qu'ils ont subi, injustice qui, en certaines circonstances, pourrait frapper les meilleurs d'entre nous, et même ceux-là de façon préférentielle sinon exclusive.²⁴ »

Cette possibilité de conflit existe également au sein même des services interentreprises, où les directions se font parfois les relais de la volonté des employeurs adhérents. C'est ce qu'explique Hitier en 1980 dans une lettre adressée au directeur de l'Inspection médicale du travail, au sujet d'un confrère en butte à de graves difficultés :

« notre adhérente dérange parce qu'elle fait preuve, dans ses fonctions de médecin du travail, d'une activité et d'une énergie inhabituelles dans ce service.²⁵ »

Selon Hitier, la conflictualité latente entre médecins d'une part, employeurs et directeurs de service d'autre part, est un problème puisqu'elle peut empêcher les praticiens de mettre en pratique leur mission de prévention. Le secrétaire général n'accorde en effet aucun crédit aux garanties formelles d'indépendance énoncées par la loi ou le contrat de travail des médecins, les qualifiant volontiers d'« hypocrites »²⁶. Les médecins peuvent être amenés à se soumettre à l'ordre productif par toute une panoplie de moyens qu'Hitier désigne par des expressions diverses, qui ont en commun d'insister sur le caractère peu visible des pressions exercées : « dévoiement »²⁷, « parasitisme »²⁸, « finalité occulte »²⁹, « subterfuge »³⁰, ou encore l'adverbe « insidieusement » pour qualifier un recul de la protection légale des médecins³¹.

²⁴ Charles-Pierre HITIER, « Une histoire exemplaire : l'affaire Garnier-Lafue », *Médecine et Travail*, 1989, n° 142, p. 11.

²⁵ Lettre de Charles-Pierre Hitier à Armand Rothan, 8 mai 1980, reproduite in Charles-Pierre HITIER, « Courrier », *Médecine et Travail*, 1982, n° 114, p. 17.

²⁶ « On conçoit dans ces conditions l'importance de la protection du médecin afin que s'il veut agir "en toute indépendance" comme le prétendent hypocritement les contrats-types, il ait quelque garantie contre les mesures de rétorsion auxquelles il s'expose ». Charles-Pierre HITIER, « Indépendance professionnelle et mutations arbitraires du médecin du travail », *op. cit.*, p. 4.

²⁷ Dans un texte relatif à une affaire judiciaire impliquant deux médecins du travail, Charles-Pierre Hitier mentionne le « dévoiement du service médical » comme « cause immédiate » de leurs ennuis. Charles-Pierre HITIER, « Une histoire exemplaire : l'affaire Garnier-Lafue », *op. cit.*, p. 13.

²⁸ « Ce parasitisme trouve d'ailleurs un terrain favorable dans l'obsession patronale de la puissance en donnant au Président l'illusion qu'en mettant en place "son" directeur, "son" médecin chef, le service aura un meilleur rendement et que ce dernier contrôlera mieux les velléités d'indépendance de "ses" médecins ». Charles-Pierre HITIER, « Un médecin chef ? Pour quoi faire ? », *Médecine et Travail*, 1972, n° 72, p. 4.

²⁹ « Une fausse hiérarchie, poursuivant une finalité occulte et opposée à la finalité avouée est assez bien tolérée par ceux d'entre nous qui sont passifs, mais n'est pas supportée par ceux qui sont actifs et entendent remplir pleinement leur mission ». *Ibid.*

³⁰ « Un autre subterfuge est parfois utilisé pour tourner [*sic*] la protection dont devrait bénéficier le médecin du travail : certains employeurs qui ont organisé un service autonome se débarrassent d'un médecin qu'ils jugent trop gênant en supprimant leur service autonome et en adhérant à un service interentreprises qui leur permettra de "choisir" leur médecin ». Charles-Pierre HITIER, « Indépendance professionnelle et mutations arbitraires du médecin du travail », *op. cit.*, p. 4.

³¹ « Cet équilibre fut rompu insidieusement en 1952 à la faveur d'une modification de la réglementation [...] ». Charles-Pierre HITIER, « Une histoire exemplaire : l'affaire Garnier-Lafue », *op. cit.*, p. 11.

Le secrétaire général s'oppose aux conceptions de « l'indépendance technique » qui suggèrent que le médecin du travail peut être subordonné sur un plan salarial tout en étant indépendant sur le versant médical de son activité. Pour Hitier, l'indépendance médicale n'est pas simplement la capacité de résister au coup de téléphone d'un employeur demandant de prononcer l'aptitude de tel salarié ou de révéler la pathologie de tel autre ; c'est plus fondamentalement la possibilité de déterminer sans ingérence les frontières de son exercice, en se prémunissant des pressions les plus subtiles :

« le SNPMT constate que la mission confiée aux médecins du travail ne peut être efficacement accomplie que si ceux-ci jouissent d'un *statut très particulier* leur accordant la plus grande indépendance qui soit compatible avec la qualité de salariés et, ce, non seulement sur le plan technique, mais également sur les plans économique, administratif et disciplinaire afin d'écartier des mesures de rétorsion camouflées.

La séparation entre une indépendance technique qu'on prétendrait reconnaître au médecin du travail dans le domaine technique et la totale dépendance dans les domaines économique, administratif et disciplinaire dans laquelle ce médecin serait par contre maintenu est une absurdité et une hypocrisie.

Dans la réalité, *il ne peut y avoir d'indépendance technique sans une limitation de la dépendance du médecin dans les autres domaines*. La séparation entre ces différents domaines n'est en outre qu'une construction de l'esprit, pour les besoins d'analyse et leur interdépendance est un fait.³² »

Le statut de salarié fait notamment sentir ses effets au travers de la possibilité du licenciement. Selon Hitier, quand bien même elle serait rarement mise en pratique, elle amène nécessairement les médecins à s'auto-limiter :

« Il nous paraît utile de préciser que la simple possibilité de licencier le médecin rend suffisamment dissuasives les mesures de rétorsion dont le patronat dispose contre un médecin du travail trop indépendant : point n'est besoin que le licenciement devienne effectif : la simple menace qu'il représente est pour beaucoup de médecins du travail un frein aux initiatives et une entrave à se livrer aux activités qui risqueraient de déplaire à l'employeur. Il nous paraît évident qu'on ne peut pas demander à tous nos confrères de se comporter en Don Quichotte... et il ne serait pas convenable d'attendre d'eux une prédisposition au masochisme.³³ »

Peut-on être indépendant en étant salarié ? Répondant à une adhérente dont la direction tente de restreindre les marges de manœuvre en invoquant les obligations propres à son statut de cadre, Hitier explique que le médecin du travail n'est qu'« assimilé » aux cadres, mais que la spécificité de son métier en fait un salarié à part. Il ajoute :

³² Charles-Pierre HITIER, « L'indépendance médicale, mythes et réalités », *Médecine et Travail*, 1978, n° 95, p. 20.

³³ *Ibid.*, p. 24-25.

« sans renier notre qualité de salariés, nous nous estimons *d'abord* médecins.³⁴ »

Cependant, le secrétaire général semble considérer qu'il est possible de jouir d'une indépendance médicale tout en étant subordonné à un service ayant des composantes non médicales. Il reprend les revendications du SNPMT sur la gestion tripartite des services de médecine du travail : « il est anormal de ne pas faire participer les médecins aux décisions concernant la gestion et l'administration de leur service »³⁵. Il propose également divers moyens de limiter la dépendance des médecins du travail, comme il l'expose dans une lettre au président du Conseil départemental de l'Ordre de la Côte d'Or :

« Il ne suffit pas, en effet, de faire figurer dans un contrat l'expression "le docteur X exercera son art en toute indépendance" si, par ailleurs, lui sont refusés les moyens pratiques de faire respecter cette indépendance.

Pour mettre ces médecins à l'abri de pressions trop efficaces, il faut limiter leur dépendance de trois façons :

- *limiter leur dépendance économique*, ce qui était acquis autrefois par les arrêtés de salaires et peut être maintenant atteint par une Convention collective fixant les salaires *réels* à un niveau convenable.
- *limiter leur dépendance administrative* en permettant au médecin d'organiser librement son activité et en lui donnant la disposition d'un budget de fonctionnement d'enveloppe convenable.
- *limiter la dépendance disciplinaire* par l'intervention, avant toute sanction administrative, mutation comprise, d'un organisme régional tripartite (dont 1/3 de représentants des médecins).³⁶ »

Pour Charles-Pierre Hitier, les médecins du travail ne seront pas suffisamment indépendants pour exercer leur véritable métier tant que n'auront pas été également institués des contre-pouvoirs salariaux forts, pouvant faire pendant au pouvoir des employeurs. En 1978, lors de la préparation d'un tract suite au renvoi d'un médecin du travail d'une mine du sud de la France, Hitier écrit au secrétaire de l'Union départementale CGT :

« en ce qui concerne l'en-tête, nous nous effacerons bien volontiers devant votre organisation tout en restant dans le texte page 2 et page 3, car nous pensons que c'est avant tout les représentants des travailleurs qui ont les moyens de défendre leur conquête de 1946. Les syndicats de médecins du travail doivent, pour leur part, rester des conseillers écoutés dans leur domaine propre, notamment pour sauvegarder l'indépendance professionnelle nécessaire à l'accomplissement des missions dont est chargé le médecin du travail. [...] Je vous prie d'agréer, cher Monsieur, l'assurance de mes sincères sentiments syndicaux.³⁷ »

³⁴ Lettre de Charles-Pierre Hitier à Christiane R., 11 avril 1983 (archives SNPST).

³⁵ Charles-Pierre HITIER, « Intervention du représentant du SNPMT », *Conseil supérieur de la médecine du travail*, 28 novembre 1973.

³⁶ Lettre de Charles-Pierre Hitier au Dr. Klepping, 8 février 1979 (archives SNPST).

³⁷ Lettre de Charles-Pierre Hitier à J.-C. Mélis, 30 mai 1978 (archives SNPST).

L'une des revendications constantes du secrétaire général est un retour à la législation qui a prévalu entre 1946 et 1952³⁸. En effet, le décret du 26 novembre 1946 a mis en place des comités interentreprises composés exclusivement de salariés (à l'exception de leur président) pour surveiller la gestion des services interentreprises, alors que le décret du 27 novembre 1952 a ouvert la possibilité d'avoir « un organisme où les travailleurs seront représentés », sans plus de précisions sur leur composition, avec des règles de fonctionnement moins précises et des sanctions moins fortes en cas d'entrave des employeurs, ouvrant la voie à la formule actuelle des commissions de contrôle³⁹.

De manière évidente, l'action en justice joue pour Hitier un rôle central dans le maintien de l'indépendance médicale. Jusqu'au début des années 1970, l'aide judiciaire a occupé une place relativement limitée de l'activité du syndicat. En collaboration avec son secrétaire du contentieux Edmond Ravier, le secrétaire général a instauré à partir de 1975 une pratique courante d'assistance aux confrères en difficulté dès lors que leur défense pouvait intéresser la profession dans son ensemble. Rédigées par Hitier, les délibérations du bureau national du syndicat décidant de soutenir un confrère prennent toujours la même forme, comme dans cette décision d'avril 1978 :

« Le Bureau national [...] constate que l'intérêt général des médecins du travail est d'intervenir dans la tentative de mutation arbitraire de Madame le docteur B. dont l'indépendance professionnelle est ainsi menacée ; décide d'entreprendre, devant toute juridiction compétente, toutes actions utiles dans ce sens.⁴⁰ »

Le syndicat possède rapidement un réseau d'avocats en région pour soutenir les intérêts de ses adhérents. Dès qu'il le peut, il se constitue partie civile auprès des médecins du travail qui s'estiment victimes d'une infraction. Hitier prend également l'attache d'avocats au Conseil d'État et à la Cour de cassation, qui interviennent de manière routinière pour contester la légalité de décrets ou de décisions rendues par les cours d'appel.

³⁸ Hitier écrit en 1975 que « dans certains cas d'ailleurs le comité interentreprises est remplacé par une "commission de contrôle" où les voix des employeurs, en principe minoritaires, peuvent recevoir l'appoint de syndicalistes égarés ». Charles-Pierre HITIER, « Indépendance professionnelle et mutations arbitraires du médecin du travail », *op. cit.*, p. 4. Voir également Charles-Pierre HITIER, « Une histoire exemplaire : l'affaire Garnier-Lafue », *op. cit.*, p. 11–12.

³⁹ En 1973, Hitier rédige un texte lu lors d'une séance du Conseil supérieur de la médecine du travail qui rappelle la meilleure protection offerte par les comités interentreprises : « l'expérience que nous avons des conflits des médecins avec leurs employeurs prouve que ceux-ci sont mieux protégés dans le cas d'associations patronales doublées d'un comité interentreprises que dans le cas d'associations paritaires où il est relativement facile d'obtenir par surprise une décision de licenciement qui ne serait pas acquise autrement ». Charles-Pierre HITIER, « Intervention du représentant du SNPMT », *op. cit.* Sur les décrets de 1946 et 1952, cf. également annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

⁴⁰ Délibération du Bureau national du Syndicat national professionnel des médecins du travail, 1^{er} avril 1978 (archives SNPST).

Du fait de l'interdépendance entre le « médical » et le « non médical », Hitier estime que les pressions amenant à se détourner de la mission de prévention peuvent provenir de toutes parts. Pour le secrétaire général, il n'existe pas de fonction « pure », dédiée de manière inaltérable à la prévention, mais plutôt un éventail d'institutions au sein desquelles les agents ont la liberté de produire le meilleur comme le pire. Les articles et lettres d'Hitier conseillent aux médecins du travail de garder une méfiance salutaire envers tous ceux qui prétendent collaborer à leur travail ou, à plus forte raison, participer à la détermination de ses contours, au cas où certains d'entre eux tenteraient de se faire les relais de l'ordre productif. Dans les textes d'Hitier sont ainsi visés les collaborateurs quotidiens⁴¹ ; les médecins-chefs⁴² ; les médecins-inspecteurs du travail⁴³ ; les autres syndicats de médecins du travail⁴⁴ ; les avocats⁴⁵ ; le CISME⁴⁶ ; les universitaires en médecine du travail⁴⁷ ; et enfin, l'Ordre des médecins⁴⁸. Contrairement aux responsables d'autres syndicats, le secrétaire général du SNPMT n'hésite pas non plus à mettre en cause l'attitude de certains confrères qui n'exercent pas, selon lui, la mission qui est attendue d'eux, évoquant « ceux des confrères qui se comportent comme des pantins, des invertébrés ou des complaisants »⁴⁹ ou encore « ceux de nos

⁴¹ « Il est possible aussi que cette infirmière soit manipulée par la direction de l'entreprise (ou le chef du personnel) qui voit dans cette ambiguïté une possibilité de mettre en échec l'autorité dont vous devriez disposer dans l'entreprise. Cette utilisation d'un auxiliaire médical est assez fréquente : certains chauffeurs de camions médicaux sont utilisés contre les médecins ». Lettre de Charles-Pierre Hitier à Christiane R., 5 octobre 1981 (archives SNPST).

⁴² Le secrétaire général se montre sans nuance concernant cette fonction, qualifiant tous ceux qui l'exercent de « prébendiers patronaux ». Cf. chapitre 6.

⁴³ « Est-ce la tâche d'un Médecin-Inspecteur de faciliter l'élimination d'un médecin du travail qui fait preuve de caractère ? ». Lettre de Charles-Pierre Hitier à Armand Rothan, 8 mai 1980, reproduite in Charles-Pierre HITIER, « Courrier », *op. cit.*, p. 17.

⁴⁴ En 1976, Hitier adresse une lettre au pseudonyme collectif de « Brochart », qui réunit des membres du bureau national du syndicat. Le secrétaire général y appelle à « dénoncer la collusion des médecins CGC et de de Frémont avec le patronat » autour de la négociation de la convention collective des services interentreprises. Ancien fondateur du SNPMT, Henri de Frémont est alors membre du syndicat CFTC des médecins du travail, aujourd'hui disparu. Lettre de Charles-Pierre Hitier à « Brochart », 19 août 1976 (archives SNPST).

⁴⁵ Dans une lettre adressée à une correspondante régionale du syndicat au sujet d'un médecin qui s'est fait renvoyer, Hitier lui conseille d'entrer « en relation avec un avocat qui ne puisse pas être influencé par le patronat et spécialisé, si possible, en droit du travail ». Lettre de Charles-Pierre Hitier à Andrée Méplan-Millet, 17 mars 1978 (archives SNPST).

⁴⁶ Au début des années 1980, une adhérente en conflit avec la direction de son service interentreprises part pour une cure thermale. Elle apprend par la suite que sa mutuelle, la Caisse interprofessionnelle de prévoyance des cadres, a finalement décidé de ne pas rembourser la cure, en se fondant sur l'annexe « médecins » de la convention collective. Dans une lettre, Hitier dit ne pas s'en étonner : « est-il besoin de préciser que cette rédaction est l'œuvre du CISME, lequel est si étroitement lié à C.I.P.C. qu'on ne sait pas si les locaux du 31, rue Médéric appartiennent à l'un ou à l'autre ». Lettre de Charles-Pierre Hitier à Suzanne B., 26 novembre 1980 (archives SNPST).

⁴⁷ Dans un texte adressé à « Brochart » vraisemblablement au milieu des années 1970, Charles-Pierre Hitier critique « l'impérialisme » des professeurs de faculté qui se ressent selon lui dans un projet d'Instituts régionaux de médecine du travail. Lettre de Charles-Pierre Hitier à « Brochart », non daté (archives SNPST).

⁴⁸ « L'Ordre persistera-t-il toujours à se voiler la face devant ce scandale... tout en prétendant veiller à l'indépendance des médecins du travail ? ». Charles-Pierre HITIER, « Indépendance professionnelle et mutations arbitraires du médecin du travail », *op. cit.*, p. 4. Cf. chapitre 6.

⁴⁹ Charles-Pierre HITIER, « Courrier », *op. cit.*, p. 17.

confrères qui se laissent aller à la flagornerie »⁵⁰. Parmi les moyens de pression des employeurs qu'il détaille avec son confrère Robert Vaton, au moins deux d'entre eux, la « compromission » et la « diversion », supposent le concours au moins partiel du médecin du travail :

« Les méthodes employées pour contrecarrer le médecin du travail qui voulait remplir efficacement sa mission et s'opposer à l'autorité qu'il était susceptible de prendre dans l'entreprise dont il avait la charge, ont différé suivant l'importance des entreprises, les branches professionnelles et le caractère ou l'habileté des responsables patronaux :

- *l'intimidation*, afin que ce médecin du travail se limite à des activités qui ne mettent pas en cause l'autorité des employeurs.

- *la compromission*, souvent plus dangereuse car elle fait du médecin du travail un instrument volontaire de sa propre aliénation, lui fait perdre sa neutralité et prendre parti pour le patronat et la hiérarchie qu'il a mise en place.

- *la dérision*, l'utilisation discriminatoire ou paradoxale des conclusions médicales ou des conseils donnés par le médecin du travail, pour discréditer ce dernier et rendre son action suspecte ou ridicule aux yeux des salariés.

- *la diversion*, en orientant le médecin du travail vers des actions de dépistage tous azimuts, utiles certes, mais sans rapport avec les buts qui doivent être ceux des services médicaux du travail.⁵¹ »

Les lettres d'Hitier sont émaillées de remarques assassines par lesquelles le secrétaire général suggère à ses interlocuteurs tout le mal qu'il pense d'eux, le tout étant enveloppé dans un langage volontiers imagé⁵². Le degré de courtoisie que se permet le secrétaire général est à chaque fois le fruit d'un calcul stratégique⁵³. Lorsqu'il travaillait avec Hitier sur les dossiers de contentieux, Edmond Ravier tentait parfois d'atténuer son style incisif :

⁵⁰ SNPMT, « L'organisation de la médecine du travail interentreprises après la Convention collective nationale du 27 décembre 1973 », janvier 1974 (archives SNPST).

⁵¹ Intervention de Robert Vaton lors de la conférence de presse du 6 mai 1978 en soutien au docteur Suzanne B., rédigée avec Charles-Pierre Hitier (archives SNPST).

⁵² Les conseils d'Hitier à un médecin du travail en conflit avec le président de son service illustrent le style du secrétaire général : « La seule réponse à faire à la lettre de votre Président pourrait être résumée par le mot bref d'un certain Général d'Empire, mais les moeurs militaires n'ayant guère cours dans notre société industrielle, il est évident que nous devons prendre notre temps pour méditer quelles circonlocutions équivalentes il est souhaitable d'utiliser ». Lettre de Charles-Pierre Hitier à Patricia T., 10 mai 1979 (archives SNPST).

⁵³ Préparant une lettre à un Conseil départemental de l'Ordre des médecins, Hitier explique sa stratégie à une correspondante régionale du syndicat : « notre réponse doit être fonction des personnes qui composent le Conseil départemental. Si elles sont de bonne foi, notre réponse portera sur les points ci-dessus présentés avec plus de courtoisie. Si elles ne sont pas de bonne foi, notre réponse sera présentée comme un démenti et diffusée par nos soins à tous les médecins du travail qui ont reçu la circulaire. Voudriez-vous avoir l'obligeance de me guider sur la stratégie à adopter ». Lettre de Charles-Pierre Hitier à Andrée Méplan-Millet, 5 avril 1977 (archives SNPST).

« je lui disais "tes lettres elles sont parfaites, sauf que tu devrais enlever tous les qualificatifs". Parce que je ne sais pas si vous vous souvenez de sa prose, mais chaque affirmation, chaque personnage apparaissant dans ses lettres était affublé de qualificatifs assez agressifs...⁵⁴ »

Selon son ancien confrère, le franc-parler du secrétaire général ne facilitait pas les relations avec les interlocuteurs du syndicat :

« Hitier, très rigoureux de principe, ne faisant pas dans la nuance, il nous avait brouillés avec tout le monde ! Avec tout le monde ! Au ministère, impossible de mettre les pieds ! Alors, le milieu patronal, je n'en parle pas. Mais c'est dans la logique, d'accord ! Mais les autres syndicats, le ministère, les enseignants, bref, on était brouillé avec tout le monde.⁵⁵ »

J'ai demandé à Edmond Ravier s'il savait d'où Hitier tirait sa profonde méfiance envers les employeurs et tous ceux qui tentaient de détourner les médecins de leur mission de prévention, pensant trouver peut-être la trace d'un engagement politique à gauche ou d'une filiation au christianisme social. L'ancien responsable m'a assuré qu'il n'en était rien ni pour l'une ni pour l'autre de mes hypothèses. Il a souligné le rôle initiatique du licenciement d'Hitier de son premier poste de médecin du travail. Il est vrai que le secrétaire général y fait référence au moins deux fois dans des lettres adressées à des confrères en butte à des difficultés. En octobre 1978, il conseille ainsi à une consoeur renvoyée d'une entreprise d'expurger les dossiers médicaux avant de les remettre à son successeur, selon une méthode qu'il a déjà éprouvée :

« Pour respecter, d'une façon plus rigoureuse, le secret professionnel auquel vous êtes tenue, vous pourriez pratiquer de la façon suivante (que j'ai moi-même utilisée dans des circonstances analogues).⁵⁶ »

Quelques mois plus tard, il répond à une adhérente qui le remercie pour ses conseils pour la gestion d'un contentieux :

« je n'ai aucun mérite à avoir de l'expérience : c'est celle des adhérents du SNPMT... bien que la mienne propre ne soit cependant ni négligeable, ni acquise de façon indolore.⁵⁷ »

Les mots qui sont revenus le plus souvent pour décrire Hitier, chez Ravier comme chez d'autres anciens médecins l'ayant connu comme Jean-Claude Guiraud, sont ceux de « rigueur », d'« autorité » et de « principes », dressant le portrait d'un médecin presque obsessionnel dans ses efforts pour soutenir la médecine du travail telle qu'il estimait qu'elle devait être exercée.

⁵⁴ Entretien avec Edmond Ravier, août 2009.

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Lettre de Charles-Pierre Hitier à Suzanne B., 30 octobre 1978 (archives SNPST).

⁵⁷ Lettre de Charles-Pierre Hitier à Patricia T., 10 mai 1979 (archives SNPST).

II. Le SGMT-CGC : des médecins qui souhaitent être reconnus comme des cadres

Créé en 1951, le Syndicat général des médecins du travail est affilié à la Confédération générale des cadres. Cette appartenance détermine en grande partie l'identité du syndicat médical. À l'instar de son rival, le SGMT prétend avoir mille adhérents à la fin des années 2000⁵⁸. Sur la période étudiée, son activité est clairement plus faible que celle du SNPMT, tant au niveau de l'activité contentieuse que des publications ; par ailleurs, son ouverture à la « pluridisciplinarité » dans les années 2000 apparaît purement symbolique, aucune autre profession que celle de médecin n'étant à ce jour représentée au sein du bureau national. Ces éléments concourent pour suggérer que les effectifs du syndicat CGC sont plus faibles que ceux de l'organisation concurrente. S'il développe certaines actions spécifiques autour de la pratique de la médecine du travail, le SGMT apparaît surtout comme une force de proposition dans les négociations institutionnelles et une rampe de lancement vers tous les mandats dont dispose la confédération à laquelle il adhère.

1. Un syndicat qui assume les contraintes du salariat médical

Sur la période étudiée, le SGMT est successivement dirigé par le binôme Jean Nœuveglise⁵⁹ / Pierre Girault (années 1970 et 1980) puis Bernard Salengro / Henri Kirstetter (à partir des années 1990), aux postes respectifs de président et vice-président. Les statuts sont courts, et stipulent en leur article 2 que le syndicat « a pour but l'étude et la défense des intérêts moraux, économiques et sociaux des Médecins du Travail ». Comme au SNPMT, les membres sont principalement des médecins de services interentreprises, mais il semble néanmoins que la part de médecins de services autonomes soit plus importante que dans le syndicat concurrent. À la fin des années 2000, on en compte ainsi au moins trois dans le conseil d'administration, exerçant à Areva, la Fnac ou encore Air France.

Dans les premiers numéros de la revue *Espace médecin du travail* que le SGMT diffuse à ses adhérents à partir des années 1990, on trouve une présentation du syndicat qui permet de faire

⁵⁸ Un article dans un journal médical affirme que « le Dr Henri Kirstetter est vice- président du Syndicat général des médecins du travail (SGMT), 1 000 adhérents ». Philippe ROY, « Amiante : Un médecin du travail mis en examen. L'indépendance du praticien d'entreprise mise à mal », *op. cit.*

⁵⁹ Au début des années 1970, Jean Nœuveglise est également l'un des membres du groupe relativement conservateur de médecins du travail du BTP étudié in Manuela MARTINI, « Expertise médicale et évaluation des risques au travail. Les médecins-conseils des institutions paritaires du BTP en France, de 1945 à 1991 », *op. cit.*, p. 59–60.

ressortir clairement ses différences de positionnement avec le SNPMT. Le texte assume l'idée d'un salariat médical synonyme de contraintes irréductibles envers l'employeur :

« Par son appartenance à la Fédération Nationale C.G.C des médecins et membres des Professions médicales, le S.G.M.T. se trouve aux côtés de tous les médecins ayant ce point en commun : exercer leur art avec certaines contraintes administratives vis à vis d'un employeur, et donc avoir à défendre indépendance professionnelle et intérêts moraux et matériels.⁶⁰ »

Le SGMGT reconnaît comme un fait inéluctable que les médecins du travail ne décident pas eux-mêmes de l'intégralité de leurs conditions d'exercice. Il plaide néanmoins pour qu'ils y soient « associés » :

« Il est capital que nous soyons associés aux décisions qui décideront des conditions matérielles et morales de notre exercice professionnel. C'est pour cela que nous devons appartenir à un syndicat représentatif.⁶¹ »

Le syndicat assume également de « défendre la conception française de la médecine du travail » au niveau européen, ce qui aurait permis d'éviter « certaines orientations qui auraient remis en cause notre existence »⁶². Cette position tranche avec celle des responsables du SNPMT, qui estiment au début des années 1980 que la médecine du travail est « une institution dont le décret d'application n'est pas en rapport avec les buts visés », et qui n'est donc pas nécessairement à défendre en tant que telle⁶³.

Enfin, le texte de présentation du SGMGT souligne la double appartenance de ses membres, à la fois médecins et cadres. L'appartenance à la CGC est un moyen revendiqué pour faciliter la socialisation des médecins du travail avec les cadres des entreprises privées :

« En tant que Médecins, et en tant que cadres, les adhérents S.G.M.T. font partie de la Confédération Française de l'encadrement C.G.C. Nous avons voulu, par cette appartenance, rompre l'isolement de notre profession tout en conservant notre spécificité médicale.⁶⁴ »

Ce volontarisme pour que les médecins du travail soient identifiés comme des cadres est évidemment constitutif du syndicat. On en trouve des traces dès le début de la période étudiée. Lorsque le patronat accepte en 1971 d'ouvrir des discussions en vue d'une convention collective, le

⁶⁰ Le texte est reproduit dans plusieurs numéros de la revue. Par exemple SGMGT, « Syndicat général des médecins du travail », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 8, p. 2.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² *Ibid.*

⁶³ SNPMT, « Inventaire succinct des points sur lesquels le SNPMT estime que la relecture de la convention collective nationale du 20 juillet 1976 doit porter », non daté (l'archivage suggère que le document a été écrit entre 1980 et 1982) (archives SNPST).

⁶⁴ SGMGT, « Syndicat général des médecins du travail », *op. cit.*

SGMT s'engage dans les négociations avec le CISME dans le but d'obtenir une issue rapide. Lors d'une réunion du bureau en juillet 1972, les responsables syndicaux discutent du statut et de la grille de salaire qu'ils devraient demander pour leur profession⁶⁵. Il est frappant de remarquer que dans ce débat, les membres du SGMT mobilisent exclusivement des exemples de cadres et jamais des exemples d'autres médecins salariés.

Les participants de la réunion se réfèrent notamment à la classification des ingénieurs et des cadres issue de la convention collective de la métallurgie, en affirmant qu'ils accepteraient d'être régis par ses clauses les plus favorables : « de toutes façons, la position III-A est un minimum : beaucoup de médecins de services autonomes de la métallurgie y sont assimilés »⁶⁶. Les membres du bureau reconnaissent cependant que la description de cette « position », qui stipule que les activités du cadre « sont généralement définies par son chef qui, dans certaines entreprises, peut être le chef d'entreprise lui-même », est imparfaite pour des médecins du travail qui n'ont pas à se voir imposer des activités par leur chef⁶⁷. Enfin, les médecins du SGMT évoquent diverses statistiques sur le salaire des « cadres supérieurs » (données des caisses de retraite des cadres, enquête CGC, enquête CGC métallurgie) pour situer leurs revendications salariales⁶⁸.

En assumant les contraintes de la médecine salariée, le SGMT estime se distinguer du SNPMT qui n'aurait de cesse de dénoncer des ingérences administratives inhérentes au salariat. C'est ce que prétend le vice-président du syndicat CGC Pierre Girault, dans une lettre qu'il adresse au syndicat rival à la fin des années 1970. Il y appelle ses confrères à faire preuve de plus de réalisme :

« nous sommes des salariés. Ceci implique, malheureusement, quel que soit notre employeur présent ou futur, certaines contraintes administratives dont il faut tenir compte pour organiser notre indépendance professionnelle. Ou si on estime ces contraintes incompatibles avec notre indépendance, il faut considérer le salariat médical comme inacceptable pour la profession et dénoncer ceux qui font croire à nos confrères jeunes ou moins jeunes que le salariat peut apporter la solution à leurs problèmes.⁶⁹ »

Le vice-président poursuit son courrier en s'opposant également à l'idée de gestion tripartite des services interentreprises, qui ferait porter selon lui trop de responsabilité sur les épaules des médecins du travail. De manière continue jusqu'à aujourd'hui, le SGMT défend en effet l'idée d'une

⁶⁵ SGMT, « Réunion de bureau du 6 juillet 1972 », *Médecine et collectivité*, 1972, n° 9-10, pp. 698–699.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 698.

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ Lettre de Pierre Girault au SNPMT, non daté, cité in SNPMT, « Courrier », *Médecine et Travail*, 1978, n° 96, p. 12.

gouvernance paritaire employeurs-salariés, en précisant plus récemment qu'il devrait s'agir d'« un système de gouvernance paritaire avec présidence alternée »⁷⁰.

Le SGMT se montre beaucoup moins prompt que son homologue à la critique des agissements de certains médecins. Dans sa lettre de 1977, Pierre Girault dénonce ainsi les critiques systématiques que le SNPMT adresse à l'Ordre des médecins, en affirmant qu'elles ne font rien pour améliorer la situation des médecins du travail. Dans un autre document de sa main qui exprime la position du SGMT sur la question de l'indépendance professionnelle, le vice-président se montre favorable à l'idée d'une hiérarchie entre médecins au sein des services : « dès que plusieurs médecins travaillent dans un même service ou établissement on ne peut concevoir un bon fonctionnement sans coordination »⁷¹. Il ajoute que « quel que soit son titre, médecin directeur, médecin chef, médecin coordinateur, ce n'est pas le titre mais la fonction qui compte »⁷².

Si le SGMT accepte l'idée de coordination médicale, c'est notamment parce que ceux qui accèdent à cette fonction peuvent en retirer une reconnaissance symbolique et matérielle supplémentaire. En 1973, dans le compte-rendu d'une réunion de bureau consacrée à la négociation de la convention collective des services interentreprises, le SGMT rappelle ainsi à ses adhérents que l'indice salarial de 1,55 « n'est pas une limite » de la grille des salaires : « l'employeur peut créer des échelons supplémentaires, notamment pour les médecins chargés de responsabilités particulières »⁷³.

Le positionnement particulier prôné par le syndicat, à l'interface entre l'encadrement et la médecine du travail, entre évidemment en congruance avec l'idée de coordination médicale. C'est pourquoi il n'est pas surprenant de découvrir au détour des archives que, comme d'autres membres du SGMT sans doute, le Dr. Carrière, responsable de la région toulousaine⁷⁴, est également médecin coordinateur d'un important service interentreprises⁷⁵. De même, Claude Raffaelli, médecin dans une usine d'amiante et membre actif du SGMT, participe en tant que tel à partir de 1984 au

⁷⁰ SGMT, « Premières réactions à propos de l'avis voté par le Conseil économique et social », *Espace Médecin du travail*, 2008, n° 37, p. 18.

⁷¹ Pierre GIRAULT, « Position et propositions du syndicat général des médecins du travail (CGC) sur l'indépendance des médecins du travail et les mesures à prendre en ce sens - mai 1977 », *Médecine et Travail*, 1978, n° 96, p. 16.

⁷² *Ibid.*, p. 16-17. Dans son commentaire des propositions du SGMT, le SNPMT conteste cette dernière affirmation et dit n'accepter que le titre de coordinateur, et encore, seulement si les pouvoirs de l'employeur « disparaissent » dans le cadre d'une gestion tripartite des services.

⁷³ SGMT, « Réunion de bureau du 6 juillet 1973 », *Médecine et collectivité*, 1973, n° 11-12, p. 74.

⁷⁴ Le bulletin du SGMT évoque le « docteur Carrière, délégué régional » dans le compte-rendu d'une réunion d'information du syndicat à Toulouse le 13 octobre 1973. *Ibid.*, p. 77.

⁷⁵ Au sujet d'une affaire judiciaire qui a débuté en 1975, Charles-Pierre Hitier parle sans le nommer d'un certain Dr. C. : « Responsable régional du syndicat CGC des médecins du travail, C. bénéficiait de ce fait, outre la confiance patronale, de l'appui de la centrale syndicale auquel ce syndicat était attaché ». Charles-Pierre HITIER, « Une histoire exemplaire : l'affaire Garnier-Lafue », *op. cit.*, p. 12.

« Comité permanent amiante », groupe de réflexion subventionné par l'industrie pour promouvoir l'usage « contrôlé » du matériau toxique⁷⁶, ce qui s'apparente d'une certaine manière à une fonction de « médecin conseil » de l'industrie.

Par vocations sensibles aux questions que se posent les autres cadres, les membres du SGMT n'expriment pas de réticence à évoquer les conséquences des questions de santé au travail en termes de production. Ainsi, en 1973, une réunion de bureau est consacrée à transmettre des commentaires sur un projet d'« avis » de la confédération relatif à l'amélioration des conditions de travail. Pensant sans doute retenir ainsi l'attention des cadres, l'un des responsables syndicaux propose d'amender le document en évoquant le cercle vertueux entre santé et production : « le docteur Guitard insiste sur la notion de confort du salarié qui est en liaison directe avec le rendement »⁷⁷. Dans les années 1990, la revue du syndicat publie également un « tableau de bord économique » donnant les indices de la croissance, de l'inflation ou de l'emploi, suggérant implicitement que ces données pourraient être utiles aux médecins du travail dans leur exercice quotidien⁷⁸. Enfin, les publicités insérées dans la revue attestent d'une ouverture au monde économique qu'on ne retrouve pas dans la revue puis le journal du SNPMT/SNPST ; alors que ces dernières publications se financent par des publicités relatives à la médecine ou à la santé au travail, la revue du SGMT ne fait pas appel à des annonceurs médicaux, ouvrant ses pages à des assureurs ou au groupe Total⁷⁹.

De même, loin de n'être consacrées qu'à des sujets médicaux, les publications du SGMT illustrent la dépendance forte du syndicat envers la confédération de cadres. Dans les années 1990 et 2000, la majorité des articles publiés dans la revue traitent de thèmes génériques relatifs à la vie d'un syndicat ou reprennent les positions de la CFE-CGC sur divers sujets. On trouve ainsi des textes sur la nécessité d'aller voter aux élections prud'hommales⁸⁰, le fonctionnement de cette

⁷⁶ Emmanuel HENRY, « Militer pour le statu quo. Le Comité permanent amiante ou l'imposition réussie d'un consensus », *Politix*, 2005, n° 70, pp. 29–50.

⁷⁷ SGMT, « Réunion de bureau du 6 juillet 1973 », *op. cit.*, p. 75.

⁷⁸ La rubrique est illustrée par une photo de cockpit d'avion avec un caducée en filigrane, symbolisant l'imbrication de l'économique et du médical. SGMT, « Tableau de bord économique », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 4, p. 20.

⁷⁹ Le groupe pétrolier dispose de pleines pages dans les numéros 26 (2004) et 28 (2005) de *Espace médecin du travail*. La différence des annonceurs s'explique en partie par la nature de ceux qui les contactent. Ainsi, l'ours de la revue du SGMT apprend que la publicité est assurée par la « régie Cadres » de la CGC ; au contraire, les médecins du SNPMT se chargent pendant longtemps de contacter eux-mêmes des annonceurs strictement médicaux, avant de confier cette tâche à une régie spécialisée dans le domaine de la santé dans les années 2000.

⁸⁰ Bernard SALENGRO, « Editorial », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 6, p. 2.

institution⁸¹, le fonctionnement des Cotorep⁸², les dispositions relatives aux délégués du personnel⁸³, la loi du 20 août 2008 qui modifie les règles de la représentativité des syndicats⁸⁴, mais également la position de la confédération sur la place des femmes cadres⁸⁵ ou la suppression des 35h⁸⁶. Cette large part laissée aux informations électorales et confédérales s'explique par l'un des objectifs affichés du SGMT, qui est de permettre à ses membres d'accéder aux divers mandats ouverts aux confédérations représentatives. Le texte de présentation précise ainsi :

« nous sommes présents (et vous pouvez l'être) dans de nombreuses instances régionales et nationales :

- Conseil d'administration des CPAM et des CRAM, des hôpitaux, IMP COTOREP CAF..

- AGEFIPH.

- Conseil supérieur de Prévention des risques professionnels et ses commissions : information et formation, risques chimiques, biologiques et ambiances physiques, maladies professionnelles, médecine du travail, BTP.

- C.F.E.-C.G.C.

Adhérer au S.G.M.T. pour mettre en commun nos idées, obtenir rapidement un conseil juridique éclairé, être défendus en cas de litiges, être représentés partout où les médecins du travail ont leur mot à dire.⁸⁷ »

Le SGMT apparaît ainsi comme un vivier de médecins syndiqués pouvant représenter la confédération de cadres dans les institutions ayant un lien avec la santé.

Sur l'aptitude, la position du syndicat de cadres est à l'opposé de celle de son homologue. Alors que l'idée d'une suppression de cette procédure se diffuse au sein du SNPMT à partir du début des années 1990, le SGMT proclame son attachement à une pratique qu'il considère juste et protectrice. C'est ce qu'explique l'un des membres du syndicat dans un texte de 2005, où il dénonce « le lobby anti-aptitude a priori du SNPMT ». Pour l'auteur, la décision d'aptitude serait même *in fine* une décision du salarié plutôt que du médecin :

« Revenons cependant sur ce débat un peu curieux : le lobby que nous avons cité nous a expliqué que la décision d'aptitude par le médecin du travail est inacceptable car contraire à la liberté individuelle de chacun. C'était donc

⁸¹ SGMT, « Dossier : tout savoir sur les prud'hommes », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 4, pp. 6–9.

⁸² Robert DELMAS, « COTOREP : un médecin du travail doit y siéger », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 4, pp. 4–5. L'auteur se présente comme représentant du SGMT au Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés et membre de la Cotorep de Paris .

⁸³ SGMT, « Délégués syndicaux et représentation syndicale dans l'entreprise », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 5, p. 12.

⁸⁴ SGMT, « Guide de la loi du 20 août portant sur la rénovation de la démocratie sociale », *Espace Médecin du travail*, 2008, n° 38, pp. 4–25.

⁸⁵ SGMT, « Femmes cadres : vive la parité », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 4, p. 15.

⁸⁶ CFE-CGC, « 35 heures : attention, une erreur économique peut en cacher une autre », *Espace Médecin du travail*, 2004, n° 26, p. 13.

⁸⁷ SGMT, « Syndicat général des médecins du travail », *op. cit.*

absolument affreux... Tous les contentieux l'ont très largement prouvé et le système judiciaire a lui parfaitement compris que le système d'aptitude était protecteur pour le salarié : il doit éviter l'altération de la santé du fait du travail. [...] En fait, compte tenu de l'information fournie et du consentement éclairé du salarié, cette décision d'aptitude est en réalité une décision du salarié ! La traduction de cette fiche d'aptitude étant l'installation d'une surveillance par le médecin du travail tenant compte de cette exposition au risque déterminé !⁸⁸ »

Enfin, comme dans le cas de son homologue, la position du SGMT sur la « pluridisciplinarité » est complexe et fait l'objet de revirements au cours de la période étudiée. À certains moments, le syndicat CGC voit dans le projet de pluridisciplinarité un projet patronal pour affaiblir la médecine du travail, et à d'autres il se réjouit de la multiplicité des compétences réunies. Le SGMT se distingue cependant par la virulence de certaines prises de position contre les non médecins, y compris lorsqu'il prône officiellement l'apaisement entre les personnels des services. En 1972, lors de la négociation de la convention collective, le syndicat s'indigne des manœuvres « démagogiques » du SNPMT qui, en soulevant la question des personnels non médicaux présents dans les services, risquent de retarder l'issue des débats :

« Certaines initiatives d'un autre syndicat risquent de retarder les négociations. Il s'agit d'une lettre à caractère démagogique du Dr. Courteville informant les organisations syndicales ouvrières de la négociation d'une convention collective et insistant sur la nécessité de couvrir le personnel para-médical.

La CFDT a demandé à l'Inspection du travail l'ouverture de négociations pour les salariés des services médicaux du travail à la suite de cette lettre semble-t-il. Il avait été convenu avec les Syndicats d'infirmières et assistantes sociales CGC intéressés d'attendre l'aboutissement des négociations pour les médecins avant d'envisager une action pour les autres catégories.⁸⁹ »

Par la suite, la CFDT parvient effectivement à bloquer la signature de la convention collective. En 1973, le SGMT estime que « cette attitude qui prend en partie prétexte du fait que la convention ne concerne qu'une catégorie de personnel est difficile à justifier »⁹⁰.

Vingt ans plus tard, alors que l'idée de pluridisciplinarité est désormais un projet phare du CISME et du CNPF, un membre du syndicat met en garde ses confrères :

« Ne laissons pas les lobbies patronaux utiliser notre faiblesse numérique pour nous contraindre à céder l'action en milieu de travail à d'improbables auxiliaires qualifiés en santé...⁹¹ »

⁸⁸ Alain CANTON, « L'aptitude médicale : le débat reprend de plus belle », *Espace Médecin du travail*, 2005, n° 29, pp. 8-9.

⁸⁹ SGMT, « Réunion de bureau du 6 juillet 1972 », *op. cit.*, p. 699.

⁹⁰ SGMT, « Réunion de bureau du 6 juillet 1973 », *op. cit.*, p. 74.

⁹¹ Michel KLERLEIN, « Encourager l'accès au concours européen? », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 4, p. 17.

L'année suivante, l'un de ses confrères plaide au contraire pour une institutionnalisation de la pluridisciplinarité, en demandant il est vrai que le médecin garde une position maîtresse dans la nouvelle organisation du travail :

« Le médecin du travail devrait aussi pouvoir être assisté pour les tâches non spécifiques où son niveau de compétence n'est pas indispensable : métrologie, éducation sanitaire, formation, par exemple. La pluridisciplinarité, pour l'appeler par son nom, devrait être institutionnalisée. [...] Il importe cependant que les conditions en soient bien précisées, que les rôles et responsabilités de chacun soient bien définis, que le médecin du travail reste le maître des orientations, et le destinataire de tous les résultats et conclusions des études concernant le milieu de travail. ⁹² »

Les contradictions du syndicat apparaissent à leur paroxysme dans l'année 2004. Alors que la réforme de la santé au travail a instauré une « obligation de pluridisciplinarité », le président du SGMT Bernard Salengro accuse les universitaires en médecine du travail de dévoyer la médecine du travail par les « expérimentations » qu'ils parrainent dans les services. Sur un ton agressif, il dénonce

« cette construction savante qui amène une situation où le plus compétent et le plus indépendant (le médecin du travail) est paralysé tandis que l'acteur sans aucune compétence et directement dépendant de l'employeur (l'IPRP) aura toute latitude et tout moyen de visiter et d'expertiser les lieux de travail. Celui-ci avec force moyens et attirail pour épater le badaud, pourra conclure que si vous êtes sourd, c'est que vous écoutez de la musique trop fort ! mais certainement pas parce que votre machine fait du bruit. Vous avez dit indépendance ! ⁹³ »

Dans le même numéro, Claude Raffaelli ne se montre pas plus tendre avec les intervenants pluridisciplinaires :

« Refusons donc la prévention en santé au travail qui nous échappe, morcelée ou diluée par des intervenants "tous azimuts" qui ne verront au mieux qu'à nous instrumentaliser, au pire nous oublier, alors que la responsabilité que nous avons est avant tout individualisée, personnalisée. On ne pourra pas se réfugier dans un flou collectif d'actions "pluridisciplinarisées" si nous manquons à nos missions par interventions inappropriées de compétences nous échappant. ⁹⁴ »

Cependant, le numéro suivant de la revue, qui paraît quelques mois plus tard, opère un revirement complet sur ce thème. Le vice-président Henri Kirstetter annonce avec enthousiasme une « modernisation des statuts » par laquelle le syndicat s'ouvre désormais à l'ensemble des

⁹² Jacques DELBEY, « Le médecin du travail et la petite entreprise », *Espace Médecin du travail*, 1998, n° 8, p. 10.

⁹³ Bernard SALENGRO, « Le démantèlement annoncé de la prévention », *Espace Médecin du travail*, 2004, n° 23, p. 3.

⁹⁴ Claude RAFFAELLI, « L'in vraisemblable piège de la responsabilité du médecin du travail », *Espace Médecin du travail*, 2004, n° 23, p. 6.

personnels des services de santé au travail : « c'est fait ! »⁹⁵. Les statuts sont modifiés lors de l'assemblée générale du 10 janvier 2004. Le vice-président justifie cette ouverture par un souci de « pragmatisme et d'efficacité » :

« Après réflexion et discussion tant au niveau du bureau que lors de l'Assemblée générale, notre syndicat propose de mettre son expérience à la disposition de tous les professionnels de la santé au travail afin de mieux organiser leur défense professionnelle et d'être un lieu de réflexions, de débats pour les évolutions futures. [...] Il est ainsi constitué un Syndicat Général des Médecins du Travail et des Professionnels des Services de Santé au Travail qui a pour but l'étude et la défense des intérêts moraux, économiques et sociaux de l'ensemble des personnels des services de santé au travail. [...] Cette modernisation de nos statuts est engagée pour coller à la réalité de l'évolution des services de santé au travail dans un souci de pragmatisme et d'efficacité ! En effet, les services de santé au travail auront à organiser les modalités de collaboration entre les divers acteurs. Cette collaboration permettra aux médecins du travail de s'enrichir de compétences d'autres professionnels, ingénieurs, hygiénistes, ergonomes, psychologues, infirmières, assistantes sociales, etc.⁹⁶ »

Cependant, contrairement au syndicat rival, le SGMT ne modifie pas son sigle. Jusqu'à aujourd'hui, l'ours de *Espace Médecin du travail* continue de préciser qu'il s'agit de la « revue trimestrielle du syndicat général des médecins du travail "SGMT" ». Par ailleurs, Henri Kirstetter rassure ses confrères sur le fait que cette ouverture n'entraînera pas une dilution, du fait d'une partition en deux « sections » :

« Afin de préserver les spécificités des groupes professionnels des SST, ce syndicat comprend deux sections :

- la SGMT : la Section Générale des Médecins du Travail,
- la SPSST : la Section des Professionnels des Services de Santé au Travail.⁹⁷ »

Cette ouverture du syndicat à d'autres professions ne semble pas avoir dépassé le stade de la déclaration d'intention. Il peut sembler étrange pour une organisation de cadres de prétendre représenter des non-cadres, dont on voit mal l'intérêt à adhérer. Cette ouverture a sans doute été en partie motivée par un souci stratégique de faire bonne figure face au syndicat concurrent afin de ne pas pouvoir être taxé de corporatisme, ainsi que par la volonté d'affirmer la représentation de tous les personnels lors des négociations sur la convention collective. Si les cotisations demandées aux non-médecins sont plus faibles que celles dont doivent s'acquitter les praticiens (respectivement 144 et 218 euros en 2007), les bulletins d'adhésion du SGMT précisent que « la différence de cotisation est due au fait que les non-médecins n'appartiennent pas à l'Union Nationale des Médecins Salariés

⁹⁵ Henri KIRSTETTER, « Modernisation des statuts », *Espace Médecin du travail*, 2004, n° 24, p. 4.

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ *Ibid.*

et Membres des Professions Médicales »⁹⁸, et non à une progressivité en fonction des revenus. Enfin, les responsables du syndicat continuent de prendre des positions peu susceptibles de favoriser l'adhésion des personnels para-médicaux, à l'instar de Bernard Salengro qui déclare en 2010 dans un *chat* sur *Lemonde.fr* :

« Une infirmière est comme un "Canada Dry" : avec toute la gentillesse et la compétence qu'elle peut avoir, elle n'est pas formée au diagnostic. C'est donc tromper les patients que de leur faire passer une visite avec une infirmière. Une infirmière peut aider un médecin, elle ne peut pas le remplacer.⁹⁹ »

2. Bernard Salengro, ressource médicale pour la confédération de cadres

J'ai rencontré Bernard Salengro un soir de janvier 2008. Il m'a donné rendez-vous à son bureau, situé au siège de la CFE-CGC près de la gare Saint-Lazare, à Paris. Sur les murs sont accrochés une carte de l'Europe et un stéthoscope, symboles des deux mandats qui sont les siens au sein de la confédération : questions européennes et santé au travail. Le médecin me demande de bien vouloir attendre une heure avant que nous discussions autour d'un repas, le temps pour lui de terminer un document sur la médecine du travail qu'il doit présenter au Conseil économique et social le lendemain matin.

Né en 1947, cet ancien médecin des mines¹⁰⁰ exerce actuellement à temps partiel dans un service interentreprises de Nice spécialisé dans les métiers du bâtiment et des travaux publics. Il m'explique que sa femme est également médecin du travail dans le service autonome d'une usine chimique. Salengro devient membre du pôle « Santé » de la CFE-CGC dans les années 1980¹⁰¹ puis prend la présidence du SGMT dans les années 1990.

Ayant suivi des formations de psychologie et de psychiatrie, « marqué par la sociométrie » (qu'il présente comme une discipline cherchant à mesurer objectivement la qualité des relations dans un groupe d'individus), Bernard Salengro raconte qu'il a abordé un haut responsable de la confédération au milieu des années 1990 en lui suggérant qu'il serait judicieux de s'investir davantage dans la thématique du stress. Cette proposition est acceptée et lui vaut sa promotion en

⁹⁸ SGMT, « Bulletin d'adhésion », *Espace Médecin du travail*, 2007, n° 33, p. 12.

⁹⁹ Olivier BIFFAUD et Bertrand BISSUEL, « « On revient à la médecine du travail instituée par Pétain ». Chat avec Bernard Salengro », *Lemonde.fr*, 16 septembre 2009.

¹⁰⁰ Cf. également le portrait que lui consacrent Corinne DELMAS, « L'articulation de savoirs experts et profanes dans l'émergence de la thématique du malaise des cadres », *communication au congrès de l'Association belge de science politique - Communauté française*, 2008, p. 8., ainsi que Benoît HOPQUIN, « Cadres : la comédie du bonheur », *Le Monde*, 17 septembre 2008.

¹⁰¹ Corinne DELMAS, « L'articulation de savoirs experts et profanes dans l'émergence de la thématique du malaise des cadres », *op. cit.*, p. 8.

1997 au poste de secrétaire national de la confédération en charge de la santé au travail. La lutte contre le « stress des cadres » devient alors son cheval de bataille.

L'investissement de cette thématique rencontre un indéniable succès, si l'on en juge par la couverture médiatique offerte par la suite aux actions de la CFE-CGC sur ce terrain. Salengro lance des appels à témoignages à la fin des années 1990 et crée en 2000 un Observatoire du stress. Celui-ci prend appui sur un institut de sondages par internet pour établir un « baromètre du stress » annuel, dont les résultats sont largement repris par la presse. Interrogé récemment dans *Le Monde*, le médecin fait le récit rétrospectif de la découverte d'un mal occulté :

« Moi, je venais du milieu du bâtiment, raconte-t-il. C'était un milieu dur mais où jouaient les solidarités, l'esprit d'équipe, le sentiment du travail accompli. Il n'y avait pas de suicide. Je ne comprenais pas de quoi se plaignaient ces gars sapés comme des milords, les pieds dans la moquette épaisse, avec le siège inclinable, le chaud et le froid comme ils voulaient. Mais, en les écoutant, je sentais monter une souffrance psychique, un besoin d'écoute.¹⁰² »

Salengro s'intéresse aux études du Bureau international du travail et aux travaux de Heinz Leymann qui a réalisé une enquête en Suède sur la question du « mobbing »¹⁰³, terme que le médecin traduit par « harcèlement ». En 2005 et 2007, il rédige deux livres sur le stress des cadres, fondés sur un corpus théorique hétéroclite et les matériaux réunis par l'Observatoire du stress¹⁰⁴. Lors de notre rencontre, le médecin me raconte également plusieurs histoires de salariés victimes de pratiques de mauvais management ou de harcèlement qu'il a recueillies lors de ses consultations de médecine du travail. Outre la question de la souffrance évitable des cadres, Salengro n'hésite pas non plus à souligner l'intérêt économique que peuvent avoir les employeurs et les managers à réduire le stress des cadres. C'est ce qu'il explique à des sénateurs lors d'une audition :

« Bernard Salengro a confirmé que les salariés travaillent bien lorsqu'ils sont heureux dans leur travail et a souhaité que la formation des managers tienne compte de cette réalité.¹⁰⁵ »

Si cette action est principalement réalisée au niveau confédéral, le président du SGMT partage les résultats de ses travaux avec ses confrères médecins du travail en participant à la rédaction de plusieurs numéros de la revue syndicale consacrés au harcèlement¹⁰⁶. C'est cependant dans la

¹⁰² Benoît HOPQUIN, « Cadres : la comédie du bonheur », *op. cit.*

¹⁰³ Heinz LEYMANN, *Mobbing. La persécution au travail*, Paris, Seuil, 1996.

¹⁰⁴ Bernard SALENGRO, *Le stress des cadres*, Paris, L'Harmattan, 2005 ; Bernard SALENGRO, *Le management par la manipulation mentale*, Paris, L'Harmattan, 2007.

¹⁰⁵ Gérard DÉRIOT, « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales par la mission d'information sur le mal-être au travail », *Tome II Auditions - Sénat*, 2010, p. 10.

¹⁰⁶ Par exemple Bernard SALENGRO, « Editorial », *Espace Médecin du travail*, 2004, n° 23, p. 4 ; Bernard SALENGRO, « Le harcèlement », *Espace Médecin du travail*, 2004, n° 25, pp. 7-10.

deuxième moitié des années 2000 que Salengro recentre son activité syndicale autour des problématiques du SGMT. Il se fait notamment remarquer par la dénonciation du détournement de l'argent de la médecine du travail par le patronat, conséquence selon lui de la gestion patronale des services. Ceci lui vaut l'hostilité du CISME. La presse donne un large écho à ces accusations formulées sur un ton polémique : « on revient à la médecine du travail instituée par Pétain », « on va organiser la lutte antidrogue en la confiant aux dealers », « on imagine que la direction du poulailler par le renard n'est pas une grande garantie »¹⁰⁷. Lors de notre rencontre, le médecin m'explique qu'il a voulu « profiter de la fenêtre offerte par la possibilité d'une réforme de la santé au travail pour poser un problème structurel »¹⁰⁸.

Bernard Salengro ajoute qu'il reproche au CISME de prétendre dire le droit ou les bonnes pratiques, comme s'il était investi d'une autorité sur la médecine du travail. Suite à ses déclarations sur les détournements d'argent en novembre 2007, l'organisation patronale publie un communiqué dénonçant une émission de radio¹⁰⁹ qui serait

« le fruit de l'écoute complaisante de représentants d'une organisation syndicale (et d'une seule), apparemment animés plus par leur soif de revanche à la suite des échecs judiciaires qu'ils ont essuyés dans certains des services cités, que par le souci de contribuer à une information sincère et complète sur la situation réelle des services interentreprises de santé au travail.¹¹⁰ »

Le ministre du travail Xavier Bertrand annonce alors qu'il lance une enquête sur le financement de la médecine du travail. Quelques semaines plus tard, dans une lettre au ministre, le délégué général et le président du CISME contestent toute irrégularité et réitèrent leurs accusations voilées contre le SGMT, organisation syndicale qui aurait « subi de cuisants revers à la suite de procédures judiciaires sur un sujet particulièrement sensible : celui du secret médical »¹¹¹. L'allusion renvoie à un contentieux à Toulon qui oppose des médecins à la direction du service.

La position récente du SGMT sur la gouvernance des services est intimement liée au parcours et aux idées de son président. En 2000, sa première mission d'envergure en tant que secrétaire national de la CFE-CGC en fait le négociateur de la confédération pour l'accord « santé et sécurité au travail » du projet de « refondation sociale » porté par le Medef. Comme le note Corinne Delmas,

¹⁰⁷ Olivier BIFFAUD et Bertrand BISSUEL, « « On revient à la médecine du travail instituée par Pétain ». Chat avec Bernard Salengro », *op. cit.* Cf. également David SERVENAY, « Médecine du travail : une réforme contre les abus du Medef », *Rue89*, février 2008.

¹⁰⁸ Entretien avec Bernard Salengro, janvier 2008.

¹⁰⁹ Benoît COLLOMBAT, « Reporters », *France Inter*, 7 novembre 2007.

¹¹⁰ CISME, « Communiqué de presse », 7 novembre 2007 (site internet du CISME).

¹¹¹ Lettre de Gabriel Paillereau et Jacques Texier à Xavier Bertrand, 28 novembre 2007 (site internet du CISME).

« l'accord, qu'il signe avec la CFDT et la CFTC, prévoit une présidence alternée de l'Institut national de la Recherche et de Sécurité (INRS) entre représentants des salariés et des employeurs. B. Salengro est le premier représentant des salariés à accéder à cette présidence en 2001. »

C'est probablement suite à ce mandat de président de l'INRS, institution dédiée à l'appui technique de la Caisse nationale d'assurance-maladie, que Salengro développe sa conviction qu'une gouvernance paritaire à présidence tournante de ce type serait souhaitable pour les services de santé au travail, et en fait une revendication du SGMT. L'idée de placer les services sous la tutelle de l'Assurance-maladie, par exemple au niveau des Caisses régionales, est également mise en avant par le syndicat. Bernard Salengro m'assure de sa « foi entière dans le paritarisme » et le « contradictoire social ». Lors d'une audition parlementaire, il développe sa conception du contradictoire :

« Pour notre part, nous réclamons un système de médecine du travail où le contradictoire garantirait l'indispensable visibilité et la transparence. Le "contradictoire" est une notion de droit qui doit s'appliquer également au social : sans ce "contradictoire social" garantissant l'équilibre entre les employeurs et les salariés, les premiers apportant leur investissement, les seconds leur peau, aucun contrôle sérieux ne sera possible. ¹¹² »

Pour le président, seul le paritarisme peut garantir l'indépendance médicale. Celle-ci doit être définie comme un équilibre des pressions plutôt qu'une absence de pressions :

« L'autonomie ne peut donc se concevoir que dans l'enceinte de la sécurité sociale, dans des conditions à définir par les juristes. Vous nous avez demandé une réaction sur l'évaluation contradictoire. Pour moi, l'indépendance en tant que telle n'existe pas. C'est une notion purement virtuelle, une "parole verbale". L'indépendance n'existe que dans l'équilibre des pressions. J'adhère donc pleinement au concept de l'évaluation contradictoire, malgré toutes les difficultés qu'il pose ; mais tout comme la démocratie, c'est le moins pire des systèmes. ¹¹³ »

L'équivalence entre les positions développées par Salengro en entretien, les revendications du SGMT et celles de la CFE-CGC dans les années 2000 est parfaite. Elle illustre le rôle central du médecin dans le syndicat qu'il préside, dont il est le théoricien principal voire exclusif, ainsi que l'écoute dont jouit le SGMT au niveau de la confédération, pour laquelle il constitue une ressource de première importance sur toutes les questions relatives aux conditions de travail.

III. La défense de l'indépendance par l'action en justice

L'action en justice est une composante classique du répertoire d'action syndical. Si le SNPMT comme le SGMT en font usage sur la période étudiée, elle n'occupe pas la même place dans les

¹¹² Bernard Salengro, cité in Jean LE GARREC, « Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante », *op. cit.*, p. 275.

¹¹³ *Ibid.*, p. 283.

stratégies respectives de chaque syndicat. Le syndicat CGC est d'abord préoccupé par la question de la responsabilité civile des médecins du travail ; il est en cela comparable à d'autres syndicats médicaux qui s'inquiètent d'une possible judiciarisation « à l'américaine » de la médecine en France. En 1998, le SGMT annonce d'ailleurs qu'il ne traitera plus lui-même la plupart des contentieux impliquant ses adhérents, préférant en laisser la charge aux juristes des assurances spécialisées dont la majorité des médecins du travail sont membres :

« L'expérience nous a montré que notre système de défense juridique n'apportait pas toujours la compétence nécessaire malgré un coût élevé et pouvait donner à nos adhérents une protection sans rapport avec les risques encourus. C'est pourquoi nous avons décidé de réorienter notre action en matière juridique par une meilleure coopération avec les assurances médicales [...]»¹¹⁴ »

Malgré ce renoncement affiché, le SGMT s'engage sur la question du secret médical dans les années 2000, par des plaintes pénales déposées par ses adhérents ainsi que la constitution du syndicat en tant que partie civile. L'activité contentieuse du SGMT apparaît néanmoins globalement limitée sur la période étudiée¹¹⁵

L'action en justice est au contraire au cœur de la stratégie syndicale du SNPMT. Elle est une suite logique des conceptions de Charles-Pierre Hitier, sous le mandat duquel le service contentieux connaît un développement sans précédent. Selon le secrétaire général, les employeurs n'hésitent pas à saisir les moyens les plus subtils pour faire entrer de force la raison productive dans les arbitrages du médecin ; il faut en conséquence que ce dernier se dote de toutes les défenses existantes s'il entend faire primer le point de vue de la santé. La défense par le syndicat en est un. Pour Charles-Pierre Hitier, il n'est pas suffisant de s'appuyer sur des assurances médicales pour les contentieux impliquant les médecins. En effet, celles-ci sont par constitution prisonnières d'une logique de responsabilité civile. Le secrétaire général estime par conséquent qu'elles peuvent ne pas être disposées à mener les combats au long cours nécessaires pour garantir l'indépendance professionnelle, dont la défense sort de leurs attributions :

« Seul un syndicat spécialisé ayant lui-même recours à des avocats spécialisés peut faire face aux manœuvres d'un patronat lui-même conseillé par des avocats spécialisés. L'adhésion du médecin du travail à une assurance défense et recours est nécessaire mais n'est pas suffisante. Il serait imprudent de laisser les juristes de ces

¹¹⁴ Présentation par le SGMT de l'article du juriste du « Sou médical » Germain DECROIX, « Responsabilité professionnelle et défense juridique du médecin salarié », *Espace Médecin du travail*, 1998, n° 8, p. 11.

¹¹⁵ Les publications du syndicat ne mentionnent que le nombre restreint d'affaires qui sont évoquées plus bas. Je n'ai malheureusement pas eu la possibilité d'accéder aux archives contentieuses du SGMT afin de vérifier l'existence d'autres litiges dans lesquels le syndicat serait intervenu ; cependant, tout pousse à croire qu'il n'y a pas eu d'autres affaires significatives sur la période étudiée.

assurances diriger des actions si particulières d'autant que certaines assurances peuvent être tentées de les écourter pour limiter leurs frais. Or l'exemple de Garnier et Lafue¹¹⁶ démontre qu'il ne faut pas "s'arrêter au milieu du gué".¹¹⁷ »

Les archives du contentieux du SNPMT/SNPST depuis les années 1970 représentent plus de cinquante boîtes d'archives, auxquelles j'ai pu avoir accès. L'étude des riches dossiers qui s'y trouvent montre que la conception de l'indépendance professionnelle du syndicat se nourrit des litiges impliquant ses adhérents. Certaines affaires sont en effet révélatrices des difficultés que rencontrent les praticiens qui prétendent définir eux-mêmes leur conception de l'activité légitime en médecine du travail, en faisant fi des conceptions localement dominantes portées par l'entourage social, institutionnel et règlementaire. Par ailleurs, l'appui du SNPMT aux procédures contentieuses exacerbe la conflictualité entre le médecin et son entourage, notamment l'employeur ou la directeur du service, ce qui rend visibles les liens de subordination et vient ainsi renforcer en retour les conceptions du syndicat. Pour toutes ces raisons, il m'a semblé utile de présenter ici certaines affaires emblématiques de la problématique de l'indépendance professionnelle, qui permettent de comprendre comment s'est élaborée la ligne syndicale au fil du temps.

Encadré 5-1. Les dossiers de contentieux du SNPMT/SNPST.

Qu'ils soient épais de quelques feuillets ou de plusieurs milliers de pages, les dossiers archivés au siège du syndicat obéissent tous à la même logique de composition. Ils s'ouvrent sur la première lettre envoyée par un médecin à un responsable syndical, évoquant un problème ou un litige, et se terminent soit lorsque l'une des parties, ou les deux, décide d'interrompre la correspondance, soit lorsque la décision judiciaire finale a été rendue. Entre ces deux bornes, la nature des documents peut être très diverse : lettres principalement, mais également documents d'entreprise, conclusions d'avocats, décisions de justice, tracts syndicaux ou articles de presse. Les responsables syndicaux demandent généralement aux médecins de leur faire parvenir des documents permettant de renseigner les modalités de leur exercice passé ou présent, ce qui donne un aperçu précieux des interactions et micro-décisions qui forment la trame de l'exercice de la médecine du travail. C'est ainsi que l'on trouve des certificats médicaux, des plannings, des procès-verbaux de Comité d'hygiène et de sécurité ou de Comité d'entreprise, ainsi que des lettres échangées entre les médecins et les directions d'entreprise ou de service, les syndicats de salariés, la tutelle publique ou encore les responsables des différents échelons du Conseil de l'Ordre.

Lire les dossiers de contentieux, c'est refaire le travail de détective des responsables syndicaux et des avocats qui essaient de voir ce qui se passe dans tel service et comment tel médecin oriente son exercice. Il y a

¹¹⁶ Le cas de ces deux médecins, licenciés abusivement, est décrit plus bas.

¹¹⁷ Charles-Pierre HITIER, « Une histoire exemplaire : l'affaire Garnier-Lafue », *op. cit.*, p. 13.

immanquablement des zones d'ombre, quand bien même le médecin a transmis l'intégralité de sa correspondance professionnelle, comme c'est parfois le cas. Souvent un document donne la clé qui manquait pour l'interprétation de tel autre, daté de plusieurs mois ou années auparavant. Pour le chercheur, la distance historique joue également un rôle supplémentaire dans la création de zones d'ombres. Certains dossiers sont inachevés ; d'autres incluent des césures temporelles inexplicables, le dialogue reprenant comme si rien n'était après des années de silence épistolaire. Dans quatre cas, il m'a été possible de rencontrer les médecins qui ont demandé l'aide judiciaire du syndicat. Certains récits ont ainsi gagné en cohérence et en précision. Cependant, dans la plupart des cas les documents écrits restent plus fiables que la mémoire ; il m'est apparu que cette dernière aide surtout à cimenter entre elles des pièces discontinues.

Les affaires couvrent uniformément les quatre décennies étudiées dans ce travail. La diversité des situations décrites est frappante. Les médecins qui en sont les acteurs sont des femmes et des hommes, de tous âges (avec une relative sur-représentation des jeunes cependant), exerçant dans des services autonomes ou interentreprises dans toutes les régions de France (métropole et outre-mer), adhérents ou non du syndicat au début de leur procédure. Toutes les affaires exposées ne sont pas allées jusqu'au tribunal ; parfois la perspective d'un procès suffit à décourager l'une ou l'autre des parties (généralement le médecin) d'aller plus loin dans le conflit. Le judiciaire est d'abord un horizon des échanges épistolaires consignés dans les dossiers, avant d'être une réalité vécue.

1. *La lutte contre la subordination salariale*

Le statut de salarié est constitutivement lié à la possibilité de certaines sanctions, qui fondent et règlent le lien de subordination avec l'employeur : avertissements, mises à pied disciplinaires et licenciement. La description juridique de la fonction de médecin du travail n'interdit pas à l'employeur de faire usage de ces instruments ; seule la possibilité du licenciement est conditionnée à l'accord d'une institution tierce¹¹⁸. Depuis les années 1970, le SNPMT a été impliqué dans de nombreuses affaires où l'un ou plusieurs de ces instruments de subordination ont été employés, aboutissant dans plusieurs cas au licenciement du praticien. Les archives du contentieux montrent que le syndicat s'est toujours fermement opposé à ces sanctions. Plus que leur utilisation abusive, il en a contesté le principe même, bien que l'argumentation déployée dans les tribunaux ait dû se plier par nécessité juridique à la première forme de contestation.

L'affaire emblématique à ce titre est celle d'Albert Garnier et Gilbert Lafue, licenciés en 1975 d'un service interentreprises de la région toulousaine. Avec certains confrères, les deux médecins se permettent de critiquer le projet du nouveau médecin chef d'affecter une part substantielle du budget

¹¹⁸ Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

du service à la réalisation systématique d'examens complémentaires sans lien avec le travail¹¹⁹. Les praticiens estiment en effet que ce choix, pensé principalement pour les cadres, nuira à la surveillance des ouvriers des chantiers de montagne, qui sont pourtant exposés à des risques professionnels majeurs. Dans un livre autobiographique publié bien plus tard, Albert Garnier montre bien qu'une bonne partie de son effectif de l'époque est constitué d'ouvriers travaillant à la construction de barrages dans les Pyrénées dans des conditions de travail effroyables (silicose, explosions accidentelles...)¹²⁰. Or, le médecin-chef n'a pas apprécié ces critiques, procédant à une mutation-sanction de certains des médecins contestataires sur des secteurs éloignés de leur domicile et obtenant le licenciement de Garnier et Lafue¹²¹.

Le contentieux se noue cependant autour d'une question de forme plutôt que de fond : le recours à la commission de contrôle a-t-il été fait dans les règles ? Celle-ci a en effet été convoquée le 30 juin 1975. Les deux médecins y comparaissent accompagnés d'un avocat et de Charles-Pierre Hitier. À l'issue du vote, le licenciement est prononcé à l'issue, alors que seule a été obtenue la majorité des membres présents, et non la majorité des membres de droit comme le prévoient les textes. L'Inspecteur du travail refuse de cautionner le licenciement mais rien n'y fait : les deux médecins ne reçoivent plus de salaire et sont interdits d'accès au service.

Commence alors un marathon judiciaire de quatorze ans avant que le caractère abusif du licenciement ne soit reconnu. Après un premier échec devant les juridictions prud'hommales, les médecins portent plainte au pénal avec l'aide de l'inspecteur du travail. Fait remarquable, l'affaire pénale monte à trois reprises jusqu'à la Cour de cassation avant que l'interprétation favorable aux médecins ne soit définitivement retenue. Suspendue par le pénal, la procédure aux prud'hommes reprend alors son cours et conclut en 1988 au caractère abusif du licenciement des deux médecins. La réintégration de Garnier et Lafue n'est alors plus possible, du fait du temps écoulé¹²². Après une

¹¹⁹ Je me base sur un entretien avec Gilbert Lafue en avril 2009, ainsi que sur Charles-Pierre HITIER, « Une histoire exemplaire : l'affaire Garnier-Lafue », *op. cit.*; Albert GARNIER, *Il est déjà si tard !*, Paris, L'Harmattan, 2003. L'affaire Garnier-Lafue est également évoquée par Olivier TARGOWLA, *Les médecins aux mains sales : la médecine du travail*, *op. cit.*, p. 135-138.

¹²⁰ Albert GARNIER, *Il est déjà si tard !*, *op. cit.* On se reportera en particulier à la deuxième partie du livre, « J'étais médecin avec les perceurs de rocher » (p. 75-180).

¹²¹ L'opposition entre le médecin-chef et les deux médecins du travail contient en germe celle du SGMT et du SNPMT. Le Dr. Carrière est en effet membre du premier syndicat, alors que Garnier et Lafue se tournent vers le second pour assurer leur défense. On remarquera également que l'affaire débute par le projet du médecin du SGMT d'offrir une prestation de médecine du travail spécialement conçue pour les cadres.

¹²² Pour Albert Garnier, la longueur du procès est en grande partie imputable à la fascination des juges pour l'avocat du service interentreprises : « ce notable du barreau jouissait visiblement de toute la déférence et de l'admiration des divers juges qui intervenaient ; la partie était inégale ; et pourtant, mais bien tardivement, la raison a fini par l'emporter ainsi que le droit, trop tard en tout cas pour que nous puissions en bénéficier valablement et que nous

longue période de chômage au cours de laquelle le SNPMT et la CFDT (dont il est également membre) lui versent un soutien financier régulier, Gilbert Lafue s'est en effet reconverti dans la médecine générale. Quant à son confrère, il est devenu médecin de l'assurance-maladie. Acte ultime du feuilleton judiciaire, Lafue décide au début des années 1990 d'attaquer la France devant la Commission européenne des droits de l'homme pour cause de longueur abusive de procédure, et gagne, empochant des dommages et intérêts qui lui permettent de rembourser l'aide apportée pendant des années par les deux syndicats.

L'affaire Garnier-Lafue bénéficie d'une couverture médiatique considérable¹²³. Elle est également commentée abondamment au sein du SNPMT ; ceci explique qu'elle soit l'une des rares affaires de cette époque dont la mémoire est encore vivante au sein du syndicat aujourd'hui. Grâce à sa dénonciation des termes flous qui régissent le fonctionnement des commissions de contrôle, le SNPMT est consulté pour l'élaboration du décret du 20 mars 1979¹²⁴. D'autres affaires survenues depuis, et jusqu'en 2009, ont confirmé le SNPMT dans sa conviction que la commission de contrôle est une instance trop faible pour pouvoir contrôler le licenciement d'un médecin du travail¹²⁵.

Sans aller jusqu'au licenciement, les directions de service ne se privent pas, quand cela leur semble nécessaire, de rappeler au médecin la réalité de sa subordination. On se souvient du cas, évoqué précédemment, du médecin de service interentreprises Bernard M., qui provoque le

obtenions une réparation acceptable ». Albert GARNIER, *Il est déjà si tard !*, op. cit., p. 212.

¹²³ « Nouvelles menaces sur la médecine du travail », *La Dépêche*, avril 1975 ; L. AIGOUY, « Deux praticiens licenciés demandent des conditions d'exercice respectant leur liberté », *Le Monde*, 23 septembre 1975 ; F. DUPUIS, « La fièvre monte à Toulouse », *Le Nouvel Observateur*, 20 octobre 1975. Albert Garnier raconte cette attention médiatique dans ses mémoires : « ainsi, dans la souffrance et l'angoisse des audiences répétées, souvent reportées, différées, dans l'inconfort financier et la précarité de ma situation, le procès m'a permis d'acquérir une connaissance un peu plus lucide de la Justice en France. Ces 14 années ont été pour nous l'occasion de terribles moments de stress, de "vagues d'adrénaline", mais elles ont aussi déclenché des manifestations de solidarité émouvantes. Un tel procès devient un sujet pour la presse : quotidiens locaux et nationaux, hebdomadaires, revues de droit, de médecine même, nous contactaient, lançaient des enquêtes contradictoires, des entrevues : c'était "l'affaire des médecins du travail de Toulouse" ». Albert GARNIER, *Il est déjà si tard !*, op. cit., p. 211.

¹²⁴ Cf. annexe 2.

¹²⁵ Par exemple, Florence D., médecin dans un service interentreprises du sud de la France reçoit le 23 décembre 2008 une convocation à un entretien préalable au licenciement qui doit avoir lieu le 31 décembre suivant. Elle s'indigne dans sa réponse du choix de la date, qui lui rend très difficile d'organiser sa défense. Le licenciement est confirmé par la commission de contrôle. Cependant la praticienne refuse son renvoi et se fait arrêter par son médecin traitant, en ayant d'abord pris soin d'enfermer son ordinateur de bureau dans une armoire fermée à clé. Contactée pour donner son approbation, l'inspectrice du travail effectue une enquête. Ses conclusions dévoilent diverses manipulations de la part de la direction du service, qui a fait voter la commission de contrôle après lui avoir présenté une pétition signée par des secrétaires se plaignant du médecin. Pour l'inspectrice du travail, « cette pétition n'a été ni rédigée ni tapée par un des signataires mais [...] elle a été présentée au retour de congés début janvier 2009 par la directrice du [service] aux différents signataires. Compte tenu du lien de subordination entre les signataires salariés et la représentante de la direction, ce document ne peut être retenu comme résultant du libre consentement des signataires et ne vaut pas preuve de cette mauvaise entente. ». Dans la mesure où la commission de contrôle s'est décidée sur des informations erronées, l'inspectrice du travail annule le licenciement (archives SNPST)

courroux de son employeur parce qu'il opère un tri entre les visites médicales. Archivée au siège du SNPST qui l'assiste dans ce contentieux, la lettre que lui adresse le directeur ne diffère en rien de celle que pourrait recevoir un salarié ne bénéficiant pas de « statut protecteur » :

« L'insubordination et la contestation permanente dont vous faites régulièrement preuve, depuis plusieurs mois, à l'égard des décisions prises par votre hiérarchie ne sauraient être davantage tolérées. [...] Votre statut de salarié et le lien de subordination qui en découle vous imposent de vous conformer aux directives qui vous sont données et de ne prendre aucune initiative qui ne relève pas directement de votre compétence.¹²⁶ »

La direction d'un service interentreprises peut également si elle le souhaite prononcer une mise à pied disciplinaire contre un médecin du travail, ce qui ne nécessite aucune validation par une instance tierce. Le bulletin du CISME conseille d'ailleurs ses adhérents sur la manière de prononcer ce type de sanction à l'égard du personnel des services en se conformant aux dernières jurisprudences¹²⁷. Les archives contentieuses du SNPMT permettent de documenter plusieurs cas où l'employeur a prononcé une mise à pied contre un médecin. C'est le cas de Christiane R., médecin de service autonome qui, après avoir déjà réussi à faire annuler une tentative de licenciement en 1983 (l'employeur prétendait qu'elle était en période d'essai), est convoquée le 13 mars 1987 à un entretien préalable à mesure disciplinaire¹²⁸. La direction lui reproche officiellement d'avoir changé ses horaires de travail sans l'avoir consultée. Le responsable des affaires sociales prononce finalement une mise à pied de trois jours à l'encontre du médecin, ajoutant : « vous vous êtes mise volontairement et délibérément dans une situation d'insubordination à l'égard de votre employeur »¹²⁹. La menace du licenciement est clairement agitée : « nous vous signifions par la présente que ceci constitue le premier mais le dernier avertissement par rapport à des faits similaires qui pourraient intervenir à l'avenir suite à vos négligences »¹³⁰.

Le licenciement est également une éventualité pour les personnels non médicaux employés par les services. L'un des combats du SNPST est, on l'a vu, de demander un véritable statut protecteur pour les intervenants « pluridisciplinaires » recrutés suite à la réforme de la santé au travail. La manifestation la plus claire de cet engagement est l'assistance apportée par le syndicat à un ergonome, Benoît B. Recruté en 2007 par un service interentreprises, il est convoqué en 2009 à un entretien préalable au licenciement au cours duquel le président lui signifie qu'il considère que le

¹²⁶ Lettre du président du service interentreprises à Bernard M., 3 janvier 2005 (archives SNPST).

¹²⁷ Constance PASCREAU, « Mise à pied disciplinaire et dispositions obligatoires dans le règlement intérieur », *Informations mensuelles CISME*, 2010, n° 59, pp. 8–9.

¹²⁸ Lettre de Christiane R. à Edmond Ravier, 13 mars 1987 (archives SNPST).

¹²⁹ Lettre du responsable des affaires sociales à Christiane R., 2 avril 1987 (archives SNPST).

¹³⁰ *Ibid.*

nombre d'interventions réalisées est très faible au vu du nombre d'entreprises adhérentes. Lorsque l'ergonome « demande au président combien il attendrait d'interventions en un an de la part de l'ergonome », le président « affirme qu'il n'a pas à répondre à cette question aujourd'hui, les objectifs seront fixés lors du recrutement de son successeur »¹³¹. Une lettre recommandée du président envoyée deux jours plus tard précise par écrit les motifs du licenciement :

« Vous nous avez remis un rapport d'activité daté du 14 novembre et nous ne pouvons que constater que celle-ci est faible. Vous faites état de vingt-huit projets sur l'année dont seulement douze finis, deux diagnostics réalisés, une intervention avec deux étapes terminées, quatorze projets dont dix en cours, trois en attente et une demande récente. Vous comprendrez que sur 7500 adhérents que compte [le service] ce nombre d'interventions nous semble bien faible. [...] Votre rapport d'activité contient deux pages sur la documentation que vous fournissez aux médecins, mais ce n'est pas ce que nous attendons de votre activité.¹³² »

Bouleversé, l'ergonome fait parvenir au syndicat un projet de « réponse à la lettre de licenciement » long de vingt-cinq pages dans laquelle il souhaite se justifier face aux critiques qui lui ont été faites¹³³. Il y défend la notion d'indépendance des IPRP :

« l'indépendance c'est de pouvoir tenir les règles de métier qui vont permettre de transformer les situations de travail pathogènes. Parfois, il faut passer plus de temps avant d'aller observer les situations de travail dans l'entreprise. L'indépendance n'est pas de l'insubordination. Prendre le temps de mieux comprendre le contexte et les enjeux des différents acteurs, gagner leur confiance permet de donner plus de chance de succès au projet de prévention.¹³⁴ »

Il s'insurge contre la gestion par des objectifs quantitatifs imprécis et irréalistes, alors que son contrat de travail n'y faisait aucunement référence :

« l'activité d'un professionnel de la prévention ne peut pas s'évaluer au nombre d'entreprises adhérentes, pas plus que l'évaluation de l'activité d'un plombier, d'un boulanger ou d'une femme de ménage ne peut être faite par rapport au nombre d'habitants de la commune dans laquelle ils travaillent.¹³⁵ »

Benoît B. rappelle en conclusion qu'il perd « le seul emploi salarié d'ergonome du [département] », ce qui va obliger sa famille à déménager.

Quelques jours plus tard, l'inspectrice du travail fait savoir à l'employeur que la commission de contrôle du service interentreprises doit donner son avis avant le licenciement d'un IPRP¹³⁶. Or,

¹³¹ Compte-rendu de l'entretien du 21 janvier 2009, écrit par un délégué syndical (archives SNPST).

¹³² Lettre du président à Benoît B., 23 janvier 2009 (archives SNPST).

¹³³ Benoît B., « Réponse à la lettre de licenciement », 5 mars 2009 (archives SNPST).

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ *Ibid.*

¹³⁶ Lettre de l'Inspectrice du travail au président du service, 29 janvier 2009 (archives SNPST).

cette réunion n'a pas eu lieu. Selon l'ergonome cette commission serait « inexistante », ne se réunissant qu'exceptionnellement et étant composée de quatre représentants patronaux et deux représentants des salariés, en dépit des textes qui imposent une majorité salariée. Finalement, la procédure engagée devant le tribunal des prud'hommes a abouti en 2011 à l'annulation du licenciement de Benoît B. Le cas de cet ergonome illustre la manière dont au sein du SNPST, les conceptions de l'indépendance peuvent déboucher sur des actions judiciaires, qui elles-mêmes permettent en retour de développer les conceptions initiales.

2. Le « quasi-licenciement », ou les moyens indirects de se séparer d'un médecin

Au travers d'autres affaires non moins nombreuses, les responsables du SNPMT construisent également leur conviction selon laquelle il existe plusieurs moyens pour un employeur d'écarter un médecin du travail « gêneur » avec toutes les apparences de la légalité. C'est donc en invoquant des principes supérieurs à la loi existante que le syndicat s'oppose à l'usage de ces moyens, essuyant des échecs mais obtenant aussi à l'occasion des revirements de jurisprudence favorables.

Mutations, changements de service, ruptures de contrat invoquant une période d'essai constituent les manifestations principales de ce qu'on peut appeler ici le *quasi-licenciement*, dans la mesure où l'effet est le même du point de vue du suivi médical des salariés par le médecin (une interruption brutale et irréversible), sans qu'il soit nécessaire pour l'employeur de s'acquitter des formalités plus pesantes nécessitées par un véritable licenciement. Dans certaines occasions, il n'y a affaire judiciaire que parce que le médecin, assisté par le syndicat, refuse de se voir appliquer des dispositions relatives aux cadres. À nouveau, la ligne du SNPMT *produit* les contentieux, tout autant que ces derniers viennent nourrir les idées défendues par le syndicat.

L'affaire Suzanne B., qui se déroule tout au long des années 1970, semble tout aussi importante que celle des médecins toulousains dans le développement des idées d'un Charles-Pierre Hitier ; aujourd'hui, sa mémoire s'est pourtant éteinte au sein du syndicat, sans doute en partie du fait qu'elle avait mobilisé, certes intensément, un nombre relativement réduit de ses responsables. Médecin dans un service interentreprises du centre de la France, Suzanne B. est âgée de 44 ans lorsqu'on lui affecte fin 1970 la surveillance d'un site minier géré par un important groupe international¹³⁷. Dès le début de son exercice et de manière continue, elle rencontre de sérieuses difficultés du fait de relations tendues avec le médecin-chef, le médecin traitant des mineurs, l'ingénieur de sécurité ou

¹³⁷ J'ai eu l'occasion de passer trois jours avec elle en octobre 2009 après avoir découvert son dossier de contentieux aux archives du syndicat quelques mois auparavant. Je reviens sur cette affaire au chapitre suivant.

encore l'infirmière, qui n'acceptent pas qu'elle s'écarte de *l'empreinte de poste* définie par ses prédécesseurs. En février 1978, le directeur de la mine décide de se séparer du médecin lors d'une réunion du Comité d'établissement dont, pourtant, l'ordre du jour ne mentionne pas le débat sur ce renvoi :

« Ordre du jour :

1. *avec la présence du médecin du travail* : rapport annuel médecin du travail, année 1977.

2. *sans la présence du médecin du travail* : discussion bilan social.¹³⁸ »

À 8h30, une quinzaine de personnes se retrouvent dans la salle de conférences du site minier pour la séance du CE : le directeur de la mine, le chef des services administratifs, le médecin du travail et les représentants du personnel. Le procès-verbal de neuf pages, incontestablement écrit du point de vue de la direction, donne néanmoins une idée de la teneur des échanges¹³⁹. La première partie de la réunion (« avec la présence du médecin du travail ») est consacrée à une critique violente par le directeur de chacun des points développés par Suzanne B. dans son rapport annuel de l'année précédente. Il commente pointilleusement les chiffres avancés par le médecin du travail en suggérant qu'ils sont faux ou sans fondement (« le chiffre est exagéré », « chiffres faux », « c'est faux », « quand aux inaptitudes au travail au fond de la mine, il n'y en a pas trente mais trois »). Les seules « réponses » du médecin qui sont consignées dans le procès-verbal sont des phrases où elle reconnaît une imprécision (« le docteur B. reconnaît que le chiffre mentionné est erroné », « le docteur reconnaît ne pas avoir relu son rapport et que sa secrétaire a fait "une salade" »).

Le directeur oriente ensuite la séance vers un passage en revue de tous les conflits récents de Suzanne B. avec des membres de l'entreprise ou des médecins de la région. Cette première partie de la réunion se termine par un calcul complexe du temps de travail de Suzanne B. sur les trois dernières années, qui amène le directeur à conclure que le médecin n'aurait travaillé que 31 heures par mois en moyenne pour la mine alors qu'elle aurait dû y consacrer 40,4 heures. Après près de trois heures de débat, le médecin du travail est invité à quitter la salle.

C'est à ce moment précis que le directeur lance l'étape décisive de sa manœuvre :

« Le Président insiste également sur : - le contenu du rapport annuel 1977 - le climat de méfiance - l'atmosphère de suspicion que fait régner le Docteur B.

¹³⁸ « Convocation à la réunion exceptionnelle du Comité d'établissement qui aura lieu le lundi 27 février 1978 », 13 février 1978 (archives SNPST).

¹³⁹ « Procès verbal de la réunion exceptionnelle du comité d'établissement en date du 27 février 1978 » (archives SNPST).

Le travail n'étant plus possible dans de telles conditions, le Président demande le remplacement du Docteur B. par un autre médecin [du service], ou par un médecin extérieur qualifié. Il propose aux membres titulaires du Comité d'établissement un vote à bulletin secret.¹⁴⁰ »

Le principe d'un vote est acté. Certains représentants, tel le délégué mineur CGT, choisissent de quitter la salle pour ne pas cautionner ce scrutin auquel ils s'opposent. Le vote donne finalement comme résultat : quatre voix pour le remplacement de Suzanne B., zéro voix contre, et deux bulletins nuls. Les représentants CGC optent notamment pour le renvoi du médecin. Le directeur déclare en conséquence que « les démarches administratives en vue de ce remplacement vont être entreprises par la Direction », et la discussion passe à l'examen du bilan social.

L'après-midi du même jour, le délégué mineur appelle Suzanne B. pour l'informer de la décision de renvoi¹⁴¹. Elle se montre alors fermement déterminée à rester en poste, estimant que le vote s'est déroulé dans des conditions litigieuses. La direction de la mine la pousse pourtant vers la sortie, avec l'assistance du président du service interentreprises. Dès le 5 mars, le successeur pressenti de Suzanne B., le Dr. V., vient pour « visiter la mine »¹⁴².

Face au refus de Suzanne B. d'accepter son renvoi, le président du service interentreprises lui adresse plusieurs mises en garde, lui enjoignant d'accepter le nouveau portefeuille d'entreprises qu'il lui assigne¹⁴³.¹⁴⁴ Lors de son troisième courrier, le ton devient menaçant :

« Docteur, je vous confirme ma lettre du 20 mars. [...] Cet après-midi, malgré les instructions reçues, vous vous êtes présentée à la Mine de P., avec votre secrétaire. Le résultat de cette indiscipline est que non seulement vous perdez votre temps, mais que vous le faites perdre à tout le monde. Ceci est très grave. Je vous donne un avertissement d'avoir à exécuter votre travail tel qu'il est prévu et de vous abstenir de toute fantaisie déplacée. J'espère que vous comprendrez que tout doit rentrer rapidement dans l'ordre pour que je ne sois pas obligé de demander au Conseil [d'administration] l'application de sanctions qui sont toujours désagréables.¹⁴⁵ »

Les archives contiennent le brouillon d'une réponse de Suzanne B., dont on ne sait si elle a été envoyée. Elle y « regrette l'accusation d'indiscipline car il s'agit en fait d'un abus de pouvoir entravant le libre exercice de ma profession dans l'intérêt des salariés qui me sont confiés »¹⁴⁶.

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ Lettre de Suzanne B. à Charles-Pierre Hitier, 27 avril 1978 (archives SNPST).

¹⁴² *Ibid.*

¹⁴³ Lettre du président du service à Suzanne B., 20 mars 1978 (archives SNPST).

¹⁴⁴ *Ibid.*

¹⁴⁵ Lettre du président du service à Suzanne B., 21 mars 1978 (archives SNPST).

¹⁴⁶ Brouillon d'une lettre de Suzanne B. au président du service, non daté (archives SNPST).

Cependant, dans les jours qui suivent, des salariés de la mine mandatés par la direction empêchent le médecin du travail d'accéder au service médical de la mine.

Forte du soutien de la section CGT des mineurs ainsi que du SNPMT, Suzanne B. reste décidée à contester son renvoi. Lors d'une réunion extraordinaire de la Commission de contrôle du service interentreprises, les représentants de l'union locale CGT ne parviennent pas à annuler la mutation forcée de Suzanne B., mais réussissent toutefois à bloquer la nomination du nouveau médecin que la direction du service souhaite affecter à la mine¹⁴⁷.

La direction de la mine est alors placée dans une situation clairement illégale : un médecin du travail a été renvoyé, mais la nomination du nouveau médecin du travail est impossible. Face à ce blocage, le directeur de la mine trouve un arrangement avec le président du service interentreprises. La société minière décide de créer un service autonome doté d'un poste à mi-temps et y recrute le docteur V., déchargé d'une partie de ses obligations dans son service d'origine¹⁴⁸. La commission de contrôle de ce dernier perd ainsi tout droit de regard sur l'exercice de la médecine du travail dans la mine.

Saisi par la praticienne, l'ingénieur en chef des mines (équivalent de l'inspecteur du travail) envoie une lettre à Suzanne B. dans laquelle il explique ne pas pouvoir intervenir car il ne s'agit pas d'un licenciement :

« L'enquête effectuée par mes services auprès du président [du service] a fait apparaître que vous n'avez pas été licenciée mais changée d'affectation à l'intérieur des services communs de cet organisme. [...] En l'absence de licenciement, les dispositions de l'article D. 711-20 du Code du travail ne sont donc pas applicables et mon intervention ne peut donc être effective en l'absence des motifs qui la provoquent réglementairement.¹⁴⁹ »

En juin 1978, l'avocat mandaté par le SNPMT et la CGT des mineurs dépose une demande d'annulation de la décision du Comité d'établissement auprès du tribunal des référés¹⁵⁰, suivie d'une plainte pénale contre l'établissement minier pour la contravention d'entrave à l'exercice de la médecine du travail¹⁵¹. Cependant, le tribunal de grande instance décide le 20 octobre que le renvoi

¹⁴⁷ « Déclaration des représentants des travailleurs à la mine de Largentière », non daté (printemps 1978) (archives SNPST).

¹⁴⁸ Lettre de Suzanne B. à Charles-Pierre Hitier, 27 avril 1978 (archives SNPST).

¹⁴⁹ Lettre de l'ingénieur des mines à Suzanne B., 25 avril 1978. Transmise à Charles-Pierre Hitier, cette réponse suscite une réponse indignée du secrétaire général : il estime que la lettre est « d'un modèle habituel chez les Ponce-Pilate de tous les temps » (lettre de Charles-Pierre Hitier à Suzanne B., 8 mai 1978) (archives SNPST).

¹⁵⁰ « Requête aux fins d'autorisation d'assigner à jour fixe », demandée par le représentant du personnel (CGT) au Comité d'établissement, 16 juin 1978 (archives SNPST).

¹⁵¹ Plainte de l'avocat commun représentant l'Union départementale CGT, la Fédération du Sous-Sol CGT et le SNPMT, contre le directeur de la mine, pour contravention d'entrave à l'exercice de la médecine du travail, 29 juillet 1978

est valable : « tout en constatant la nullité des décisions prises » lors de la première séance du CE, il estime « qu'elles ont été validées » lors des deux séances suivantes¹⁵². Le secrétaire général du SNPMT conseille alors à son adhérente d'abandonner les poursuites, estimant que de toutes façons, la nouvelle composition du Comité d'établissement de la mine suite aux dernières élections professionnelles ne permet plus d'entrevoir une issue positive¹⁵³.

Une autre affaire, dont le début est contemporain de celle de Suzanne B., permet au SNPMT d'obtenir quelques années plus tard une jurisprudence favorable concernant les changements de secteur des médecins.

Médecin dans un service interentreprises de l'est de la France, Patricia T. est convoquée le 17 janvier 1978 par son directeur qui l'informe qu'il a reçu une demande de mutation de la part d'une entreprise industrielle dont elle a la charge. Les deux motifs invoqués sont : « temps passé à examiner les salariés trop important ; temps passé avec le délégué syndical 1h30 »¹⁵⁴. Elle répond par écrit à son directeur qu'elle refuse ce changement d'entreprise, les griefs ne lui paraissant « ni fondés, ni suffisants », et propose de s'en défendre auprès des autorités compétentes :

« je demeure à votre entière disposition pour fournir aux reproches qui pourront m'être faits par écrit, toutes les justifications administratives à vous-même, ainsi que toutes les justifications médicales au médecin-inspecteur du travail, celles d'ordre technique et légal à l'Inspecteur du travail »¹⁵⁵.

Début février a lieu une réunion du CE dans l'entreprise qui souhaite renvoyer le médecin. Le procès-verbal, qui exprime à nouveau le seul point de vue de la direction, est envoyé au directeur du service interentreprises. Il développe les motifs de mécontentement envers le docteur T. :

« le temps des visites étant excessivement variable (de une demie à une heure et demie) aucun programme ne peut être suivi et M. K. est obligé, pratiquement, d'aller chercher les gens un à un. Le second point soulevé se situe au niveau *atelier*. Le chef d'atelier et les contremaîtres ont constaté que, depuis quelques mois, des ouvriers et ouvrières refusaient de changer de place, le médecin du travail leur ayant dit que si on les changeait de poste, ils devaient l'aviser immédiatement. On est arrivé ainsi à des situations invraisemblables où, par exemple, un OS machine des cabines téléphoniques refuse d'aller travailler sur une machine du grand atelier.¹⁵⁶ »

Le procès-verbal suggère également que le médecin du travail a outrepassé ses prérogatives en se permettant d'apporter des conseils aux salariés, provoquant même un « état de tension et

(archives SNPST).

¹⁵² Lettre de Charles-Pierre Hitier à Suzanne B., 8 mars 1979 (archives SNPST).

¹⁵³ Lettre de Charles-Pierre Hitier à Suzanne B., 12 avril 1979 (archives SNPST).

¹⁵⁴ Lettre de Patricia T. au directeur du service, 25 janvier 1978 (archives SNPST).

¹⁵⁵ *Ibid.*

¹⁵⁶ Compte-rendu de la réunion du Comité d'entreprise du 3 février 1978, société [X.] (archives SNPST).

d'insubordination ». Dans ce contexte, la désignation de la praticienne comme « madame T. » plutôt que le « docteur T. » est clairement désobligeante :

« Cette situation, tout à fait anormale, ne doit pas durer. Le Comité d'entreprise pense que les conseils et suggestions sont à apporter par le médecin du travail à la direction et non au personnel qui les interprète à sa manière. Pour cette façon de faire, Madame T. a provoqué un état de tension et d'insubordination actuellement encore limité, mais qui n'est cependant pas tolérable. Une résolution est soumise au vote et le Comité d'entreprise se prononce à l'unanimité pour demander au [service interentreprises] le remplacement de Madame T. ¹⁵⁷ »

Le médecin persiste dans son refus de se plier à ces injonctions qui lui paraissent illégitimes. Elle n'est pas surprise de leur teneur. Depuis qu'elle a pris en charge la surveillance de cette entreprise en septembre 1976, ses relations avec l'employeur sont allées en se dégradant, à mesure qu'elle s'est rendue compte de ce qu'elle considère comme la nature autocratique et pathogène de son mode de gestion. C'est ce qu'elle explique à un responsable syndical quelques mois plus tard :

« Très bien acceptée pendant plusieurs mois, un état de tension est apparu progressivement, au fur et à mesure que ma pratique m'a conduite à faire des observations sur un certain nombre d'irrégularités concernant les postes toxiques (par exemple poste sauvages de peinture au pistolet employant des femmes et des moins de 18 ans) ou l'hygiène (sanitaires inabordables!) ou la sécurité (problèmes électriques). ¹⁵⁸ »

Elle décrit le chef d'entreprise comme

« un homme de 65 ans, force de la nature, *patron de droit divin*, qui estime que les salariés sont des fainéants et qu'il n'y a qu'à leur "botter le train". Ses principes : semer la peur du chômage et la menace d'être perpétuellement mis à la porte, ce qu'il fait très volontiers en disant que les gens ont démissionné. A structuré son entreprise pour l'avoir "à sa botte", comme désire qu'un médecin du travail le soit. 80% de migrants forment la main-d'œuvre. Le reste sont des contremaîtres : en principe des gens fallots, en place depuis longtemps, qu'il garde par des avantages en ? [sic] A noter qu'il n'y a pas de syndicalistes dans cette entreprise. Un salarié a voulu le faire en 1976 ; il était dessinateur → Monsieur C. a viré tout le bureau d'études pour le licencier. ¹⁵⁹ »

Dans une autre lettre, le médecin rappelle qu'en octobre 1977, elle a eu une entrevue avec le chef d'entreprise au cours de laquelle elle a tenté de lui expliquer le rôle du médecin du travail selon les textes :

« Monsieur C. m'avait alors répondu que le Code du travail ne l'intéressait pas ; que son désir était d'avoir un médecin du travail qui lui signe les aptitudes et ne mette pas "son nez" dans l'entreprise, car il entendait la diriger comme bon lui semblait. ¹⁶⁰ »

¹⁵⁷ *Ibid.*

¹⁵⁸ « Chronologie des événements m'opposant à la société [X.] », annexe à la lettre de Patricia T. à Edmond Ravier, 20 juillet 1978 (archives SNPST).

¹⁵⁹ « Les personnes en présence », annexe à la lettre de Patricia T. à Edmond Ravier, 20 juillet 1978 (archives SNPST).

¹⁶⁰ Lettre de Patricia T. au directeur du service, 14 mars 1978 (archives SNPST).

La praticienne s'obstinant dans son refus de ce renvoi, ce qui n'était jusqu'alors qu'un problème avec une entreprise extérieure devient également un conflit interne au service. Le directeur de ce dernier envoie au médecin une lettre au ton clairement menaçant qui l'enjoint de respecter la volonté de l'employeur :

« Je vous ai suggéré d'accepter "à l'amiable" ce changement d'affectation : vous vous y êtes refusée, mettant même en cause la "passivité" des deux jeunes médecins du travail qui vous avaient précédé dans cette entreprise et dont je peux me porter garant de la parfaite compétence. [...] Je vous ai très clairement indiqué que je ne retiendrais contre vous aucun des "arguments techniques" mis en avant dans ce compte-rendu, mais je constatais que vous n'avez pas su instaurer un climat de confiance entre vous-même et, d'une part, la direction, d'autre part, les représentants élus du personnel. Vous n'avez pas voulu tenir compte de mes observations : aussi ai-je dû user d'autorité et vous imposer de ne plus exercer la médecine du travail [dans cette entreprise] puisqu'il ressort à l'évidence que vous ne parvenez pas à y jouer votre rôle de "conseiller technique".¹⁶¹ »

Par ailleurs, selon le directeur du service, il serait superflu d'alerter le médecin-inspecteur du travail qui n'a aucune compétence sur ce sujet puisque cette réaffectation forcée ne constitue pas une entrave à l'activité médicale mais une décision motivée « uniquement par des raisons psychologiques » :

Je vous indique que, du fait que cette décision n'est pas motivée par des raisons de technique médicale, mais uniquement par des raisons psychologiques, Monsieur le Médecin Inspecteur Régional n'a pas à intervenir. D'autre part, je ne peux que vous déconseiller d'entreprendre toute action judiciaire, qui n'aurait aucune chance de vous donner satisfaction, et qui ne pourrait avoir que des conséquences fâcheuses pour l'ensemble de l'équipe du [service].¹⁶²»

L'alliance objective entre le directeur du service et un employeur extérieur ne surprend pas non plus la praticienne. Patricia T. décrit son directeur comme un homme d'une soixantaine d'années qui « fait semblant de privilégier les médecins, alors qu'il ne fait que soutenir les patrons contre les médecins », et ce depuis le début de son « règne » dix ans auparavant¹⁶³. La praticienne ajoute que son histoire « n'est pas la première du genre », et qu'une de ses collègues « est prête à "se repentir" publiquement » des pressions qu'elle a subies¹⁶⁴. Elle déplore cependant que sur les 35 médecins du travail exerçant dans son service, elle ne puisse compter « que sur dix collègues maximum partageant [sa] façon de travailler : les autres sont trop mouillés »¹⁶⁵.

¹⁶¹ Lettre du directeur du service à Patricia T., 20 février 1978 (archives SNPST).

¹⁶² *Ibid.*

¹⁶³ « Les personnes en présence », annexe à la lettre de Patricia T. à Edmond Ravier, 20 juillet 1978 (archives SNPST).

¹⁶⁴ *Ibid.*

¹⁶⁵ *Ibid.*

Au fur et à mesure des mois, l'affaire prend de l'ampleur. Le point de divergence fondamental qui oppose les protagonistes est la qualification de cette mutation d'entreprise en licenciement, qui est demandée par Patricia T. et ses soutiens. Si le médecin-inspecteur du travail ne donne finalement pas suite à son enquête, l'inspecteur du travail soutient quant à lui la démarche du médecin : « il estime qu'une mutation refusée équivaut à un licenciement et doit donc passer en commission de contrôle, avant de "revenir sur son bureau" », explique le docteur T. à son interlocuteur du SNPMT¹⁶⁶. La praticienne sollicite en conséquence l'un de ses pairs, délégué à la commission de contrôle, pour soulever cette question lors d'une réunion à l'été 1978. Le délégué reçoit quelques jours plus tard une lettre du directeur du service qui nie toute compétence de la commission de contrôle sur ce type de litige :

« il n'a jamais été question de licenciement et en aucun cas le "différend" évoqué par Madame T. n'entre dans la définition des compétences attribuées à la Commission.¹⁶⁷ »

L'affaire est portée en justice avec le soutien du SNPMT. Dans une lettre de novembre 1978 adressée aux responsables du syndicat, l'avocate explicite sa stratégie, qui consiste à faire reconnaître ce renvoi comme un licenciement :

« Vous remarquerez que j'ai rédigé un "attendu" sur la mutation valant licenciement et ce, malgré les réticences du Dr. T. Je crois cependant cette référence indispensable, car c'est en réalité dans la seule hypothèse où la mesure s'analyserait en un licenciement que la réunion de la Commission de contrôle s'imposerait absolument.¹⁶⁸ »

L'affaire remonte jusqu'en Cour de cassation et aboutit le 28 avril 1981 à un arrêt important, qui reconnaît qu'un changement de secteur ne peut être réalisé sans obtenir l'accord de la commission de contrôle du service. La jurisprudence consacre ainsi l'équivalence entre mutation et licenciement du point de vue des garanties à apporter à l'indépendance médicale. Renvoyée à la cour d'appel de Lyon, l'affaire T. aboutit logiquement à la victoire du médecin en 1983.

Cependant, les archives du SNPMT ainsi que l'enquête ethnographique montrent que la pratique des changements de médecins à la demande de l'employeur adhérent est restée une pratique courante jusqu'à aujourd'hui. En 1996, la section « Poitou-Charentes » du syndicat signale deux cas de ce type parmi ses adhérents, dont « un médecin ayant fait part de difficultés psychologiques du personnel certainement attribuables à l'organisation de l'entreprise, [dont] le directeur a contacté le

¹⁶⁶ « Chronologie des événements m'opposant à la société [X.] », annexe à la lettre de Patricia T. à Edmond Ravier, 20 juillet 1978 (archives SNPST).

¹⁶⁷ Lettre du directeur du service au délégué médical à la commission de contrôle, 3 juillet 1978 (archives SNPST).

¹⁶⁸ Lettre de Florence Lyon-Caen à Charles-Pierre Hitier, 14 novembre 1978 (archives SNPST).

service interentreprises pour demander un changement de médecin »¹⁶⁹. L'un des médecins présents à la réunion « fait remarquer que sur le plan légal, on pourrait s'appuyer sur la jurisprudence de l'affaire [Patricia T.] »¹⁷⁰. Malgré ce précédent favorable, il semble cependant que la majorité des médecins qui rencontrent ce type de situation renoncent à agir en justice.

Enfin, l'évocation de périodes d'essai est un autre outil employé par des employeurs qui souhaitent écarter un médecin du travail. La ressemblance avec le licenciement est alors presque totale, puisqu'il est mis fin au contrat de travail du praticien ; les employeurs qui ont recours à ce procédé plaident néanmoins pour une différence de nature qui leur permet de ne pas s'acquitter de toutes les formes requises.

La jeune praticienne Nathalie Q. est embauchée le 1er mars 1982 dans le service autonome d'un grand magasin parisien. Le 22 mai, on lui signifie qu'elle est remerciée. Elle raconte son entretien avec le PDG et le directeur du personnel (respectivement père et fils) dans une lettre qu'elle envoie à un membre du cabinet de la Ministre de la solidarité, souhaitant l'alerter à travers son cas de la situation problématique de la médecine du travail :

« Au bout d'une demi-heure de discussion cordiale sur [le grand magasin] et certains problèmes d'aménagement des conditions de travail que je lui posais et qui retenaient son intérêt et toute son attention, [le directeur du personnel] m'a fait connaître le motif de cet entretien : "J'ai le regret de vous annoncer que nous ne souhaitons pas rendre votre contrat effectif. Vous terminerez donc votre activité à l'expiration de votre période d'essai, soit le 29 mai prochain". Assez stupéfaite, je demandai des explications : faute professionnelle ? plaintes d'employés ? attitude douteuse ? mauvais esprit ? point. "Vous ne correspondez pas à l'image de tradition de notre maison". Il ajouta – cynisme ou sincérité – que je lui semblais très ouverte et qu'il espérait que les travaux commencés par moi seraient poursuivis par mon successeur... Tout de même très peu satisfaite, c'est le moins que je puisse dire, de l'argumentation de Monsieur G. R., je demandai à voir Monsieur M. R., PDG, qui m'avait lui-même embauchée. La réponse fut identique, agrémentée de commentaires obscurs tels que "l'atmosphère de la Maison ne vous est pas favorable", etc... A ma question de savoir si une enquête avait été faite à ce sujet auprès des employés, silence absolu.¹⁷¹ »

La praticienne a cherché une parade juridique mais n'a trouvé que des jurisprudences défavorables, comme elle l'explique dans la suite de sa lettre :

« Il faut également dire que "l'employeur ne commet pas de faute s'il met fin à la période d'essai, en raison non de problèmes liés à la compétence professionnelle du médecin, mais en raison de rapports de confiance mutuelle

¹⁶⁹ Mireille CHEVALIER, « Réunion régionale Poitou-Charentes », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 19.

¹⁷⁰ Gilles Arnaud, cité in *Ibid.*

¹⁷¹ Lettre de Nathalie Q. à Jacqueline Buhl-Lambert, 25 mai 1982 (archives SNPST).

[sic]¹⁷², l'existence de tels rapports constituant un élément important du contrat" (réf : Cass. Soc. 20-12-77 Bul. Civ. 1977-V-720, et *Liaisons sociales* N°8682 p.54-55). Il semble bien qu'il y ait ici une grave lacune : qu'est-ce que la "confiance" ? que signifie-t-elle ? que cacherait-elle ? à quoi sert d'avoir été agréée par un Comité d'entreprise si la seule direction peut, au cours des trois premiers mois d'engagement (c'est-à-dire qu'elle peut apprécier si oui ou non le médecin engagé lui est favorable), renier cet accord et ce, en n'invoquant surtout pas de raisons professionnelles, c'est-à-dire en niant au médecin du travail sa qualité même de médecin du travail ?¹⁷³ »

Elle conclut en précisant que le souhait de la direction,

« tel du moins que me l'a formulé Monsieur R. M., serait de faire appel pour ma succession, dans un premier temps, à un service interentreprises (confusion avec interim ?), et, dans un second temps, conscient que l'Inspection médicale du travail insistera sur le bien-fondé d'un service autonome, à un médecin "plus âgé que vous, plus mature, et pas forcément une femme".¹⁷⁴ »

La médecin engage une procédure contentieuse avec le soutien du SNPMT. Dans leur résolution de soutien, les membres du bureau national affirment que la participation du syndicat s'impose

« considérant que l'absence d'esprit "maison " n'est, non seulement, pas un motif pour licencier un médecin du travail mais encore que cet esprit s'oppose à la nécessaire indépendance professionnelle du médecin du travail.¹⁷⁵ »

Cependant, la procédure s'enlise. Nathalie Q. traverse une longue et difficile période de chômage, ne parvenant pas à retrouver un emploi de médecin du travail. Elle décide finalement de se reconverter en psychiatrie, et annonce au syndicat son souhait d'abandonner la procédure contentieuse¹⁷⁶.

Dans une autre affaire qui a lieu à peine un an plus tard, une autre praticienne de service autonome se fait renvoyer, sans consultation du comité d'entreprise, sous prétexte qu'elle est en période d'essai. Le contrat de Christiane R. ne précise pourtant pas l'existence d'une telle période, mais l'employeur prétend appliquer les clauses de la Convention collective de la métallurgie relative

¹⁷² L'annotation est de Nathalie Q.

¹⁷³ *Ibid.*

¹⁷⁴ *Ibid.*

¹⁷⁵ SNPMT, « Décision du bureau national », 4 juin 1983 (archives SNPST).

¹⁷⁶ Elle en rend compte dans une lettre quelques années plus tard : « cher confrère, loin de me désintéresser du travail que vous êtes amenés à faire pour défendre la cause des médecins du travail – et je suis bien placée pour savoir que vous faites *bien* ce travail, le problème du paiement de ma cotisation se repose chaque année en raison de mes difficultés financières : chômage durant deux ans, qui m'avait, si l'on peut dire, "exemptée" de cotisation ; aujourd'hui, je me recycle en psychiatrie et me retrouve en statut d'étudiant interne, sans *aucune* vacation de médecine du travail, malgré mes recherches ». Lettre de Nathalie Q. à Charles-Pierre Hitier, 3 juin 1985 (archives SNPST).

aux ingénieurs et aux cadres, dans la mesure où le médecin du travail ferait partie des cadres¹⁷⁷. Contacté, l'Inspecteur du travail estime dans une lettre adressée à l'employeur le 24 mars 1983 que l'absence de clause de période d'essai dans le contrat du médecin vaut renonciation des deux parties à cette disposition, quelle que soit la pratique habituelle dans les services¹⁷⁸.

Cependant, l'accès du service est interdit au médecin, qui se résigne à s'inscrire au chômage. Christiane R. apprend par la suite que l'entreprise envisage de s'affilier à un service interentreprises¹⁷⁹. Sollicité par elle, Charles-Pierre Hitier précise que selon la loi « le médecin du travail est simplement *assimilé* aux cadres » mais que la spécificité de sa mission en fait un salarié à part, et qu'il est donc vain de mobiliser des arguments relatifs aux cadres pour restreindre son indépendance¹⁸⁰. Christiane R. demande un référé qui tranche en sa faveur¹⁸¹. L'entreprise est finalement obligée de la réintégrer dans le courant du mois d'avril 1983¹⁸².

3. La dénonciation des atteintes au secret médical

Un troisième grand axe des contentieux étudiés concerne les atteintes au secret médical, notamment celles dont sont soupçonnées les directions de service interentreprises. Les archives du SNPMT évoquent de nombreuses affaires où de tels manquements sont signalés. Dans les années 2000, c'est principalement le SGMT qui s'illustre sur ce sujet, en s'engageant auprès de ses adhérents dans deux affaires judiciaires. Le fait que le syndicat CGC s'implique sur ce thème alors que, comme on l'a vu, il préfère généralement déléguer les contentieux aux assureurs, révèle l'attachement particulier de ses membres à cet élément distinctif de la profession médicale. Malgré ses appels répétés au rapprochement entre médecins et cadres, le SGMT affiche son intransigeance sur l'existence d'une démarcation minimale constituée par le secret médical. Comme me l'affirme à plusieurs reprises Bernard Salengro lors de notre rencontre début 2008, « le secret médical, ce sont les tripes du médecin du travail ».

Au début des années 1980, c'est néanmoins le SNPMT qui est saisi des difficultés rencontrées par des adhérents dans un service interentreprises des Antilles. On trouve dans ses archives la

¹⁷⁷ « En qualité de cadre position II vous êtes asujettie aux droits et obligations qui résultent de la Convention collective des ingénieurs et cadres des industries métallurgiques et connexes du 13 mars 1972 ». Lettre du directeur des affaires sociales de la société [X.] à Christiane R., 30 mars 1983 (archives SNPST).

¹⁷⁸ Lettre de P. Bodin au directeur de la société [X.], 24 mars 1983 (archives SNPST).

¹⁷⁹ Lettre de Christiane R. à Charles-Pierre Hitier, 8 avril 1983 (archives SNPST).

¹⁸⁰ Lettre de Charles-Pierre Hitier à Christiane R., 11 avril 1983 (archives SNPST).

¹⁸¹ « Par les informations que vous avez données à ma femme, j'ai appris que vous aviez gagné en référé ». Lettre de Charles-Pierre Hitier à Christiane R., 20 avril 1983 (archives SNPST).

¹⁸² Lettre de Christiane R. à Charles-Pierre Hitier, 26 mai 1983 (archives SNPST).

longue lettre envoyée en mai 1981 par trois médecins à leur directrice, avec copies à différentes instances officielles et médicales, dénonçant l'insuffisance des moyens mis au service de la préservation du secret médical. Leur plainte met en lumière le fait que le respect du secret médical, qui s'impose aux médecins, dépend de multiples éléments qu'ils ne contrôlent pas, qui sont au contraire du ressort de la partie « administrative » du service ; c'est le cas de l'architecture et l'insonorisation du cabinet médical, de la distribution du courrier ou encore du classement des dossiers médicaux. Dans ce cas précis, les médecins accusent également la directrice de consulter les résultats des examens pratiqués sur les salariés :

« Nous avons toujours désavoué fermement le mode de rangement des dossiers médicaux qui ne permet en aucun cas de garantir l'inviolabilité du fichier médical. Lors de la réunion du conseil d'administration du 9 janvier 1981, nous avons réclamé des armoires métalliques, fermant à clef, pour chaque secteur médical. Or, les dossiers sont toujours entreposés dans deux pièces dont les murs n'arrivent pas jusqu'au plafond. L'un de ces locaux possède en outre une ouverture vitrée ; la fermeture de ces locaux, par des verrous placés à l'extérieur des portes, ne peut en aucun cas être considérée comme un moyen satisfaisant. [...]

Le problème du courrier médical a été à l'origine d'une controverse dès votre arrivée [dans le service], aux mois de novembre et décembre 1980. Il est inadmissible qu'il ait fallu plusieurs discussions avec les cinq médecins présents à l'époque, pour que vous cessiez de voir les résultats des examens complémentaires après insertion de ceux-ci dans les dossiers médicaux. [...] Conformément au code de déontologie, nous affirmons que le courrier que nous adressons à nos confrères ne saurait être enregistré comme vous le préconisez dans cette note n°14 alinéa 3 : "l'enregistrement doit comporter l'objet (demande de compte-rendu concernant Monsieur Y, entreprise Z, n° SCUP¹⁸³)" Par définition, l'objet d'un courrier médical ne peut pas figurer sur un registre administratif, ni le nom du salarié pour qui l'examen a été demandé. La demande d'examen complémentaire étant incluse dans l'acte médical est couverte par le secret. [...]

En mars 1981, vous avez osé transférer un cabinet médical dans un local dont les murs n'arrivent pas jusqu'au plafond et situé près du passage du personnel administratif. L'isolement acoustique de ce local ne pouvant en aucun cas être respecté conformément aux articles 29 du règlement intérieur, et 7 de la convention collective (annexe médecin du travail) qui sont très clairs sur ce point. L'étonnement que vous avez manifesté lors du refus du médecin de travailler dans ces conditions nous confirme dans le fait que votre notion de secret médical vous est très personnelle.¹⁸⁴ »

La suite des événements ne fait que confirmer l'argumentation des médecins puisque la directrice décide en juin 1981 de bloquer la distribution du courrier aux médecins tant que ceux-ci n'acceptent pas qu'il soit ouvert par les secrétaires. Deux des trois médecins s'en plaignent officiellement à

¹⁸³ Il s'agit d'un code renvoyant à la nature de l'acte médical pratiqué.

¹⁸⁴ Lettre de Manuel D., Carole L. et Michèle T. à la directrice du service, 29 mai 1981 (archives SNPST).

l'Ordre départemental des médecins un mois plus tard¹⁸⁵, après avoir fait constater le blocage par un huissier¹⁸⁶.

En 2004, le SGMT est informé par l'un de ses membres des faiblesses du système informatique employé par son service du sud de la France, qui permet à des non-médecins de consulter les données médicales des salariés examinés. À l'échelle nationale, le logiciel incriminé est pourtant employé par 70% des services interentreprises. Un article dans la revue du syndicat revient sur l'affaire :

« [l'adhérent] a constaté que les secrétaires du service de convocation (administratifs) étaient paramétrés en tant que secrétaires médicaux et administrateurs, ceci leur conférant un accès informatique à des données d'ordre médical et professionnel. [...] Lors d'un entretien avec le président de l'association le 20/10/2004 ce dernier a ordonné de laisser cet accès au service de convocation, car le changement perturberait le fonctionnement du service, et sous prétexte qu'ils sont tenus par le respect du secret médical.

« Le 28/10/2004 et suite à une réunion des délégués du personnel, au cours de laquelle un membre du bureau administratif a assuré qu'il n'y avait aucune possibilité d'accès aux informations médicales ou professionnelles au niveau du bureau administratif ou du serveur et qu'il n'y avait pas de logiciel S. au bureau administratif, la déléguée du personnel titulaire et le super-administrateur [i.e. le médecin qui a en principe les privilèges les plus élevés dans le logiciel] ont demandé l'autorisation pour vérifier cette information. Et à leur grande surprise, ils ont accédé dans un des deux serveurs et sans mot de passe, aux courriers médicaux et professionnels de tous les médecins de l'association. ¹⁸⁷ »

L'article explique que le médecin à l'origine de cette découverte est inquiété quelque temps plus tard par la direction, qui lui adresse une sanction disciplinaire officiellement parce qu'il n'a pas communiqué son planning de vacances pour la fin de l'année 2004. Le SGMT y voit une tentative de pression pour mettre un terme aux investigations dans les usages du logiciel. Finalement, le 23 décembre 2004, dix-neuf médecins du service décident de porter plainte contre X. pour violation du secret médical. Je n'ai malheureusement aucun élément sur la suite de l'affaire.

Le SGMT fait également état d'un autre problème du même type rencontré dans un service interentreprises du sud de la France. Patrice Fortin, membre du syndicat et « super-administrateur » du logiciel S., découvre fin 2003 qu'un informaticien dispose d'un type d'utilisateur « médecin », lui permettant de consulter tous les dossiers médicaux. Devant l'insistance du médecin, la direction du service accepte de supprimer le profil de l'informaticien. En janvier 2004, le délégué syndical

¹⁸⁵ Lettre de Carole L. et Michèle T. à l'Ordre départemental des médecins, 3 juillet 1981 (archives SNPST).

¹⁸⁶ Procès-verbal d'huissier de justice, 1^{er} juillet 1981 (archives SNPST).

¹⁸⁷ Michel KLERLEIN, « Des dysfonctionnements... très instructifs », *Espace Médecin du travail*, 2005, n° 28, p. 8.

apprend que c'est désormais l'adjoint de la directrice qui bénéficie d'un privilège de « super-administrateur ». En poussant ses investigations, Patrice Fortin se rend compte qu'une

« douzaine de personnels administratifs n'appartenant pas aux équipes médicales et la directrice elle-même disposaient de droits d'accès dans S., sous des profils de "secrétaire" ou "convocatrice".¹⁸⁸ »

Le médecin décide d'alors de déposer plainte. La confédération syndicale se porte partie civile, estimant qu'« il y a eu une atteinte à l'intérêt collectif de la profession que la CFE-CGC représente »¹⁸⁹. La directrice et son adjoint sont mis en garde à vue et auditionnés. Cependant, l'instruction aboutit à un classement de l'affaire confirmé en appel, « au motif que les intéressés disposaient, dans leurs contrats, d'une clause de confidentialité »¹⁹⁰. Dans les colonnes de sa revue, le SGMT conteste pourtant vivement l'équivalence proposée par les magistrats entre clause de confidentialité et secret médical¹⁹¹.

Le recours à l'arme judiciaire permet de consolider les conceptions syndicales de l'indépendance professionnelle, tout en en étant l'une des conséquences. Comme on peut le voir à présent, la question de l'implication des médecins du travail dans le drame de l'amiante a permis de révéler le détail des conceptions portées par chacun des deux syndicats, tout en mettant en lumière de manière particulièrement claire leurs divergences.

¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 11.

¹⁸⁹ CFE-CGC, « Constitution de partie civile de la Confédération CFE-CGC », *Espace Médecin du travail*, 2005, n° 28, p. 21.

¹⁹⁰ Patrice FORTIN, « Secret médical en santé au travail et informatique », *Espace Médecin du travail*, 2007, n° 33, p. 8.

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 8-9.

Encadré 5-2. Contentieux et indépendance des médecins du travail en Belgique.

Les travaux d'Eric Geerkens sur l'équivalent belge des médecins du travail montrent le rôle d'une association professionnelle dans la défense juridique et judiciaire de l'indépendance des praticiens, à la même époque (milieu des années 1970) où le SNPMT s'empare de l'arme contentieuse :

« L'une des voies par lesquelles l'indépendance des médecins s'est affirmée en Belgique a été le souci de reconnaissance du caractère spécialisé de la médecine du travail. [...] Ainsi, lorsqu'en 1974, la société Cockerill a licencié un de ses médecins du travail pour des attitudes incompatibles avec son statut, c'est l'APBMT [Association professionnelle belge des médecins du travail], aidée par la pression syndicale, qui a oeuvré à sa réintégration. [...] Il faut néanmoins attendre 1977 pour que l'indépendance technique et morale des médecins du travail fasse l'objet d'une protection légale ; cette même loi de 1977 a également renforcé leur indépendance par rapport à l'employeur en accordant au comité de sécurité et d'hygiène un rôle dans l'engagement et remplacement du médecin du travail. Même protégés contre les formes extrêmes d'atteinte à leur indépendance, les médecins du travail ne cessent pas toutefois d'être exposés au dilemme né de leur position dans l'entreprise.¹⁹² »

IV. L'amiante, révélateur des conceptions de l'indépendance

En 1996, la médecine du travail célèbre son cinquantième anniversaire¹⁹³ au même moment où la « crise » de l'amiante atteint son pic d'intensité¹⁹⁴. Bénéficiant d'une couverture médiatique sans précédent dans l'histoire des toxiques et pathologies professionnels, le drame de l'exposition de milliers de salariés au matériau cancérigène¹⁹⁵ est l'occasion de mettre en cause tous ceux qui ont failli dans leur mission de prévention, et en particulier les médecins du travail. Une dizaine d'années plus tard, en octobre 2007, la juge d'instruction du pôle de santé publique de Paris Marie-Odile Bertella-Geffroy décide de mettre en examen un médecin du travail pour « homicide involontaire » et « non-assistance à personne en péril »¹⁹⁶. Les faits reprochés à Claude Raffaelli ont trait à son

¹⁹² Eric GEERKENS, « Entre soins et prévention, le rôle du médecin dans les entreprises belges (c. 1900 -c. 1970) », in Anne-Sophie BRUNO, Eric GEERKENS, Nicolas HATZFELD et Catherine OMNÈS (éds.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19e-20e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2011, p. 206.

¹⁹³ Il faut avoir en tête que les pouvoirs publics retiennent la loi du 11 octobre 1946, et non celle de 1942, comme date officielle de l'institutionnalisation de la médecine du travail.

¹⁹⁴ Emmanuel HENRY, *Un scandale improbable. Amiante : d'une maladie professionnelle à une « crise de santé publique »*, Thèse de doctorat de sciences de l'information et de la communication, Université de technologie de Compiègne, 2000.

¹⁹⁵ Pour une synthèse de la question de l'amiante dans le cas français, cf. Annie THÉBAUD-MONY, « Justice for asbestos victims and the politics of compensation: the French experience », *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 2003, n° 9, pp. 280–286.

¹⁹⁶ Philippe ROY, « Amiante : Un médecin du travail mis en examen. L'indépendance du praticien d'entreprise mise à mal », *op. cit.*

exercice entre 1975 et 2006 dans une usine de plaquettes de freins qui a utilisé de l'amiante jusqu'à l'interdiction du matériau (début 1997). Cette mise en examen est suivie en juillet 2008 de celle de Françoise Bézu, ancien médecin du port de Dunkerque où des dockers ont déchargé pendant plusieurs décennies l'amiante importé d'Afrique du Sud ou d'URSS¹⁹⁷.

Par les réactions ou l'absence de réactions qu'ils suscitent, ces deux moments de rupture mettent en évidence les conceptions de l'indépendance professionnelle défendues par les deux principaux syndicats de médecins du travail. Le SNPMT estime que le médecin du travail doit avoir les moyens d'aller au-delà de la loi, voire de la contredire lorsque les circonstances l'exigent. Au contraire, le SGMT estime que les médecins du travail ont fait leur travail avec conscience en appliquant la loi existante, et que les principaux fautifs sont l'État et les employeurs qui n'ont pas mis en pratique les conseils de prévention qui leur avaient été donnés. Chaque conception de l'indépendance renvoie ainsi à une vision différente de la répartition des responsabilités dans le système de prévention des risques professionnels.

1. 1996 : un anniversaire tragique de la médecine du travail

L'été 1996 est le paroxysme de la mobilisation médiatique et politique autour de l'amiante. Par exemple, en septembre, un salarié malade de l'entreprise Eternit, spécialisée dans la manufacture du matériau toxique, est interrogé au journal de 20h de TF1 et explique avec émotion que plus de la moitié de ses collègues proches sont décédés¹⁹⁸.

Un mois plus tard, le Ministère du travail organise pourtant dans ses locaux une célébration du cinquantenaire de la médecine du travail¹⁹⁹, alors que l'institution est largement mise en cause dans le drame. La cérémonie est secouée par quelques « soubresauts », selon le mot des éditeurs de la revue du SNPMT²⁰⁰. Une troupe de « théâtre forum » présente « les caricatures, au sens propre, de la médecine du travail »²⁰¹. Elle est diversement appréciée par les membres du syndicat : l'éditorial de la revue de décembre 1996 affirme qu'elle « a su nous faire rire des situations qui nous font souffrir tous les jours et de nos propres limites »²⁰² ; quelques pages plus loin, une adhérente

¹⁹⁷ Cécile PRIEUR, « L'avenir des enquêtes sur l'amiante suspendu à la Cour de cassation », *Le Monde*, juillet 2008. Également Eric LEYSENS, « Amiante : un médecin du travail mis en examen », *Lemoniteur.fr*, juillet 2008.

¹⁹⁸ TF1, « Journal de 20h », 12 septembre 1996, cité in Emmanuel HENRY, *Un scandale improbable. Amiante : d'une maladie professionnelle à une « crise de santé publique »*, op. cit., p. 612.

¹⁹⁹ La cérémonie a lieu le 10 octobre 1996. SNPMT, « Un anniversaire vibrant' » , *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 7.

²⁰⁰ *Ibid.*

²⁰¹ *Ibid.*

²⁰² *Ibid.*

dénonce au contraire la « grande cérémonie d'auto-satisfaction organisée par le ministère » où l'on a choisi de « rire niaisement » de la faillite du système de prévention²⁰³. Le SNPMT profite également de l'occasion pour distribuer aux participants un tract rédigé avec d'autres organisations qui évoque explicitement l'amiante²⁰⁴. Bien qu'il insiste sur l'indépendance professionnelle limitée des médecins du travail, le texte ne les met pas entièrement hors de cause, en suggérant que certains d'entre eux ont dévié de l'objectif principal qui aurait dû être le leur, la santé des salariés :

« Aujourd'hui, nous aurions souhaité nous joindre au concert des louanges commémoratives glorifiant notre système de médecine du travail. Or le scandale de l'amiante, qui dure depuis plus de 30 ans, révèle au public ce qui était caché : à savoir un véritable contrôle des employeurs et des industriels sur la médecine du travail et l'expertise en santé au travail. Les exigences économiques des industriels ont empêché que prévale le *principe de précaution* et le seul point de vue qui aurait dû être légitime pour les spécialistes, dont les médecins du travail : celui de la santé.²⁰⁵ »

Il est vrai que le SNPMT lui-même a pu défendre des positions équivoques sur l'amiante. Aussi tard que 1992, un article de la revue du syndicat fait ainsi l'éloge du Comité permanent amiante, « structure originale » qui manifeste une « volonté aussi ferme et résolue de trouver dans la confiance totale et la confiance retrouvée entre les hommes, des solutions acceptables pour l'ensemble de la communauté »²⁰⁶. L'article cite des brochures éditées par le CPA telles que « L'amiante et votre santé » ou « L'usage contrôlé de l'amiante : utopie ou réalité ? », reconnues depuis comme étant des publications qui ont minimisé les risques de l'amiante en fait croire à tort qu'on pouvait en avoir un usage contrôlé²⁰⁷.

Cependant, la médiatisation croissante de la crise de l'amiante à partir de 1994 provoque une prise de conscience au sein du SNPMT, qui va opérer un retournement spectaculaire. En octobre 1995, le syndicat publie ainsi un communiqué de presse qui dénonce les restrictions à l'indépendance des médecins comme l'une des causes du drame de l'amiante :

« la bombe à retardement des dangers de l'amiante avec la mort annoncée de dizaines de milliers de personnes, nouveau drame sanitaire, est révélatrice [...] de l'insuffisance persistante de moyens offerts en formation, en

²⁰³ Marie PASCUAL, « Amiante : les leçons à tirer », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, pp. 35–36.

²⁰⁴ ALERT, FNATH, ASSOCIATION SMT, SNMEG-CGT et SNPMT, « Indépendance professionnelle dans le champ de la santé au travail. Texte du tract distribué à Paris le 10 octobre », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, pp. 9–10.

²⁰⁵ *Ibid.*, p. 10.

²⁰⁶ SNPMT, « Amiante : où en est-on ? », *Médecine et Travail*, 1992, n° 151, p. 48.

²⁰⁷ Emmanuel HENRY, « Militer pour le statu quo. Le Comité permanent amiante ou l'imposition réussie d'un consensus », *op. cit.*

temps et en indépendance professionnelle aux médecins du travail (cette indépendance du médecin du travail reste un combat quotidien).²⁰⁸ »

En janvier 1996, le secrétaire général Jean-Paul Duléry accorde un entretien au philosophe Roger Lenglet dans lequel il commente le revirement du syndicat. Duléry explique que c'est d'abord la volonté de se démarquer de certains médecins qui continuaient à minimiser les risques de l'amiante qui a amené le SNPMT à réagir :

« C'est justement l'image affligeante de l'un d'eux, un ancien confrère des chantiers navals, déclarant à la télévision que l'amiante n'était pas si toxique, qui nous a fait bondir. À l'évidence, cet ancien confrère, qui a pourtant officié dans un secteur sensible, entretenait la pire des confusions.²⁰⁹ »

L'originalité du syndicat est de mêler deux niveaux d'argumentation. Il dénonce en premier lieu les limitations de l'indépendance des médecins, dont le drame de l'amiante serait un révélateur tragique. Ainsi, selon le secrétaire général :

« les médecins du travail sont souvent directement dépendants des directions, et ils font partie des cadres de l'entreprise. Dès lors, il est évident qu'ils peuvent être facilement soumis aux exigences de leurs employeurs. Leur marge de manœuvre et leur liberté de parole sont étroites. Ils risquent d'être tout simplement remerciés et remplacés.²¹⁰ »

Ce registre est classique dans les cas où la responsabilité d'un salarié, d'un subalterne est mise en cause ; en suggérant que les médecins du travail ont été maintenus à leur corps défendant dans une position d'impuissance, il est possible de les dédouaner de tout manquement. Cependant, l'argumentation du SNPMT va plus loin. De manière frappante, le syndicat n'hésite pas à suggérer que la « dépendance » des médecins a pu être consentie dans la majorité des cas. Ainsi, Jean-Paul Duléry reconnaît que les médecins du travail ont une connaissance ancienne du problème de l'amiante mais que la grande majorité n'ont rien dit ou rien fait ; « consciemment ou inconsciemment », ils ont pu céder aux pressions négationnistes, en particulier celles exercées par les employeurs :

« à notre grand regret, en effet, cette prise de position est tardive. C'est choquant, je ne m'en cache pas. Nous regrettons de n'avoir pas réagi syndicalement plus tôt, et que des confrères n'aient pas exprimé leur avis avant. L'extrême nocivité de l'amiante était connue depuis très longtemps et l'on connaissait ses effets cancérogènes.[...] [Les médecins du travail] sont pris dans un jeu social où les pressions n'ont pas même besoin de s'exercer pour

²⁰⁸ SNPMT, « Communiqué de presse », 4 octobre 1995, cité in Roger LENGLET, « Un système de prévention paralysé », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 30. L'article reprend des extraits du livre de Roger LENGLET, *L'affaire de l'amiante*, Paris, La Découverte, 1996.

²⁰⁹ Roger LENGLET, « Un système de prévention paralysé », *op. cit.*, p. 31.

²¹⁰ *Ibid.*

qu'ils manifestent parfois un certain zèle à rassurer l'opinion. Ce n'est pas à moi de dire si cette attitude est motivée consciemment ou inconsciemment, mais je ne vois pas d'autre explication à certaines attitudes. [...]

Il y a une trentaine d'années, lors d'un congrès de médecine du travail, au Havre, de nombreux médecins du travail, spécialistes de l'amiante, sont intervenus : il était manifeste qu'ils minimisaient très nettement les risques des expositions à l'amiante. C'est une pratique, hélas, assez caractéristique. Je pourrais citer d'autres congrès où l'on a pu entendre des médecins, employés par exemple dans des entreprises fabriquant des tuyaux d'amiante-ciment, déclarer que les risques étaient négligeables ; ces interventions étaient visiblement complaisantes. [...] Sur la question de l'indépendance, certains avaient déjà exprimé individuellement leur opinion, mais il faut bien avouer que les médecins du travail eux-mêmes sont englobés dans le système et que certains se rangent à la logique des employeurs. Il faut bien dire que les employeurs savent les prendre, les mater, au point de faire perdre à quelques-uns leur lucidité. Un certain nombre se laissent prendre à cette logique aussi par inertie et par individualisme.²¹¹ »

C'est également l'opinion exprimée par Marie Pascual, médecin du travail en service interentreprises, dans les colonnes de la revue syndicale :

« non, on ne peut pas dire, comme sur le plateau de "La marche du siècle" le 11 juillet 1996²¹², que les médecins du travail n'ont rien à se reprocher, qu'ils ont rempli leur mission... [...] Nous savons bien, nous qui sommes sur le terrain tous les jours et depuis des années, comment cela fonctionne : dans l'institution médecine du travail, le risque amiante a été traité comme le reste, ni plus, ni moins. Demain, les mêmes causes produisant les mêmes effets, d'autres dangers, d'autres toxiques seront négligés, minimisés, dissimulés, étouffés. [...] Inutile de sortir les vieilles défenses pseudo indignées : "je ne peux pas laisser dire ça !", dérisoires : "on ne savait pas", voire malhonnêtes : "il ne faut pas exagérer et on ne pouvait rien faire de plus...", qui ne convaincront d'ailleurs personne.²¹³ »

La revue ouvre également ses pages à des personnalités qui n'hésitent pas à pointer du doigt les manquements aussi bien des médecins du travail que de l'institution, à l'instar du toxicologue Henri Pézerat, figure de référence de la lutte contre l'amiante :

« On peut aujourd'hui célébrer plus ou moins pompeusement le 50ème anniversaire de cette institution, peut-être vaudrait-il mieux reconnaître que la médecine du travail est à reconstruire sur de nouvelles bases. [...] On me demandera sûrement qu'il est utopique de demander tant de choses au médecin du travail. À cela, je répondrai tout d'abord que je ne suis pas de ceux qui se lamentent sur le sort des médecins du travail.²¹⁴ »

²¹¹ *Ibid.*, p. 31–33.

²¹² L'émission est en fait datée du 10 juillet 1996. Comptant parmi ses invités des industriels de l'amiante, des salariés malades, des hommes politiques ou encore des scientifiques dont l'universitaire en médecine du travail Jean Bignon, elle constitue l'un des moments forts de la couverture médiatique de l'affaire. Emmanuel HENRY, *Un scandale improbable. Amiante : d'une maladie professionnelle à une « crise de santé publique »*, *op. cit.*, p. 540–549.

²¹³ Marie PASCUAL, « Amiante : les leçons à tirer », *op. cit.*, p. 35.

²¹⁴ Henri PÉZERAT, « Pour une véritable prise en charge du risque amiante par la médecine du travail », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 42.

Avec l'affaire de l'amiante, le SNPMT semble taraudé par la question de la conscience que les médecins du travail auraient eu par le passé, et continueraient d'avoir, du fait qu'ils manquent à leurs devoirs. La rédactrice en chef de *Médecine et travail* donne comme titre à un éditorial de 1996 : « inconscience collective... ? »²¹⁵. Le point d'interrogation est significatif. Dans le numéro suivant, plusieurs articles expriment justement le point de vue de praticiens qui ont la conscience douloureuse d'avoir failli à leur mission. Mireille Chevalier, médecin en service interentreprises aujourd'hui secrétaire général du syndicat, entre dans le détail des préconisations et des examens qui auraient dû être faits. Elle reconnaît que les médecins ont été amenés à arbitrer entre la santé et des considérations économiques :

« Les médecins du travail n'ont pratiquement jamais fait faire de prélèvement d'atmosphère. En effet, cela paraissait techniquement difficile pour des travaux ponctuels dans des petites entreprises ; particulièrement onéreux, pour une utilité très discutée.

La presse professionnelle, les documents du Comité permanent amiante ne nous incitaient qu'à prêcher la prudence aux ouvriers : donc le port de protections individuelles, au cas où, histoire de se donner bonne conscience. Ces recommandations étaient formulées sans preuve à l'appui, avec la juste crainte qu'elles ne seraient pas suivies d'effets [...] À l'heure actuelle, qui d'entre nous oserait dire que la médecine du travail a rempli correctement sa mission sur le dossier de l'amiante ? Mais pouvait-il en être autrement ? [...] // Pouvons-nous négocier quand il s'agit de la santé ? Et jusqu'où ? Y a-t-il un risque acceptable?²¹⁶ »

Marie Pascual souligne également combien le drame de l'amiante met en cause la procédure d'aptitude. Elle évoque les dilemmes qui se posent quotidiennement aux médecins confrontés à des salariés exposés ou ayant été exposés au matériau, y compris lorsqu'ils développent des affections réputées bénignes (mais pouvant en annoncer d'autres plus graves) comme les plaques pleurales :

« devant des plaques pleurales chez un travailleur de l'amiante, le problème que doit résoudre le médecin du travail est le suivant :

- c'est un simple signe d'exposition, mais ça ne l'empêche pas de continuer. Taisons-nous et mettons-le apte. (Qu'en pensera le salarié quand il découvrira qu'on l'a laissé travailler à l'amiante avec la plèvre déjà enraidie de fibres cancérogènes ?)

- c'est donc une maladie professionnelle : je le déclare, DONC je le mets inapte. (Qu'en pense le salarié qui se retrouve au chômage, avec l'indemnité ridicule – 9000 francs au grand maximum – versée par la sécurité sociale ?).²¹⁷ »

²¹⁵ Françoise BLANC, « Inconscience collective...? », *Médecine et Travail*, 1996, n° 169, p. 5.

²¹⁶ Mireille CHEVALIER, « A quelque chose malheur est bon : ce proverbe pourrait s'appliquer à l'affaire de l'amiante », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 38–39.

²¹⁷ Marie PASCUAL, « Amiante : les leçons à tirer », *op. cit.*, p. 35.

Enfin, l'affaire de l'amiante fait prendre conscience à certains médecins du bilan humain de leur carrière. En se retournant, il leur est possible de compter le nombre de salariés morts parce qu'ils n'ont su, osé, ou pu les protéger du matériau cancérigène. Dans un texte glaçant, un médecin évoque ainsi l'épée de Damoclès qui est suspendue au-dessus des salariés qu'il a suivis, à laquelle le renvoie son propre remords :

« Il y a des jours où l'on regrette de ne pas avoir de tapis pour pouvoir s'y glisser ; des jours où, devant le miroir, l'on espère ne plus voir son reflet. [...]

C'était il y a six ans. Elles étaient là, les radios pulmonaires des quinze premiers. Grand format ITN depuis l'embauche. Toutes sauf une. Un petit trait à gauche, sur le diaphragme. Et toutes venaient d'être montrées au pneumo. Et ils avaient su, et moi aussi. Dix sur quinze. D'accord le produit contenait de l'amiante. De la blanche et de la grise. Mais les scies étaient aspirées. La CRAM était venue, appelée par le médecin de l'époque. Tout était en règle. Et puis on n'en fabriquait plus depuis dix ans. Enfin, des plaques hyalines, invisibles, c'était bénin. Oui, mais rien ne serait plus comme avant.

C'était il y a un an. Entre temps ils avaient parlé. L'aspiration, ils la vidaient dans la benne à déchets, au milieu de l'atelier. Les cottes étaient blanches d'amiante. Non, ils n'étaient pas quinze. Ils étaient plus de cent. Et puis il y avait ceux qui avaient changé de poste, qui étaient partis dans les bureaux ou ailleurs.

C'était il y a un an et ce fut lui le premier. Délégué syndical, il travaillait près de la benne. En visite, il mettait des couleurs dans mon bureau. Qu'est-ce qu'on rigolait ! Je l'ai aidé à s'asseoir, et lui ai donné de l'eau. 55 ou 70 ans ? Plus de poumon droit, une méta à gauche, une méta au genou. Il fallait faire passer le dossier, qu'il soit reconnu avant que... Pour sa veuve, puis pour les autres. Sa veuve ! Elle est là, venue finir les papiers pour le collègue. "Ah docteur, si vous saviez comme il a souffert !". Je le sais, je ne suis pas docteur pour rien !

Sans amiante, un cancer pulmonaire pour vingt-cinq ! Ils sont cent ! Ils auraient pu être quatre ! Pas d'effet seuil. L'amiante multiplie par deux, par trois. Bon, plus de la moitié ne fume plus ? Dans l'atelier, combien ? Dix, douze, quinze... ?

Le chef vient de sortir. Il est venu chercher sa radio avec sa tâche, grosse comme un manche d'opinel, plantée entre ses côtes et sa plèvre.

Deux à dix mille morts par an. Ma retraite dans vingt ans. Vingt ans. Quinze millions de salariés. Ils vont être 150 000. Un mort sur cent.

2800. J'en ai vingt ou trente ! Un par an ! Lequel ? Faire un trou dans la terre, y enfoncer sa tête, cacher ses oreilles, et hurler !²¹⁸ »

Ce moment paroxystique de la crise de l'amiante est un puissant révélateur de la conception particulière de l'indépendance professionnelle qui est celle du SNPMT. Cette conception apparaît

²¹⁸ J.-C. ATTAL, « Damoclès », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 37.

relativement constante jusqu'à aujourd'hui, en ce sens qu'elle trouve toujours une majorité de membres du bureau pour la porter. Sous-jacente à plusieurs prises de position au moins depuis le mandat de Charles-Pierre Hitier, elle est développée et exposée au grand jour par les circonstances particulières du milieu des années 1990. Il apparaît alors clairement que, pour le SNPMT, l'indépendance professionnelle des médecins du travail est la capacité d'exercer aux seules fins d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » y compris lorsque ceci suppose d'entrer en conflit avec ses interlocuteurs ou d'aller à l'encontre de la lois.

Revendiquant le fait que les médecins du travail sont d'abord des médecins, et doivent comme tels obéir au « primum non nocere »²¹⁹ d'Hippocrate, Jean-Paul Duléry place explicitement la déontologie médicale au-dessus des réglementations existantes. Il parle d'une « obligation professionnelle prioritaire » en faveur de la santé, au-dessus de toute autre considération. Pour le secrétaire général, l'indépendance est un devoir avant d'être un droit, bien qu'il reconnaisse que certaines conditions doivent être réunies :

« Le médecin du travail se trouve être au centre d'un système de prévention sanitaire qui a failli dans le cas de l'amiante, malgré l'obligation professionnelle prioritaire imposée par le Code de déontologie en son article 95 alinéa 2 : "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 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 cette indépendance professionnelle est un devoir, et s'impose à chacun d'entre nous, elle nécessite néanmoins et impérativement des conditions particulières la garantissant.²²⁰ »

Pour le syndicat, l'affaire de l'amiante révèle que l'indépendance médicale est autant une question de moyens que d'« éthique » et de « déontologie »²²¹. Être indépendant, c'est *pouvoir* être indépendant face aux pressions mais également *savoir* ou *oser* l'être. En d'autres termes, le syndicat estime que l'indépendance est indissociablement un droit à l'insurrection et un devoir d'insurrection contre certaines conceptions de l'activité légitime qui sont imposées aux praticiens, y compris celles qui sont issues de la loi. C'est ce qu'expriment par exemple les interrogations de Mireille Chevalier :

« Mais parfois, seul contre tous, la position est-elle tenable ? Pouvons-nous encore tolérer des conditions de travail qui nous empêchent de tenir notre rôle ?²²² »

²¹⁹ « D'abord, ne pas nuire ».

²²⁰ Jean-Paul DULÉRY, « Amiante. Le mot du secrétaire général », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 23.

²²¹ « Et demain ?... Rester vigilants sur notre éthique, notre déontologie ; sauvegarder notre indépendance afin de pouvoir répondre de la responsabilité qui est la nôtre ». Françoise BLANC, « Responsabilité, secret, indépendance », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 5.

²²² Mireille CHEVALIER, « A quelque chose malheur est bon : ce proverbe pourrait s'appliquer à l'affaire de l'amiante », *op. cit.*, p. 39.

Les réactions du SNPMT à la crise médiatique et politique de l'amiante confirment que le syndicat porte une idée de l'indépendance qui est proche du sens étymologique de l'autonomie : se donner la loi à soi-même. Cette idée est cohérente avec l'insistance du syndicat à faire participer les médecins à la gestion des services qui les emploient. Enfin, elle explique la production épistolaire et littéraire abondante de ses membres, pour lesquels la réflexivité est constitutive de l'exercice de la médecine du travail.

2. 2007-2008 : la médecine du travail mise en examen

Le SGMT reste discret au moment de la crise médiatique de l'amiante. En effet, pour le syndicat de cadres, l'affaire met surtout en lumière les manquements de l'État et des organismes censés guider son action, bien plus que de médecins du travail qui n'ont fait qu'appliquer la réglementation votée par le Parlement et décidée par les ministères.

Les rapports parlementaires consacrés à la santé au travail, et en particulier à l'amiante, qui se succèdent dans les années 2000, donnent à Bernard Salengro plusieurs occasions d'exprimer la position du SGMT, qui rejoint celle de la confédération des cadres. Pour le syndicat de médecins du travail, le drame de l'amiante est d'abord dû aux manquements de l'État, qui n'a pas joué son rôle de gardien de l'application des lois. C'est ce qu'explique le président aux députés de la mission d'information sur l'amiante en 2005 :

« Et que dire de tous les chantiers de désamiantage en cours dont une récente étude de l'INRS montre que les trois quarts ne sont pas réglementaires ! Que font vos gendarmes du Code du travail ? Les inspecteurs du travail ne sont pas assez nombreux et leurs constatations finissent en classement vertical chez le juge, quand ils ne se font pas tirer dessus !²²³ »

Quelques années plus tard, Bernard Salengro dénonce à nouveau la faillite des pouvoirs publics à l'occasion d'un rapport parlementaire sur le « mal-être au travail » :

« Bernard Salengro a fait observer qu'aucun service de santé au travail ne s'est jamais vu retirer son agrément par les pouvoirs publics, même lorsque des déficiences graves sont constatées dans son fonctionnement. En outre, les dossiers transmis à l'Inspection du travail restent trop souvent sans suite.²²⁴ »

²²³ Bernard Salengro, cité in Jean LE GARREC, « Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante », *op. cit.*, p. 261. Bernard Salengro fait référence aux deux inspecteurs du travail qui se sont fait assassiner par un agriculteur en Dordogne en 2004, une affaire qui a provoqué la consternation du SGMT et de la confédération des cadres. CFE-CGC, « Solidaire des agents de l'Inspection du travail », *Espace Médecin du travail*, 2004, n° 26, p. 15.

²²⁴ Gérard DÉRIOT, « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales par la mission d'information sur le mal-être au travail », *op. cit.*, p. 152.

Le président du SGMT fait des propositions pour renforcer le rôle de gendarme de l'État sur les questions de santé au travail :

« Les inspecteurs du travail et les inspecteurs des caisses régionales d'assurance maladie (Cram) devraient voir leurs pouvoirs renforcés : si leurs prérogatives étaient analogues à celles des inspecteurs des impôts ou des inspecteurs des Urssaf, les dispositions légales seraient mieux appliquées.²²⁵ »

En octobre 2007, la mise en examen de Claude Raffaelli fait l'effet d'un coup de tonnerre au sein du syndicat. Ancien médecin du travail du service autonome de l'usine Férodo à Condé-sur-Noireau (Orne) entre 1975 et 2006, poursuivi pour « homicide involontaire » et « non-assistance à personne en péril », le médecin âgé de 63 ans est en effet un membre actif du SGMT. Entre 1982 et 1995, c'est également le seul médecin du travail de terrain à être membre du Comité permanent amiante²²⁶, ce qui ne lui est cependant pas reproché en soi par la juge d'instruction. Selon l'avocat de l'Association nationale des victimes de l'amiante, à l'origine de la plainte qui a débouché sur la mise en examen du médecin, 1500 salariés de l'usine Férodo ont développé des maladies liées à l'amiante, et au moins 200 d'entre elles sont décédées²²⁷. De ce fait, le site de Condé-sur-Noireau est nommé la « vallée de la mort » par les victimes de l'amiante.

Il est frappant de découvrir que quelques années avant sa mise en examen, alors qu'il était encore salarié de Férodo, le médecin soulignait le problème de la responsabilité du médecin du travail dans un texte aux accents prémonitoires paru dans la revue du SGMT. Raffaelli accuse en particulier le passage à la « pluridisciplinarité » de réduire encore un peu plus le pouvoir du médecin, déjà fortement limité par la gestion patronale des services :

« Le responsable c'est celui qui est tenu de répondre de ses actes : d'accord. C'est aussi celui qui a le pouvoir de prendre des décisions dans un groupe organisé... Peut-on souhaiter mieux que ces définitions du dictionnaire pour entrevoir les pièges qui nous sont tendus ? Nous devons et devons de plus en plus directement assumer la responsabilité en particulier pénale de nos actes, mais le pouvoir de décision sur notre travail, son contenu, sa pratique, nous l'avons et l'aurons de moins en moins. [...] Autrement dit, tout salarié est en droit, aujourd'hui, au décours de sa carrière, ou après celle-ci, de nous demander quelle action de prévention lui a été recommandée, appliquée. Dans le cas de l'exposition à l'amiante, fortement poussés dans le dos par les avocats des associations, et même par certains syndicats de travailleurs, les ex-salariés ne se privent pas de massivement

²²⁵ *Ibid.*, p. 8.

²²⁶ Emmanuel HENRY, *Un scandale improbable. Amiante : d'une maladie professionnelle à une « crise de santé publique »*, *op. cit.*, p. 165, 167, 535, 746.

²²⁷ Maître Michel Ledoux, cité in Philippe ROY, « Amiante : Un médecin du travail mis en examen. L'indépendance du praticien d'entreprise mise à mal », *op. cit.*

demander des comptes, parfois avec agressivité, dans le but de nous traîner en justice. [...] Qui rendra des comptes 30 ou 40 ans après l'exposition à un CMR ? Le médecin du travail.²²⁸ »

C'est pourquoi le médecin enjoint ses confrères de veiller à ce qu'ils puissent montrer qu'ils ont demandé des moyens de prévention et, éventuellement, de garder les preuves que ceux-ci leur ont été refusés :

« Les médecins du travail sont de "bonne volonté", trop parfois. Il va nous falloir asseoir cette responsabilité sur des moyens qui font avant tout appel aux capacités de décider des programmes de santé au travail et des actes de prévention envers les salariés. Il nous faut réclamer fortement ces moyens décisionnels. Faute de ceux-ci, il nous faudra indiquer à l'employeur, au MIRT, au Conseil de l'Ordre que nous ne pouvons satisfaire à nos missions, et il est possible que des manifestations plus incisives soient nécessaires.²²⁹ »

L'évocation de « manifestations plus incisives » n'est pas sans rappeler l'interrogation précédemment citée de Mireille Chevalier : « Pouvons-nous encore tolérer des conditions de travail qui nous empêchent de tenir notre rôle ? ». Les positions respectives de l'adhérente du SNPMT et de l'adhérent du SGMT diffèrent cependant par le fait que la première fonde plutôt ce devoir de révolte sur des considérations de nature déontologique, alors que l'article du second est davantage motivé par un souci de limitation de la responsabilité civile des médecins.

L'affaire Raffaelli bénéficie d'une forte médiatisation, puisque c'est la première fois qu'un médecin du travail est mis en examen pour de tels motifs et qu'elle touche au sujet encore sensible de l'amiante. Face aux journalistes, le SGMT adopte une ligne de défense constante, reprise au niveau confédéral : le médecin du travail a agi comme n'importe lequel de ses confrères, les vrais fautifs dans l'affaire de l'amiante sont l'État et les employeurs. C'est ce qu'exprime Bernard Salengro à un quotidien médical :

« J'aurais pu me trouver à la place de Claude Raffaelli, dans la même situation. Je le connais, il a fait son boulot. D'ailleurs, l'agrément accordé par le directeur régional du travail témoigne qu'il assurait correctement sa tâche, dans le respect des textes. Sinon, il en aurait été privé. C'est l'État qui l'a nommé, en somme.²³⁰ »

Cette dernière formule est remarquable. En présentant le médecin du travail comme un agent subalterne de l'État, le président du SGMT suggère que la responsabilité réside là où se trouve le pouvoir, c'est-à-dire aux plus hauts niveaux de la puissance publique. Pour Salengro, le médecin du travail a fait ce qu'il pouvait mais c'est la chaîne administrative qui n'a pas suivi :

²²⁸ Claude RAFFAELLI, « L'in vraisemblable piège de la responsabilité du médecin du travail », *op. cit.*

²²⁹ *Ibid.*

²³⁰ Bernard Salengro, cité in Philippe ROY, « Amiante : Un médecin du travail mis en examen. L'indépendance du praticien d'entreprise mise à mal », *op. cit.*

« Je suis attristé au vu de la Direction régionale du travail qui n'accomplit pas ce qu'on attend d'elle – faire respecter par l'employeur l'application des consignes de sécurité du médecin du travail – et face à la Sécu, qui ne remplit pas son rôle d'assureur.²³¹ »

Le président confirme quelques mois plus tard sa conception selon laquelle on n'a pas à demander à un médecin de faire plus ce que prescrit la loi :

« Ce qui était prévu par la réglementation, il l'a fait, et on l'accuse de ne pas avoir fait plus que la loi. J'avoue qu'une partie de mes confrères sont interloqués. Quand aujourd'hui les autorités n'accomplissent pas ce qu'on attend d'elles, à savoir faire respecter par l'employeur l'application des recommandations et des consignes du médecin du travail, c'est un comble.²³² »

Moins d'un an plus tard, le 22 juillet 2008, Françoise Bézu, ancien médecin du travail au port autonome de Dunkerque entre 1970 et 1995, est elle aussi mise en examen. Seize veuves de dockers et un ancien docker sont parties civiles dans ce dossier. La praticienne est également vigoureusement défendue par le SGMT, dont il semble qu'elle n'est pas membre. Dans ses textes, le syndicat lie son cas à celui de Claude Raffaelli ; les deux médecins seraient les symboles d'une justice « myope » qui ne poursuit que le médecin du travail alors que d'autres acteurs ont une part de responsabilité sans doute bien plus grande :

« "Si un médecin a fait des erreurs, il faut qu'il assume, il a sa part de responsabilités, mais ne s'intéresser qu'à lui, c'est partisan", a estimé M. Salengro. "La justice fait preuve de myopie, comme si le médecin du travail était seul et avait toute latitude de décision", a-t-il affirmé.²³³ »

Cette position est reprise par la CFE-CGC, qui réitère également l'idée qu'on ne peut demander aux médecins du travail de se substituer aux faiblesses de l'État :

« Il eût fallu que les médecins soient allés sus à l'amiante dès 1970 selon la justice alors que les médecins du travail ne pouvaient compter ni sur le policier (l'inspecteur du travail) ni sur l'assureur (branche accident du travail de la CNAMTS). Ceci dans un contexte où les inspecteurs du travail se plaignaient de la faible prise en compte de leurs constatations par la justice ! Ubu n'est plus loin ! [...] La CFE-CGC réclame l'ouverture du débat sur l'amiante, sa prévention et sa réparation, mais avec toutes les parties intéressées sans exclusive et sans transformer les médecins du travail en fusibles pour les autres.²³⁴ »

²³¹ *Ibid.*

²³² Bernard Salengro, cité in Nathalie QUERUEL, « Amiante : la médecine du travail mise en examen », *Santé et travail*, 2008, n° 61.

²³³ AFP, « Amiante : la CFE-CGC dénonce la « myopie » de la justice qui a mis en examen un médecin du travail », juillet 2008. À l'encontre de l'idée de myopie de la justice, on peut cependant remarquer que Marie-Odile Bertella-Geffroy a également mis en examen en septembre et octobre 2007 les sept directeurs qui se sont succédés à la tête de l'usine Férodo de Condé-sur-Noireau. Cécile PRIEUR, « L'avenir des enquêtes sur l'amiante suspendu à la Cour de cassation », *op. cit.*

²³⁴ CFE-CGC, « La justice et les associations de défense encore frappées de myopie grave dans l'affaire de l'amiante à Dunkerque! », *Communiqué de presse*, juillet 2008. Cette idée d'un médecin « fusible » est également développée

Le SGMT développe l'idée que les deux médecins du travail mis en cause ont exercé leur métier au mieux en fonction des connaissances scientifiques disponibles à chaque moment. Il publie sur son site internet une lettre de soutien allant de ce sens, signée par l'Institut de santé au travail du nord de la France, organisme universitaire auquel appartient Françoise Bézu :

« Mme le Dr Bézu est une professionnelle rigoureuse, actualisant en permanence ses connaissances (participation aux cycles et journées de formation médicales post universitaires) et ayant une bonne connaissance des conditions de travail des salariés dont elle assurait le suivi. Elle a exercé ses fonctions en utilisant l'ensemble des moyens à sa disposition pour l'époque considérée.²³⁵ »

Bernard Salengro reconnaît dans une interview que la dangerosité de l'amiante est connue depuis longtemps, tout en affirmant que les détails des mécanismes pathogènes n'ont été prouvés qu'à une période bien plus récente :

« Les médecins du travail ont dénoncé l'amiante depuis longtemps. Un confrère, le Dr Girard, y a consacré sa thèse dans les années 1940. Et si dès 1900 on sait que c'est mauvais pour la santé, il a fallu attendre les années 1970-1980 pour découvrir qu'il provoque le mésothéliome, puis 1980-1990 pour apprendre que la dose inhalée n'entre pas en ligne de compte. Maintenant, quand nous parlons de tout ça, personne ne nous écoute.²³⁶ »

On peut remarquer qu'une argumentation similaire est développée par Claude Raffaelli lui-même dans une communication sur la prise en charge des salariés malades de l'amiante qu'il a présentée aux Journées nationales de santé au travail dans le BTP au début des années 2000. Pour le médecin de Férodo, la décision de maintenir un usage contrôlé de l'amiante a été prise par « l'ensemble du corps social » :

« Ce n'est véritablement qu'à partir du décret de 1977 et de l'arrêté médical de 1979 qu'une certaine cohérence apparaît dans la prévention et le suivi médical. Ces textes sont toutefois nés dans un contexte de conflit entre salariés, organisations syndicales et industrie, spécialement en région Bas Normande, usines où j'exerce de longue date. Si la connaissance des maladies fibreuses et cancéreuses liées à l'amiante existe alors, la capacité d'en mesurer l'importance numérique est absente, et l'ensemble du corps social va décider de continuer l'usage du produit en secteur industriel, en interdisant le flochage.²³⁷ »

par le vice-président du SGMT suite à la mise en examen de Claude Raffaelli. Henri Kirstetter fait même l'hypothèse que l'industrie de l'amiante a pu influencer sur le cours de la justice : « c'est une possibilité d'imaginer que l'affaire se trouve liée à un lobbying de l'amiante ». Philippe ROY, « Amiante : Un médecin du travail mis en examen. L'indépendance du praticien d'entreprise mise à mal », *op. cit.*

²³⁵ ISTNF, Lettre de soutien au Dr Françoise Bézu, 25 juillet 2008 (site internet du SGMT).

²³⁶ Bernard Salengro, cité in Philippe ROY, « Amiante : Un médecin du travail mis en examen. L'indépendance du praticien d'entreprise mise à mal », *op. cit.*

²³⁷ Claude RAFFAELLI, « Prise en charge des salariés et malades de l'amiante. Historique et évolution du dispositif - impact individuel et collectif », date non précisée, vol.28.

Au final, la mobilisation du SGMT autour de la mise en examen de deux confrères fait apparaître avec netteté la conception particulière de l'indépendance professionnelle qu'il défend. Pour le syndicat CGC, l'indépendance du médecin du travail se mesure à sa capacité de pouvoir appliquer pleinement la réglementation qui régit son exercice professionnel. Cette capacité est parfois limitée par d'autres acteurs (l'État, les employeurs) qui ne remplissent pas leurs devoirs, ce qui a nécessairement un effet sur l'action du médecin du travail puisque les obligations qui s'imposent aux uns et aux autres sont interdépendantes. Cependant, le fait de ne pas pouvoir être ou de ne pas avoir été *au-delà* des dispositions légales n'est en rien le signe d'un manque d'indépendance. En d'autres termes, « l'héroïsme » n'est pas et ne devrait pas être une composante du professionnalisme du médecin du travail, comme le remarque Claude Raffaelli dans la conclusion de son article de 2004 :

« Lisant les petites annonces du Quotidien du Médecin du 12 janvier je note que c'est la RATP qui a raison quand elle cherche des médecins du travail et dit qu'elle "recrute des héros comme vous et moi" ! Jusqu'à présent l'exercice de la médecine du travail était sacerdotal, il est maintenant devenu héroïque...²³⁸ »

C'est sur ce point en particulier que la différence avec la position du SNPMT est la plus flagrante. En 2007, Gilles Arnaud, alors secrétaire général de ce syndicat, plaide pour un « esprit militant » du médecin du travail, tout en reconnaissant que l'indépendance peut être également limitée de l'extérieur par la forme du service :

« Dans un service autonome, le fait que l'employeur en soit le gestionnaire et le financier conditionne ou freine les actions du médecin du travail. Son rôle de conseiller, à la fois des représentants des salariés et de la direction, s'en trouve contrarié. Cela étant, notre activité implique de plus en plus un esprit militant pour faire face [...]. Il faudrait choisir, désormais, la médecine du travail en fonction d'un certain penchant pour le combat.²³⁹ »

Un an plus tard, Jean-Michel Sterdyniak, membre du bureau national du SNPMT, réagit à l'annonce de la mise en examen de Françoise Bézu en jugeant « normal que la justice passe », et

« estime qu'il y a "de la lâcheté" de la part de certains médecins du travail qui n'osent pas s'opposer aux employeurs.²⁴⁰ »

Ce débat entre les deux syndicats se poursuit aujourd'hui jusque dans l'arène judiciaire, puisque le juge d'instruction a nommé le même Jean-Michel Sterdyniak expert judiciaire dans les affaires Raffaelli et Bézu. Son rôle est d'apprécier si les deux médecins du travail ont conduit leur exercice

²³⁸ Claude RAFFAELLI, « L'invraisemblable piège de la responsabilité du médecin du travail », *op. cit.*

²³⁹ Gilles Arnaud, cité in Philippe ROY, « Amiante : Un médecin du travail mis en examen. L'indépendance du praticien d'entreprise mise à mal », *op. cit.*

²⁴⁰ Jean-Michel Sterdyniak, cité in Eric LEYSENS, « Amiante : un médecin du travail mis en examen », *op. cit.*

dans les règles de l'art... Étant donné les différences de positionnement entre les deux syndicats, on peut imaginer tout l'intérêt qu'il y aurait à étudier le déroulement de ces procès.

*

Au terme de ce chapitre, il apparaît clairement que la conception de l'indépendance défendue par chacun des deux syndicats étudiés est intrinsèquement liée à un certain rapport au salariat. Si le SNPMT se fixe comme horizon de son action l'élimination des liens de subordination liés au statut de salarié²⁴¹, le SGMT assume ces liens comme des dépendances légitimes, qui n'empêchent en rien de faire son métier de médecin du travail. Plus encore, ces deux manières différentes de concevoir l'exercice professionnel renvoient à deux visions opposées de la responsabilité des médecins. Pour le SGMT, l'indépendance est d'abord un droit et la participation des praticiens au drame de l'amiante est le signe de la faillite des pouvoirs publics. Pour le SNPMT, l'indépendance est un droit mais également un devoir, ce qui permet à ses membres de blâmer aussi bien l'institution médecine du travail que des praticiens particuliers, y compris eux-mêmes²⁴².

²⁴¹ La conception de l'indépendance défendue par le SNPMT est proche sur de nombreux points de celles de l'association SMT et du syndicat CGT des médecins du travail d'EDF et GDF. J'ai fait le choix de ne pas les étudier ici par manque de place et parce que leurs idées sont citées à plusieurs reprises dans cette thèse, au travers des publications de l'association SMT ou des références à Alain C.

²⁴² La question de la responsabilité des médecins du travail évoque inévitablement les débats sur celle des agents du régime nazi, malgré l'évidente disproportion des faits qui leur sont reprochés. Dans son rapport sur le procès Eichmann, Hannah Arendt souligne ainsi la priorité donnée par l'ancien dignitaire nazi à l'obéissance aux ordres, plutôt qu'à des considérations morales sur les effets humains de ses actes « administratifs » : « en ce qui concerne les "mobiles abjects", il était persuadé qu'au plus profond de lui-même il n'était pas ce qu'il appelait un *innerer Schweinehund*, un véritable salaud ; quant à sa conscience, il se souvenait parfaitement qu'il n'aurait eu mauvaise conscience que s'il n'avait pas exécuté les ordres – ordres d'expédier à la mort des millions d'hommes, de femmes et d'enfants, avec un grand zèle et le soin le plus méticuleux ». Hannah ARENDT, *Eichmann à Jérusalem. Rapport sur la banalité du mal*, Paris, Gallimard, 2002, p. 80.

Chapitre 6. La médecine contre elle-même. La « confraternité » comme ressource et obstacle à l'autonomie

J'ai décrit jusqu'ici un médecin du travail tiraillé entre l'autonomie professionnelle théorique que lui confère son appartenance au corps médical et la subordination salariale à laquelle certains estiment qu'il est légitimement assujéti. Le statut de médecin ouvre droit à des protections juridiques capitales, notamment des garanties contre le licenciement et le droit à la préservation du secret médical, tout en dotant son détenteur d'un capital symbolique important relativement aux autres travailleurs qu'il est amené à côtoyer : une parole, une décision, un écrit de médecin inspirent le respect, quand bien même leur auteur (ne) serait (que) médecin du travail. Les employeurs qui souhaitent peser sur l'action du médecin du travail s'adressent généralement à celui-ci en tant que salarié plutôt qu'en tant que médecin, tant cette dernière configuration apparaît plus favorable au praticien.

Dans ce chapitre, je propose de complexifier ce tableau en montrant que l'appartenance au corps médical peut être une ressource favorisant l'autonomie professionnelle du médecin du travail ou, au contraire, une contrainte renforçant le rapport de subordination auxquels certains souhaiteraient l'assujettir. En poursuivant des logiques professionnelles particulières, les médecins qui évoluent dans l'entourage d'un médecin du travail contribuent à définir à la fois les frontières de l'activité légitime et les limites de l'autonomie professionnelle de ce dernier. Dans les situations de conflit, il apparaît clairement que le médecin du travail s'appuie sur certains confrères pour en contrer d'autres. Dans les situations plus routinières, les médecins du travail ajustent leur activité de manière plus ou moins consciente pour tenir compte du soutien ou de la défiance éventuelle qu'ils s'imaginent rencontrer chez les confrères avec lesquels ils travaillent.

Dès *La profession médicale*, Eliot Freidson laisse entendre l'intérêt d'étudier les relations entre médecins pour comprendre la construction de l'autonomie médicale. « D'une façon ou d'une autre, un médecin dépend de ses collègues », dit-il au sujet des médecins américains, ajoutant que « la médecine contemporaine ne se pratique pas dans la solitude : c'est un vaste réseau de relations organisées dont la plupart renforcent le pouvoir des confrères et minimisent celui des clients »¹. Le sociologue cite les travaux d'Oswald Hall sur l'organisation informelle de la profession médicale² pour introduire l'idée de « réseau de confrères », qui permet de décrire l'environnement de travail de tout médecin :

« Dans la mesure où les médecins d'une localité donnée sont installés et nantis d'une clientèle relativement fidèle, ils forment un système. Ce système a le pouvoir effectif d'exclure un nouvel arrivant importun : les médecins en place contrôlent le système hospitalier dont ils occupent les postes de commande ; ils tendent d'autre part, au cours des années, à s'organiser en associations qui constituent une espèce de réseau informel.³ »

Lorsque Freidson évoque le cas français, c'est pour décrire l'évolution d'un système médical dans lequel ce sont des médecins qui sont les principaux artisans de la limitation de l'autonomie professionnelle de leurs confrères :

« les praticiens individuels perdent aujourd'hui, et continueront à perdre à l'avenir, une grande partie de leur liberté d'exercice de la médecine fondée sur leur seul jugement clinique. C'est-à-dire qu'ils ne pourront plus s'appuyer sur leur seul jugement personnel pour diagnostiquer, prescrire, ordonner un traitement et soigner leur malade. Leur activité sera déterminée par des normes et recommandations officielles. Les "profils médicaux" et les restrictions imposées aux prescriptions qu'on a déjà institués en France ne sont qu'un symptôme d'un processus beaucoup plus important de régulation de l'activité médicale.⁴ »

¹ Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, *op. cit.*, p. 102.

² Oswald HALL, « The Informal Organization of the Medical Profession », *Canadian Journal of Economics and Political Science*, 1946, XII, pp. 30–41. Dans un autre texte, Hall constate le rôle joué par une petite élite de la profession médicale (qu'il nomme la « fraternité interne ») dans le déroulement de la carrière de l'ensemble des praticiens : « on constate qu'une des étapes principales de la carrière médicale est de recevoir l'approbation de la fraternité interne. Les entretiens font ressortir qu'il existe des mécanismes spécifiques, à la fois pour intégrer le nouveau venu et pour repousser l'intrus indésirable. Ces mécanismes agissent à tous les niveaux, depuis celui d'interne jusqu'à celui de spécialiste en activité. [...] Ils comprennent des phénomènes tels que l'enquête sur le nouveau venu, la discussion informelle et les conseils donnés par le personnel médical haut-placé, l'omission sans explication dans l'octroi de promotion au sein du système hospitalier, les encouragements et récompenses spécifiques accordés par les praticiens établis, et le fait pour un membre de la fraternité interne de patronner directement le nouveau candidat ». De ce fait, on ne peut dire que les médecins exercent de manière indépendante : « il apparaît que la médecine spécialisée n'est plus une profession libérale – une occupation indépendante. Elle est devenue hautement inter-dépendante plutôt qu'indépendante, et elle est pratiquée dans le cadre d'un ensemble social complexe plutôt que dans un milieu de libre concurrence. Les principales contingences d'une carrière médicale tiennent aux rôles joués par le médecin dans une organisation informelle très complexe ». Oswald HALL, « Les étapes d'une carrière médicale », *op. cit.*, p. 222–223.

³ Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, *op. cit.*, p. 103–104.

⁴ *Ibid.*, p. 54–55.

Selon le sociologue l'État français s'appuie délibérément sur une élite médicale pour contrôler l'activité de la majorité des médecins :

« Le besoin de contrôler les coûts et aussi la nécessité croissante de contrôler l'utilisation croissante, et dangereuse aussi, de certains médicaments, ou encore de l'usage excessif de technologies sophistiquées, ont conduit l'État dans tous les pays industriels, la France aussi, à s'occuper de ces problèmes pour autoriser, restreindre ou même interdire certaines utilisations ou pratiques. L'État s'appuie alors sur une élite médicale, hautement reconnue au point de vue scientifique et qui exerce soit dans des hôpitaux, soit dans des laboratoires de recherches et il transcrit leur avis sous la forme de règlements et directives qui restreignent l'autonomie thérapeutique des praticiens. [...] Ainsi, dans la France contemporaine comme dans la plupart des nations industrielles dotées de plans de santé, l'autonomie thérapeutique du médecin est quelquefois érodée. Parler de "prolétarianisation" ou de "déprofessionnalisation" de la médecine est, toutefois, au mieux une exagération, au pire une vision des choses assez vulgaire, car ce sont des médecins qui établissent les règles de la limitation de l'autonomie médicale – et ce sont leurs représentants qui les acceptent. [...] La hiérarchie à l'intérieur de la profession était acceptable pour le médecin courant parce qu'à défaut des récompenses suprêmes, celui-ci, au moins, était totalement libre dans son travail. Il lui faut désormais s'habituer à des horizons plus étroits, en passer par des critères qu'établissent des collègues "éminents", qui, pour leur part, continuent à être largement récompensés »⁵.

On retrouve ces thématiques dans plusieurs travaux ultérieurs de Freidson. Il y montre que les médecins semblent de plus en plus enclins à développer des formes de contrôle de l'activité médicale individuelle par les pairs (*collegiate control*) si celles-ci peuvent freiner les tentatives de contrôle de la part de pouvoirs non médicaux. Il suggère cependant que cette évolution peut avoir l'effet pervers d'affaiblir l'autonomie de la profession médicale en renforçant son hétérogénéité interne, et notamment l'écart entre la base et l'élite médicale⁶.

Les constats de Freidson peuvent être appliqués à la médecine du travail française moyennant certains ajustements pour prendre en compte les spécificités de cette dernière. Il apparaît que le médecin du travail dépend toujours d'un certain nombre de confrères pour l'exercice de son activité : autres médecins du travail, médecins généralistes (médecins traitants des salariés), médecins spécialistes divers, médecins-inspecteurs régionaux du travail, médecins-coordonateurs, représentants de l'Ordre des médecins, responsables de syndicats de médecins... Ce « réseau de confrères » peut être défini comme une configuration à la fois informelle et organisée au sein de

⁵ *Ibid.*, p. 55–56.

⁶ Pour une synthèse de ces travaux, cf. Jonathan GABE, Mike BURY et Mary Ann ELSTON, « Medical autonomy and medical dominance », in *Key Concepts in Medical Sociology*, London, Sage Publications, 2004, pp. 173–177.

laquelle les médecins du travail occupent une place institutionnellement et symboliquement subordonnée.

Dans une première partie de ce chapitre, l'étude monographique d'un long conflit impliquant un médecin du travail dans les années 1970 permet, à travers la description des divers acteurs impliqués, de mettre en évidence l'existence et l'importance du « réseau de confrères » dans la détermination de l'activité du praticien⁷. Ce médecin du travail doit s'appuyer sur des confrères et en combattre d'autres à chaque étape de ce qu'elle estime être son activité légitime : identification des maux du travail, reconnaissance par l'entreprise et les pouvoirs publics, mise en place de mesures de prévention, décisions d'aptitude et préservation du secret médical. Dans une deuxième partie, je généraliserai cette approche à partir d'un large corpus de matériaux afin de caractériser l'action des principaux acteurs médicaux en présence et les effets de la position particulière occupée par la médecine du travail dans le corps médical.

I. Une affaire de médecins : Suzanne B. à la mine de Largentière (années 1970)

Le 26 janvier 1976, le responsable du contentieux au sein du SNPMT reçoit une lettre en provenance d'une petite ville d'Ardèche, Largentière. Son auteur, le médecin du travail Suzanne B., lui écrit pour la première fois, pour solliciter son aide dans une série d'importants litiges professionnels qui l'opposent à la direction d'une mine depuis 1971, et qui seront finalement la cause de son renvoi en février 1978⁸. Une correspondance régulière s'entame. À partir de cette date, les responsables du syndicat commencent à constituer un dossier qui s'étoffe au gré des rebondissements de l'affaire et des nombreuses annexes transmises par le médecin du travail. La plus ancienne des pièces adressées par Suzanne B. au syndicat date de 1964. La plus récente date du début des années 1980, date à laquelle la correspondance s'interrompt définitivement. Les responsables syndicaux archivent alors ce dossier qui comporte plus de 360 pages de documents. Il semble qu'il n'a pas été ouvert jusqu'à ce que je le découvre en 2009. Suite à la lecture du dossier, j'ai effectué un séjour d'étude à Largentière qui m'a permis de rencontrer longuement Suzanne B. à qui l'affaire a laissé un vif souvenir.

⁷ J'ai présenté une première version de cette étude de cas dans le cadre d'une communication conjointe avec Laure Pitti. Pascal MARICHALAR et Laure PITTI, « Recourir à la médecine contre la médecine : les mobilisations ouvrières face aux maladies professionnelles dans les années 1970 », *communication au colloque « La relation médecin-malade (XVIIe-XXe siècles) », organisé par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et l'Université Paris 13*, 26 novembre 2010.

⁸ Cf. chapitre 5.

L'activité médicale de Suzanne B. à la mine de Largentière était tout sauf solitaire, quand bien même elle passait l'essentiel de son temps seule avec une infirmière dans un bâtiment vétuste proche de l'ascenseur de la mine. Le médecin du travail s'appuie en permanence sur un grand nombre de confrères, et doit s'opposer régulièrement à un nombre non moins grand de confrères. Le cas Suzanne B. illustre de manière évocatrice le rôle du « réseau de confrères » dans lequel chaque médecin du travail inscrit nécessairement son activité.

1. L'embauche

Née en 1926 en Algérie, Suzanne B. est la fille d'un instituteur et d'une mère au foyer. Fortement investi dans sa scolarité, son père meurt alors qu'elle n'a qu'une dizaine d'années. Elle passe son baccalauréat avec succès et entame des études de médecine, malgré l'opposition de sa mère qui veut en faire une institutrice. Son diplôme en poche, elle exerce en tant que gynécologue pendant quelques années. La guerre d'Algérie l'amène à rejoindre la France à la fin des années 1950.

À partir de 1959 elle exerce la médecine du travail dans diverses régions, spécialité pour laquelle elle a un Certificat d'études spéciales. Elle ne trouve que des contrats à mi-temps, bien qu'étant prête à travailler à temps plein. De son premier mariage avec un professeur à la faculté de médecine de Montpellier, elle a trois enfants, dont elle conserve la garde après leur séparation. Elle épouse en deuxièmes noces un habitant de Largentière. Fin 1970, elle trouve enfin un contrat de travail à durée indéterminée et à temps plein au sein d'un service interentreprises ardéchois.

On lui assigne un portefeuille d'établissements à surveiller qui comprend l'entreprise la plus puissante de la région : la mine de plomb argentifère de Largentière. La Société minière et métallurgique de Peñarroya, qui en est propriétaire, en a relancé l'exploitation en 1962 après plusieurs décennies de sommeil. On y extrait jusqu'à 3000 tonnes de roche par jour, grâce à des engins de perforation formés de plusieurs marteaux hydrauliques montés en série, nommés *jumbo*.

Début 1971 Suzanne B. prend ses quartiers à Largentière. Pour ses vacations à la mine, le médecin dispose d'une salle dédiée près de l'une des tours d'extraction et du site de la « laverie », où a lieu la purification du minerai. La société Peñarroya lui a adjoint les services d'une infirmière, Mme Morel, qui l'assiste dans les consultations, la gestion des rendez-vous et les examens.

2. Un conflit de juridiction avec le médecin-chef autour du saturnisme

Qui dit mine de plomb dit risque de saturnisme⁹. C'est sur la base de ce raisonnement que Suzanne B. décide dès le premier mois de son travail de soumettre les travailleurs de la laverie à de premiers tests sanguins et urinaires. Il s'agit pour elle d'une première étape avant de contrôler le niveau d'intoxication saturnine des mineurs de fond. Elle décide de confier les analyses au centre voisin de Pierrelatte, lié au Commissariat à l'énergie atomique. Suzanne B. a une grande confiance en ce laboratoire, dont elle vient de découvrir l'excellente bibliothèque médicale en cherchant à se mettre à jour sur les pathologies professionnelles du monde de la mine.

En mai 1971, elle soumet 53 salariés de la laverie à une batterie de tests pour estimer directement et indirectement leur niveau d'intoxication saturnine : deux tests d'exposition (plombémie et plomburie) et cinq tests de dépistage biochimique (hémoglobine, hématies ponctuées, réticulocytoses, coproporphyrines et acide delta-aminolevulinique urinaires). Suzanne B. demande à subir également les mêmes examens¹⁰.

Trois mois passent sans qu'aucun résultat ne parvienne au médecin du travail, qui en vient à s'interroger sur les raisons de ce retard. Elle reçoit à la mi-juin une courte lettre du médecin-inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre, P. Andlauer, qui adopte un ton à la fois sévère et interrogateur :

« J'ai reçu récemment le docteur Meininger, Médecin-Chef de Peñarroya qui aimerait, sur le plan personnel, effacer, grâce à mon entremise, les difficultés qui ont surgi dans vos relations avec lui. A cette occasion, il m'a fait part d'une étude qui a été faite par le Laboratoire du CEA aux Mines de Largentière, et m'a prié de vous faire parvenir une copie des conclusions qu'il a, de son côté, adressées au Directeur des Mines de Largentière. Le caractère exceptionnel de cette procédure, dont je me suis étonné, tient, paraît-il, de ce que vous ne l'auriez pas informé des conclusions de cette étude et qu'il s'est senti, de ce fait, libéré de toute obligation de transmission par vos soins, ce qui serait d'ailleurs, paraît-il – et il faut le souhaiter –, la procédure normale à Peñarroya. Je me tiens à votre disposition au cas où, comme le docteur Meininger, vous souhaiterez normaliser vos rapports réciproques.¹¹ »

Suzanne B. tombe des nues¹². Elle répond au médecin-inspecteur qu'elle n'a effectué aucune interprétation des résultats d'analyse pour la bonne raison qu'ils ne lui sont jamais parvenus. Elle

⁹ Le saturnisme est le terme regroupant les nombreux problèmes de santé liés à l'exposition régulière au plomb, notamment : troubles du système nerveux, insuffisance rénale, diminution du nombre de globules rouges, douleurs abdominales, paralysies...

¹⁰ Lettre du médecin-chef de la société au directeur de la mine, 24 mai 1971 (archives SNPST).

¹¹ Lettre de P. Andlauer à Suzanne B., 14 juin 1971 (archives SNPST).

¹² Lettre de Suzanne B. à P. Andlauer, 28 juin 1971 (archives SNPST).

comprend alors que le médecin-chef de Peñarroya, sans la prévenir, a demandé au laboratoire que les résultats lui soient transmis exclusivement. Quant aux remarques sur leurs difficultés relationnelles, elles sont d'autant plus dénuées de fondement que leurs contacts jusque là se résument à quelques échanges de courriers lors de sa prise de fonctions. Le médecin-chef de Peñarroya travaille en effet au siège parisien de la société, bien loin de Largentière.

Malgré le ton de sa lettre, le médecin-inspecteur régional semble n'en conserver pas moins des doutes sur la réalité des faits reprochés à Suzanne B. Il accepte d'envoyer au médecin du travail, à sa demande, l'interprétation des résultats d'analyse réalisée par Jean Meininger. En prenant connaissance de ce document d'une vingtaine de pages, Suzanne B. comprend enfin les motivations de cette préemption des résultats par le médecin-chef : ce dernier fournit une interprétation très optimiste qui apparaît tout entière tendue vers l'objectif de minimiser le danger encouru par les salariés et de limiter la responsabilité de l'employeur¹³.

Dès l'introduction, le médecin-chef relativise l'intérêt d'une analyse biologique de l'intoxication au plomb, insistant sur « l'imprécision et la relativité des limites entre le normal et le pathologique, à cause des variations de la technique, des variations dans le nycthémère, de la fréquence d'anomalies difficiles à interpréter exactement, de la surimpression de toute une pathologie banale intercurrente, etc... »¹⁴.

Dans la suite du document, Jean Meininger minimise systématiquement la signification des résultats élevés, au motif qu'ils ne dépasseraient que légèrement les seuils de danger – une « valeur moyenne *légèrement* supérieure à celle du laboratoire » – ou encore qu'ils ne concerneraient qu'un effectif très réduit d'ouvriers – « toutes les hémoglobines de Largentière, sauf une à 12,30, sont normales ». Le médecin-chef suggère par ailleurs que la moyenne des valeurs de tous les ouvriers exposés est inférieure à la valeur moyenne d'une population entièrement exposée au risque saturnin, or selon lui la plomburie ne vaudrait que comme « "test collectif d'exposition", les résultats prenant toute leur valeur s'ils portent non pas sur un cas isolé mais sur un groupe de sujets exposés au même risque ». Il magnifie également les incohérences éventuelles entre les différents résultats pour relativiser la portée des résultats : « il y a là des discordances, d'interprétation délicate ».

¹³ Jean Meininger, « Étude des résultats des examens biologiques et toxicologiques effectués aux mines de L. les 18 et 25 mars 1971 », annexe à la lettre de Jean Meininger au directeur de la mine, 24 mai 1971 (archives SNPST).

¹⁴ *Ibid.*

Enfin, le médecin-chef met systématiquement en cause les caractéristiques et comportements individuels des ouvriers lorsqu'il lui faut expliquer des résultats élevés.

Les conclusions générales adressées par Meininger au directeur de la mine sont sans appel :

« L'enquête effectuée en mars 1971 pour 53 employés des Mines de Largentière permet d'éliminer formellement l'existence d'un risque professionnel de saturnisme. Nous avons signalé les *deux ou trois sujets* pour lesquels il y a lieu de vérifier le poste de travail et l'hygiène individuelle tout en sachant que les résultats trouvés ne justifient pas des mesures de surveillance particulièrement sévères. Ce qu'il faut surtout conclure de cette enquête c'est qu'il n'y a pas lieu de prévoir à Largentière les mesures particulières applicables aux travailleurs soumis à des travaux les *exposant de façon habituelle* au risque saturnin. Il est bon de vous souligner que le Médecin du travail n'est pas tenu d'effectuer la totalité des examens biologiques, et que l'employeur peut demander à l'Inspecteur divisionnaire du travail des dispenses d'examens hématologiques "annuels". »

Le médecin-chef de Peñarroya évoque même ce qu'il appelle « la notion classique d'absence de risque de saturnisme professionnel dans les mines de plomb » :

« J'ignore quelles sont les conclusions du Dr. B. qui ne m'a rien signalé jusqu'à maintenant, mais il est évident que ces résultats confirment la notion classique d'absence de risque de saturnisme professionnel dans les mines de plomb. En effet, dans les filons riches les forages sont faits dans la roche voisine, et dans les gisements d'imprégnation, les teneurs sont habituellement trop faibles et la taille des particules trop grande pour entraîner une concentration dangereuse de plomb dans l'atmosphère. Quant aux opérations d'enrichissement en laverie, elles sont trop humides pour être poussiéreuses. Il est donc normal que l'enquête de Mai 1971 ait confirmé que le personnel de Largentière n'est pas exposé à l'intoxication saturnine.¹⁵ »

Moins d'une semaine après la réception de la lettre du médecin-inspecteur régional, Suzanne B. lui répond par une lettre de trois pages dans laquelle elle fustige l'attitude « peu confraternelle » de Jean Meininger. Elle remarque également « il y a là manifestement manquement au secret professionnel puisqu'un rapport purement médical est communiqué entièrement à un employeur »¹⁶. Suzanne B. fait savoir enfin qu'« à la réception des premiers résultats, [elle a] donc demandé à la Direction de la Mine de Largentière de bien vouloir : 1) afficher les risques 2) recommander l'usage des vêtements de travail 3) renforcer l'hygiène industrielle dans les ateliers ».

Suzanne B. fait également procéder à une batterie d'examens supplémentaires pour 17 ouvriers qu'elle estime « pré-saturnins » : « Une première recherche des hématies ponctuées avait été faite dans de mauvaises conditions (sang veineux pris au coude et non sang capillaire pris au doigt). Ces

¹⁵ Lettre de Jean Meininger au directeur de la mine, 24 mai 1971 (archives SNPST).

¹⁶ Lettre de Suzanne B. à P. Andlauer, 28 juin 1971 (archives SNPST). Dans son document, le médecin-chef a en effet inclus le nom et l'âge des quatorze mineurs dont les résultats lui paraissaient litigieux.

nouveaux examens objectivent de très nombreuses hématies ponctuées ». Elle propose de premières explications sur les voies d'intoxication : « à la laverie, le saturnisme est contracté par les mains sales. On mange dans les locaux, on fume... On ne change jamais de vêtements ». Enfin, elle indique la dangerosité de certains travaux de nettoyage des filtres de la laverie, réalisés à l'air comprimé et entraînant donc une grande diffusion des poussières de plomb.

3. Un conflit de juridiction avec le médecin traitant des mineurs autour de la silicose

Après la crise autour des analyses de plomb, « tout parut reprendre un ordre normal », explique le médecin dans un mémoire récapitulatif écrit en 1977 à l'intention de ses interlocuteurs syndicaux :

« Il fallait réformer progressivement et modifier par étapes successives le fonctionnement du service médical du travail. Il fallait surtout secouer la tutelle indésirable de la Direction minière. Je décidai de connaître le mieux possible les postes de travail du jour et du fond, d'étudier sérieusement les diverses nuisances de la mine (silica-bruit-plomb, etc...). Sur le plan pratique, je me suis astreinte à des visites des différents quartiers de la mine, fréquentes, à des études de poste (en principe tous les postes de travail du fond et des ateliers me sont connus).¹⁷ »

Suzanne B. concentre son action sur la prévention et la reconnaissance de la silicose, la pathologie minière par excellence¹⁸. Ses prédécesseurs ont pris l'habitude de faire faire les radiographies de dépistage par un médecin généraliste local, Claude Strulovici. Celui-ci est le médecin traitant de l'ensemble des mineurs, étant le seul habilité comme tel par la Caisse des mineurs de Saint-Ambroix, dont dépend le site de Largentière. Suzanne B. constate que ses radiographies sont de très mauvaise qualité, du fait de l'utilisation d'un matériel portable vétuste datant de la fin des années 1940¹⁹. Ils ne répondent pas aux normes dont le médecin du travail a pris connaissance dans les livres de la bibliothèque de Pierrelatte, à savoir

« clarté trachéale nette, film bien contrasté, faible visibilité de la colonne vertébrale, à travers l'ombre cardiaque ; finesse du dessin du bord gauche du cœur, netteté de la trame osseuse des arcs costaux antérieurs ».

De plus elle constate que

¹⁷ Suzanne B., « L'exercice de la médecine du travail à la mine de Largentière », 1977 (archives SNPST).

¹⁸ On rappellera que la silicose est une affection pulmonaire incurable, liée à l'inhalation de poussières riches en silice libre. Cette maladie professionnelle fut la plus mortelle du XX^e siècle en France. Paul-André ROSENAL, « Avant l'amiante, la silicose. Mourir de maladie professionnelle dans la France du XX^e siècle », *Population et sociétés*, 2007, n° 437 ; Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENAL, « « Une maladie sociale avec des aspects médicaux » : la difficile reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle dans la France du premier XX^e siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2009, n° 56-1, pp. 99–126.

¹⁹ Suzanne B., « L'exercice de la médecine du travail à la mine de Largentière », 1977 (archives SNPST).

« ces clichés sont mal ou non interprétés »²⁰.

Le médecin du travail demande en conséquence à la direction de la mine le libre choix du radiologue chargé d'effectuer les clichés d'embauche et de contrôle. Ceci lui est refusé, en dépit de la loi qui prévoit que le médecin du travail peut choisir librement ses collaborateurs. Elle s'en plaint auprès du médecin-inspecteur régional, qui apparemment n'intercède pas en sa faveur²¹. Finalement, elle opte pour une solution de compromis. Claude Strulovici continuera d'effectuer les clichés d'embauche, mais avec un appareil radiologique neuf, et une surveillance radiophotographique semestrielle viendra s'y ajouter. Celle-ci a lieu dans un car « radiophoto » prêté par la Mutualité agricole du Vaucluse, qui permet de faire des clichés de grand format et, selon Suzanne B., « d'excellente qualité ». Le médecin du travail confie leur interprétation à un pneumophtisiologue de Pierrelatte, secondé par le médecin d'un sanatorium voisin pour les cas délicats. Dans son mémoire envoyé au syndicat, Suzanne B. se félicite de cette évolution :

« Lorsque les clichés radiophotographiques montrent une quelconque anomalie, une radiophotographie standard, parfois des tomographies effectuées au sanatorium de Rocher permettent d'affirmer les diagnostics. Les insuffisances respiratoires décelables cliniquement sont explorées par spirométrie. En 1973, des tableaux d'évolution des silicoses de la mine ont pu s'ordonner grâce à ces clichés de bonne qualité.²² »

Alors qu'aucune maladie professionnelle n'avait été reconnue dans la mine avant son arrivée, le médecin du travail parvient à faire reconnaître un état silicotique chez 10% des mineurs :

« La mine de Largentière s'offre le luxe d'avoir de trop nombreux silicosés indemnisés par les collèges de Lyon ou de Montpellier. En 1976, pour un chiffre moyen de 270 mineurs de fond, on peut recenser : 2 silicoses à 25%, 3 silicoses à 20%, 3 silicoses à 15%, 11 silicoses à 10% et 4 déclarées indemnisables à 10%, 2 silicosés à 25 et 33% ont quitté la mine en 1975.²³ »

Le médecin recommande aux mineurs de ne pas fumer pour conserver leurs bronches intactes, de porter le masque et surtout de veiller à ce que les chantiers soient arrosés, ce qui passe par une vigilance sur « l'état et le remplissage des bacs de barbotage sur les engins »²⁴. Elle se félicite : « *Les résultats sont là*. Les rares mineurs qui refusent le port du masque lors d'opérations silicogènes sont en général des ouvriers insuffisants respiratoires (problème de mutation

²⁰ *Ibid.*

²¹ Lettre de Suzanne B. à P. Andlauer, 28 juin 1971 (archives SNPST). Le médecin du travail cite le décret du 13 juin 1969 qui garantit au médecin du travail le libre choix de ses collaborateurs. Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

²² Suzanne B., « L'exercice de la médecine du travail à la mine de Largentière », 1977 (archives SNPST).

²³ *Ibid.*

²⁴ L'arrosage des chantiers permet de diminuer considérablement le taux de poussières en suspension dans l'air. *Ibid.*

difficile) »²⁵. Suzanne B. déploie une grande énergie pour soustraire les mineurs silicosés à l'atmosphère des chantiers du fond ou des chantiers de concassage, ce qui stoppe l'évolution des images radiologiques. Lors de notre rencontre, elle se souvient que ceci lui a valu un commentaire courroucé de la part du directeur : « si vous me mettez tous les mineurs au jour, ça ne va plus être une mine! »²⁶.

En conclusion de son mémoire, Suzanne B. fait remarquer que son activité de lutte contre la silicose lui a clairement aliéné le soutien du directeur de la mine, avec qui elle entretenait pourtant de bonnes relations jusque là. En mettant en cause la fiabilité de ses clichés et des interprétations, le médecin du travail s'est également attiré l'hostilité du médecin traitant des mineurs, Claude Strulovici.

4. *L'attaque des généralistes et les menaces de l'Ordre*

En 1975, deux jours avant Noël, six médecins généralistes ardéchois dont Claude Strulovici envoient une plainte au Conseil départemental de l'Ordre des médecins et au directeur régional de l'Inspection médicale du travail²⁷, mettant en cause le comportement de Suzanne B.²⁸. Ils lui reprochent le fait que « les assurés sociaux bénéficiant des dépistages systématiques de la médecine du travail, se voient orientés, en cas de dépistage pathologique, chez les médecins spécialistes de la région, sans en référer ou consulter au préalable leur médecin de famille ». Les plaignants estiment que ces pratiques sont « anti-confraternelles et anti-déontologiques » et précisent qu'elles leur portent « un préjudice moral car elles déconsidèrent le médecin traitant en laissant supposer que ce dernier n'aurait pas la conscience professionnelle suffisante pour adresser lui-même le malade chez le spécialiste s'il l'estimait nécessaire ».

Sur du papier à en-tête de son cabinet de généraliste, Claude Strulovici adjoint trois semaines plus tard « une plainte personnelle contre le Docteur B., en ce qui concerne les mines de Peñarroya à Largentière »²⁹. Ajoutée à la plainte collective, sa doléance révèle le noeud du conflit, à savoir le fait que Suzanne B. a décidé de ne plus collaborer avec lui :

²⁵ *Ibid.*

²⁶ Entretien avec Suzanne B., octobre 2009.

²⁷ Lettre de Claude Strulovici, Antoine Carbonaro, un certain Dr. Jantet et trois autres médecins généralistes (signatures illisibles) au médecin-directeur de l'Inspection médicale régionale du travail et de la main d'œuvre (copie au président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins), 23 décembre 1975 (archives SNPST).

²⁸ Ils mettent également en cause un certain Dr. M., sans lien avec la société, n'apparaissant nulle part dans le dossier.

²⁹ Lettre de Claude Strulovici à P. Andlauer, 15 janvier 1976 (archives SNPST).

« Je suis médecin à temps partiel de la Société minière de Saint-Ambroix, et à ce titre je m'occupe des mineurs de la Société Peñarroya. En effet, tous les médecins qui ont précédé Mme B. me communiquaient les résultats du dépistage radiologique effectué sous l'égide de la Croix Rouge, mais depuis son entrée en fonction, cette bonne collaboration a cessé, et de plus elle refuse de me communiquer les dossiers radiologiques, même lorsque cela s'avère indispensable (par exemple la nécessité de comparer les clichés précédents lorsqu'on veut suivre l'évolution d'une silicose), malgré de nombreuses demandes de ma part, ce qui, vous le comprendrez aisément est regrettable pour les malades.³⁰ »

Suite à ces plaintes, le médecin-inspecteur régional, P. Andlauer, adopte à l'encontre de Suzanne B. le même ton à la fois sévère et prudent que lors de l'affaire du plomb, dans une lettre lui enjoignant de fournir des « éléments de réponse au sujet des observations qui ont motivé ces lettres »³¹. Début mars 1976, P. Andlauer finit par répondre aux six plaignants par une lettre de deux pages qui, timidement mais indéniablement, prend la défense de Suzanne B. :

« Devant la constatation d'un état méritant une investigation diagnostique et un traitement relevant d'une spécialité, le malade peut être adressé directement au spécialiste pour des raisons d'efficacité. »

Le médecin inspecteur ajoute même une critique implicite de l'attitude des généralistes envers les médecins du travail :

« Une réponse écrite du médecin généraliste au courrier du médecin du travail est vivement souhaitée, mais rarement observée, un échange par téléphone à l'initiative fréquente du médecin du travail est plus couramment pratiqué. Il est de fait que les médecins spécialistes répondent toujours par écrit.³² »

Datée du début de l'année 1977, la réponse du Conseil départemental de l'Ordre des médecins est à l'opposé. Le président rappelle Suzanne B. à l'ordre en lui signifiant qu'elle doit se mettre en rapport avec le médecin traitant dans tous les cas. Le Conseil départemental envoie en parallèle une circulaire en ce sens à tous les médecins du travail. Enfin, il menace Suzanne B. de transmettre le dossier au niveau national si une nouvelle plainte venait à être exprimée³³. Elle répond quelques jours aux autorités ordinales plus tard sans cacher son indignation, et en retournant l'accusation de non-confraternité envers les plaignants : « Les plaintes formulées en janvier 1976 par certains confrères n'ont *jamais* été justifiées. Leur comportement d'ailleurs est anti-confraternel, contraire à la déontologie et à l'éthique médicale. Je le déplore »³⁴.

³⁰ *Ibid.*

³¹ Lettre de F. Monestier, médecin-inspecteur régional adjoint, à Suzanne B., 22 janvier 1976 (archives SNPST).

³² Lettre de P. Andlauer au Dr. Jantet, généraliste dans la ville de L., 11 mars 1976 (archives SNPST).

³³ Lettre du Dr. Charnay, président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, à Suzanne B., 18 février 1977 (archives SNPST).

³⁴ Lettre de Suzanne B. au Dr. Charnay, 22 février 1977 (archives SNPST).

Pour la première fois, Suzanne B. décide également de solliciter l'aide d'un syndicat, le SNPMT, dont une de ses collègues est membre.

Le secrétaire général du SNPMT, Charles-Pierre Hitier, est informé des développements de l'affaire par la correspondante régionale du syndicat³⁵. Il lui répond en définissant point par point la ligne de défense à adopter. définit point par point la défense à adopter³⁶. « Il serait intéressant de connaître l'origine de ce qui est manifestement une cabale », remarque-t-il. Quant au courrier de l'Ordre des médecins, il n'a selon lui « aucune valeur », et ce pour plusieurs raisons :

«1°) Le médecin-inspecteur régional (docteur Andlauer) a parfaitement répondu quant au droit qu'a un médecin du travail d'adresser directement un malade à un spécialiste.

2°) Le médecin du travail n'a pas à "en référer préalablement au médecin-traitant". Il n'y a aucun rapport hiérarchique entre eux. L'indépendance doit être réciproque. Le Conseil Départemental commet un abus de pouvoir en prétendant mettre ainsi le médecin du travail sous la tutelle du médecin-traitant. Nous pourrions si nécessaire saisir le Tribunal Administratif de cet excès de pouvoir.

3°) Les malades (ou ceux qui sont soupçonnés l'être) ne sont ni la propriété commerciale ni la chose de tel ou tel médecin ».

Le dirigeant syndical poursuit en affirmant que l'Ordre n'a aucune base légale sur laquelle s'appuyer, ce qui explique qu'il n'ait pas évoqué de porter l'affaire devant le Conseil régional de l'Ordre, qui est un organisme juridictionnel. Quelques jours plus tard, Charles-Pierre Hitier envoie une lettre dans le même sens au Conseil départemental de l'Ordre, dans laquelle il répète que « médecins du travail et médecins-traitants sont réciproquement indépendants et ont chacun leur compétence propre »³⁷.

L'intervention du SNPMT est décisive. Deux mois plus tard, les médecins du travail du département reçoivent une lettre du président du Conseil départemental de l'Ordre qui annule la circulaire précédente, en des termes qui se veulent apaisants sans toutefois remettre en cause le bien-fondé de sa décision précédente :

« Cette circulaire a provoqué de la part d'un petit nombre d'entre vous des protestations qui m'ont paru excessives. Le seul but poursuivi par le Conseil était cependant l'amélioration des relations médecin de famille – médecin du travail, certains médecins de famille se plaignant de voir leurs clients orientés vers des spécialistes sans être informés ni de l'examen ni de son résultat.³⁸ »

³⁵ Lettre de Andrée Méplan-Millet à Charles-Pierre Hitier, 1^{er} avril 1977 (archives SNPST).

³⁶ Lettre de Charles-Pierre Hitier à Andrée Méplan-Millet, 5 avril 1977 (archives SNPST).

³⁷ Lettre de Charles-Pierre Hitier au Dr. Charnay, 26 avril 1977 (archives SNPST).

³⁸ Lettre du Dr. Charnay à tous les médecins du département, 26 juin 1977 (archives SNPST).

Le président conclut en invitant généralistes et médecins du travail à entrer en relation, invitant même ces derniers à réjoindre le Conseil départemental qui ne compte aucun représentant de leur spécialité :

« Un petit coup de téléphone vaut toujours mieux qu'une longue incompréhension. Et puisque l'an prochain verra se renouveler un tiers du Conseil, pourquoi ne présenteriez-vous pas aux élections un de vos collègues médecins du travail qui pourrait utilement siéger au Conseil ? ».

Ces propos mettent un terme à l'épisode de la plainte des généralistes.

5. Protéger le secret médical des intrusions du personnel non médical

Depuis son arrivée à la mine, le médecin du travail livre un combat au long cours pour garantir que la direction ne puisse prendre connaissance des situations médicales individuelles des ouvriers. De ce point de vue, la manœuvre du médecin-chef de Peñarroya lors du dépistage du saturnisme est un premier échec, puisque les résultats nominatifs des analyses biologiques des ouvriers de la laverie sont alors transmis au directeur de la mine. Suzanne B. continue néanmoins à se prévaloir d'un droit au secret médical, ce qui donne lieu à une succession d'épisodes de plus en plus ouvertement conflictuels.

À son arrivée, elle se bat pour obtenir la clé de l'armoire des dossiers médicaux, traditionnellement confiée à l'ingénieur de sécurité. Elle insiste également pour être la seule à être en possession de cette clé, comme elle s'en explique dans une lettre aux autorités de tutelle :

« J'ai rencontré beaucoup de difficultés pour obtenir la clé du fichier médical qu'aucun médecin du travail n'avait obtenue avant moi. Les dossiers m'ont été remis par l'ingénieur de sécurité... lors de l'absence de l'infirmière et j'ignore si une deuxième clé n'est pas encore en possession de la direction de la mine.³⁹ »

L'ingénieur de sécurité parvient cependant à garder un accès aux données médicales. C'est ce que prouvent une quinzaine de tableaux nominatifs des arrêts de travail, dont les dates d'échelonnent entre janvier 1972 et janvier 1975, que Suzanne B. adresse à ses interlocuteurs du syndicat⁴⁰. Y sont consignés de manière manuscrite le nom et le prénom du malade, les dates de l'arrêt, le nom du médecin traitant ainsi que le diagnostic : « état grippal », « asthénie », « lombalgie », « ulcère », « abcès dentaire »... Un commentaire rajouté par Suzanne B. à côté de ces mentions manuscrites précise qu'il s'agit de l'« écriture de l'ingénieur de sécurité M. de Bonald », ce qui prouve qu'il est

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Tableaux des arrêts de travail (avec nom du salarié, date d'arrêt et de reprise, nom du médecin traitant, motif), janvier 1972, février, mars, avril et mai 1974, février, mars, avril, mai, juin, juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1975, arrêts-maladie en cours en janvier 1975 (archives SNPST).

resté parfaitement au courant pendant toutes ces années de la situation médicale des ouvriers en arrêt.

À l'automne 1977, le directeur de la mine fait au médecin du travail la demande pour le moins incongrue de lui fournir une liste de tous les mineurs qui seront déclarés inaptes dans les années à venir :

« À la réunion de la Commission de Formation Professionnelle du 4 novembre 1977, les membres CGT nous ont demandé de prévoir un programme de formation pour reclasser au Jour les futurs inaptes Fond. Pour répondre à cette question, nous vous demandons de bien vouloir nous communiquer la liste nominative de ces derniers pour les trois prochaines années.⁴¹ »

Arguant des limites de la science médicale, Suzanne B. refuse d'obtempérer à cette requête qui revient à demander une évaluation nominative de l'état de santé actuel de chaque mineur et de ses perspectives d'évolution : « je dois vous répondre qu'il n'est pas possible au Médecin du Travail de prévoir ceux des ouvriers du Fond qui seront un jour inaptes.⁴² »

La tension entre le médecin du travail et le directeur ne fait que s'aggraver. Au retour des vacances de Noël, Suzanne B. lui écrit une lettre indignée pour se plaindre de ce qu'elle estime être la surveillance constante exercée sur son activité par l'infirmière imposée par Peñarroya, « Mademoiselle Morel », qu'elle présente comme une auxiliaire de l'ingénieur de sécurité :

« Mademoiselle Morel, auxiliaire de l'Ingénieur de sécurité, n'aura plus qu'un rôle de préparation des vacances médicales : convocations du personnel de quart d'heure en quart d'heure, sortie du fichier de liaison non confidentiel (fiches de visite) mis à jour selon vos instructions en ce qui concerne les emplois de vos salariés, avant le début de la vacation. En conséquence, la présence de Mademoiselle Morel, gênante pour maintes raisons dans l'exercice d'une médecine du travail saine (manque de discrétion, insubordination, prise de congés intempestive depuis 7 ans sans jamais demander l'accord du médecin etc...), s'impose d'autant moins que son rôle a toujours été très passif : occupation d'un siège en face du médecin, pendant la durée de la vacation. Par contre, Mademoiselle Morel peut continuer ses activités, encombrantes pendant nos vacances, de remise de bottes, souliers de sécurité, vêtements de travail, dans le local du porion de sécurité.⁴³ »

Dans son mémoire à destination du syndicat, Suzanne B. ajoute que celle connue dans l'entreprise comme « l'infirmière » n'est nullement titulaire d'un diplôme d'infirmière mais simplement d'un diplôme d'aide-puéricultrice⁴⁴.

⁴¹ Lettre du directeur de la mine à Suzanne B., 8 novembre 1977 (archives SNPST).

⁴² Lettre de Suzanne B. au directeur de la mine, 10 novembre 1977 (archives SNPST).

⁴³ Lettre de Suzanne B. au directeur de la mine, 4 janvier 1978 (archives SNPST).

⁴⁴ Suzanne B., « L'exercice de la médecine du travail à la mine de Largentière », 1977 (archives SNPST).

Dans sa réponse, la direction prend acte de son souhait de choisir ses collaborateurs, ce qui est garanti par la législation, tout en s'insurgeant contre les critiques exprimées à l'encontre de l'infirmière :

« Vos appréciations sur Mademoiselle Morel, et les modifications que vous envisagez dans le service, nous laissent croire que vous souhaitez réduire au minimum le rôle de notre Infirmière Auxiliaire Spécialisée reconnue par vos prédécesseurs, les docteurs Vidailhet et Robin. [...] Il n'est évidemment pas question que Mademoiselle Morel soit, comme vous le dites, uniquement utilisée à la distribution de vêtements de protection, ce qui, effectivement, correspondrait à votre qualificatif « d'Auxiliaire de l'Ingénieur de Sécurité ». Ce poste n'existe pas chez nous et nous n'avons *aucune intention de le créer*.⁴⁵ »

C'est sans doute à la suite de cet épisode que la direction décide de se séparer de Suzanne B., après sept ans d'un exercice émaillé de conflits. Ce « quasi-licenciement » est acté lors d'une séance du comité d'entreprise de la mine en février 1978, comme on l'a vu au chapitre précédent.

6. Des armoires fermées, ou le secret médical entre médecins

Renvoyée de son poste à la mine dans des conditions qu'elle estime illégales, Suzanne B. est partie avec la clé du fichier médical – cette même clé pour laquelle elle s'était battue lors de sa prise de fonctions.

À trois reprises le président du service interentreprises lui intime de rendre la clé du fichier médical ou de la transmettre à son successeur. Or comme l'explique la correspondante régionale du SNPMT au secrétaire général du syndicat :

« Étant donné qu'il n'y a pas eu de préavis, et que Madame B. a été brutalement évincée de son service, elle n'a pas eu le temps matériel, ni la possibilité de récupérer son fichier, ce qui l'ennuie énormément. Il est indispensable qu'elle puisse le faire, d'autant plus que ces fichiers contiennent des confidences de la part des ouvriers dont elle avait la surveillance.⁴⁶ »

La réponse de Charles-Pierre Hitier souligne la complexité de la stratégie à adopter et le manque de soutien des institutions de tutelle :

« Il existe une jurisprudence relativement abondante au sujet de la détention et de la transmission des dossiers médicaux. Cette jurisprudence qui nous est jusqu'alors assez défavorable, n'a jamais envisagé sérieusement le cas où le changement d'un médecin était illégal, d'où *l'intérêt tout particulier que nous portons à cette affaire*. On peut envisager de faire sommation par voie d'huissier à Peñarroya d'avoir à laisser Madame B. récupérer ses fiches pour en transmettre ce qui est nécessaire à son successeur... mais ce serait implicitement reconnaître

⁴⁵ Lettre du directeur de la mine à Suzanne B., 23 janvier 1978 (archives SNPST).

⁴⁶ Lettre de Andrée Méplan-Millet à Charles-Pierre Hitier, 25 août 1978 (archives SNPST).

qu'elle est remplacée. Il est évident que l'attitude de Mademoiselle Rabey [le médecin-inspecteur régional] est équivoque et que l'Ordre, comme à l'habitude, ne veut nous aider.⁴⁷ »

Quelques mois plus tard, le médecin-inspecteur régional envoie même un courrier à Suzanne B. qui, malgré un ton amical, lui ordonne de donner l'accès aux dossiers médicaux. La missive explique qu'un certain professeur Cabal, « médecin-inspecteur des Mines qui doit venir à Peñarroya début novembre », l'a appelée plusieurs fois à ce sujet. Elle ajoute que le président du service interentreprises lui a également « demandé d'intervenir pour un dépôt pur et simple des dits dossiers ». Le médecin-inspecteur régional propose un protocole complexe à Suzanne B., pour lequel elle dit avoir obtenu l'accord du directeur de la mine :

« Je viendrais un jour à Largentière pour vous faciliter les choses et votre secrétaire et vous même prendriez les dossiers pour les expurger [...] . Second temps : donner, contre décharge au médecin actuel de Peñarroya, les dossiers médicaux de Peñarroya après les avoir expurgés de ce que vous penseriez susceptible de nuire aux salariés ou d'être contraire au "secret médical". Eventuellement pour quelques dossiers possibilité d'établir un "double". Bien entendu les radios, examens complémentaires etc. payés par Peñarroya resteraient à l'entreprise.⁴⁸ »

Perplexe sur la marche à suivre, Suzanne B. consulte Charles-Pierre Hitier⁴⁹. Celui-ci la met en garde et suggère un protocole de transmission des dossiers bien plus exigeant :

« Nous sommes surpris que le médecin-inspecteur ait cru pouvoir faire pression sur vous en vue de transmettre les dossiers médicaux, se faisant ainsi l'allié objectif de Peñarroya, dans une affaire où votre indépendance professionnelle a été aussi évidemment bafouée et votre éviction obtenue dans des conditions frauduleuses. [...] Ceci étant, je ne crois pas que vous ayez intérêt à laisser les dossiers bloqués plus longtemps, car *maintenant* on pourrait prétendre que vous vous faites justice à vous même au détriment des salariés, ce qui n'était pas le cas jusqu'alors où vous ne pouviez accéder aux dossiers. [...] Pour *respecter, d'une façon plus rigoureuse, le secret professionnel* auquel vous êtes tenue, vous pourriez procéder de la façon suivante (que j'ai moi-même utilisée dans des circonstances analogues). [...]

- 1) *Expurger les dossiers* et dresser la liste des pièces qui y restent.
- 2) Faire signer, par chaque salarié intéressé, une *autorisation de transmettre* le dossier et les pièces annexes (le document détaillant les pièces annexes ne pourra être porté à la connaissance des employeurs car l'existence de certaines de ces pièces est elle-même couverte par le secret professionnel).
- 3) Ce n'est que lorsque vous aurez reçu l'autorisation de transmission (le salarié pouvant en exclure certaines pièces) que vous vous désaisirez du dossier dont *votre "intérim" vous donnera décharge.*⁵⁰ »

⁴⁷ Lettre de Charles-Pierre Hitier à Andrée Méplan-Millet, 11 septembre 1978 (archives SNPST).

⁴⁸ Lettre de Mme Rabey à Suzanne B., 23 octobre 1978 (archives SNPST).

⁴⁹ Lettre de Suzanne B. à Charles-Pierre Hitier, 25 octobre 1978 (archives SNPST).

⁵⁰ Lettre de Charles-Pierre Hitier à Suzanne B., 30 octobre 1978 (archives SNPST).

Cependant, la question des dossiers reste au point mort pendant plusieurs mois.

Le 10 janvier 1979, le tribunal de grande instance de Privas rend une ordonnance qui reconnaît l'invalidité de la décision de renvoi de Suzanne B. en date du 27 février 1978 tout en considérant que cette décision a été confirmée de manière valide lors de deux réunions qui ont suivi⁵¹. Pour la société minière, reste alors seulement à régler la question des armoires.

En février 1979, Christian Cabal, médecin-inspecteur des mines et enseignant à l'université de Saint-Étienne, tente à plusieurs reprises de joindre Suzanne B. au téléphone. Celle-ci, méfiante, le somme de coucher ses demandes par écrit : « Étant donné mon emploi du temps et le vôtre, voulez-vous m'écrire exactement ce que vous attendez de moi »⁵². Dans sa réponse, le professeur explique à propos des dossiers médicaux que leur « transmission [lui] apparaît absolument indispensable pour des raisons médicales », et demande à ce qu'elle ait lieu « dans les plus brefs délais »⁵³. Suzanne B. consulte à nouveau Charles-Pierre Hitier en s'interrogeant sur la possibilité de se faire livrer les armoires inviolées :

« Le schéma de remise des fiches médicales aux ouvriers, tel que vous me l'indiquiez, était inapplicable par moi, dans les circonstances présentes. Je n'ai donc pas voulu m'exposer à la vindicte d'une direction très désagréable envers ses médecins du travail. Embarrassée par le problème pratique de cette transmission de dossiers qui se pose à nouveau, un an après mon éviction de la mine, je crois qu'il serait souhaitable :

- 1) que j'évite de me représenter à l'infirmerie de la mine, pour des raisons de décence,
- 2) que le fichier médical complet me soit apporté au dispensaire de médecine du travail de Largentière.

Alors, seulement, je pourrais expurger un à un, mes dossiers, de toutes notes personnelles ou confidences, afin de les remettre à chaque intéressé.⁵⁴ »

Le secrétaire général encourage Suzanne B. à proposer cet arrangement au médecin-inspecteur des mines⁵⁵, ce qu'elle fait⁵⁶. Le 15 mars, Christian Cabal l'interpelle à nouveau par une lettre manuscrite au ton menaçant :

« Je connais toutes les données de la situation. Cependant le Dr. V. [successeur de Suzanne B.] est diplômé de médecine du travail, le service est autonome dorénavant. Les données doivent donc être transmises, il n'y a pas d'autres possibilités [...] Si certains éléments ne sont pas de nature médicale ils peuvent bien entendu ne pas être

⁵¹ Tribunal de grande instance de Privas, « Jugement du 10 janvier 1979 », affaire opposant Paul Métral au Comité d'établissement de la mine (archives SNPST).

⁵² Lettre de Suzanne B. à Christian Cabal, 20 février 1979 (archives SNPST).

⁵³ Lettre de Christian Cabal à Suzanne B., 1^{er} mars 1979 (archives SNPST).

⁵⁴ Lettre de Suzanne B. à Charles-Pierre Hitier, 5 mars 1979 (archives SNPST).

⁵⁵ Lettre de Charles-Pierre Hitier à Suzanne B., 8 mars 1979 (archives SNPST).

⁵⁶ Lettre de Suzanne B. à Christian Cabal, 10 mars 1979 (archives SNPST).

transmis, la logique voudrait qu'ils ne soient pas alors dans ces dossiers ! S'il s'agit d'information médicale rien ne s'oppose à la transmission, sinon chaque changement de médecin se solderait par la disparition de données. C'est inconcevable et ça ne s'est jamais fait. Je suis donc disposé à venir prendre les données, vous les confier pour quelques "corrections" minimales et à les transmettre au successeur. Ceci pourrait se réaliser très rapidement, j'attends une réponse de votre part. Je souligne que la persistance d'une certaine obstruction retentit gravement sur la surveillance médicale des salariés ; ceci ne pourrait rester ainsi longuement sans être su. Très confraternellement.⁵⁷ »

Face au défaut de réponse de Suzanne B., le médecin-inspecteur des mines l'informe par téléphone qu'il envisage de se rendre à la mine accompagné du président du Conseil départemental de l'Ordre et du médecin-inspecteur régional du travail, le Dr. Rabey, pour faire ouvrir les armoires de force⁵⁸.

Le secrétaire général du SNPMT Charles-Pierre Hitier interpelle Christian Cabal à ce sujet. Le ton de sa lettre est très juridique, démontant les arguments avancés par le médecin-inspecteur des mines dans sa lettre à Suzanne B. :

« Puisque vous prétendez connaître "toutes les données de la situation", vous ne pouvez ignorer que notre confrère n'a été l'objet de la vindicte de la direction et de la maîtrise de Peñarroya que parce que ses activités et avis médicaux n'ont pas eu l'heur de leur plaire. Pour nous, cela ne saurait surprendre car la mission dévolue aux médecins du travail porte en germe ce genre de conflits. C'est donc dans le résultat d'une affaire typique d'indépendance professionnelle bafouée que vous voudriez intervenir afin de sortir le directeur de la mine de l'embarras où il s'est mis. [...] Rien n'interdit de personnaliser certains dossiers médicaux en y notant certaines confidences faites "intuiti personnae". [...] Il est évident que les conditions dans lesquelles le successeur de Madame le Docteur B. a pris sa place le font apparaître, à tort ou à raison, comme "l'homme" de la direction et de la maîtrise de la mine et le fait qu'il ait le C.E.S. [certificat d'études spéciales] de médecine du travail n'y change rien. [...] Nous vous serions obligés de nous faire savoir si vous avez effectivement mis à exécution le projet de forcer le fichier tenu par Madame B. et les personnes qui ont participé à cette action.⁵⁹ »

Souhaitant faire ouvrir au plus vite les armoires, le directeur de la mine saisit le tribunal de Privas⁶⁰ et obtient au printemps 1979 une ordonnance de son président qui commet un huissier de justice pour cette opération⁶¹. Le 30 juin 1979 à neuf heures, l'huissier se présente à la mine, accompagné du médecin-inspecteur des mines Christian Cabal et de l'ingénieur des mines M. B.. En

⁵⁷ Lettre de Christian Cabal à Suzanne B., 15 mars 1979 (archives SNPST).

⁵⁸ Cette conversation téléphonique est citée dans la lettre de Charles-Pierre Hitier à Christian Cabal, 26 mars 1979 (archives SNPST).

⁵⁹ Lettre de Charles-Pierre Hitier à Christian Cabal, 26 mars 1979 (archives SNPST).

⁶⁰ Requête auprès du président du Tribunal de grande instance, déposée par le directeur de la mine, 15 mai 1979 (archives SNPST).

⁶¹ Ordonnance du président du Tribunal de grande instance, 16 mai 1979 (archives SNPST).

présence du médecin du travail qui succède à Suzanne B., il procède à l'ouverture des armoires. Une demi-heure plus tard, toutes les serrures ont été forcées. Les dossiers médicaux sont mis à la libre disposition du successeur, sauf pour soixante-dix d'entre eux qui sont ceux d'ouvriers sous-traitants de la mine, que le médecin-inspecteur des mines Christian Cabal choisit d'emporter avec lui⁶².

A aucun moment Suzanne B. n'a été mise au courant de cette opération. C'est seulement un an plus tard qu'un ouvrier de Peñarroya transmet à la correspondante régionale du syndicat le procès-verbal de l'ouverture des armoires. Andrée Méplan-Millet s'étonne de ce « viol "légal" » des dossiers médicaux, qu'elle qualifie encore de « rapt », dans une lettre de mai 1980 à Charles-Pierre Hitier⁶³. Elle s'indigne notamment des soixante-dix dossiers emportés par Christian Cabal sans qu'il en notifie Suzanne B., alors que cette dernière reste officiellement responsable de la surveillance des sous-traitants de Peñarroya. Ne voyant pas de moyen de contester l'intervention du juge des référés, le secrétaire général du syndicat suggère d'abandonner le combat⁶⁴.

Cette capitulation syndicale clôt le dossier d'archives de Suzanne B. En 1981, Peñarroya décide de fermer la mine de Largentière qu'elle n'estime plus assez rentable, ce qu'elle fait l'année suivante en dépit d'un long mouvement social des mineurs.

II. Formes et effets de la subordination entre médecins : le rôle du « réseau de confrères »

La chronique des difficultés professionnelles de Suzanne B. à la mine de Largentière couvre une période d'une dizaine d'années. En première analyse, ces difficultés résultent de la contradiction entre les objectifs du médecin du travail et ceux de la direction de la mine. Cependant la contradiction entre les intérêts du médecin du travail et ceux de la direction ne suffit pas à rendre compte du conflit qui s'est noué autour de la médecine du travail à la mine de Largentière dans les années 1970. Trois faits doivent être intégrés à l'analyse.

Tout d'abord, l'ensemble des personnes que Suzanne B. identifie comme des obstacles à l'exercice autonome de son métier dépasse de loin la seule figure du directeur de la mine. Si l'on en croit les matériaux recueillis, elle ne le confronte directement qu'à trois reprises : lorsque ses décisions de reclassement font craindre une pénurie de mineurs de fond, lors de l'échange de lettres

⁶² Christian Duglout, « Procès-verbal de constat d'huissier », 30 juin 1979 (archives SNPST).

⁶³ Lettre de Andrée Méplan-Millet à Charles-Pierre Hitier, 6 mai 1980 (archives SNPST).

⁶⁴ Lettres de Charles-Pierre Hitier à Andrée Méplan-Millet, 14 mai 1980 (manuscrite) et 1^{er} juillet 1970 (archives SNPST).

au sujet de l'infirmière, enfin lors de la réunion fatidique du Comité d'établissement. Les actions du directeur ne sont que la face émergée, et ultimement décisive, d'un ensemble de pressions exercées à l'encontre du médecin du travail par une grande diversité d'acteurs : un médecin-chef, un directeur de service interentreprises, un ingénieur de sécurité, une pseudo-infirmière, des médecins généralistes, des délégués du personnel, des médecins élus au Conseil départemental de l'Ordre, des médecins-inspecteurs régionaux du travail, un médecin-inspecteur des mines et un médecin hospitalo-universitaire en médecine du travail (ces deux derniers étant une seule et même personne).

Par ailleurs, Suzanne B. est tout sauf solitaire dans la poursuite de ses objectifs professionnels. Le médecin du travail peut s'appuyer sur un large ensemble d'individus pour défendre ses prétentions à l'autonomie professionnelle : des médecins-inspecteurs régionaux du travail, des médecins du travail membres d'un syndicat, un médecin généraliste, des médecins spécialistes, des médecins exerçant en laboratoire, des délégués du personnel. Cet ensemble recoupe en partie celui des « adversaires », tant au niveau des statuts que, parfois, des personnes, puisqu'un même individu à pu tour à tour soutenir et mettre en cause les prétentions du médecin du travail à exercer son métier comme elle l'entendait.

Un troisième fait doit être intégré à l'analyse : le conflit de la mine de Largentière porte davantage sur la compétence du médecin du travail à déployer son activité comme elle l'entend que sur la réalité des risques professionnels et des maux du travail. Le terme de compétence doit ici être entendu dans ses deux sens : au sens juridique de la légitimité d'un professionnel à intégrer un territoire d'activité dans sa juridiction, et au sens commun des ressources individuelles nécessaires pour mener une tâche à bien. Certes, le conflit sur la réalité des maux et des risques existe bien. Il est par exemple incarné par la controverse avec le médecin-chef sur le risque saturnin (« ces résultats confirment la notion classique d'absence de risque de saturnisme professionnel dans les mines de plomb »). Cependant, il se présente également d'emblée comme une mise en cause des prérogatives et du professionnalisme du médecin du travail : Suzanne B. est accusée d'avoir tardé dans l'interprétation des résultats d'analyse, justifiant l'intervention du médecin-chef, alors que c'est en fait le médecin-chef qui s'est approprié ces résultats par une forme de droit de préemption. De même le renvoi du médecin est motivé non pas par un piètre bilan de son activité de prévention – à aucun moment le débat n'effleure même ce point – mais par une mise en cause de sa compétence professionnelle et de son droit à s'emparer de certaines questions : son rapport est truffé d'erreurs ;

elle n'a pas à critiquer l'infirmière ni à faire régner une « atmosphère de suspicion » ; ses « différends avec les médecins traitants » sont « regrettables »⁶⁵.

À la lumière de ces trois constats, on peut modéliser l'histoire de Suzanne B. comme celle d'un médecin du travail luttant contre certains médecins, avec le soutien d'autres médecins, pour défendre une conception du contenu légitime de l'activité de médecin du travail. La liste des individus et des institutions impliqués dans l'affaire Suzanne B. penche résolument en faveur de sa conceptualisation en tant qu'*affaire de médecins*. La prépondérance des médecins et des enjeux spécifiques au champ médical contredit le raisonnement simpliste qui identifie l'appartenance au corps médical comme un facteur d'autonomie, face à des logiques non médicales qui porteraient en germe des formes de subordination.

L'épisode de la mine de Largentière suggère l'intérêt d'étudier l'activité du médecin du travail au prisme de la configuration du « réseau de confrères » dans lequel il est inscrit. Dans la suite des travaux de Hall et Freidson, je défends la thèse selon laquelle tous les médecins du travail sont inscrits dans un tel réseau. L'exceptionnalité de l'affaire Suzanne B. est de mobiliser l'ensemble des acteurs médicaux susceptibles de jouer un rôle dans la détermination de l'activité du médecin du travail : médecins généralistes, médecins spécialistes, autres médecins du travail (prédécesseurs, successeurs, collègues actuels, représentants syndicaux), médecins-inspecteurs régionaux du travail, hiérarchie médicale directe (médecins-chefs d'entreprise ou médecins-coordonateurs de service), élus du Conseil de l'Ordre, médecins hospitalo-universitaires en médecine du travail, auxquels il faut ajouter ces médecins physiquement absents mais déterminants que sont les auteurs de la littérature et des prescriptions réglementaires (par exemple les valeurs-limite d'exposition) sur laquelle s'appuie le médecin du travail.

⁶⁵ Cf. chapitre 5.

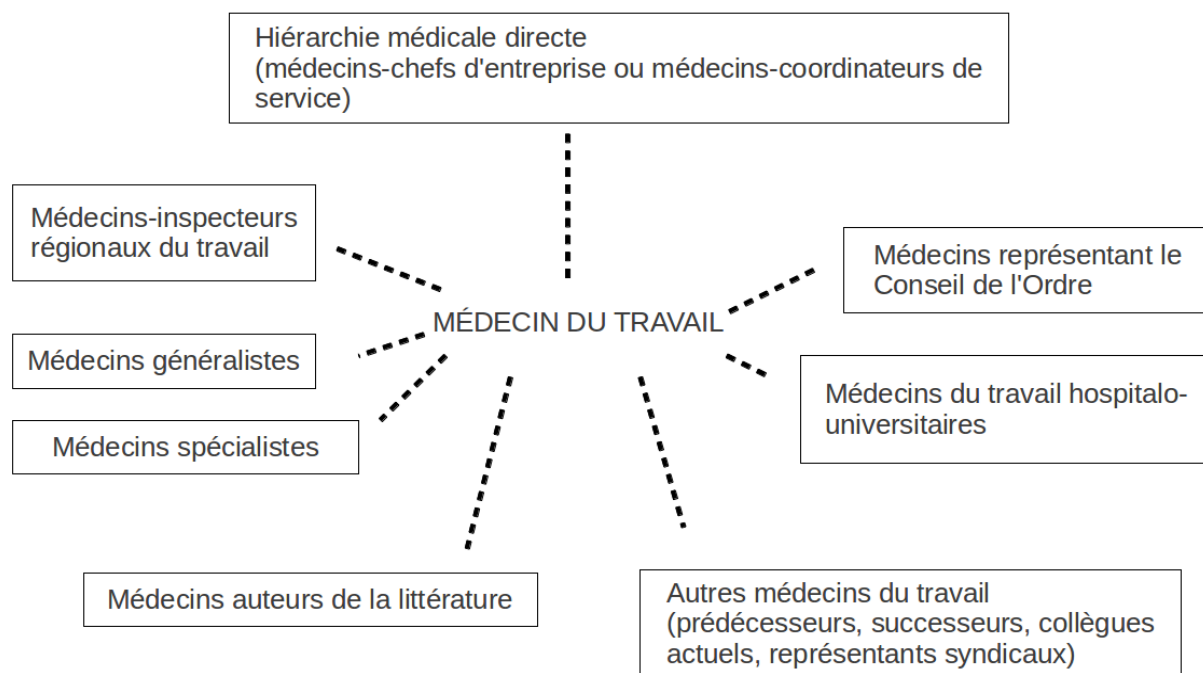


Figure 6-1. Le « réseau de confrères » dans lequel est inscrit le médecin du travail

Dans cette deuxième section du chapitre, j'analyserai successivement le positionnement de la médecine du travail par rapport à la médecine libérale, à l'Ordre des médecins, à la question des « médecins-coordonateurs » ou « médecins-chefs » et à l'Inspection médicale du travail. La question du secret médical entre médecins, rarement débattue dans le corps médical mais présente dans plusieurs conflits impliquant des médecins du travail, donne la mesure de la subordination qui existe au sein même du corps médical, et dont le médecin du travail porte le joug. Ce parcours confirme que le corps médical est un *espace social* « ensemble de positions distinctes et coexistantes, extérieures les unes aux autres, définies les unes par rapport aux autres, par leur *extériorité mutuelle* et par des relations de proximité, de voisinage ou d'éloignement et aussi par des relations d'ordre, comme au-dessus, en-dessous et *entre* »⁶⁶, où les spécialités jouent un rôle structurant.

⁶⁶ Pierre BOURDIEU, *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, 1994, p. 20.

1. Une sous-médecine par rapport à la médecine libérale ?

Les travaux historiques ont montré que dès la Libération, la médecine du travail est confrontée aux pressions de ce « puissant voisin » qu'est la médecine libérale. Celle-ci parvient notamment à s'assurer que les nouveaux praticiens ne pourront pas délivrer de soins aux salariés :

« Le resserrement du cadre légal est complété par un véritable harcèlement judiciaire à l'encontre de médecins du travail coupables d'avoir établi des diagnostics, délivré des ordonnances, soigné des grévistes ou encore dirigé spécialement des salariés malades vers des médecins spécialistes.⁶⁷ »

Sur la période étudiée, il est intéressant de suivre la position d'un syndicat centré sur les revendications professionnelles des médecins du travail, le SNPMT, vis-à-vis du reste du corps médical. Les responsables du syndicat gardent une attitude méfiante vis-à-vis de la médecine libérale, tout comme de l'Ordre des médecins qui constitue à ses yeux le représentant officieux de cette forme d'exercice⁶⁸ ; cependant, le syndicat poursuit également un mot d'ordre d'unicité du corps médical, faisant le raisonnement que les médecins du travail ont davantage à perdre qu'à gagner de l'exclusion (même volontaire) de ce dernier. L'existence même de cette revendication atteste de la conscience aiguë qu'ont les médecins du travail de leur place subordonnée dans le corps médical. Il est vrai que plusieurs épisodes montrent que certains « confrères » sont prêts à leur nier la qualité même de médecins.

En 1970, la revue du syndicat, *Médecine et travail*, publie un manifeste qui émane à la fois du SNPMT et de l'Union confédérale des médecins salariés de France dont il est adhérent depuis le milieu des années 1960. Ce manifeste place clairement la défense de l'identité médicale de la profession devant la revendication d'une spécificité salariée, dans le but apparent de minimiser les différences avec le reste de la médecine. Selon le secrétaire général Guy Courteville :

⁶⁷ Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *op. cit.*, p. 362.

⁶⁸ Le syndicat rejoint en cela les mouvements des « médecins alternatifs » étudiés par Patrick Hassenteufel. Celui-ci montre la place importante des praticiens salariés dans le mouvement qui se développe en France et en Allemagne au début des années 1970 : « les médecins alternaifs occupent en effet souvent une position marginale au sein de la profession, du fait de leur statut de salariés (en décalage par rapport au modèle identitaire dominant) et leur niveau de revenus ». Patrick HASSENTEUFEL, *Les médecins face à l'Etat : une comparaison européenne*, *op. cit.*, p. 27. Par ailleurs, ses conclusions sur le syndicat de généralistes « MG France », héritier du Syndicat de la médecine générale, pourraient être transposées à une organisation telle que le SNPMT : « La création de MG France obéit à une double logique : une logique politique d'opposition à la médecine libérale telle qu'elle prédomine depuis la mise en place du système d'assurance maladie français, et une logique professionnelle d'affirmation de la spécificité de la médecine générale. Pour comprendre la première, il faut remonter au mouvement de mai 1968 ; pour comprendre la seconde, mettre en avant la montée du sentiment de marginalisation et de dévalorisation de la médecine générale depuis les années soixante-dix ». Patrick HASSENTEUFEL, « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes », in Géraldine BLOY et François-Xavier SCHWEYER (éds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, p. 404.

« Notre position se résume dans ce slogan: *médecins, d'abord, salariés, ensuite*. C'est-à-dire que la défense préconisée est essentiellement professionnelle: ce sont les médecins qui doivent définir, revendiquer et obtenir de la Société et des Pouvoirs Publics, leur juste place dans la vie et dans l'économie nationale. Cette défense globale est l'affaire de la Confédération [...] L'unité du corps médical, dans le respect des différentes formes d'exercice et la planification par négociations internes, avec arbitrage d'un Conseil Confédéral élu, nous apparaît comme la condition préalable de toute négociation utile avec les non-médecins. Toute tentative fractionnelle affaiblit la position du corps médical, et ne peut être que stérile. [...] L'unicité de la médecine, maintes fois constatée et toujours vérifiée dans les faits, n'est basée ni sur la forme d'exercice (prévention, soins, contrôle, recherche), ni sur le mode de rémunération (à l'acte, salaire). [...] Nous sommes en effet médecins d'abord, salariés ensuite, l'éthique professionnelle passant avant le mode de rémunération dans l'échelle des valeurs.⁶⁹ »

À cette prise de position fait écho quelques années plus tard un slogan imprimé en gros caractères dans la revue syndicale : « notre famille professionnelle c'est le corps médical »⁷⁰.

Ce volontarisme contraste avec la déception récurrente des instances syndicales vis-à-vis d'institutions, en principe généralistes, qui accordent de fait une place limitée voire inexistante à la défense des intérêts des médecins salariés. En mai 1971, le secrétaire général Guy Courteville, alors également président de l'Union confédérale des médecins salariés, prend la parole à ce titre lors de l'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français, réunie à Paris pour discuter d'un projet de convention pour la médecine ; rapportant ses propos dans la revue du SNPMT, il explique avoir « essayé ce matin-là de traduire le plus fidèlement possible la déception, voire l'amertume (pour ne pas dire plus) des médecins salariés, de ne pas trouver dans cette convention une seule ligne les concernant »⁷¹. Quelques mois plus tard, c'est toujours au titre de président de l'UCMSF qu'il s'élève contre la mise en place d'un *numerus clausus* en fin de première année d'études médicales. Selon Guy Courteville, cette réforme sert les intérêts des médecins libéraux plutôt que des médecins salariés :

« L'Union confédérale des Médecins salariés de France est absolument opposée à la sélection dans les études de médecine telle qu'elle est pratiquée actuellement pour une raison simple: nous pensons que les critères n'en sont pas valables. Il n'y a pas de pléthore en médecine salariée. [...] Dans certaines régions, particulièrement dans l'Est, des postes de médecins sont inoccupés.⁷² »

⁶⁹ Guy COURTEVILLE, « Médecins, d'abord, salariés, ensuite », *Médecine et Travail*, 1970, n° 57, p. 38.

⁷⁰ SNPMT, « Notre famille professionnelle c'est le corps médical », *Médecine et Travail*, 1974, n° 80, p. 23.

⁷¹ Guy COURTEVILLE, « Editorial », *Médecine et Travail*, 1971, n° 63, p. 3. Le SNPMT quittera finalement l'UCMSF en 2000, du fait de ce que les médecins du travail qualifient de « positionnement dans le champ syndical libéral exclusif », dans lequel ils ne se reconnaissent évidemment pas. Gilles ARNAUD, « SNPMT / CSMF : le divorce », *Médecine et Travail*, 2000, n° 186, p. 27.

⁷² Guy COURTEVILLE, « Faut-il un numerus clausus en matière de recrutement des étudiants ? », *Médecine et Travail*, 1971, n° 66, p. 45.

En 1974, l'UCMSF s'élève contre ce qu'elle estime être une « alliance contre nature » entre la fédération des médecins salariés de la Confédération générale des cadres et la Fédération des médecins de France :

« Cet accord est intervenu dans l'abandon des revendications spécifiques de la médecine salariée par l'alignement sur les positions d'une organisation très minoritaire de médecine libérale retardataire, absente dans la plupart des départements français.⁷³ »

Pendant, c'est surtout l'Ordre des médecins, dans ses déclinaisons locales et nationale, qui concentre la majorité des critiques du SNPMT sur la période étudiée⁷⁴. Les médecins du travail reprochent aux instances ordinales de faire peu de place à la représentation des médecins salariés et d'être ignorants des problématiques spécifiques à ce type d'exercice. Dans les cas de conflits entre médecins impliquant des médecins du travail, les responsables du syndicat vont souvent jusqu'à mettre en cause la neutralité de l'Ordre en l'accusant de soutenir la partie adverse, surtout lorsqu'il s'agit de médecins libéraux.

C'est d'abord au niveau départemental que les médecins du travail ont affaire aux représentants de l'Ordre. En 1971, les rédacteurs de *Médecine et travail* se désolent :

« Nous avons eu à plusieurs reprises l'occasion de regretter l'attitude de certains conseils départementaux de l'Ordre vis-à-vis de la médecine salariée, attitude qui dénote, pour le moins, une certaine ignorance des questions qui lui sont propres.⁷⁵ »

L'année suivante, l'élection de deux médecins du travail au Conseil départemental de l'Ordre de la Marne est présentée dans la même revue comme un bilan en demi-teinte :

« Nos confrères de Féral et Saury ont été élus conseillers suppléants au C.D.O. de la Marne. Premier pas vers la reconnaissance, par les confrères de clientèle de ce département, de l'importance de la médecine salariée et de sa représentation au C.D.O. Mais malheureusement, ignorance du rôle de conseiller suppléant : en croyant donner satisfaction aux médecins salariés, les confrères ne leur ont en réalité rien donné du tout, à moins de démission ou de décès d'un titulaire.⁷⁶ »

Dans les contentieux impliquant des médecins du travail, il n'est pas rare que des représentants de l'Ordre départemental interviennent, comme on l'a vu dans le cas de Suzanne B. À peu près à la

⁷³ UCMSF, « Une alliance contre nature », *Médecine et Travail*, 1974, n° 82, p. 15.

⁷⁴ Sur l'instauration de l'Ordre des médecins en 1940, cf. Francine MUEL-DREYFUS, *Vichy et l'éternel féminin. Contribution à une sociologie politique de l'ordre des corps*, Paris, Seuil, 1996, p. 301-311 ; Patrick HASSENTEUFEL, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé*, 2008, n° 18, p. 28.

⁷⁵ SNPMT, « Conseil de l'Ordre et médecine salariée », *Médecine et Travail*, 1971, n° 66, p. 15.

⁷⁶ SNPMT, « Elections ordinales », *Médecine et Travail*, 1972, n° 70, p. 9.

même époque, Patricia T. sollicite l'aide du Conseil de l'Ordre de son département dans le conflit qui l'oppose à son directeur de service et à un employeur de l'industrie⁷⁷. Cette entrevue est évoquée par le secrétaire général du SNPMT, alors Charles-Pierre Hitier, dans un courrier qu'il adresse à son responsable du contentieux, où l'on prend la mesure de la défiance du responsable syndical vis-à-vis des instances ordinales :

« Madame T. doit voir aujourd'hui le Président du Conseil de l'Ordre. Je lui ai téléphoné pour la mettre en garde. Ce n'était pas nécessaire car elle avait pris contact avec toi et paraît apprécier comme il convient cette institution surannée et hypocrite.⁷⁸ »

Suite à ce rendez-vous, Patricia T. en adresse un long compte-rendu manuscrit à ses interlocuteurs syndicaux ; écrit de manière très vivante, le texte témoigne d'une méfiance similaire vis-à-vis de l'Ordre des médecins :

« Résumé de l'entretien avec le Docteur K., président du Conseil de l'Ordre départemental (le 11/10/1978), adressé aux docteurs Hitier et Ravier.

Ce résumé est plus un "mini-reportage" afin de garder à l'entretien un caractère plus vivant, anecdotique. [...]

* Marie-Claude S., notre déléguée du personnel, m'avait accompagnée d'une part parce qu'elle est vivement intéressée au problème, et d'autre part parce qu'elle venait chercher une réponse orale à un courrier (n'en ayant eu aucune autre).

* à l'heure du rendez-vous fixée, nous attendons une bonne dizaine de minutes avant d'être reçues par un quidam et le Dr. K. (Le Dr. K., homme d'une soixantaine d'années, type classique traditionnel et strict, aîné de 3 frères ayant permis aux 2 plus jeunes d'être [*mot illisible*], se réunissant chaque semaine afin de mieux asseoir leur toute puissance, ou qui se veut l'être!)

* Le Dr. K commence par dire que le Conseil de l'Ordre (C.O.) ne m'a pas oubliée, mais la période de vacances a retardé sa réponse.

[...] Le Dr. K. a donc été très surpris de recevoir une lettre recommandée avec A.R. de la part du Dr. Hitier "l'accusant de n'avoir rien fait", la preuve du contraire...

→ les dossiers médicaux : n'a pas répondu à l'ambiguïté des textes ; mais a précisé que j'avais bien fait de rendre les dossiers dans l'intérêt des salariés, mais précisant que le C.O. m'aurait "attaquée" si je ne l'avais pas fait !⁷⁹

→ le C.O. ne peut rien imposer, mais le Dr. K. se propose d'écrire à M. L. et au Dr. B. (m'enverra la photocopie) pour que l'indépendance professionnelle soit respectée dans les contrats et les faits (notamment que les contrats comportent le paragraphe de la convention collective concernant les mutations).

⁷⁷ Cf. chapitre 5.

⁷⁸ Lettre de Charles-Pierre Hitier à Edmond Ravier, 11 octobre 1978 (archives SNPST).

⁷⁹ On se souviendra que Patricia T. a refusé de rendre les dossiers médicaux pour protester contre ce qu'elle considère comme un renvoi abusif.

Qu'il avait déjà souligné aux autres collègues cet aspect, mais que ceux-ci n'en avaient pas tenu compte et avaient signé ainsi leur contrat.

Que le C.O. se voyait imposer la décision des conventions collectives sans être consulté, et donc que nous devions faire nos réclamations à nos syndicats, mais que le C.O. s'était toujours porté garant de l'indépendance professionnelle du médecin.

Nous lui avons demandé comment ? Nous n'avons rien eu de plus qu'une reprise des arguments ci-dessus.

Manifestement nous le gênions, cherchant à abrégé l'entretien au maximum, et nous invitant à partir de manière implicite à 2 reprises.⁸⁰ »

Les archives du SNPMT regorgent de témoignages similaires dans lesquels les médecins du travail reprochent aux instances ordinales d'en rester à une défense purement verbale de l'indépendance professionnelle, sans chercher à s'impliquer dans des cas concrets de défense du secret médical (notamment autour de l'épineuse question de la conservation ou de la transmission des dossiers médicaux) ou d'ingérence abusive de confrères.

Les conflits avec l'Ordre existent également au plan national, lorsqu'il s'agit de négocier des questions générales qui touchent l'ensemble de la médecine du travail. Dans les années 1970, les relations entre le SNPMT et le Conseil national de l'Ordre sont tendues par les discussions autour du « contrat-type ». L'idée est de généraliser une certaine forme de rédaction du contrat de travail des médecins du travail, afin de garantir leur indépendance réelle et d'éviter les clauses léonines. En 1977, la défiance du SNPMT vis-à-vis de ses interlocuteurs est totale, comme en témoigne une lettre adressée au président du Conseil national de l'Ordre et reproduite dans les pages de la revue syndicale :

« Nous sommes convaincus que le CISME a cherché à se servir de l'Ordre pour imposer à certains syndicats de médecins, dont le nôtre, un contrat-type qui, non seulement ne leur convenait pas, mais encore n'avait fait l'objet d'aucune discussion. Nous sommes surpris que toute la lumière n'ait pas été faite sur les conditions dans lesquelles cette manœuvre de l'organisation patronale a pu être facilitée au sein du Conseil National ou de telle de ses commissions.⁸¹ »

En 1981, l'une des 110 propositions du candidat à la présidence de la République François Mitterrand est la suppression de l'Ordre des médecins (proposition 85). Quelques années plus tôt, venu à Toulouse témoigner en faveur de médecins jugés pour avoir refusé de payer leur cotisation ordinale, il expliquait sa position dans une interview : « depuis de longues années, je pense qu'il faut

⁸⁰ Annexe à la lettre de Patricia T. à Charles-Pierre Hitier, 18 octobre 1978 (archives SNPST).

⁸¹ Lettre de Charles-Pierre Hitier à Jean-Louis Lortat-Jacob, reproduite in Charles-Pierre HITIER, « Rapports avec l'Ordre », *Médecine et Travail*, 1977, n° 94, pp. 18-19.

supprimer le Conseil national de l'Ordre des médecins et le remplacer par des institutions démocratiques ; le Conseil de l'Ordre a tout refusé de ce qui signifiait un progrès ; il a refusé la médecine sociale, la médecine de groupe, les centres de soins, les conventions avec la sécurité sociale, la loi sur la contraception, la loi sur l'avortement [...] c'est une institution essentiellement réactionnaire »⁸².

Dans les années qui suivent, cette proposition – qui ne sera jamais concrétisée – conduit le SNPMT à radicaliser ses propres revendications. En 1982, suite à un conflit entre médecins du travail où le Conseil de l'Ordre ne reconnaît pas la légitimité de la plainte d'un médecin membre du syndicat, la revue *Médecine du travail* s'interroge : « à quoi sert l'Ordre des médecins ? »⁸³. Le syndicat va jusqu'à créer une « commission déontologie et devenir de l'Ordre des médecins » qui présente ses premiers travaux lors de l'assemblée générale de 1983. Ses conclusions sont sévères :

« 1. Tous ont convenu que *l'Ordre a, jusqu'alors, mal défendu les médecins salariés*, qu'en particulier il n'a pas su ou pas voulu apporter une efficace contribution à l'indépendance des médecins et au secret professionnel, alors que c'était pourtant sa compétence.

2. *Les médecins salariés non hospitaliers sont mal représentés* à l'Ordre, lequel méconnaît leurs problèmes pour ne défendre souvent que la médecine libérale. Avec le mode d'élection actuel, un médecin du travail ne peut, en pratique, être élu que s'il a le soutien des libéraux ou s'il est ancien médecin libéral. [...] [L'Ordre] considère le salariat comme un mode d'exercice de seconde zone.⁸⁴ »

Du fait de la défiance de nombreux praticiens à leur encontre, les responsables de l'Ordre des médecins annoncent au milieu des années 1980 qu'ils réfléchissent à une réforme du fonctionnement de leur institution ; le préambule du document qu'ils soumettent à la communauté médicale appelle à « une plus grande participation de nos confrères à la vie de l'Ordre »⁸⁵. Consulté parmi d'autres organisations pour donner son avis, le SNPMT déclare aux instances ordinales que la participation des médecins salariés « ne pourra que se développer le jour où ceux-ci auront le sentiment que leurs préoccupations sont mieux prises en compte »⁸⁶. Les négociations se passent apparemment dans une atmosphère plutôt pacifique, mais le syndicat déchant vite ; il annonce quelques mois plus tard que la réforme n'a rien donné. Selon le secrétaire général Claude Saint-Upéry, « en somme, il apparaissait urgent de ne rien faire ou si peu de choses [...] je n'ai pas

⁸² Interview de François Mitterrand dans « Soir 3 », 11 octobre 1978, visionnée sur www.ina.fr.

⁸³ SNPMT, « A quoi sert l'Ordre des médecins ? », *Médecine et Travail*, 1982, n° 114, p. 13.

⁸⁴ SNPMT, « Réunion de la commission déontologie et devenir de l'Ordre des médecins », *Médecine et Travail*, 1983, n° 118, p. 13.

⁸⁵ Claude SAINT-UPÉRY, « Le SNPMT et l'Ordre », *Médecine et Travail*, 1987, n° 131, pp. 8–9.

⁸⁶ *Ibid.*

aujourd'hui le sentiment que nos soucis soient très partagés par nos confrères de l'Ordre »⁸⁷. Ce sentiment d'être incompris par le reste de la communauté médicale s'installe durablement chez de nombreux médecins du travail, comme en témoigne un sondage sur la médecine du travail commandé en 1990 à l'IFOP par trois organes de presse ; quatre médecins du travail sur dix déclarent alors qu'ils n'ont pas le sentiment de faire tout à fait « partie intégrante de la communauté médicale »⁸⁸.

Dans les années 1990, une crise importante et méconnue donne une illustration concrète du fossé qui sépare la médecine du travail du reste du corps médical. L'ordonnance du 24 avril 1996 instaure le carnet de santé individualisé, conçu comme une étape transitoire avant la mise en place d'une « carte à puce » qui deviendra la carte Vitale. L'objectif de la réforme, diffusée et financée par l'Assurance-maladie, est d'offrir un support pour contrôler les dépenses de santé. Dans leur lettre d'accompagnement envoyée aux médecins, les ministres Jacques Barrot et Hervé Gaymard utilisent une tournure frappante qui provoque un tollé sans précédent parmi les médecins du travail ; après avoir affirmé que le carnet de santé était accessible par tous les médecins (sauf refus du patient), ils précisent que « personne d'autre (employeur, médecin du travail ou médecin des compagnies d'assurances) ne peut y avoir accès, sous peine de sanction pénale »⁸⁹. L'indignation des médecins du travail est triple : le texte nie leur qualité de médecin, il instille le doute sur leur respect du secret médical en les assimilant aux employeurs et aux médecins d'assurance, et enfin il les prive d'un outil important dans leur mission de prévention.

L'Ordre des médecins emboîte le pas au gouvernement, pour la plus grande fureur des médecins du travail ; nombreux sont ceux qui écrivent aux instances ordinales pour se plaindre, comme Françoise Bardot dont la lettre est reproduite dans la revue du SNPMT :

« Monsieur, je suis médecin, et, à ce titre, je reçois le Bulletin de l'Ordre des médecins. J'ai donc bien reçu le bulletin n° 7 de septembre 1996. J'ai lu avec grand intérêt l'analyse que fait le Docteur Olivier Dubois de la mise en place de la carte de santé. [...] Mais une information me stupéfie, le médecin du travail n'aura pas accès à la carte de santé, "il ne sera habilité qu'à lire la partie du carnet de santé susceptible de l'intéresser, pas le reste". Donc : 1) Après avoir appris que, seuls, les médecins auront accès à la carte de santé, mais que le médecin du travail n'y a pas accès, j'en conclus que le médecin du travail n'est pas un médecin. 2) Bien qu'il ne soit pas

⁸⁷ Claude SAINT-UPÉRY, « L'activité du SNPMT en 1987. Le secrétaire général fait le bilan », *Médecine et Travail*, 1987, n° 134, pp. 5–10.

⁸⁸ Il s'agit d'un sondage commandé par l'Usine Nouvelle, France Inter et Impact Médecin. SNPMT, « La médecine du travail dans la presse et sur les ondes », *Médecine et Travail*, 1990, n° 144, pp. 17–18.

⁸⁹ Jacques BARROT et Hervé GAYMARD, « Lettre à la communauté médicale », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, pp. 20–22.

médecin, il l'est un peu tout de même puisqu'il aura accès à ce qui est "susceptible de l'intéresser". Le "susceptible de l'intéresser" suggère fortement qu'il y a bien peu de matière à intérêt pour lui. Quelle expression méprisante ! Sans doute parce que la médecine du travail n'est pas une médecine de soins et que, pour Monsieur Olivier Dubois, tout ce qui est proche de la santé par la prévention et la santé publique est suspect, voire dangereux : seule et grande valeur médicale reconnue, la thérapeutique.⁹⁰ »

Le SNPMT publie un communiqué de presse dans lequel il se sent obligé de rappeler que « les médecins du travail qui ont une mission préventive de la santé des salariés sont des médecins à part entière qui ont le devoir absolu du respect du Code de déontologie⁹¹ ». Dans une autre prise de position publiée quelques mois plus tard, le syndicat précise que « plus qu'une gaffe, une bavure, c'est une faute du Ministère de la Santé, de plus du Travail, qui en l'année du cinquantenaire de notre institution, laisse accroire la dépendance des médecins du travail à la logique d'entreprise »⁹². Quant à l'Ordre national des médecins, il est discrédité aux yeux du syndicat qui appelle les médecins du travail à ne plus payer leurs cotisations ordinaires.

Conscient de l'ampleur du scandale, le gouvernement tente maladroitement de préciser sa pensée dans une nouvelle lettre envoyée à tous les médecins du travail. Les ministres maintiennent que seule la part (minime) de soins dans l'activité des médecins du travail justifie leur accès au carnet, et ne mentionnent pas les usages qui pourraient en être faits dans le cadre d'une activité de prévention :

« non seulement les médecins du travail sont bien évidemment des médecins à part entière, mais aussi [...] la connaissance des données du carnet et la consignation d'éléments sur ce carnet sont justifiés dans la mesure où, dans son activité quotidienne, le médecin du travail participe à la délivrance de certains soins. Il en va ainsi des soins qui peuvent être délivrés dans des situations d'urgence, même s'il ne peut être obligatoire pour les assurés d'avoir leur carnet de santé sur eux, et il en va également de la pratique de certaines vaccinations très largement assurées par les médecins du travail.⁹³ »

L'Ordre national des médecins tente d'abord de se sortir de ce mauvais pas par une pirouette, affirmant que « chaque praticien doit avoir accès à la partie du dossier médical nécessaire pour son activité », sans préciser quel est le périmètre légitime de l'activité du médecin du travail⁹⁴. Cependant, il fait vite volte-face et affirme son soutien aux revendications des médecins du travail. Le SNPMT qui, convaincu de sa bonne foi, affirme à ses adhérents que « les termes satisfaisants de

⁹⁰ Françoise BARDOT, « Lettre au président de l'Ordre des médecins », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 20.

⁹¹ SNPMT, « Communiqué de presse », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 22.

⁹² SNPMT, « Le carnet de santé et l'interdiction d'accès aux médecins du travail », *Médecine et Travail*, 1997, n° 171, p. 19.

⁹³ Jacques BARROT et Hervé GAYMARD, « Lettre aux médecins du travail », *Médecine et Travail*, 1997, n° 171, p. 21.

⁹⁴ CNOM, « Extrait du Bulletin de l'Ordre des médecins n° 8 d'octobre 1996 », *Médecine et Travail*, 1997, n° 171, p. 18.

ces derniers courriers lèvent le doute sur le rôle supposé de l'Ordre national dans l'approbation de la rédaction du carnet, et permettent dorénavant de suspendre la mesure de gel des cotisations ordinaires 1997 »⁹⁵.

Finalement la référence au médecin du travail est supprimée du texte de l'ordonnance, marquant un « succès moral » pour les médecins du travail selon le secrétaire général du SNPMT⁹⁶. Quant au SGMT, il se désole de l'effet durable produit par la rédaction malheureuse du texte :

« figurez vous que rien n'y fait : lettre gentille du président de mon Ordre, lettre affectueuse de mon ministre et de son secrétaire d'État à la Sécu, lettre reconnaissante du CISME, non, rien : le mal est fait, et mon patient salarié ou employeur continue à me regarder du même sale œil, n'ayant lui rien reçu. »⁹⁷

Dans les années qui suivent, les relations entre la médecine du travail et le reste de la médecine restent médiocres, sans toutefois que ce divorce retrouve l'intensité de « l'affaire »⁹⁸ du carnet de santé. En septembre 1997, un article de la revue du SNPMT atteste du fait que certains conseils de l'Ordre départementaux refusent de fournir aux médecins du travail le « carnet à souches » indispensable pour prescrire des médicaments. Pourtant ils ont bien le droit de prescrire « pour leur famille et pour les urgences », comme le reconnaît finalement l'Ordre national à la suite d'un échange de courriers publié dans *Médecine et travail*⁹⁹. En 2000, le SNPMT marque sa satisfaction suite aux réserves exprimées par l'Ordre sur l'accord de « refondation sociale » proposé par le MEDEF, qui suggère notamment de confier les visites de médecine du travail à des médecins non spécialistes¹⁰⁰.

Dans les années 2000, les relations entre l'Ordre des médecins et la médecine du travail restent globalement bonnes. Les instances ordinaires se contentent généralement de rappels purement verbaux à la déontologie et aux principes d'indépendance, en se fondant sur des principes énoncés dans un rapport de 1999 sur *L'indépendance technique des médecins salariés*¹⁰¹. À vrai dire, le

⁹⁵ Jean-Paul DULÉRY, « Lettre aux adhérents du SNPMT », *Médecine et Travail*, 1997, n° 171, p. 22.

⁹⁶ Jean-Paul DULÉRY, « Carnet de santé », *Médecine et Travail*, 1998, n° 175, p. 18. Le secrétaire général nuance cependant : « la référence au médecin du travail est totalement supprimée. Ainsi le carnet de santé apparaît sous son véritable objectif, à savoir un outil de régulation des soins sans qu'aucunement tout autre partenaire inscrit dans le système de prévention sanitaire soit concerné. L'émergence du carnet de contrôle de soins peut laisser augurer de la place réduite d'accès qui nous sera offerte sur la carte à puce. »

⁹⁷ Patrice ARTIÈRES, « De l'intérêt d'une thérapeutique adaptée pour faire dégonfler les œdèmes malléolaires, et de ses effets iatrogènes », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 4, p. 3.

⁹⁸ L'expression est tirée des colonnes de *Médecine et travail*, qui évoquent « ce qu'on peut appeler aujourd'hui "l'affaire" du carnet de santé ». SNPMT, « Carnet de santé », *Médecine et Travail*, 1997, n° 171, p. 15.

⁹⁹ SNPMT, « A propos de l'urgence », *Médecine et Travail*, 1997, n° 173, p. 13.

¹⁰⁰ Gilles ARNAUD, « Lettre au Président du CNOM », *Médecine et Travail*, 2000, n° 186, p. 21.

¹⁰¹ François-Xavier MERCAT, « L'indépendance technique des médecins salariés », *Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins*, 1999.

terme de rapport est un bien grand mot pour un document d'à peine trois pages, mais il semblerait qu'il constitue depuis lors l'unique base de travail de l'Ordre sur ces questions ; par exemple, en décembre 2008, un Conseil départemental de l'Ordre l'envoie à un médecin du travail qui est en conflit important avec son employeur¹⁰².

L'auteur du rapport commence en notant que le Code de déontologie médicale reconnaît implicitement qu'on ne peut parler d'indépendance professionnelle pour un médecin salarié. Si l'article 5 veut que « le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit », l'article 95 concernant la médecine salariée évite l'expression en stipulant qu'« 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 »¹⁰³. Par rapport à l'indépendance professionnelle, le terme d'exercice médical est pensé comme limitatif. Il est équivalent à la notion d'indépendance technique, à propos de laquelle l'auteur reconnaît que « les employeurs y tiennent car cela permet d'enfermer les médecins dans la zone limitée de leur décision médicale par rapport à un individu ».

Le rapport continue en exposant les importantes différences entre médecine salariée et médecine libérale. L'auteur reconnaît que les médecins salariés sont tous membres d'équipes médicales et « ne fixent pas leurs programme de travail ». Ceci s'illustre notamment par le fait qu'ils « ont un nombre d'examens à effectuer : actes médicaux, de contrôles, expertises ou avis d'aptitude ou d'inaptitude ». Par ailleurs l'intégralité des « moyens de production » est fournie par l'organisation dont le médecin est salarié : « il en est ainsi des moyens matériels, des techniques médicales ou informatiques mais aussi des moyens humains (collaborateurs, techniciens, secrétariat) voire architecturaux (lieux d'accueil et d'examens ou de recherche) ». Cependant l'auteur remarque qu'on refuse parfois aux médecins salariés le droit d'« avoir un avis ou de prendre des décisions relatives à la politique sanitaire de l'entreprise », une censure que déplore le représentant de l'Ordre.

Les conclusions du rapport sont cependant globalement optimistes. Aux problèmes qui surgiront inévitablement de la situation d'hétéronomie organisationnelle dans laquelle se trouvent les praticiens, l'auteur oppose une parade bien timide :

« Bien entendu, vis-à-vis de cet aspect de l'exercice professionnel, il appartiendra toujours au médecin de demander, en s'appuyant sur le code de déontologie, que son employeur limite ses exigences et lui fournisse les

¹⁰² Lettre du président du Conseil départemental de l'Ordre à Bernard M., 8 décembre 2008 (archives SNPST).

¹⁰³ Code de déontologie médicale. Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

moyens nécessaires à son exercice. Dans cette démarche, il trouvera toujours, si elle est justifiée, le soutien de l'Ordre des médecins. »

L'auteur affirme également que les décisions médicales des médecins constituent généralement un territoire d'autonomie :

« Aussi, pour la plupart des observateurs non-médecins, l'indépendance médicale d'un praticien salarié réside dans le fait que ses décisions médicales prévues dans le cadre de son exercice quotidien (choix d'un traitement, octroi d'une prestation pour un assuré, reconnaissance d'une aptitude pour un salarié ou d'une inaptitude d'un accidenté, analyse d'un examen de santé) ne peuvent faire l'objet de pression ou immixtion. Bien admis, ce fait est dans la quasi-totalité des situations, la règle. Il faut tout de même souligner qu'il peut exister parfois une pression ou une immixtion des services administratifs. »

Cependant, dans la décennie qui suit, l'Ordre national des médecins se permet à plusieurs reprises de critiquer des mesures réglementaires au motif qu'elles ne garantiraient pas suffisamment l'indépendance des médecins du travail. En 2004, un communiqué du Conseil national affirme qu'il

« n'acceptera pas qu'une augmentation de la cadence des examens médicaux, permise par la nouvelle réglementation, puisse conduire à une dégradation de la qualité des actes médicaux que les médecins du travail effectuent au bénéfice des salariés. L'Ordre des médecins entend solennellement rappeler au Gouvernement comme aux employeurs que les médecins au service de l'individu et de la santé au travail ne sauraient exercer dans des conditions contraires à la déontologie médicale.¹⁰⁴ »

En 2005, l'Ordre marque ses reverses quant à une circulaire de la Direction régionale du travail qui donne une « définition singulièrement restrictive de la notion de secret professionnel au regard des activités du médecin du travail », en la limitant aux seules données individuelles de santé sans y inclure les informations non médicales sur les salariés que le médecin du travail serait susceptible de connaître¹⁰⁵.

En 2010, dans le sillage d'une modification avortée de la médecine du travail¹⁰⁶, le président de la section « Exercice professionnel » de l'Ordre national s'inscrit en faux contre une conception de la subordination salariale centrée sur le rapport de commandement :

¹⁰⁴ Conseil national de l'Ordre des médecins, « Réforme de la médecine du travail : critiques de l'Ordre », communiqué, 23 août 2004 (site du CNOM).

¹⁰⁵ Conseil national de l'Ordre des médecins, « A propos de la circulaire DRT N° 03 du 7 avril 2005 relative à la réforme de la médecine du travail. À l'attention des médecins du travail », communiqué, 17 juin 2005 (site du CNOM).

¹⁰⁶ Le Conseil constitutionnel a considéré que le texte sur la réforme de la médecine du travail était un cavalier législatif, étant inclus dans une loi plus vaste (sur les retraites) avec lequel il n'entretenait pas de liens suffisants. La loi est finalement votée sous une version légèrement modifiée le 20 juillet 2011. Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

« le médecin du travail ne doit en aucun cas être l'objet de pressions de la part des employeurs ; il n'est pas là non plus pour jouer un rôle dans la lutte des classes. Sa mission relève de la santé publique et de la surveillance de la santé des salariés au travail. Il est donc essentiel qu'il l'exerce en pleine autonomie et en toute indépendance. Et s'il est logique qu'il travaille en coordination avec les employeurs ou la direction du service de santé au travail, il ne doit pas être à leurs ordres. ¹⁰⁷ »

Dans les années 2000, s'il défend l'indépendance des médecins salariés, l'Ordre des médecins ne met cependant jamais en cause le principe de la gestion patronale des services de médecine du travail, considérant qu'il s'agit de deux questions séparées. Cette position est cohérente avec la tolérance affichée par les institutions ordinales pour les formes d'exercice de la médecine où le praticien est parfois contractuellement sommé d'agir en infraction du Code de déontologie médicale (médecine d'assurance, médecins-conseils de l'industrie pharmaceutique, médecins du sport...¹⁰⁸).

2. La hiérarchie médicale au sein des services de médecine du travail

La plupart des dispositions visant à garantir l'indépendance des médecins du travail considèrent implicitement que les « menaces » éventuelles à cette dernière viendraient nécessairement de l'extérieur du corps médical. Garant officiel de la déontologie médicale, l'Ordre des médecins se garde bien d'évoquer l'illégitimité des hiérarchies internes au corps médical. Il est vrai que l'organisation tire son propre pouvoir de la légitimité d'une telle hiérarchie. Pourtant, l'existence de « médecins-chefs » et autres « médecins-coordonateurs » au sein des services de médecine du travail montre que les manifestations de la subordination salariale des médecins du travail peuvent être le fait d'autres médecins, dont les attributions dépassent toujours le cadre d'une abstraite « coordination ». Le cas de Suzanne B. illustre combien il peut être difficile pour un praticien de terrain de s'opposer aux pressions venues des hiérarchies médicales, toute critique étant susceptible d'être disqualifiée comme étant non-experte ou encore non-confraternelle.

¹⁰⁷ André DESEUR, « Exercer en pleine autonomie et en toute indépendance », *Médecins. Bulletin national de l'Ordre des médecins*, 2010, n° 14, p. 23.

¹⁰⁸ La fin du rapport sur l'indépendance technique des médecins salariés témoigne de l'ambiguïté de la position de l'Ordre à cet égard : « La situation est particulièrement complexe pour certaines catégories de médecins salariés collaborant à des entreprises à caractère commercial avec le profit comme finalité. C'est le cas des médecins collaborateurs de l'industrie pharmaceutique, des conseillers médicaux des assureurs, des médecins chargés de la surveillance d'équipes sportives professionnelles ou des médecins directeurs d'établissements hospitaliers privés, pour ne citer qu'eux. Leur inscription à l'Ordre des médecins, le plus souvent obligatoire, leur impose de respecter le code de déontologie dans toutes les circonstances de leur activité sans pouvoir s'arroger le droit de distinguer les actes effectués en tant que médecins et ceux pour lesquels ils pensent pouvoir s'exonérer des obligations déontologiques. Le respect de leur indépendance leur fait obligation de ne pas contribuer ni accepter de cautionner des décisions ou plus largement des politiques manifestement en contradiction avec la déontologie médicale ». François-Xavier MERCAT, « L'indépendance technique des médecins salariés », *op. cit.*

En 1972, Charles-Pierre Hitier, futur secrétaire général du SNPMT, s'élève dans les colonnes de la revue syndicale contre le bien-fondé de l'existence des « médecins-chefs » ; à tout le moins, les fonctions de coordination devraient être confiées selon lui à des médecins élus démocratiquement par leurs pairs plutôt que choisis arbitrairement par le président du service :

« Un médecin chef ? Pour quoi faire ? [...] Une certaine coordination peut être utile lorsque plusieurs médecins exercent dans un même service ; il est évident que, si les règles édictées depuis 1946 et reproduites encore dernièrement dans le premier alinéa de l'article 5 du décret du 13 juin 1969 n'étaient pas transgressées, cette coordination ne poserait aucun problème. Or, ces règles sont violées en raison de l'ambition de certains présidents de services, de certains responsables administratifs, ou de certains médecins chefs qui trouvent dans le gigantisme de "leur" service l'occasion de satisfaire leur vanité, leurs ambitions ou leurs appétits. [...] Ce parasitisme trouve d'ailleurs un terrain favorable dans l'obsession patronale de la puissance en donnant au président l'illusion qu'en mettant en place "son" directeur, "son" médecin chef, le service aura un meilleur rendement et que ce dernier contrôlera mieux les velléités d'indépendance de "ses" médecins. C'est là un des plus graves obstacles au fonctionnement correct des services médicaux du travail. Une fausse hiérarchie, poursuivant une finalité occulte et opposée à la finalité avouée est assez bien tolérée par ceux d'entre nous qui sont passifs, mais n'est pas supportée par ceux qui sont actifs et entendent remplir pleinement leur mission. [...] C'est pourquoi nous estimons que dans les services où une coordination s'avère nécessaire, elle devrait être confiée à un ou plusieurs confrères possédant l'estime de leurs pairs, donc démocratiquement élus par eux, et que le personnel administratif doit, quel que soit son rang, être placé sous l'autorité du ou des médecins coordinateurs, ainsi désignés : toute médecine, quels qu'en soient les objectifs, ne peut être exercée que par des médecins.¹⁰⁹ »

Quelques années plus tard, l'affaire Suzanne B. permet à Charles-Pierre Hitier d'illustrer amplement son propos, comme en témoigne une lettre qu'il adresse au président de l'Ordre national des médecins en 1976, qui cite sans le nommer le médecin-chef Meininger et l'épisode des examens de saturnisme de 1971 :

« La fonction de médecin-chef, résultat de la faveur d'un ou plusieurs employeurs, est un scandale parce que cette fonction consiste en réalité à orienter et contrôler l'activité d'autres médecins du travail conformément aux conceptions que ce ou ces employeurs peuvent avoir de la médecine du travail. L'assistantat condamné ailleurs par l'Ordre est admis ici. C'est là un grave problème que l'Ordre s'honorerait à résoudre dans le seul sens qui puisse être conforme à l'indépendance de l'ensemble des médecins du travail. Les prébendiers patronaux y sont, bien entendu, opposés. [...] A titre d'exemple des conséquences d'une telle attitude de dépendance à l'égard des employeurs, je vous citerai le cas d'un médecin-chef qui, ainsi conditionné, se permet de transmettre aux médecins qu'il considère comme ses subordonnés des documents et diagnostics médicaux par le relais des responsables administratifs d'un établissement industriel. Nous précisons que le pli contenant documents et diagnostic était *adressé* au directeur d'un établissement de cette entreprise qui l'a remis au médecin du travail de

¹⁰⁹ Charles-Pierre HITIER, « Un médecin chef ? Pour quoi faire? », *op. cit.*

cet établissement. C'est pourquoi nous persistons à dire que la réforme du Code de déontologie actuellement proposée est très insuffisante.¹¹⁰ »

La réponse d'un membre du Conseil national de l'Ordre montre toute la réticence de l'institution à mettre en cause la déontologie des médecins placés à des postes hiérarchiques élevés par la grâce de l'employeur. Dans ce discours, la référence au Code de déontologie apparaît chargée d'une efficacité quasi magique :

« Nous ne pouvons vous suivre dans vos attaques systématiques contre les "médecins-chefs". Nous ne pensons pas que l'attribution de ce titre qui peut d'ailleurs recouvrir des fonctions tout à fait différentes, entraîne automatiquement pour ces médecins l'oubli du Code de Déontologie et de la législation sur la médecine du travail, ainsi que leur soumission sans restriction à un employeur quel qu'il soit. Si certains d'entre eux méconnaissaient les devoirs de leur profession, nous pensons que les textes existants, et notamment le Code de Déontologie, sont assez précis pour remédier à un tel état de fait. Nous ne pensons pas non plus que le fait pour un médecin d'assurer une coordination qui en son absence serait effectuée par un non médecin, constituerait un assistanat.¹¹¹ »

Les décennies suivantes voient se perpétuer des postes de médecins-chefs et médecins-coordonateurs au sein des services de prévention. Dans un service interentreprises au sein duquel j'ai enquêté, c'est au début des années 1990 que la directrice désigne un médecin « coordinateur », dont le rôle officiel est de servir d'interface entre la sphère administrative et la sphère médicale. Dans les faits, il est surtout celui qui distribue les formations continues aux médecins, qui définit les valeurs légitimes de « productivité » (nombre de salariés par vacation, par exemple) ou encore qui reprend les dossiers médicaux des médecins absents. Lors d'un entretien ethnographique, le médecin-coordonateur actuel, Marie C., raconte qu'un « vent de révolte » a un jour soufflé parmi les médecins contre son prédécesseur, perçu comme le bras droit de la direction. La mise en place d'un mode de nomination plus démocratique n'a pas empêché la direction de faire à sa guise avec les successeurs :

« tout ça c'est secret... il y a eu un vent de révolte dans le service parmi les médecins, qui voulaient rejeter ce médecin-coordonateur. Alors on a décidé de faire un vote, les médecins ont décidé de choisir leur médecin-coordonateur, donc ce sont ce médecin qui était déjà coordinateur qui s'est présenté, un autre médecin, et puis

¹¹⁰ Lettre de Charles-Pierre Hitier à Jean-Louis Lortat-Jacob, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, 24 juin 1976 (archives SNPST). À l'occasion de l'affaire Garnier-Lafue, Hitier met en cause à nouveau la fonction de médecin chef : « Alors qu'au début, tous les médecins exerçant dans les services interentreprises étaient égaux en droits comme en devoir et indépendants les uns des autres, les modifications de la réglementation, comme le dépassement, alors illégal, du nombre de médecins pouvant exercer dans le même service interentreprises, furent, avec la neutralité bienveillante de l'Ordre des médecins, mises à profit par certains confrères pour se faire promouvoir "médecin chef" par les employeurs. Cette fonction d'encadrement leur assurait profits matériels et moraux ». Charles-Pierre HITIER, « Une histoire exemplaire : l'affaire Garnier-Lafue », *op. cit.*, p. 12.

¹¹¹ Lettre de J. Autin, secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins, à Charles-Pierre Hitier, 5 juillet 1976 (archives SNPST).

moi on m'a demandé de me présenter. Ça ne faisait pas longtemps que j'étais là, mais bon, on m'a demandé de me présenter, tout le monde savait que j'avais eu des responsabilités [antérieurement]. Je me suis donc présentée, et puis... c'est moi qui ai été choisie, en fait. Par les collègues. Par les confrères. Et Mme G. [la directrice] n'a pas désiré que ça soit moi qui devienne médecin coordinateur, parce qu'elle avait l'habitude de travailler avec l'autre médecin – parce que, comme il n'y a pas de statut, la direction fait ce qu'elle veut avec le médecin coordinateur. [...] Mais quand ce médecin coordinateur est parti à la retraite, Mme G. m'a donc demandé si j'étais toujours d'accord pour prendre ce poste. Et donc, j'étais toujours d'accord pour prendre ce poste, donc voilà.¹¹² »

À ce poste depuis dix ans, Marie C. est elle-même diversement appréciée comme en témoignent les entretiens avec ses collègues. Certains médecins lui reprochent de distribuer les formations continues au compte-goutte et en priorité aux praticiens avec lesquels la directrice a de bonnes relations, ou encore de freiner les projets collectifs qui ne l'intéressent pas personnellement. Quelle que soit la réalité de ces accusations, l'histoire de la coordination médicale au sein de ce service montre l'impuissance des médecins du travail à s'élever contre le choix arbitraire d'un confrère par la direction, quand bien même ils mettent en place une élection démocratique en apparence ; l'absence de textes pour encadrer cette pratique permet à la direction de faire à sa guise.

Dans les années 2000, une modification de la réglementation oblige les services interentreprises à se doter d'une « commission médico-technique » composée de représentants des médecins, des intervenants en prévention des risques professionnels et de l'employeur. Elle doit se réunir au moins trois fois l'an pour discuter d'un ordre du jour pour le moins vague : « la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles au sein du service de santé au travail [...] l'équipement du service [...] l'organisation d'actions en milieu de travail et des examens médicaux [...] l'organisation d'enquêtes et de campagnes »¹¹³.

Dans le service où travaille Marie C., cette commission a été mise en place en parallèle au poste de médecin-coordinateur. Suite à son départ à la retraite, ce poste n'a pas été pourvu. Cependant, un médecin remarque que la directrice a déjà commencé à s'appuyer sur l'un des médecins de la nouvelle commission pour tenter d'en faire un coordinateur officieux : « c'est une dérive qu'on a identifiée, je crois que c'est plus facile pour elle d'être dans une relation duelle. Elle vous encercle comme une araignée, vous ne pouvez plus vous dégager »¹¹⁴. La mise en place de la Commission médico-technique ne modifiera sans doute pas sensiblement l'usage de la hiérarchie médicale par la direction des services pour peser sur l'action des médecins du travail de terrain.

¹¹² Entretien avec Marie C., novembre 2006.

¹¹³ Article D4266-74 du Code du travail (nouvelle codification).

¹¹⁴ Entretien avec Monique P., janvier 2007.

3. Une tutelle médicale réduite à l'impuissance

Les agents de l'Inspection médicale du travail sont-ils les garants de l'autonomie professionnelle des médecins du travail ? L'histoire de Suzanne B. à Largentière offre un tableau beaucoup plus complexe, où les médecins-inspecteurs sont tour à tour des soutiens, des adversaires ou des observateurs passifs du travail du praticien. Il apparaît que l'institution de tutelle est prise dans les mêmes contradictions que les médecins du travail de terrain, souffrant notamment de manière similaire d'un grand discrédit et d'un manque de moyens.

L'organigramme des autorités de tutelle a souvent changé sur la période étudiée malgré un lien constant avec la Direction du travail au sein du Ministère du travail. Dans les années 2000, la politique des conditions de travail est menée par la Direction des conditions de travail. Celle-ci regroupe deux services : la Sous-direction des conditions de travail et l'Inspection médicale du travail. Le premier regroupe une soixantaine de personnes et est chargé selon son chef « de concevoir, d'animer, d'impulser la politique de santé et de sécurité au travail »¹¹⁵. Le sous-directeur des conditions de travail reconnaît cependant publiquement que les effectifs et les moyens de contrôle dont il dispose sont dérisoires ; ainsi le nombre d'agents en charge de la santé au travail ne dépasse pas une vingtaine, alors que d'autres pays européens y consacrent des centaines de fonctionnaires¹¹⁶. Quant à l'Inspection médicale du travail, elle regroupe en 2005 une quarantaine de médecins-inspecteurs régionaux placés sous l'autorité de la directrice du service, Monique Larche-Mochel, basée à Paris. Le rôle de l'IMT, selon sa directrice, est de contrôler les services de médecine du travail, d'animer le réseau des médecins du travail, de participer à l'élaboration de politiques régionales en santé au travail et de collaborer avec d'autres institutions pour des enquêtes statistiques¹¹⁷.

La directrice reconnaît cependant que les médecins du travail n'ont aucun lien hiérarchique avec les médecins-inspecteurs. Ces derniers « doivent les mobiliser par la conviction »¹¹⁸. Les MIRT ont théoriquement un pouvoir de contrôle sur les services de médecine du travail, par le biais de l'agrément officiel qu'ils peuvent retirer en cas de manquement à la réglementation. Cependant un

¹¹⁵ « Audition conjointe de Monique Larche-Mochel, chef de service de l'Inspection médicale du travail, de Marc Boisnel, sous-directeur des conditions de travail, et de Catherine Tindillère, chef du pôle médecine du travail à la Direction des relations du travail », extrait du procès-verbal de la séance du 4 octobre 2005, in Jean LE GARREC, « Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante », *op. cit.*

¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ *Ibid.*

rapport officiel de 2004 démontre l'absolue inefficacité de ce moyen de pression, soulignant « l'extrême rareté des retraits d'agrément »¹¹⁹ et ajoutant que :

« la mise en œuvre de la procédure d'agrément relève de l'improvisation permanente : absence de vision d'ensemble, défaut de pilotage, hétérogénéité des pratiques, manquements à la réglementation et décisions irrégulières sont monnaie courante. Il n'est pas rare que des services fonctionnent sans agrément pour une plus ou moins longue période. Nombre d'entre eux sont agréés alors qu'ils ne remplissent pas les conditions réglementaires.¹²⁰ »

La rareté des retraits d'agrément s'explique principalement par la position subordonnée dans laquelle sont les médecins-inspecteurs. Ils ne font que donner un avis sur l'opportunité de poursuivre ou non l'agrément officiel d'un service ; la décision revient en dernière instance à un niveau plus politique, celui du Directeur régional du travail, qui casse tous les avis de retrait d'agrément ou les modifie en des attributions d'agrément d'une durée d'un an (au terme de laquelle le renouvellement ne se fait en principe que si un certain nombre de modifications ont été apportées au fonctionnement du service). En 2009, un médecin-inspecteur me raconte qu'il a réussi une année à récupérer les comptes détaillés d'un service interentreprises suite à une méprise (les MIRT ne sont généralement destinataires que d'une version du budget réduite à quelques lignes), ce qui lui a permis de constater de graves irrégularités et notamment plusieurs emplois fictifs. Il a rédigé par la suite un avis de retrait d'agrément très motivé, auquel le Directeur régional du travail n'a pu que se plier. Cependant, la mission de ce dernier se terminait quelques mois plus tard, et le dernier acte administratif du DRT sur le départ a été de redonner l'agrément au service concerné, à la grande frustration du MIRT.

Plus généralement, de nombreux documents et témoignages permettent d'attester d'un important malaise des médecins-inspecteurs pendant les décennies 1990 et 2000. Celui-ci se manifeste notamment par des grèves fréquentes et, plus récemment, par des démissions massives, qui rendent de plus en plus virtuelle l'activité de tutelle de l'IMT.

En juin 1997, la revue du SNPMT fait écho au mouvement social des MIRT de la région Île-de-France¹²¹. Ceux-ci sont passés d'un nombre de six à trois en l'espace d'une année, du fait d'un poste supprimé, d'un autre non pourvu puis d'une démission, rendant le travail impossible : plus de cent dossiers d'agrément de service sont en attente, la disponibilité sur le terrain des médecins-

¹¹⁹ Claire AUBIN, Gilles DUHAMEL et Daniel LEJEUNE, « L'agrément des services de santé au travail. Rapport de synthèse », *Rapport de l'IGAS*, 2004, résumé.

¹²⁰ *Ibid.*

¹²¹ SNPMT, « Pas assez de MIRT en Île-de-France. Ils en ont « assez » ! », *Médecine et Travail*, 1997, n° 172, p. 12.

inspecteurs est très restreinte et il leur est impossible d'analyser les déclarations de maladies professionnelles comme ils doivent en principe le faire. Dans un parallélisme étonnant avec certains médecins du travail qui choisissent de « recentrer » leur pratique à leur guise du fait d'une situation difficile à gérer, la revue indique que « les trois MIRT ont donc entrepris une action de protestation en indiquant, dans une deuxième lettre datée au 10 mars, que tant que la situation resterait inchangée, ils n'assureraient plus que certaines tâches définies par eux comme des urgences »¹²². En 1999, l'intégralité des MIRT à l'échelle nationale fait grève pour protester contre les mauvaises conditions de travail¹²³. Cette grève est suivie d'un nouveau mouvement social en 2000 pour protester contre le fait que la plupart des médecins-inspecteurs sont en contrat à durée déterminée ; les grévistes demandent un passage en contrat à durée indéterminée ou une titularisation, la création immédiate de nouveaux postes en nombre suffisant et l'attribution d'au moins un assistant à temps plein pour chaque MIRT¹²⁴. Ces mouvements sociaux sont importants et paralysent réellement l'action de l'Inspection médicale du travail. Ceci est visible par exemple dans le suivi statistique de la population des médecins du travail ; une étude de 2001 explique que « suite à un mouvement social prolongé des médecins inspecteurs régionaux, les données recueillies pour 1998, 1999 et 2000 n'ont pu être transmises au ministère pour agrégation et analyse »¹²⁵.

Entre 2007 et 2010, pas moins de quinze MIRT (sur la quarantaine au niveau national) choisissent de démissionner de leur poste, alors même que certains sont à un ou deux ans de la retraite. Plusieurs d'entre eux prennent alors la parole (parfois sous le couvert de l'anonymat) pour relier leur démission aux conditions de travail difficiles qui étaient les leurs au sein de l'autorité de tutelle.

Jeanne-Marie Ehster a été médecin-inspecteur dans la région Midi-Pyrénées pendant seize ans. Je l'ai rencontrée en 2009 alors que, de passage dans une réunion syndicale de médecins du travail, elle confiait son souhait de quitter ses fonctions sans attendre une retraite pourtant proche. C'est ce qu'elle finit par faire en 2010, rendant sa démission et renouant avec ses débuts de carrière en prenant un poste de médecin du travail de terrain à La Poste. Elle ne souhaite visiblement pas que sa sortie s'effectue dans la discrétion : dans la foulée, elle publie un livre dénonciateur sur l'état de la médecine du travail en France et l'inaction des pouvoirs publics (co-signé avec son collègue le plus

¹²² *Ibid.*

¹²³ SNPMT, « Les MIRTMO en colère », *Médecine et Travail*, 1999, n° 179, p. 33.

¹²⁴ COLLECTIF DE MIRTMO, « Les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'oeuvre en colère », *Médecine et Travail*, 2000, n° 185, p. 8.

¹²⁵ CSPPR, *Conditions de travail. Bilan 2001, op. cit.*

proche, médecin-inspecteur fraîchement retraité)¹²⁶, elle répond à une interview du journal du SNPST¹²⁷ et publie une tribune dans la revue *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique* où elle revient sur son expérience¹²⁸.

Le titre de cette tribune en fixe bien la tonalité : « Avant que de sombrer ». Jeanne-Marie Ehster explique avoir fui un travail source de souffrance psychique, du fait des nombreuses contradictions du poste : « J'ai dû démissionner d'un travail passionnant, que j'ai exercé pendant seize ans, pour sauver ma peau. Pour ne pas médicaliser un problème social »¹²⁹.

Elle affirme que l'impuissance du médecin-inspecteur, dont les avis négatifs sur le fonctionnement des services ne sont généralement pas suivis par les Directeurs régionaux du travail, est une source de grande tension. Elle en est venue à se demander quel était exactement son rôle dans l'économie générale de la prévention :

« Ces tensions conduisent à une réflexion sur le métier. Qu'attend-on de moi ? En attend-on seulement quelque chose ? Petit à petit le doute s'installe : ce n'est pas très nouveau. Très vite, dans cette fonction, j'ai eu le sentiment de n'être qu'un leurre pour ceux qui m'emploient, un spécialiste de la santé utilisé pour afficher une politique par ailleurs inexistante. [...] La perte du sens. Ne plus pouvoir y croire. Ramer, prendre des coups (j'occupe un poste un peu exposé), mais pour quoi, pour quelles avancées ? Je travaillais dans le champ de la santé au travail, mais je n'arrive plus à croire à l'utilité de mon travail. Je ne suis pas la seule dans cette situation, environ 20% de démissions parmi l'ensemble de mes collègues dispersés sur le territoire. Au moins, je ne culpabilise pas, je ne suis pas seule à souffrir même si peu avouent partir pour des motifs professionnels. »¹³⁰

Le départ à la retraite d'un collègue MIRT est une source de grande désorientation pour Jeanne-Marie Ehster. Avec ce confrère, elle explique avoir perdu un partenaire avec qui elle pouvait construire une autre définition de son métier, distincte de celle, hypocrite et contradictoire, qui guide selon elle la pratique administrative :

« Et puis mon collègue va partir à la retraite. Ça faisait treize ans que nous travaillions ensemble, en ayant en général la même analyse des dossiers. Plus personne avec qui échanger, construire du sens, s'assurer du bien-fondé des postures professionnelles prises. Brusquement, dans ce milieu devenu hostile au fil des dernières années, je vais me sentir seule, vulnérable.¹³¹ »

¹²⁶ Jeanne-Marie EHSTER, Hervé FONDS et Nicole ZIMMERMANN, *Menaces sur la santé au travail*, Saint-Malo, Editions Pascal Galodé, 2010.

¹²⁷ SNPST, « Démission massive de médecins-inspecteurs du travail », *Journal des professionnels de santé au travail*, 2011, n° 43, pp. 4–5.

¹²⁸ Jeanne-Marie EHSTER, « Avant que de sombrer », *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique*, 2009, n° 47, pp. 22–23. Cette revue est liée au syndicat MG France.

¹²⁹ *Ibid.*, p. 22.

¹³⁰ *Ibid.*, p. 23.

¹³¹ *Ibid.*

Dans le journal du SNPST, les rédacteurs interviewent Jeanne-Marie Ehster aux côtés de trois autres médecins-inspecteurs démissionnaires qui ont souhaité conserver leur anonymat (ils sont désignés par les lettres B, C et D)¹³². Quelle que soit la personne interrogée, la tonalité des discours est du même acabit :

« j'ai démissionné pour sauvegarder ma santé mentale. J'ai vu des collègues MIRTMO aller mal, j'en ai vu démissionner et quand j'ai commencé à devoir recourir de façon de plus en plus régulière aux somnifères, je me suis mise à explorer le marché de l'emploi local, environ 18 mois avant de démissionner. [...] Je n'ai pas pour habitude de cracher dans la soupe : le métier de MIRTMO est passionnant... tant qu'on arrive à y croire. [...] L'évolution des textes est parfois satisfaisante mais le problème est qu'ils ne sont pas mis en application » (Jeanne-Marie Ehster).

« Je ne pouvais pas jouer mon rôle régalien. Les dysfonctionnements des services de santé au travail se multiplient, mettant les médecins dans des injonctions paradoxales où des confrères s'enfoncent. Les directions régionales et la direction générale du travail laissent faire sans aucune stratégie d'amélioration. Ils exigent les échanges avec d'autres instances sans cohérence, dans la confusion des rôles. Je constatais la dégradation des conditions de travail des médecins de travail dans les services au point de craindre de les voir décompenser, sans pouvoir leur apporter le soutien qu'ils croyaient pouvoir attendre de moi. Je culpabilisais par anticipation d'une dépression ou du suicide de confrères. Je me sentais inutile. Il y a des similitudes entre le mal-être de médecins-inspecteurs et celui de médecins du travail » (médecin-inspecteur B).

« Je pensais que [les directeurs régionaux successifs] allaient s'appuyer sur mes rapports pour l'agrément des services de santé au travail mais je me suis rendu compte qu'ils ne les lisaient même pas. Depuis plusieurs années, il n'y avait plus de pilotage national de l'inspection médicale du travail. Avec la LOLF [loi organique des lois de finances] l'obligation du chiffrage des objectifs aboutissait à des prévisions qui n'avaient pas de sens et des résultats qui étaient tous faux, ce que chacun savait mais dont tout le monde se contentait pour sauver les apparences » (médecin-inspecteur C).

« La loi est entièrement inapplicable. La hiérarchie est incohérente. On nous demandait d'appliquer une réforme qui n'a jamais existé ! » (médecin-inspecteur D)¹³³.

Ces départs ont bien évidemment un impact énorme sur le fonctionnement de l'IMT. Lors d'un entretien avec la directrice du service en 2010¹³⁴, celle-ci reconnaît notamment que les données statistiques dont elle dispose sur l'évolution des effectifs de médecins du travail sont fausses, du fait du départ inattendu de plusieurs MIRT non remplacés¹³⁵.

¹³² SNPST, « Démission massive de médecins-inspecteurs du travail », *op. cit.*

¹³³ *Ibid.*, p. 4–5.

¹³⁴ Entretien avec Monique Larche-Mochel, Paris, avril 2010.

¹³⁵ Cf. encadré 1-2, chapitre 1.

Au final les médecins-inspecteurs du travail n'apparaissent comme des recours efficaces en cas de conflit que lorsque les interlocuteurs des médecins du travail sont prêts à les reconnaître comme tels. L'absence de réels moyens coercitifs les contraint le plus souvent à l'impuissance.

Encadré 6-1. La directrice de l'Inspection médicale du travail.

C'est après avoir terminé une première phase de recueil des matériaux que j'ai sollicité un rendez-vous auprès de la directrice de l'IMT afin d'obtenir davantage de données statistiques sur les médecins du travail. Monique Larche-Mochel m'a reçu le 24 mars 2010 à Paris, dans son bureau quai André Citroën. Étant situé au douzième étage, sa large baie vitrée offre une vue imprenable du seizième arrondissement. Sur un mur, une affiche : « proverbe shadok : pour qu'il y ait le moins de mécontents possibles, il faut toujours taper sur les mêmes ».

Monique Larche-Mochel est à ce poste depuis 1999, après avoir été universitaire en médecine du travail pendant vingt ans à Bordeaux. Elle fait mine de me fâcher de n'être pas venu la voir plus tôt alors que j'étudie depuis quatre ans le métier de médecin du travail : « le métier, il se décide ici ». Lorsque j'explique que mon enquête me donne l'impression qu'il y a plusieurs modèles de métier dans la médecine du travail, elle montre sa désapprobation, affirmant que certains médecins n'ont simplement pas compris « la philosophie de la médecine du travail ».

La directrice prépare justement une communication sur le métier de médecin du travail, pour un colloque qui a lieu le lendemain. Elle explique combien c'est une question complexe : jusqu'à maintenant, la loi a toujours précisément défini l'institution médecine du travail, mais non le métier lui-même. Il y a un flou qu'elle s'est attachée à réduire en organisant des groupes de travail entre MIRT. Elle raconte une de ces tentatives de définir le métier de médecin du travail : « on a lu, on a lu... impossible ; il n'y avait pas moyen de définir le métier ». Elle explique avoir alors dû faire appel à un professeur de sémiologie qui débloquent la situation en soumettant un corpus de littérature professionnelle à l'analyse sémiotique, permettant de délimiter une définition du métier. Cet intérêt pour la définition sémiologique *a posteriori* d'une pratique est frappant de la part d'une personne qui a pourtant le pouvoir théorique de décider des contours des pratiques.

4. Les débats sur le secret médical entre médecins, révélateurs de la position dominée de la médecine du travail

Les archives consultées donnent de nombreux exemples de conflits impliquant des médecins du travail où la transmission des dossiers médicaux à leur successeur est un enjeu important. En 1978, Suzanne B. part avec la clé du fichier médical au grand dam de son successeur, de l'Inspection médicale du travail et du médecin-inspecteur des mines, ce dernier participant par la suite à l'ouverture des armoires par effraction. La même année, Patricia T. refuse d'être mutée dans un autre secteur suite à son différend avec une entreprise industrielle, et garde les dossiers médicaux des

salariés ; le médecin-inspecteur reconnaît dans une lettre que « abandonner l'outil en transmettant les dossiers au Docteur L. [son successeur] pouvait signifier acceptation de la mutation, certes de guerre lasse, mais alors entraîner au préjudice du Docteur T. une éventuelle mesure de sanction de faute grave pour l'obstruction ainsi réalisée pendant plusieurs mois »¹³⁶. En 1987, Christiane R. est mise à pied pour trois jours pour « insubordination » ; elle raconte que

« l'employeur a fait venir pour me "remplacer" un médecin intérimaire et m'a contactée à mon domicile pour que je fasse parvenir les clés des classeurs à dossiers médicaux le plus rapidement possible. J'ai donné une réponse réservée, en fonction de l'avis du MIRT et du Conseil de l'Ordre. L'employeur, furieux, a fait venir un huissier pour faire constater que je n'avais pas laissé les clés. [...] En ce qui concerne les dossiers médicaux, le Conseil de l'Ordre, sollicité, m'a répondu que "l'accès aux dossiers médicaux n'est possible qu'à un confrère qui puisse faire valoir son aptitude à l'exercice de la médecine du travail, enregistrée par le Conseil de l'Ordre, et qui soit dûment mandaté par l'entreprise". J'attends la réponse du MIRT qui m'est tout à fait favorable. En fait, après intervention du CE, l'employeur s'est rétracté, avançant qu'il n'avait pas introduit un médecin pour me remplacer mais pour assurer les urgences (mais il avait réclamé les clés...)»¹³⁷ »

Enfin, en 2009, Florence D. enferme son ordinateur de bureau dans une armoire fermée à clé avant de quitter l'établissement suite à un licenciement dont elle conteste la validité.

J'ai volontairement omis de cette liste les nombreux contentieux portant sur la protection du secret médical contre la curiosité de l'employeur (conflits sur la distribution des clés du fichier médical au sein de l'entreprise, la sécurité du système informatique, la confidentialité du courrier ou encore l'insonorisation du cabinet médical). En effet, il m'a semblé intéressant dans le cadre de ce chapitre de me centrer sur les questions de secret médical entre médecins, révélatrices du statut dominé de la médecine du travail au sein du corps médical, et plus généralement du statut ambigu de l'appartenance à ce dernier, à la fois une ressource et un handicap pour l'autonomie professionnelle.

L'Ordre des médecins reste relativement silencieux sur la question du secret professionnel entre confrères, qui est contradictoire avec l'idéologie d'un corps professionnel médical homogène. Certes, l'article 4 du Code de déontologie médicale qui porte sur le secret professionnel, reconnaît que « deux ou plusieurs professionnels de santé » ne peuvent s'échanger des informations sur la situation médicale d'une personne que si celle-ci, « dûment avertie », a donné son accord¹³⁸. Le cas particulier d'un médecin du travail succédant à un autre et héritant des dossiers de son prédécesseur

¹³⁶ Lettre du MIRT au président du Conseil départemental de l'Ordre, 29 septembre 1978 (archives SNPST).

¹³⁷ Lettre de Christiane R. à Edmond Ravier, 13 avril 1987 (archives SNPST).

¹³⁸ Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

n'est pas abordé. Il est pourtant évident que dans l'intégralité des cas de transmission, l'avis des salariés n'est pas sollicité.

Certains médecins du travail ont réfléchi à la question du secret médical entre confrères¹³⁹. En octobre 1978, le secrétaire général du syndicat met en garde Suzanne B. sur les dangers d'une transmission trop prompte des dossiers médicaux à son successeur. Dans sa lettre, Charles-Pierre Hitier suggère l'existence d'une notion de secret professionnel entre médecins :

« Si vous transmettez les dossiers, vous devez prendre des précautions : car, contrairement à ce que certains croient, le *secret professionnel existe même entre médecins* : ce qui a été confié à l'un ne le sera pas à l'autre dont l'indépendance à l'égard du patronat apparaîtra, non sans quelque raison, dans les circonstances actuelles, comme moindre.¹⁴⁰ »

En 1987, la revue *Médecine et travail* rapporte le cas de pressions de l'Inspection médicale des transports pour la transmission de dossiers médicaux de salariés :

« Plusieurs de nos confrères ont en effet été très étonnés de recevoir par courrier une demande de communication intégrale de dossiers médicaux, sans motivation réelle de la part de l'Inspection médicale des Transports. Certains médecins-inspecteurs se sont même déplacés pour saisir ces dossiers.¹⁴¹ »

Les rédacteurs de l'article précisent aux médecins du travail confrontés à de telles demandes que contrairement à ce que certains pourraient laisser entendre, ils ont bien le droit de retirer leurs éventuelles notes personnelles avant de transmettre les dossiers¹⁴².

Dans un article de 1991 sur « Le secret médical et la médecine du travail » publié dans une revue professionnelle de référence, pourtant long et documenté, le médecin-inspecteur du travail P. Loiret ne donne quasiment aucune place à la discussion du secret médical entre confrères¹⁴³. Il cite pourtant un texte philosophique sur les sectes du pythagorisme ancien qui insiste sur la dimension collective d'un secret qui est toujours un secret partagé :

¹³⁹ On pourra également se reporter à Liliane DUSSERT et François-Xavier ALLAERT, « Secret médical : entre médecins aussi... », *La revue du praticien*, 14 janvier 2002, n° 559, pp. 27–29. Les auteurs avancent trois préconisations pour le partage éventuel d'informations entre confrères : que le patient ait donné son accord, que les informations partagées soient nécessaires, pertinentes et non excessives, et enfin que ce partage se fasse dans l'intérêt du patient. Les auteurs rappellent les sanctions pénales qui punissent la violation du secret médical ; cependant je n'ai connaissance d'aucune affaire où des faits de cet ordre auraient été jugés.

¹⁴⁰ Lettre de Charles-Pierre Hitier à Suzanne B., 30 octobre 1978 (archives SNPST).

¹⁴¹ *Médecine et travail*, n° 134, 1987, p. 13-14.

¹⁴² *Ibid.*

¹⁴³ P. LOIRET, « Le secret médical et la médecine du travail. Histoire et textes », *Documents pour le médecin du travail*, 1991, n° 48, pp. 313–328.

« la pratique du secret [est une] pratique consistant, selon l'étymologie du mot secret qui vient du latin *secernere* (séparer, mettre à part), à réserver un certain type d'information à un nombre limité de personnes.¹⁴⁴ »

Le MIRT suggère une comparaison entre ces sectes et le corps médical, en s'interrogeant : « intérêt de la secte ? Intérêt du malade ? On conviendra qu'il y avait là au moins de quoi susciter l'intérêt de l'historien et que le problème ainsi présenté méritait qu'on l'évoquât »¹⁴⁵. Cependant, P. Loiret ne poursuit cependant pas véritablement cette réflexion. Il mentionne bien les « révélations obligatoires » qui s'imposent aux médecins, parmi lesquelles la déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui passent de fait sous le regard des médecins de contrôle de l'Assurance-maladie¹⁴⁶. Il évoque également le cas du suivi médical des salariés de services de médecine du travail, qui ne peut déontologiquement être pratiqué par un médecin du travail du service (et de fait, j'ai constaté que les salariés d'un service sont toujours suivis par des médecins d'autres services) :

« lorsque la surveillance médicale est, malgré tout, assurée par un médecin du service, on peut se demander s'il bénéficie, alors, de toute l'objectivité nécessaire au moment d'examiner sa secrétaire ou l'infirmière avec laquelle il travaille, ou le directeur administratif du service interentreprises auquel il appartient, ou encore les autres médecins du service.¹⁴⁷ »

On voit que c'est la question de l'objectivité du médecin qui fait ici l'objet de l'attention de l'auteur ; la réflexion sur le secret médical entre médecins n'est pas développée en tant que telle.

En 1992, Françoise Demogeot rapporte l'histoire d'un médecin légiste, nommé en tant qu'expert dans un contentieux administratif, qui a fait pression sur un médecin du travail pour avoir accès au dossier médical d'un salarié. Le médecin du travail a alors sollicité l'avis du Conseil départemental de l'Ordre, dont la réponse est reproduite par *Médecine et travail* :

« Vous posez la question de savoir si une désignation d'un confrère médecin légiste comme expert dans une requête adressée au Tribunal Administratif vous autorise à transmettre le dossier d'un des salariés dont vous avez la responsabilité médicale. Je crois que sur ce point, la réponse est absolument négative, *le secret professionnel vous l'interdit*. Il s'agit en effet d'une procédure administrative banale et non d'une procédure pénale où le magistrat aurait pouvoir de saisie du dossier.¹⁴⁸ »

¹⁴⁴ Luc Brisson, « Usages et fonctions du secret dans le Pythagorisme ancien », in Dujardin P., *Le secret*, Presses universitaires de Lyon, 1987, cité in *Ibid.*, p. 314.

¹⁴⁵ *Ibid.*

¹⁴⁶ *Ibid.*, p. 318.

¹⁴⁷ *Ibid.*, p. 323.

¹⁴⁸ Lettre du Conseil départemental de l'Ordre X. au docteur Y., 19 septembre 1991, citée in Françoise DEMOGEOT, « Secret médical : cherchez l'erreur... », *Médecine et Travail*, 1992, n° 152, pp. 18-19.

L'auteur de l'article ajoute que cette affaire est « l'occasion de rappeler que le secret médical est *absolu*, que *le secret partagé n'a pas d'existence légale* et que le médecin du travail n'échappe pas aux tentatives de transgression »¹⁴⁹.

En 2002, les médecins du travail d'EDF Alain C. et Dominique Huez publient un article où ils reviennent sur la notion de secret professionnel en médecine du travail, en veillant notamment à distinguer le secret médical du secret de fabrique, qui porte sur les procédés utilisés par l'entreprise¹⁵⁰. Ils accordent cependant une place secondaire à la question du secret médical entre confrères, qui n'est jamais nommée en tant que telle, bien que les auteurs reconnaissent qu'« au regard des pairs toute transgression peut et doit être pesée »¹⁵¹. Ils rappellent que « la légalité de l'article R 241-56, qui permet la transmission du dossier médical établi par le médecin du travail au médecin-inspecteur du travail, a pu être mise en doute, le niveau réglementaire n'étant pas celui de la loi », mais défendent ce type de partage d'informations¹⁵².

Je me permettrai de tirer quelques pistes de réflexion des considérations qui précèdent. Tout d'abord et de manière frappante, la question du secret médical entre confrères semble très peu présente au sein des discussions du corps médical et en particulier de l'Ordre des médecins, ce qui est peu étonnant tant le seul fait de la poser met à mal l'idée d'une homogénéité d'un corps médical supposé confraternel. Par comparaison, nombreux sont les médecins du travail à avoir abordé la question, quoique généralement de manière incidente, étant également pris dans les mêmes logiques.

C'est en particulier au cours de conflits opposant des médecins du travail à d'autres médecins que la question se pose, toujours dans le même sens : le médecin du travail tente de défendre l'accès à des informations qui sont convoitées par d'autres. Dans ces moments, la simple possession de dossiers médicaux donne ainsi parfois une importance supplémentaire aux médecins du travail, se traduisant par un pouvoir éphémère sur leurs confrères. Cependant, le fait que les pressions

¹⁴⁹ *Ibid.*

¹⁵⁰ Alain C. et Dominique HUEZ, « Secret professionnel en médecine du travail : secret médical et secret de fabrique », *Association santé et médecine du travail*, 2002.

¹⁵¹ *Ibid.*

¹⁵² *Ibid.* Il s'agit de l'ancienne codification du Code du travail. Alain C. revient sur cette question dans un article qu'il publie seul quelques années plus tard : « on ne comprend pas que certains juristes persistent à considérer que la transmission par le médecin du travail au médecin-inspecteur du travail d'éléments concernant les expositions professionnelles constituerait une violation du secret professionnel. Même chose s'agissant de la fiche d'entreprise. C'est oublier que la protection de la santé est un droit constitutionnel fondamental qui ne peut être d'un rang inférieur à l'intérêt commercial de l'entrepreneur ». Alain C., « Médecine du travail : comment déjouer les abus du secret médical », *Santé et travail*, 2008, n° 64, p. 46.

s'exercent toujours dans le même sens atteste surtout de la place subordonnée de la médecine du travail au sein du corps médical, qui fait écho à la relation de subordination qui relie le médecin du travail à son employeur. Ce dernier a toujours la ressource de s'appuyer sur l'hétérogénéité interne au corps médical s'il souhaite peser sur la médecine du travail sans donner l'impression de violer le secret médical ou l'indépendance du praticien. La pratique des contre-visites, la mise en place de médecins-chefs, les recours auprès de l'Inspection médicale du travail ou de l'Ordre des médecins, sont autant d'exemples de ce type de pratiques où l'employeur prend avantage de la subordination entre médecins pour exercer sa propre subordination sur le médecin du travail sans en avoir l'air : après tout, les relations entre médecins ne sont-elles pas de simples *affaires de médecins* ?

*

L'histoire de Suzanne B. à Largentière a permis de voir avec quelle facilité les conflits entre médecin du travail et employeur autour de la prévention des atteintes à la santé des salariés pouvaient être convertis en des débats d'apparence purement médicale, mettant au prise le médecin du travail avec ses confrères et portant sur la délimitation légitime de ses activités. Il n'est ainsi pas possible d'assimiler le « médical » avec l'autonomie professionnelle, quand « l'administratif » ou « l'organisationnel » serait du côté de la subordination. Il apparaît au contraire que l'appartenance au corps médical peut être parfois une ressource favorisant l'autonomie professionnelle du médecin du travail, parfois une contrainte renforçant le rapport de subordination auxquels certains souhaiteraient l'assujettir. L'évaluation de la subordination des médecins du travail implique donc comme préalable de prendre en compte la subordination de la médecine du travail au sein même du corps médical qui, loin d'être la grande famille confraternelle que certains s'attachent à décrire, est traversé de rapports de pouvoir défavorables aux médecins du travail. Ces derniers en sont bien conscients, comme en témoigne par exemple le long militantisme du SNPMT pour défendre « l'unicité du corps médical » quand bien même les confrères les considèrent comme des sous-médecins ou des non-médecins. Dans les chapitres précédents, on a vu que la subordination du médecin du travail à une logique de production pouvait être dissimulée sous des réformes et préconisations apparemment techniques ou organisationnelles, alors que la part proprement « médicale » de l'activité est réputée exempte de toute ingérence. Au terme du présent chapitre, il faut également considérer la réalité de la subordination entre médecins, d'autant plus puissante qu'elle est peu visible et discutée, et ses effets sur la subordination à une logique de production. De

ce point de vue, ce travail confirme l'intuition freidsonienne selon laquelle l'hétérogénéité interne au corps médical peut être utilisée par des pouvoirs non médicaux pour peser sur certains médecins.

Conclusion générale. Autonomie, subordination, responsabilité

« – Maintenant... je ne suis sûr de rien. Ce que je sais seulement, c'est que je devrais être habile, ne pas me livrer, ne pas prendre parti, parler avec autorité dans l'espoir d'être entendu, me maintenir à mi-distance des ouvriers et du patron. Ces qualités me sont étrangères et je ne les posséderai sans doute jamais. Que je le veuille ou non, mon métier me ramène dans cette position intermédiaire dont je viens de te parler et par la force des choses m'y retient prisonnier. Et là, Manuel, je suis encore seul. Je devrais être conciliant, mais il n'y a pas de conciliation possible entre le bien et le mal, entre la pauvreté et la richesse. Il m'est permis d'être indifférent, parfois de dire, à la rigueur de faire savoir, ce que je juge être théoriquement nuisible ou favorable, mais sans passion. Du sang-froid, beaucoup de sang-froid ! Ne point avoir d'idées, ne point émettre de jugement, même quand je suis révolté. Je suis médecin, Manuel, je n'ai pas le droit de parler de la justice.

Si bien que mon métier, en même temps qu'il me fait découvrir une sympathie comme la tienne, me l'interdit. Ou bien il faudrait opter aux yeux de tous, me déclarer pour toi, pour vous. On me foutrait dehors tôt ou tard.

Viendrait un autre médecin qui, lui aussi, se replierait à la longue sur lui-même et qui, comme moi, flânerait dans les ateliers pour y retrouver un certain climat nécessaire, en se détournant des visages, devenus pourtant bien autrement indispensables que les odeurs et les rythmes, pour regarder tourner les machines.

J'ai le sentiment que je ne peux rien pour vous. »

Jacques CHAUVIRÉ, *Partage de la soif*, op. cit., p. 198–199. ¹

« L'ensemble des rôles qui nous donnent notre existence sociale nous apparaît maintenant comme un gigantesque appareil de "mauvaise foi". Tout homme qui dit "je n'ai pas le choix" en parlant des exigences de son rôle social fait acte de "mauvaise foi". On peut certes imaginer des circonstances où cette affirmation est véridique dans la mesure où, *dans ce rôle particulier*, il n'y avait pas de choix possible. Mais l'individu a toujours le choix de sortir de son rôle. »

Peter BERGER, *Invitation à la sociologie*, Paris, La Découverte, 2006, p. 185.

Ce travail s'est consacré à l'étude de des médecins du travail en France des années 1970 à nos jours. Indépendants selon la loi, subordonnés à un employeur selon leur contrat de travail, quelles activités mènent-ils au quotidien au nom de la médecine du travail ? Peut-on dire qu'ils disposent d'une autonomie professionnelle ? Quelles sont les manifestations de la subordination salariale dans leur exercice ?

¹ Je rappelle qu'il s'agit d'un roman publié en 1958 chez Gallimard, dont le personnage principal est un médecin du travail.

L'étude démographique de la profession montre qu'elle a été marquée au tournant des années 1980 par l'arrivée d'une nouvelle génération jeune et féminisée de praticiens entrant en médecine du travail directement après ou peu après leur formation initiale (chapitre 1). Cependant, la sélectivité accrue des études médicales, couplée au discrédit dans lequel les étudiants tiennent la médecine du travail, expliquent le déficit qui s'installe à partir de la fin des années 1980 dans certains services. Les pouvoirs publics et les services répondent à cette pénurie par un assemblage hétéroclite de passerelles de reconversion, licites ou illicites, parfois légalisées après coup, plus ou moins exigeantes sur la spécialisation des médecins. L'impossibilité pour les différents acteurs de se mettre d'accord sur le niveau du déficit illustre la différence des ambitions et des priorités, ainsi que l'absence de consensus sur ce qu'est et ce que devrait être le métier de médecin du travail.

La majorité des médecins exercent dans des services interentreprises, gérés par les employeurs d'un secteur géographique ou d'une branche professionnelle (chapitre 2). Une distinction y est maintenue entre les aspects *médicaux* de l'activité, du ressort du seul médecin, et ses aspects *administratifs*, sous la responsabilité de la direction ; par ailleurs, les praticiens sont en principe simplement tenus de fournir le travail défini dans la loi et spécifié dans leur contrat, sans avoir de comptes à rendre sur le contenu de ce travail. En réalité, l'enquête ethnographique montre qu'il en va tout autrement. Conçue comme une formalité, vendue de force à des employeurs par des employeurs, l'activité du médecin du travail est définie de manière d'abord quantitative par les directions de service, qui se fondent sur une lecture orientée de la loi. Le contrôle sur le nombre de visites médicales effectuées empêche le plus souvent les praticiens de définir leur exercice de manière alternative, par manque de temps et d'appuis dans leur entourage professionnel. Par ailleurs, l'encouragement récent à une action « pluridisciplinaire » qui nécessiterait une « coordination » renforce le contrôle des directions de service sur la définition de l'activité médicale légitime et la manière dont le travail est mené.

Dans les services autonomes, les médecins du travail sont directement employés par l'entreprise dont ils surveillent les salariés (chapitre 3). Cadres parmi d'autres cadres, les médecins du travail y sont rarement soumis à des ordres, sauf parfois en cas de conflit ; ils doivent par contre « répondre continûment et parfaitement à des attentes », confirmant la définition que donne Alain Supiot de la subordination fonctionnelle². La diversité des métiers exercés au nom de la médecine du travail est plus frappante qu'en service interentreprises, du fait que la réglementation est souvent considérée

² Alain SUPIOT, « Préface », *op. cit.*, p. 8.

comme n'étant qu'un référentiel possible parmi d'autres. Dans les services autonomes, les praticiens construisent quotidiennement avec leur entourage les frontières de leur activité légitime, en s'inscrivant dans l'*empreinte de poste* léguée par leur prédécesseur. « Ce qu'ils ont à faire » est inextricablement mêlé à « ce qu'on attend d'eux », sans toujours qu'ils s'en rendent compte. Ainsi, le fait que certains médecins employés par des industries dangereuses puissent se réjouir qu'on leur laisse les coudées franches est moins souvent la preuve de l'ouverture d'esprit de l'employeur que le signe d'un exercice médical qui a su se ranger, au moins en partie, aux contraintes de l'ordre productif.

L'étude de la décision d'aptitude donne à voir un fait d'un autre genre, particulièrement représentatif de la liberté relative qui est laissée aux praticiens : la liberté de répondre par un nombre limité de formules prédéfinies à une question qu'ils n'ont pas le droit d'esquiver (chapitre 4). Le verdict d'aptitude a pourtant toutes les apparences d'une tâche autonome, à l'abri de l'ingérence de personnes tierces. Cependant, l'impossibilité de sortir de l'arbitrage emploi/santé, l'ambiguïté d'une démarche qui met la sélection au service de la prévention, sont autant de carcans qui restreignent la marge de manœuvre des praticiens. Quelles que soient les idées de ces derniers sur ce que devrait être leur métier, la pratique de l'aptitude se résume le plus souvent à l'élimination des salariés présentant un « sur-risque » par rapport à la moyenne de voir leur santé altérée du fait de leur travail.

Les médecins du travail sont les premiers à s'émouvoir des ambiguïtés de leur rôle, comme le laisse apparaître la vitalité relative de la pratique syndicale dans ce secteur (chapitre 5). Sur toute la période étudiée, plusieurs organisations ont développé une réflexion propre autour de l'indépendance médicale. L'étude des deux principaux syndicats de médecins du travail, le SNPMT/SNPST et le SGMT, montre que leurs conceptions respectives de l'indépendance sont étroitement tributaires d'un certain rapport au salariat. L'histoire des actions contentieuses engagées par les deux organisations et l'analyse de leurs réactions au drame de l'amiante mettent en évidence combien ces deux conceptions diffèrent dans leur manière de distinguer dépendances légitimes et illégitimes. Pour le SNPMT, les liens de subordination dont le salariat est synonyme sont illégitimes, ou à considérer avec méfiance, dans la mesure où ils servent de cheval de Troie à l'ordre productif. Au contraire, le SGMT accepte la plus grande partie des contraintes du salariat et encourage même l'identification des médecins avec les cadres des entreprises qu'ils surveillent, tout en maintenant la frontière minimale du secret médical.

Enfin, c'est encore à partir de l'histoire des contentieux et de l'activité syndicale que l'on peut montrer le rôle de l'appartenance au corps médical dans la manière d'exercer la médecine du travail (chapitre 6). Il apparaît par trop simpliste de considérer cette appartenance simplement comme une ressource de l'autonomie professionnelle, face à un monde non médical dont viendraient les principales menaces. Les médecins qui entourent le praticien du travail sont tour à tour des ressources et des obstacles. Le médecin du travail doit composer avec la sub-ordination de sa spécialité au sein même du corps médical, où elle est tenue en mépris notamment à cause du statut salarié de ses membres. Par ailleurs, comme l'avait suggéré Freidson, l'hétérogénéité du corps médical peut être utilisée par des pouvoirs non médicaux pour peser sur certains médecins. On constate en effet qu'il n'est pas rare que des conflits entre médecin du travail et employeur autour de la prévention des risques sanitaires se retrouvent convertis en débats entre médecins, où le médecin du travail part avec un handicap du fait de la position dominée de sa spécialité.

Au terme de ce parcours, on ne peut d'abord que constater la faillite du système français de prévention des atteintes professionnelles à la santé. Selon l'anthropologue Mary Douglas, « pour le meilleur et pour le pire, une communauté peut faire supporter le plus dur de la crise à ses victimes prédestinées, et justifier sa distribution inégalitaire en laissant les institutions faire le choix »³. Dans le contexte français, il est clair que la médecine du travail est l'institution qui joue ce rôle de légitimation des maux engendrés par l'activité de production qui pèsent sur certains salariés. Elle donne l'impression que la question des risques professionnels est prise en charge et réglée. Or, plusieurs cas exposés dans ce travail, tout comme les données des enquêtes nationales sur les conditions de travail, montrent la permanence de l'exposition routinière de millions de salariés à des dangers avérés.

Sur le plan de la théorie sociologique, il apparaît qu'on ne peut employer les définitions habituelles de l'autonomie professionnelle pour décrire la profession de médecin du travail. Il n'est pas possible de décrire l'autonomie comme un contrôle sur les activités routinières ou sur le « cœur de métier ». Les médecins du travail se frottent quotidiennement à de nombreux interlocuteurs, médecins et non-médecins, qui ont des visions divergentes de ce qu'est et devrait être leur métier. Eux-mêmes conçoivent et conduisent leur exercice de manière très différente. Dans ce contexte, un chercheur qui emploie la définition classique de l'autonomie professionnelle se fonde

³ Mary DOUGLAS, *Comment pensent les institutions*, Paris, La Découverte, 2004, p. 172.

nécessairement sur une conception personnelle et contingente de ce qui constitue le « véritable métier » de la profession en question.

Dès lors, l'étude sociologique de l'autonomie professionnelle nécessite deux éclairages complémentaires. L'enquête doit être attentive à cerner les différentes conceptions du métier qui circulent au sein et autour de la profession étudiée⁴. Elle doit également faire le schéma complet des liens de dépendance et de subordination qui lient le professionnel à son entourage, en veillant à prendre en compte les liens visibles mais aussi invisibles, décriés mais également consentis.

Ce travail étant fait, les conceptions indigènes et scientifiques de l'autonomie d'une profession apparaissent pour ce qu'elles sont : des constats moraux et politiques qui se réfèrent à une conception donnée du métier, et qui tracent une démarcation contingente entre dépendances légitimes et illégitimes⁵. Notamment, le fait de constater qu'une profession salariée est autonome revient à ranger les dépendances propres au salariat au rang des dépendances légitimes. En ne questionnant pas ce jugement moral et politique, le sociologue se prive de la possibilité d'étudier les ressorts qui font qu'une personne va accepter la domination d'un employeur, voire simplement qu'elle va « consentir à travailler »⁶. Ces dimensions fondamentales restent pourtant aussi énigmatiques que lorsqu'elles suscitèrent l'étonnement de La Boétie⁷ ou de Weber⁸.

⁴ C'est ce que fait par exemple Patrick Fridenson lorsqu'il constate : « qu'est-ce, après tout, pour une certaine période, que le rôle d'un directeur du personnel ? C'est, essentiellement, de ne pas appliquer la législation sociale ! ». Patrick FRIDENSON, « La subordination dans le travail : les questions de l'historien », in Jean-Pierre CHAUCHARD et Anne-Chantal HARDY-DUBERNET (éds.), *La subordination dans le travail. Analyse juridique et sociologique de l'évolution des formes d'autonomie et de contrôle dans la relation de travail*, Paris, La Documentation française, 2003, p. 69.

⁵ Violaine Roussel montre par exemple comment la revendication par les juges d'instruction de leur liberté de poursuivre les responsables politiques a modifié la frontière entre dépendances légitimes et illégitimes : « Des mécanismes de clôture du jeu judiciaire résultent de la manière nouvelle dont les magistrats posent les frontières de leur domaine d'activité, et dont ils redéfinissent partiellement, à la faveur des scandales, ces limites. Dans ce contexte, les expériences d'appartenance multiples deviennent de moins en moins tenables, aux yeux des juges. C'est en particulier l'insertion simultanée dans les arènes politiques et judiciaires qui se révèle fortement problématique ». Violaine ROUSSEL, *Affaires de juges : les magistrats dans les scandales politiques en France*, Paris, La Découverte, 2002, p. 242.

⁶ Ferruccio RICCIARDI, *Consentir à travailler. Subordination et insubordination dans le monde du travail: perspectives d'histoire croisée (années 1950-1980)*, Rapport final de post-doctorat CNRS, Université de Bourgogne - Centre Georges Chevrier, 2010.

⁷ Etienne de LA BOÉTIE, *Discours de la servitude volontaire*, Paris, Gallimard, 2008.

⁸ Traductrice et spécialiste de Max Weber, Isabelle Kalinowski montre comment la question de la liberté et de la subordination est au cœur des réflexions du sociologue sur l'évolution du capitalisme : « C'est que, selon lui, la spécificité du capitalisme "rationnel", à la différence du capitalisme "irrationnel", était d'opérer la jonction entre une logique d'accumulation de profits financiers et l'exploitation d'une forme spécifique de travail "(formellement) libre". La clé de la théorie webérienne du capitalisme est donnée dans cette parenthèse : "(formellement) libre". L'idée de fond de *L'Éthique protestante* [...] est que la grande invention du capitalisme "rationalisé" est d'avoir transféré, ou de tendre à transférer la contrainte d'exploitation au niveau du travailleur lui-même, jusqu'à ce qu'il devienne le premier promoteur de sa propre productivité. [...]. L'expression "(formellement) libre" doit être prise au pied de la lettre : elle signifie que le capitalisme rationnel promeut un type de travail qui est exercé dans des conditions *juridiquement* libres. La seule contrainte et la seule violence désormais admises sont la contrainte et la

*

L'étude de la médecine du travail a également permis de suggérer le lien entre conception de l'autonomie professionnelle et régimes de responsabilité. Indubitablement, la position ambiguë d'une médecine du travail entre indépendance médicale et subordination au responsable des risques professionnels, a participé du phénomène de dissolution de la responsabilité qui est la marque du système français de gestion des risques professionnels.

Hier comme aujourd'hui, des millions de salariés sont exposés à des conditions de travail connues comme étant dangereuses, sans que les pouvoirs publics, les employeurs ou les médecins du travail ne soient généralement poursuivis en justice. Depuis 1898, la réponse principale apportée à cette situation évitable est la mise en place de barèmes d'indemnisation pointilleux où la mort prématurée, la difficulté à respirer, à se déplacer, à entendre, à enfanter, à utiliser ses mains, sont censées être « réparées » ou « compensées » par l'attribution d'un capital ou d'une rente. Selon l'esprit de la loi, le salarié qui accepte ces conditions renonce à une indemnisation intégrale du préjudice subi au moyen de poursuites civiles ultérieures. L'histoire montre également que la qualification de ces faits au moyen des catégories du Code pénal (« homicide », « mise en danger d'autrui »...) est extrêmement rare⁹. C'est pourquoi l'on peut remarquer avec Emmanuel Henry que

« dans les cas de maladies professionnelles, la responsabilité est l'objet d'une définition tout à fait spécifique. Elle apparaît même comme la grande absente des processus de résolution de ces problèmes.¹⁰ »

Depuis la création de la profession dans les années 1940, les médecins du travail jouent un rôle important dans la construction de cette « définition tout à fait spécifique ». Conseillers techniques de l'employeur, ils sont reliés à ce dernier par une multitude de liens de subordination, qui expliquent en partie la grande difficulté qu'ils ont à savoir ou faire savoir quels sont les risques dans

violence économiques. Le travail libre est d'abord, comme Weber l'explique dans *Histoire économique*, celui de "personnes qui sont non seulement dans la position juridique mais encore dans la nécessité économique de vendre librement leur force de travail sur le marché". [...] Ce que Weber cherche à expliquer, c'est la constitution d'une idéologie *individualiste* induisant une forme aboutie *d'intériorisation de la contrainte*, qui pousse l'agent à voir dans l'exploitation maximale de lui-même l'expression non de sa subordination mais de sa liberté ». Isabelle KALINOWSKI, « Le capitalisme et son « éthique » : une lecture de Max Weber », *Revue Agone. Histoire, Politique et Sociologie*, 2005, n° 33, p. 254–255. La sociologie weberienne interroge plus largement les fondements de l'ordre social : « cette question est centrale dans la sociologie de la domination wébérienne : si l'attachement des dominants à l'ordre qui les privilégie semble "aller de soi", l'adhésion relative des dominés à un système qui ne sert en aucune manière leurs intérêts est en revanche le phénomène paradoxal dont le sociologue doit s'efforcer de rendre compte ». *Ibid.*, p. 263.

⁹ Tout l'objet d'un livre récent d'Annie Thébaud-Mony est de montrer les catégories pénales qui pourraient être appliquées aux atteintes professionnelles à la santé si ce domaine n'était pas régi par une justice d'exception. Annie THÉBAUD-MONY, *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, Paris, La Découverte, 2007.

¹⁰ Emmanuel HENRY, *Un scandale improbable. Amiante : d'une maladie professionnelle à une « crise de santé publique »*, *op. cit.*, p. 630.

l'entreprise, et *a fortiori* à engager des actions de prévention. Or, l'affirmation règlementaire de l'indépendance des médecins, le caractère peu visible de la plupart de leurs liens de subordination ou leur banalisation en tant que dépendances légitimes liées au salariat, concourent à donner l'impression que la passivité des praticiens résulte de l'état de la science médicale à un moment donné : « à l'époque, on ne savait pas » ; « aujourd'hui, un doute demeure ». La légitimation de cette chronologie alternative de la science médicale protège tous les acteurs du monde du travail, médecins et non-médecins, d'éventuelles mises en cause judiciaires.

La procédure d'aptitude constitue une autre protection d'importance. En éliminant les salariés plus susceptibles que les autres de voir leur santé altérée par le travail, les médecins du travail protègent les employeurs des mises en cause les plus évidentes. Les électriciens daltoniens qui s'électrocutent ou les ouvriers du nucléaire en rémission de cancer qui développent une leucémie sont moins nombreux qu'ils ne l'auraient été sans cette sélection préalable. Par ailleurs, en déclarant que des salariés sont aptes à travailler à des postes manifestement dangereux pour la santé, les praticiens donnent corps à l'idée d'un « risque acceptable » consenti par l'ensemble de la société. L'aptitude est ainsi la manifestation d'un équilibre, d'une routine, d'un ordre social, ce qui ne favorise pas l'intervention des autorités judiciaires françaises qui préfèrent s'occuper à réparer les situations de déséquilibre. Enfin, les médecins du travail pensent se mettre eux-mêmes à l'abri des mises en cause en délivrant l'aptitude : les autorités peuvent-elles leur en vouloir d'appliquer la réglementation qui régit leur métier ?

Cependant, la donne judiciaire change progressivement depuis le début des années 2000, suite à la crise médiatique et politique de l'amiante et aux plaintes, pénales comme civiles, déposées par les victimes de l'amiante. Bien qu'elles restent encore à la marge du système qui vient d'être décrit, ces évolutions contribuent à modifier la notion de responsabilité dans les affaires de santé au travail.

Ainsi, connus désormais de tous les employeurs d'industries où les salariés ont été ou sont exposés à de l'amiante, les arrêts de la chambre sociale de la Cour de cassation du 28 février 2002 ouvrent la porte à une indemnisation « intégrale » des préjudices subis par les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles¹¹. Les magistrats de cette cour semblent d'ailleurs bien déterminés à intégrer ce principe dans le droit français, afin que n'existent plus des situations juridiquement aberrantes comme celle des victimes salariées de l'explosion de l'usine AZF en

¹¹ Cf. annexe 2 « Principaux textes juridiques et arrêts ».

septembre 2001, dont les indemnisations ont été systématiquement minorées par rapport à celles des résidents¹².

La justice pénale avance à un rythme beaucoup plus lent, bien que l'attribution de la plupart des affaires au pôle de santé publique de Paris dans les années 2000 ait accéléré le traitement de certains dossiers. Il est vrai qu'outre le manque de moyens humains¹³, les magistrats instructeurs sont confrontés à des difficultés qui témoignent de l'inadaptation de la justice pénale française pour juger des affaires de ce type. Il leur faut tout d'abord rechercher s'il y a lieu de qualifier pénalement des faits qui ne sont pas ponctuels, mais intégrés depuis longtemps à l'activité routinière des institutions et des individus visés par les plaintes, comme le souligne l'un des avocats des victimes de l'amiante :

« Ce ne sont pas quelques mois de négligences qui doivent être examinés comme, par exemple, dans le cas du scandale du sang contaminé, mais des décennies de responsabilités.¹⁴ »

Les procès de l'amiante se heurtent également à la difficulté de distinguer et déterminer la part de responsabilités de chacun dans des organisations extrêmement complexes et, comme on l'a vu au long de ce travail, traversées par des rapports de subordination, de coopération et de soutien. Or, comme l'explique ce même avocat, cette tâche heurte la culture pénale française :

« en France, plus on est nombreux à s'être trompés, plus la faute a tendance à disparaître... Lorsqu'on est tout seul à se tromper, on est mort. Lorsqu'on est à cinquante, c'est déjà mieux ; à mille, on peut être tranquille, tout se dilue dans la masse !¹⁵ »

L'avancée des affaires pénales concerne notamment les médecins du travail. Déposée en 1996, la première plainte des victimes de l'amiante, dite « plainte fondamentale », ne met nommément en

¹² Cette séparation des régimes d'indemnisation fait écho au fossé entre la mobilisation des résidents victimes de l'accident et celle, plus timide, des victimes salariées. Stéphane LATTÉ, *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, Thèse de doctorat en science politique, EHESS, 2008.

¹³ La juge Marie-Odile Bertella-Geffroy a expliqué aux députés les difficultés matérielles qu'elle rencontre pour instruire les dossiers de l'amiante : « nos moyens matériels demeurent encore trop faibles. Il s'agit là du deuxième obstacle au procès de l'amiante. Nous sommes quatre juges d'instruction. Quant au parquet, il compte sept magistrats, mais leur compétence s'étend au-delà des questions de santé publique (contrefaçons, droit de la concurrence, droit de la construction). Le manque de moyens se fait surtout sentir au niveau des enquêteurs, c'est-à-dire les officiers de police judiciaire (OPJ) : ainsi j'ai appris ce matin qu'une perquisition prévue en décembre dans un dossier de santé publique ne pourra être effectuée, faute d'OPJ en nombre suffisant, et devra être reportée en janvier ». Jean LE GARREC, « Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante », *op. cit.*, p. 585.

¹⁴ François MALYE, « Interview de Maître Michel Ledoux : Martine Aubry est l'un des rouages de l'affaire de l'amiante », *LePoint.fr*, 29 janvier 2010.

¹⁵ Michel Ledoux, cité in Jean LE GARREC, « Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante », *op. cit.*, p. 608.

cause que les médecins les plus visiblement impliqués dans la défense assumée des intérêts des industriels de l'amiante, tel le Dr. Champeix, présenté comme un « cas exemplaire de médecin s'étant fait le complice du maintien de situations désastreuses dans l'industrie ». Il est visé en tant que praticien en charge de la surveillance des salariées de l'usine Amisol de Clermont-Ferrand jusqu'en 1974, et universitaire financé par l'industrie de l'amiante qui a contribué à mettre en doute la relation entre amiante et cancer¹⁶. En 2007, la justice met en examen un praticien de même profil, Claude Raffaelli, également médecin d'une usine de retraitement d'amiante et ancien expert de l'industrie.

Au-delà de ces cas « extrêmes » ou supposés tels, pour déterminer le rôle de l'immense majorité des médecins du travail qui n'étaient pas des salariés directs de l'industrie de l'amiante, la justice se retrouve face à la tâche ardue d'une « responsabilité à (re)construire »¹⁷, s'opposant aux pratiques sédimentées de décennies d'impunité institutionnelle. Cette élaboration s'opère au travers de la mobilisation de catégories jusque-là inusitées dans la médecine du travail. Ainsi, dans un article récent, des juristes et des universitaires en médecine du travail soulignent le caractère inédit de l'accusation de « non-assistance à personne en péril » portée contre les docteurs Raffaelli et Bézu¹⁸, qui va à l'encontre de l'esprit de la médecine du travail tel qu'elle est pratiquée tous les jours¹⁹. La non-assistance à personne en péril est définie par l'article 223-6 du Code pénal :

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.²⁰ »

La jurisprudence précise que le péril doit être constant, imminent et grave, que la personne poursuivie doit avoir la connaissance directe ou indirecte du péril, et que son abstention doit être

¹⁶ ANDEVA, « Plainte avec constitution de partie civile, déposée auprès du TGI de Bobigny », *Disponible sur www.andeva.fr*, 1996.

¹⁷ Emmanuel HENRY, *Un scandale improbable. Amiante : d'une maladie professionnelle à une « crise de santé publique »*, *op. cit.*, p. 631.

¹⁸ Cf. chapitre 5.

¹⁹ Sophie FANTONI-QUINTON, Cécile MANAOUIL, Pierre-Yves VERKINDT et Paul FRIMAT, « La responsabilité pénale des médecins du travail : un répertoire renouvelé ? », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2011, vol. 72, n° 1, pp. 4-12. Le parti pris des auteurs contre la mise en cause pénale de médecins du travail est évident : « le droit pénal pourrait aujourd'hui être instrumentalisé au service des victimes à la recherche d'un coupable aux maux du travail » (p. 12).

²⁰ Article 223-6 du Code pénal au 1^{er} septembre 2011.

démonstrable. L'avenir montrera si l'on peut juger que certains exercices de la médecine du travail remplissent ces critères.

Ces procès laissent entrevoir un chantier de recherche que le présent travail n'a fait qu'esquisser : celui d'une sociologie croisée de l'autonomie professionnelle et de la responsabilité, inscrite sur la toile de fond d'une « relecture de l'histoire de la responsabilité »²¹. Les moments de mise en cause et de jugement renvoient en effet à des conceptions de la responsabilité qui sont elles-mêmes étroitement liées à une certaine idée de l'autonomie, de l'indépendance ou de la liberté des acteurs, selon le terme que l'on préfère employer. Si des médecins du travail sont reconnus coupables d'avoir laissé exposer des salariés à des conditions de travail dangereuses, ce sera parce qu'on aura constaté qu'ils bénéficiaient d'une autonomie leur permettant d'agir ou de ne pas agir pour empêcher cet état de fait. Inversement, la mise en cause croissante des praticiens accentuera vraisemblablement leur conscience que face à une situation donnée, ils peuvent faire autrement qu'ils ne l'ont toujours fait jusqu'à présent. C'est ce que souligne Paul Fauconnet :

« En somme la liberté ne serait pas, comme on le dit, la condition de la responsabilité, mais bien plutôt sa conséquence. Ce n'est pas parce que l'homme est libre, parce que ses volitions sont logiquement indéterminées, qu'il est responsable. C'est parce qu'il est responsable qu'il se croit libre. ²² »

²¹ Cf. le paragraphe qui porte ce titre in Anne-Sophie BRUNO, Eric GEERKENS, Nicolas HATZFELD et Catherine OMNÈS, « La santé au travail. Regards comparatistes sur l'historiographie récente », in Anne-Sophie BRUNO, Eric GEERKENS, Nicolas HATZFELD et Catherine OMNÈS (éds.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19e-20e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2011, p. 14–20. Dans la même veine, Emmanuel Henry montre comment la crise médiatique et politique de l'amiante dans les années 1990 a érigé « la responsabilité politique comme seule figure légitime d'accusation ». Emmanuel HENRY, *Amiante : un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007, p. 267.

²² Paul FAUCONNET, *La responsabilité. Etude de sociologie*, Chicoutimi, Les Classiques des sciences sociales - Edition numérique, 2008, p. 360. Cette édition reprend le texte de la deuxième édition de l'oeuvre (Paris, Félix Alcan, 1928).

Matériaux et bibliographie

I. Entretiens ethnographiques réalisés

Entretien avec René S., médecin du travail, octobre 2006.

Entretien avec Marie C., médecin du travail, novembre 2006.

Entretien avec Christine J., secrétaire médicale, novembre 2006.

Entretien avec Monique P., médecin du travail, janvier 2007.

Entretien avec Philippe M., médecin du travail, janvier 2007.

Entretien avec Daniel B., médecin du travail, janvier 2007.

Entretien avec Chantal L., médecin du travail, janvier 2007.

Entretien avec Brigitte R., médecin du travail, mai 2007.

Entretien avec Patrick P., médecin du travail, mai 2007.

Entretien avec Nicolas S., médecin-inspecteur du travail, novembre 2007.

Entretien avec Liliane Boitel, médecin-conseil du CISME, novembre 2007.

Entretien avec Elizabeth G., directrice de service interentreprises, novembre 2007.

Entretien avec Anne G., médecin-inspecteur du travail, novembre 2007.

Entretien avec Bernard Salengro, médecin du travail et président du SGMT, janvier 2008.

Entretien avec Alain C., médecin du travail et président du syndicat CGT des médecins du travail des industries électriques et gazières, janvier 2008, juin 2008.

Entretien avec Laura T., médecin du travail, janvier 2008.

Entretien avec Julien T., technicien hygiène et sécurité, février 2008.

Entretien avec Fabien P., ergonomiste, février 2008.

Entretien avec Jonathan C., toxicologue, février 2008.

Entretien avec Cécile P., technicienne hygiène et sécurité, février 2008.

Entretien avec Philippe D., ergonomiste, février 2008.

Entretien avec Marie-Cécile B., infirmière du travail, mars 2008.

Entretiens avec Marilyne S., médecin du travail, juin 2008 (2), octobre 2008, octobre 2009.

Entretien avec Gilles S., médecin du travail, juin 2008.

Entretien avec Sylvie S., médecin du travail, juillet 2008.

Entretien avec Catherine F., médecin du travail, juillet 2008.

Entretien avec Jean M., médecin du travail, mars 2009.

Entretien avec Michel G., médecin du travail, mars 2009.

Entretien avec Jean M., médecin du travail, mars 2009.

Entretien avec Gilbert Lafue, ancien médecin du travail, avril 2009.
Entretien avec Claude S., médecin du travail, mai 2009.
Entretien avec Bernard M., médecin du travail, juin 2009.
Entretien avec André J., médecin du travail, juin 2009.
Entretien avec Louis T., ancien médecin du travail, août 2009.
Entretien avec Suzanne B., ancien médecin du travail, octobre 2009.
Entretien avec Monique Larche-Mochel, Paris, directrice de l'IMT, avril 2010.
Entretien avec Gabriel Paillereau, ancien délégué général du CISME, mai 2011.

Mon étude du milieu de la médecine du travail repose également sur des discussions informelles, des situations d'observation, des participations à des congrès, des lectures de la presse professionnelle sur une période de cinq ans, dont je pense avoir rendu compte dans le corps du texte. Elles sont trop nombreuses et diffuses dans le temps pour être listées ici.

II. Sources non publiées

Archives du SNPMT-SNPST, entreposées au siège du syndicat à Toulouse.

Les dossiers évoqués ci-dessous contiennent en moyenne plusieurs centaines de pièces.

Dossier de contentieux de Albert Garnier et Gilbert Lafue.

Dossier de contentieux de Suzanne B.

Dossier de contentieux de Bernard M.

Dossier de contentieux de Christiane R.

Dossier de contentieux de Patricia T.

Dossier de contentieux de Nathalie Q.

Dossier de contentieux de Florence D.

Dossier de contentieux de Benoît B.

Dossier de Maurice T.

Dossier du Dr. L.

Dossier de contentieux des médecins du service de Guadeloupe : Manuel D., Carole L. et Michèle T.

Dossier de contentieux des médecins d'un service de Martinique.

Carton « CISME Courriers 1980-1989, 1989-1990 »

Carton « CISME 1999 à ... »

Carton « CISME Indices – Convention collective nationale des services interentreprises »

Carton « CISME Commissions paritaires »

Carton « CISME »

Classeur « CISME janvier 2002- janvier 2008 »

Carton « Conseil supérieur de la médecine du travail – 28 novembre 1973 »

Carton « Préparation de la loi sur les accidents du travail – décembre 1976 – colloque accidents du travail 1975 »

Carton « Brochart »

Archives du Commission de coordination des comités d'hygiène et sécurité et du Comité national d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail d'EDF-GDF

Il s'agit de l'ensemble des procès-verbaux de ces deux instances, qui ont siégé entre 1955 et 2008, récupérés avec Marlène Benquet et Emmanuel Martin grâce au soutien des anciens élus syndicaux qui y ont siégé. Je tiens ces quelques dix mille pages en version numérisée à la disposition de quiconque m'en ferait la demande.

Je me suis basé également sur plusieurs dizaines de documents relatifs à l'action syndicale du syndicat CGT des médecins du travail dans les années 1990 et 2000, pour lesquels je remercie Emmanuel Martin et Alain C.

Archives de l'Inspection médicale du travail

Cet ensemble de plusieurs cartons d'archives relatifs à la démographie de la profession, couvrant la période 1970 à aujourd'hui, est entreposé au bâtiment du Ministère du travail, quai André Citroën à Paris.

Documents issus de sites internet

CISME www.cisme.org

CNOM www.conseil-national.medecin.fr

SGMT www.medecinedutravail-syndicat.org

SNPST snpst.org

ACMS www.acms.asso.fr

ASMIS www.asmis.net

AHI 33 www.ahi33.org

III. Bibliographie et sources publiées

ABBOTT Andrew, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

ABÉCASSIS Pierre, « L'aptitude? Inapte! », in *Des médecins du travail prennent la parole: un métier en débat*, Paris, Syros/La Découverte, 1998, pp. 297–301.

ACMS, *Rapport d'activité 2008*, Paris, 2009.

AFP, « Amiante : la CFE-CGC dénonce la « myopie » de la justice qui a mis en examen un médecin du travail », juillet 2008.

AGUER-BARASCUD Nelly, « Médecine du travail. Point de vue d'une interne en fin de spécialité », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2007, vol. 68, pp. 3–4.

AIGOUY L., « Deux praticiens licenciés demandent des conditions d'exercice respectant leur liberté », *Le Monde*, 23 septembre 1975.

AIZICOVICI Francine, « Les liaisons dangereuses de la médecine du travail. Les dérives financières et éthiques de l'institution », *Le Monde*, 4 décembre 2007.

ALERT, FNATH, ASSOCIATION SMT, SNMEG-CGT et SNPMT, « Indépendance professionnelle dans le champ de la santé au travail. Texte du tract distribué à Paris le 10 octobre », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, pp. 9–10.

ANDEVA, « Plainte avec constitution de partie civile, déposée auprès du TGI de Bobigny », *Disponible sur www.andeva.fr*, 1996.

ARBORIO Anne-Marie, COHEN Yves, FOURNIER Pierre, HATZFELD Nicolas, LOMBA Cédric et MULLER Séverin (éds.), *Observer le travail : histoire, ethnographie, approches combinées*, Paris, La Découverte, 2008.

ARENDT Hannah, *Eichmann à Jérusalem. Rapport sur la banalité du mal*, Paris, Gallimard, 2002.

ARNAUD Gilles, « SNPMT / CSMF : le divorce », *Médecine et Travail*, 2000, n° 186, p. 27.

ARNAUD Gilles, « Lettre au Président du CNOM », *Médecine et Travail*, 2000, n° 186, p. 21.

ARTIÈRES Patrice, « De l'intérêt d'une thérapeutique adaptée pour faire dégonfler les oedèmes malléolaires, et de ses effets iatrogènes », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 4, p. 3.

ASSURANCE MALADIE, « Cancers professionnels : agir aujourd'hui pour prévenir les cancers de demain », *Dossier de presse*, 2007.

ATTAL J.-C., « Damoclès », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 37.

AUBIN Claire, DUHAMEL Gilles et LEJEUNE Daniel, « L'agrément des services de santé au travail. Rapport de synthèse », *Rapport de l'IGAS*, 2004.

AUBIN Claire, PÉLISSIER Régis, SAINTIGNON Pierre DE, VEYRET Jacques, CONSO Françoise et FRIMAT Paul, « Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail », *Rapport IGAS et*

IGAENR, 2007.

AUROUX Jean, « Les droits des travailleurs », *Rapport au Président de la République et au Premier ministre*, 1981.

BACHET Daniel, « Des pratiques professionnelles sous tension. L'examen clinique des salariés en médecine du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011, vol. 3, n° 188, pp. 54–69.

BACHET Daniel, « Les ambivalences d'une institution en quête de légitimité : le cas de la médecine du travail », *Les cahiers rationalistes*, 2000, n° 540.

BACLE Véronique, « Regroupement d'infirmiers dans un service inter-entreprises : un rôle élargi », *Journal des médecins du travail*, 2005, n° 16, p. 4.

BALTHAZARD Victor, « Nécrologie de Guy Hausser », *Archives des maladies professionnelles*, 1945-1944, vol. 6, n° 7, pp. 349–350.

BARDOT Françoise, « Lettre au président de l'Ordre des médecins », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 20.

BARROT Jacques et GAYMARD Hervé, « Lettre aux médecins du travail », *Médecine et Travail*, 1997, n° 171, p. 21.

BARROT Jacques et GAYMARD Hervé, « Lettre à la communauté médicale », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, pp. 20–22.

BARTHE Yannick et GILBERT Claude, « Impuretés et compromis de l'expertise, une difficile reconnaissance. À propos des risques collectifs et des situations d'incertitude », in Laurence DUMOULIN, Stéphane LABRANCHE, Cécile ROBERT et Philippe WARIN (éds.), *Le recours aux experts. Raisons et usages politiques*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2005.

BEAUD Stéphane et PIALOUX Michel, *Retour sur la condition ouvrière. Enquête aux usines Peugeot de Sochaux-Montbéliard*, Paris, Fayard, 2004.

BÉDIER Joseph, « Un militant de la lutte contre les maladies professionnelles : Guy Hausser (1912-1942) », *Histoire des sciences médicales*, 2004, vol. 38, n° 1, pp. 57–64.

BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010.

BELORGEY Nicolas, *Réformer l'hôpital, soigner les patients. Une sociologie ethnographique du nouveau management public*, Thèse de sociologie, EHESS, Paris, 2009.

BENQUET Marlène, MARICHALAR Pascal et MARTIN Emmanuel, « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », *Sociétés contemporaines*, 2010, n° 79, pp. 121–143.

BERGER Peter, *Invitation à la sociologie*, Paris, La Découverte, 2006.

BESSIÈRE Sabine, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 2005, vol. 1, n° 1, pp. 17–33.

BIANIC Thomas LE, *Les « ingénieurs des âmes ». Savoirs académiques, professionnalisation et pratiques des psychologues du travail de l'entre-deux guerres à nos jours*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Aix-Marseille II.

- BIFFAUD Olivier et BISSUEL Bertrand, « « On revient à la médecine du travail instituée par Pétain ». Chat avec Bernard Salengro », *Lemonde.fr*, 16 septembre 2009.
- BILLAUT Anne, « Caractéristiques et résultats des Épreuves classantes nationales de médecine 2004 », *série Etudes n°52 - DREES*, 2005.
- BLANC Françoise, « Inconscience collective...? », *Médecine et Travail*, 1996, n° 169, p. 5.
- BLANC Françoise, « Responsabilité, secret, indépendance », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 5.
- BLOY Géraldine et SCHWEYER François-Xavier, « Introduction », in Géraldine BLOY et François-Xavier SCHWEYER (éds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, pp. 11–20.
- BOÉTIE Etienne de LA, *Discours de la servitude volontaire*, Paris, Gallimard, 2008.
- BOUFFARTIGUE Paul et GADÉA Charles, *Sociologie des cadres*, Paris, La Découverte, 2000.
- BOUFFARTIGUE Paul, GADÉA Charles et POCHIC Sophie (éds.), *Cadres, classes moyennes, vers l'éclatement ?*, Paris, Armand Colin, 2010.
- BOURDIEU Pierre, *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, 1994.
- BOURDIEU Pierre, « Pour une « génétique » - Introduction », in *Retour à l'eugénisme*, Paris, Editions Kimé, 1992, pp. 7–9.
- BOURDIEU Pierre, « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1986, n° 62-63, pp. 69–72.
- BOYD Elizabeth, « Bureaucratic Authority in the « Company of Equals » : The Interactional Management of Medical Peer Review », *American Sociological Review*, 1998, vol. 63, n° 2, pp. 200–224.
- BRAS Pierre-Louis et DELAHAYE-GUILLOCHEAU Valérie, « Tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles », *Rapport de l'IGAS*, 2004.
- BRAUN Lundy, GREENE Anna, MANSEAU Marc, SINGHAL Raman, KISTING Sophie et JACOBS Nancy, « Scientific Controversy and Asbestos : Making Disease Invisible », *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 2003, n° 9, pp. 194–205.
- BROCHETON Pascal et PAILLEREAU Gabriel, « Editorial », *Informations mensuelles CISME*, 2003, n° 8, p. 1.
- BRUNO Anne-Sophie, GEERKENS Eric, HATZFELD Nicolas et OMNÈS Catherine, « La santé au travail. Regards comparatistes sur l'historiographie récente », in Anne-Sophie BRUNO, Eric GEERKENS, Nicolas HATZFELD et Catherine OMNÈS (éds.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19e-20e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2011, pp. 13–40.
- BUTON François, « L'observation historique du travail administratif », *Genèses*, 2008, n° 72, pp. 2–3.
- BUZZI Stéphane, DEVINCK Jean-Claude et ROSENTAL Paul-André, *La santé au travail : 1880-2006*, Paris, La Découverte, 2006.
- BUZZI Stéphane, DEVINCK Jean-Claude et ROSENTAL Paul-André, « L'examen médical en milieu de

travail, 1914-1979 », *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 2002, vol. 63, n° 5, pp. 355–363.

CABRERA LIMAME Marie-Christine, « Interrogation et recherche identitaire : les IST en quête de reconnaissance professionnelle », *Journal des professionnels de santé au travail*, 2007, n° 25, p. 3.

CABRERA LIMAME Marie-Christine, « Salaires des infirmiers et infirmières de santé au travail (IST) en France : résultats de l'enquête nationale », *Journal des professionnels de santé au travail*, 2006, n° 23, p. 6.

CABUT Sandrine, « Un examen médical de trop pour les cheminots », in *Libération*, 2004.

CACOUAULT-BITAUD Marlaine, « La féminisation d'une profession signifie-t-elle une baisse de prestige ? », *Travail, genre et sociétés*, 2001, n° 5, pp. 91–115.

C. Alain, « Médecine du travail : comment déjouer les abus du secret médical », *Santé et travail*, 2008, n° 64, p. 46.

C. Alain, « Absence de contre-indication et aptitude : responsabilité et professionnalité », *Cahiers S.M.T.*, n° 16, pp. 49–51.

C. Alain et HUEZ Dominique, « Secret professionnel en médecine du travail : secret médical et secret de fabrique », *Association santé et médecine du travail*, 2002.

CANTON Alain, « L'aptitude médicale : le débat reprend de plus belle », *Espace Médecin du travail*, 2005, n° 29, pp. 8–9.

CARNEVALE Francesco et MORIANI Gianni, *Storia della salute dei lavoratori. Medici, Medicina del lavoro e Prevenzione*, Verone, Edizioni Libreria Cortina, 1986.

CELLIER Dr., CHAPUIS Dr., CHAUVIN Dr., DELPUECH Dr., DEVANTAY Dr., GHANTY Dr., LAFARGE Dr., LAUZE Dr. et ROI Dr., « Rapport annuel 2000 du Collectif des médecins du travail de Bourg-en-Bresse », *Document*, 2001.

CFE-CGC, « La justice et les associations de défense encore frappées de myopie grave dans l'affaire de l'amiante à Dunkerque! », *Communiqué de presse*, juillet 2008.

CFE-CGC, « Constitution de partie civile de la Confédération CFE-CGC », *Espace Médecin du travail*, 2005, n° 28, p. 21.

CFE-CGC, « 35 heures : attention, une erreur économique peut en cacher une autre », *Espace Médecin du travail*, 2004, n° 26, p. 13.

CFE-CGC, « Solidaire des agents de l'Inspection du travail », *Espace Médecin du travail*, 2004, n° 26, p. 15.

CHAUVIRÉ Jacques, *Partage de la soif*, Paris, Le Dilettante, 2000.

CHEVALIER Mireille, « Réunion régionale Poitou-Charentes », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 19.

CHEVALIER Mireille, « A quelque chose malheur est bon : ce proverbe pourrait s'appliquer à l'affaire de l'amiante », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, pp. 38–39.

CHOUDAT Dominique, « Démographie des médecins du travail », *Archives des maladies*

professionnelles et de l'environnement, 2009, n° 70, pp. 617–618.

CNOM, « Réconcilier les jeunes médecins avec l'exercice libéral », *Médecins. Bulletin national de l'Ordre des médecins*, 2011, n° 16, p. 22.

CNOM, *Démographie médicale française : les spécialités en crise. Situation au 1er janvier 2005*, Paris, coll. « Etude n° 38-2 », 2005.

CNOM, « Extrait du Bulletin de l'Ordre des médecins n° 8 d'octobre 1996 », *Médecine et Travail*, 1997, n° 171, p. 18.

COLLECTIF DE MIRTMO, « Les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'oeuvre en colère », *Médecine et Travail*, 2000, n° 185, p. 8.

COLLOMBAT Benoît, « Reporters », *France Inter*, 7 novembre 2007.

COMBEXELLE Jean-Denis, « Lettre de la ministre de l'Emploi et de la Solidarité au vice-président du Conseil d'Etat ».

CONSO Française, « Quelle formation initiale pour les médecins du travail? », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2005, vol. 66, n° 4, pp. 311–312.

COTTEREAU Alain, « Un droit des ouvriers instauré, puis évincé par le droit du travail (France, XIXe siècle) », *Annales HSS*, 2002, n° 6, pp. 1521–1557.

COUR DES COMPTES, *La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles*, Paris, 2002.

COURTEVILLE Guy, « Editorial », *Médecine et Travail*, 1971, n° 63, p. 3.

COURTEVILLE Guy, « Faut-il un numerus clausus en matière de recrutement des étudiants? », *Médecine et Travail*, 1971, n° 66, p. 45.

COURTEVILLE Guy, « Médecins, d'abord, salariés, ensuite », *Médecine et Travail*, 1970, n° 57, p. 38.

CSPRP, *Conditions de travail. Bilan 2001*, Paris, La Documentation française, 2001.

DAVEZIES Philippe, « L'aptitude dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats », *Médecine du travail et ergonomie/Arbeidzgezondheidszorg & ergonomie*, 2007, Vol. XLIV, pp. 73–82.

DAVEZIES Philippe, « Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale », *Médecine et travail*, 2000, n° 183, pp. 38–41.

DAVEZIES Philippe, DULÉRY Jean-Paul, HUEZ Dominique, PASCUAL Marie et SANDRET Nicolas, « En finir avec l'aptitude médicale », in *Des médecins du travail prennent la parole: un métier en débat*, Paris, La Découverte/ Syros, 1998, pp. 304–311.

DAVID Lisa, « Le conflit de la médecine du travail. Casser le thermomètre pour faire tomber la fièvre », *Antilla*, juin 1994, n° 587, pp. 4–6.

DECROIX Germain, « Responsabilité professionnelle et défense juridique du médecin salarié », *Espace Médecin du travail*, 1998, n° 8, pp. 11–14.

DELAUNAY Pierre, « Historique du SNPMT », *Médecine et travail*, 1996, n° 168, pp. 64–67.

DELBEY Jacques, « Le médecin du travail et la petite entreprise », *Espace Médecin du travail*, 1998, n° 8, pp. 5–10.

DELMAS Corinne, « L'articulation de savoirs experts et profanes dans l'émergence de la thématique du malaise des cadres », *communication au congrès de l'Association belge de science politique - Communauté française*, 2008.

DELMAS Robert, « COTOREP : un médecin du travail doit y siéger », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 4, pp. 4–5.

DEMAZIÈRE Didier, « Les élus locaux débutants. Découverte du travail politique et production des professionnels », in Didier DEMAZIÈRE et Charles GADÉA (éds.), *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2009, pp. 197–207.

DEMOGEOT Françoise, « Secret médical : cherchez l'erreur... », *Médecine et Travail*, 1992, n° 152, pp. 18–19.

DÉPLAUDE Marc-Olivier, *L'emprise des quotas. Les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical (années 1960-années 2000)*, Thèse de doctorat en science politique, Université Paris 1, Paris, 2007.

DÉPLAUDE Marc-Olivier, « Codifier les maladies professionnelles. Les usages conflictuels de l'expertise médicale », *Revue française de science politique*, 2003, vol. 53, n° 5, pp. 707–736.

DÉRIOT Gérard, « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales par la mission d'information sur le mal-être au travail », *Tome II Auditions - Sénat*, 2010.

DESEUR André, « Exercer en pleine autonomie et en toute indépendance », *Médecins. Bulletin national de l'Ordre des médecins*, 2010, n° 14, p. 23.

DESOILLE Henri, *La médecine du travail*, Paris, Presses universitaires de France, 1958.

DESOILLE Henri, « Leçon inaugurale du 18 mars 1949 ».

DESRIAUX François, « Médecine du travail : sous et dessous », *Santé et travail*, 2007.

DESTOUCHES Louis F., « Les assurances sociales et une politique économique de la santé publique », in Jean-Pierre DAUPHIN et Henri GODARD (éds.), *Cahiers Céline*, Paris, Gallimard, 1977, vol.3 - Semmelweis et autres écrits médicaux, pp. 154–167.

DESTOUCHES Louis F., « Les assurances sociales et une politique économique de la santé publique », *La Presse médicale*, 24 novembre 1928, vol. 36, n° 94, pp. 1499–1501.

DEVINCK Jean-Claude, *La création de la médecine du travail en France : 1914-1946*, Mémoire de diplôme de l'EHESS, EHESS, 2001.

DEVINCK Jean-Claude et ROSENTAL Paul-André, « « Une maladie sociale avec des aspects médicaux » : la difficile reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle dans la France du premier XXe siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2009, n° 56-1, pp. 99–126.

DGT, « Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels », *Rapport*, 2007.

DIDIER Christelle, *Les ingénieurs et l'éthique. Pour un regard sociologique*, Paris, Lavoisier, 2008.

- DODIER Nicolas, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993.
- DOUGLAS Mary, *Comment pensent les institutions*, Paris, La Découverte, 2004.
- DRAPER Elaine, *The Company Doctor. Risk, Responsibility and Corporate Professionalism*, New York, Russel Sage Foundation, 2003.
- DRAPER Elaine, *Risky Business. Genetic Testing and Exclusionary Practices in the Hazardous Workplace*, Cambridge [Royaume-Uni], Cambridge University Press, 1991.
- DULÉRY Jean-Paul, « Carnet de santé », *Médecine et Travail*, 1998, n° 175, p. 18.
- DULÉRY Jean-Paul, « Lettre aux adhérents du SNPMT », *Médecine et Travail*, 1997, n° 171, p. 22.
- DULÉRY Jean-Paul, « Amiante. Le mot du secrétaire général », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 23.
- DUPUIS F., « La fièvre monte à Toulouse », *Le Nouvel Observateur*, 20 octobre 1975.
- DURAND Jean-Pierre et HATZFELD Nicolas, « Quand une question marginale devient centrale : les restrictions médicales au quotidien dans l'usine Peugeot-Sochaux », in Catherine OMNÈS et Anne-Sophie BRUNO (éds.), *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2004, pp. 389–401.
- DUSSERT Liliane et ALLAERT François-Xavier, « Secret médical : entre médecins aussi... », *La revue du praticien*, 14 janvier 2002, n° 559, pp. 27–29.
- DUSTER Troy, *Retour à l'eugénisme*, Paris, Editions Kimé, 1992.
- EBER Jean-Marie, « Aptitude au travail, droit à un emploi et éthique professionnelle », in *Des médecins du travail prennent la parole: un métier en débat*, Paris, La Découverte/Syros, 1998, pp. 294–297.
- EHSTER Jeanne-Marie, « Avant que de sombrer », *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique*, 2009, n° 47, pp. 22–23.
- EHSTER Jeanne-Marie, FONDS Hervé et ZIMMERMANN Nicole, *Menaces sur la santé au travail*, Saint-Malo, Editions Pascal Galodé, 2010.
- ELIAS Norbert, *Qu'est-ce que la sociologie?*, La Tour d'Aigues, Editions de l'Aube, 1991.
- EQUIPE JURIDIQUE DU CISME, « A travail égal, salaire égal : un principe appliqué dans un SIST », *Informations mensuelles CISME*, 2011, n° 67, pp. 7–9.
- EVANS-PRITCHARD Edward, *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*, Oxford, The Clarendon Press, 1937.
- EWALD François, *L'Etat providence.*, Paris, Grasset, 1986.
- FANTONI-QUINTON Sophie, MANAOUIL Cécile, VERKINDT Pierre-Yves et FRIMAT Paul, « La responsabilité pénale des médecins du travail : un répertoire renouvelé ? », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2011, vol. 72, n° 1, pp. 4–12.
- FAUCONNET Paul, *La responsabilité. Etude de sociologie*, Chicoutimi, Les Classiques des sciences

sociales - Edition numérique, 2008.

FAVRET-SAADA Jeanne, *Les mots, la mort, les sorts.*, Paris, Gallimard, 1977.

FERNANDEZ Gabriel, *Soigner le travail : itinéraires d'un médecin du travail*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2009.

FORTIN Patrice, « Secret médical en santé au travail et informatique », *Espace Médecin du travail*, 2007, n° 33, pp. 2–9.

FRABOULET Danièle, *Quand les patrons s'organisent. Stratégies et pratiques de l'Union des industries métallurgiques et minières (1901-1950)*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2007.

FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

FREIDSON Eliot et RHEA Buford, « Processes of Control in a Company of Equals », *Social Problems*, 1963, vol. 11, n° 2, pp. 119–131.

FRIDENSON Patrick, « La subordination dans le travail : les questions de l'historien », in Jean-Pierre CHAUCHARD et Anne-Chantal HARDY-DUBERNET (éds.), *La subordination dans le travail. Analyse juridique et sociologique de l'évolution des formes d'autonomie et de contrôle dans la relation de travail*, Paris, La Documentation française, 2003, pp. 59–69.

FRIMAT Paul, « Les enjeux de formation en santé-travail. Quelle place en formation initiale ? », Paris, Présentation Powerpoint, 2010.

GABE Jonathan, BURY Mike et ELSTON Mary Ann, « Medical autonomy and medical dominance », in *Key Concepts in Medical Sociology*, London, Sage Publications, 2004, pp. 173–177.

GARNIER Albert, *Il est déjà si tard !*, Paris, L'Harmattan, 2003.

GARREC Jean LE, « Rapport fait au nom de la mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante », *Assemblée nationale - Tome II*, 2006.

GAUTIÉ Jérôme, *Déstabilisation des marchés internes et gestion des âges sur le marché du travail*, Noisy-le-Grand, Centre d'études de l'emploi, 2002.

GEERKENS Eric, « Entre soins et prévention, le rôle du médecin dans les entreprises belges (c. 1900 -c. 1970) », in Anne-Sophie BRUNO, Eric GEERKENS, Nicolas HATZFELD et Catherine OMNÈS (éds.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19e-20e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2011, pp. 193–208.

GEHANNO Jean-François, CHOUDAT Dominique et CAILLARD Jean-François, « Enseignement de la médecine du travail en deuxième cycle des études médicales en France », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2005, vol. 66, n° 4, pp. 313–317.

GEORGE Timothy S., *Minamata. Pollution and the Struggle for Democracy in Postwar Japan*, Cambridge [Etats-Unis], Harvard University Press, 2001.

GIBOUIN Emmanuelle, *Formation initiale des médecins du travail et de prévention en Île-de-France de 1982 à 2005*, Thèse de doctorat en médecine, Université Lille 2, 2005.

GIRAULT Pierre, « Position et propositions du syndicat général des médecins du travail (CGC) sur l'indépendance des médecins du travail et les mesures à prendre en ce sens - mai 1977 », *Médecine*

et *Travail*, 1978, n° 96, pp. 15–17.

GOFFMAN Erving, « La distance au rôle en salle d'opération », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002, n° 143, pp. 80–87.

GOLLAC Michel et VOLKOFF Serge, *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte, 2007.

GOSSELIN Hervé, « Aptitude et inaptitude médicales au travail: diagnostic et perspectives », *Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes*, 2007.

GRELON André, « L'ingénieur catholique et son rôle social », in Yves COHEN et Rémi BAUDOUI (éds.), *Les chantiers de la paix sociale : 1900-1940*, Fontenay-Saint-Cloud, ENS Editions, 1995, pp. 167–184.

GRELON André (éd.), *Les ingénieurs de la crise : titre et profession entre les deux guerres*, Paris, Editions de l'EHESS, 1986.

GRIBEAUVAL Jean-Pierre, « Judicialisation de la médecine : réalité ou idée reçue? », *Prescrire*, Juillet 2010, vol. 30, n° 321, pp. 536–540.

GROS André et MÉNETRIER Jacques, *La médecine du travail*, Paris, Bernard Frères, 1941.

GUICHARD Sabine, « Licenciement d'un médecin du travail : procédures administratives et judiciaires applicables », *Informations mensuelles CISME*, 2007, n° 27, p. 10.

GUIOL Patrick et MUÑOZ Jorge, « La pratique de la médecine du travail entre reconnaissance et indifférence », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2008, vol. 69, n° 3, pp. 438–447.

HALL Oswald, « Les étapes d'une carrière médicale », in Claudine HERZLICH (éd.), *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton, 1970, pp. 209–223.

HALL Oswald, « The Informal Organization of the Medical Profession », *Canadian Journal of Economics and Political Science*, 1946, XII, pp. 30–41.

HARDY-DUBERNET Anne-Chantal, « Femmes en médecine: vers un nouveau partage des professions? », *Revue française des affaires sociales*, 2005, n° 1, pp. 35–58.

HARDY-DUBERNET Anne-Chantal et FAURE Yann, *Le choix d'une vie. Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005*, DREES, coll. « série Etudes n°66 », 2006.

HASSENTEUFEL Patrick, « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes », in Géraldine BLOY et François-Xavier SCHWEYER (éds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESS, 2010, pp. 403–418.

HASSENTEUFEL Patrick, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé*, 2008, n° 18, pp. 21–28.

HASSENTEUFEL Patrick, *Les médecins face à l'Etat : une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997.

HAUSSER Guy, *Carnet de route 1939-1940*, Rouen, Imprimé, 1946.

- HAUSSER Guy, « Le Code du travail et l'hygiène », *Conférences de l'Institut supérieur ouvrier CGT*, 1937.
- HAUSSER Guy, « Les maladies professionnelles. Chronique de droit ouvrier », *La Voix du peuple*, 193avr. J.-C., pp. 354–355.
- HÉLARDOT Valentine, *Santé ou travail ? Les expériences sociales de la précarisation du travail et de la santé*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Toulouse II-Le Mirail, 2005.
- HÉLARDOT Valentine, « Précarisation au travail et santé », *Médecine et Travail*, 1999, n° 180, pp. 26–29.
- HENRY Emmanuel, *Amiante : un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007.
- HENRY Emmanuel, « Militer pour le statu quo. Le Comité permanent amiante ou l'imposition réussie d'un consensus », *Politix*, 2005, n° 70, pp. 29–50.
- HENRY Emmanuel, *Un scandale improbable. Amiante : d'une maladie professionnelle à une « crise de santé publique »*, Thèse de doctorat de sciences de l'information et de la communication, Université de technologie de Compiègne, 2000.
- HEPLER Allison L., *Women in Labor. Mothers, Medicine and Occupational Health in the United States, 1890-1980*, Columbus, Ohio State University Press, 2000.
- HERZLICH Claudine, « Préface », in Géraldine BLOY et SCHWEYER (éds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, pp. 5–7.
- HITIER Charles-Pierre, « Une histoire exemplaire : l'affaire Garnier-Lafue », *Médecine et Travail*, 1989, n° 142, pp. 11–15.
- HITIER Charles-Pierre, « Courrier », *Médecine et Travail*, 1982, n° 114, p. 17.
- HITIER Charles-Pierre, « L'indépendance médicale, mythes et réalités », *Médecine et Travail*, 1978, n° 95, pp. 18–25.
- HITIER Charles-Pierre, « Rapports avec l'Ordre », *Médecine et Travail*, 1977, n° 94, pp. 18–19.
- HITIER Charles-Pierre, « Indépendance professionnelle et mutations arbitraires du médecin du travail », *Médecine et Travail*, 1975, n° 84, p. 4.
- HITIER Charles-Pierre, « Pour un effectif de 2000 salariés », *Médecine et Travail*, 1974, n° 80, pp. 4–5.
- HITIER Charles-Pierre, « Intervention du représentant du SNPMT », *Conseil supérieur de la médecine du travail*, 28 novembre 1973.
- HITIER Charles-Pierre, « Un médecin chef ? Pour quoi faire? », *Médecine et Travail*, 1972, n° 72, p. 4.
- HOFFMAN Lily M., « Professional Autonomy Reconsidered : The Case of Czech Medicine under State Socialism », *Comparative Studies in Society and History*, 1997, vol. 39, n° 2, pp. 346–372.
- HOFFMAN Lily M., *The Politics of Knowledge : Activist Movements in Medicine and Planning*, New York, SUNY Press, 1989.

- HOPQUIN Benoît, « Cadres : la comédie du bonheur », *Le Monde*, 17 septembre 2008.
- HUBAUD Marie-José, *Des hommes à la peine*, Paris, La Découverte, 2008.
- HUGHES Everett, *Le regard sociologique : essais choisis*, Paris, Editions de l'EHESS, 1996.
- ISHIMURE Michiko, *Paradise in the Sea of Sorrow: our Minamata Disease*, Kyoto, Yamaguchi Publishing House, 1990.
- JOBIN Paul, *Maladies industrielles et renouveau syndical au Japon*, Paris, Editions de l'EHESS, 2006.
- JOHNSTON Ronald et MCIVOR Arthur, *Lethal Work. A History of the Asbestos Tragedy in Scotland*, East Linton, Tuckwell, 2000.
- JOHNSTON Ronnie et MCIVOR Arthur, « Cultures de santé des entreprises et services de médecine du travail en Ecosse (c. 1945-1980) », in Anne-Sophie BRUNO, Eric GEERKENS, Nicolas HATZFELD et Catherine OMNÈS (éds.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19e-20e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2011, pp. 177–191.
- JOIN-LAMBERT Odile, « Histoire du service médical des PTT (1943-1977). Regards sur l'État employeur et la santé au travail », *Travail et emploi*, 2003, n° 96, pp. 105–119.
- JOUNIN Nicolas, *Loyautés incertaines. Les travailleurs du bâtiment entre discrimination et précarité*, Thèse de doctorat de sciences sociales, Université Paris 7 Denis Diderot, 2006.
- JULLIARD L.-E., « Carnet - Santé », *Les Echos*, février 1998.
- KALINOWSKI Isabelle, « Leçons weberiennes sur la science et la propagande », in *La science, profession et vocation*, Marseille, Agone, 2005.
- KALINOWSKI Isabelle, « Le capitalisme et son « éthique » : une lecture de Max Weber », *Revue Agone. Histoire, Politique et Sociologie*, 2005, n° 33, pp. 253–264.
- KAMATA Satoshi, *Toyota. L'usine du désespoir*, Paris, Demopolis, 2008.
- KIRSTETTER Henri, « Modernisation des statuts », *Espace Médecin du travail*, 2004, n° 24, p. 4.
- KLERLEIN Michel, « Des dysfonctionnements... très instructifs », *Espace Médecin du travail*, 2005, n° 28, pp. 8–14.
- KLERLEIN Michel, « Encourager l'accès au concours européen? », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 4, p. 17.
- LABORDE Monique, « Témoignage d'une infirmière au congrès de Lyon », *Journal des professionnels de santé au travail*, 2006, n° 23, p. 7.
- LALLEMENT Michel, *Le travail. Une sociologie contemporaine*, Paris, Gallimard, 2007.
- LAPEYRE Nathalie et FEUVRE Nicky LE, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, 2005, vol. 1, n° 1, pp. 59–81.
- LATTÉ Stéphane, *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, Thèse de doctorat en science politique, EHESS, 2008.

- LENGLET Roger, « Un système de prévention paralysé », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, pp. 29–34.
- LENGLET Roger, *L'affaire de l'amiante*, Paris, La Découverte, 1996.
- LEROUX François, « Dilemmes », in *Des médecins du travail prennent la parole: un métier en débat*, Paris, La Découverte/Syros, 1998, pp. 290–291.
- LEYMANN Heinz, *Mobbing. La persécution au travail*, Paris, Seuil, 1996.
- LEYSSENS Eric, « Amiante : un médecin du travail mis en examen », *Lemoniteur.fr*, juillet 2008.
- LINHART Robert, *L'Etabli*, Paris, Minuit, 1978.
- LOIRET P., « Le secret médical et la médecine du travail. Histoire et textes », *Documents pour le médecin du travail*, 1991, n° 48, pp. 313–328.
- LOMBA Cédric, « Avant que les papiers ne rentrent dans les cartons : usages ethnographiques des documents d'entreprise », in Anne-Marie ARBORIO, Yves COHEN, Pierre FOURNIER, Nicolas HATZFELD, Séverin MULLER et Cédric LOMBA (éds.), *Observer le travail : histoire, ethnographie, approches combinées*, Paris, La Découverte, 2008, pp. 29–44.
- LUCAS Gérard, « L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en médecine du travail : soyons acteurs ! », *Journal des professionnels de santé au travail*, 2006, n° 22, p. 3.
- MALYE François, « Interview de Maître Michel Ledoux : Martine Aubry est l'un des rouages de l'affaire de l'amiante », *LePoint.fr*, 29 janvier 2010.
- MALYE François, *Amiante : 100 000 morts à venir*, Le Cherche-Midi., Paris, 2004.
- MANAOUIL Cécile, *La responsabilité du médecin du travail*, Lille, Université Lille 2, 2000.
- MARICHALAR Pascal, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Politix*, 2010, vol. 23, n° 91, pp. 27–52.
- MARICHALAR Pascal et PITTI Laure, « Recourir à la médecine contre la médecine : les mobilisations ouvrières face aux maladies professionnelles dans les années 1970 », *communication au colloque « La relation médecin-malade (XVIIe-XXe siècles) », organisé par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et l'Université Paris 13*, 26 novembre 2010.
- MARKOWITZ Gerald et ROSNER David, *Deceit and Denial: the Deadly Politics of Industrial Pollution*, Berkeley, University of California Press, 2002.
- MARTINI Manuela, « Expertise médicale et évaluation des risques au travail. Les médecins-conseils des institutions paritaires du BTP en France, de 1945 à 1991 », in Catherine OMNÈS et Laure PITTI (éds.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention. La France au regard des pays voisins*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, pp. 45–65.
- MARTINI Manuela, « Prévention, inaptitude, reclassement dans le bâtiment: le rôle des organisations paritaires durant les Trente glorieuses », in *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2004, pp. 306–328.
- MERCAT François-Xavier, « L'indépendance technique des médecins salariés », *Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins*, 1999.

MESNARD Françoise, *Je suis médecin du travail depuis 20 ans*, <http://blogs.mediapart.fr/blog/francoise-mesnard/110109/je-suis-medecin-du-travail-depuis-20-ans>, consulté le 6 septembre 2011.

MILLOT Martine, « L'émergence de la notion d'aptitude dans la réglementation du travail après 1892 », in Catherine OMNÈS et Anne-Sophie BRUNO (éds.), *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2004, pp. 32–40.

MUEL-DREYFUS Francine, *Vichy et l'éternel féminin. Contribution à une sociologie politique de l'ordre des corps*, Paris, Seuil, 1996.

NIEL Xavier, « La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002 », *Etudes et résultats*, 2002, n° 161.

OFFERLÉ Michel, *Sociologie des organisations patronales*, Paris, La Découverte, 2009.

OMNÈS Catherine, « Conclusion », in Catherine OMNÈS et Anne-Sophie BRUNO (éds.), *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2004, pp. 431–446.

PAICHELER Geneviève, « Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980) : portes ouvertes ou fermées ? », in Pierre AIACH, Dominique CEBE, Geneviève CRESSON et Claudine PHILIPPE (éds.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Rennes, Editions de l'ENSP, 2001, pp. 176–196.

PAILLEREAU Gabriel, « Editorial », *Informations mensuelles CISME*, 2004, n° 9, p. 1.

PAILLEREAU Gabriel, « Editorial », *Informations mensuelles CISME*, 2003, n° 7, p. 1.

PAILLET Anne, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute, 2007.

PARRA Daniel LA, « Les transformations des métiers du risque en Espagne, 1995-2005 : de la médecine du travail à la prévention du risque », in Catherine OMNÈS et Laure PITTI (éds.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention. La France au regard des pays voisins*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, pp. 77–87.

PASCREAU Constance, « Mise à pied disciplinaire et dispositions obligatoires dans le règlement intérieur », *Informations mensuelles CISME*, 2010, n° 59, pp. 8–9.

PASCUAL Marie, « Amiante : les leçons à tirer », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, pp. 35–36.

PASCUAL Marie et MAESEN Florence, « Aptitudes et pratiques », in *Des médecins du travail prennent la parole: un métier en débat*, La Découverte/Syros., Paris, Association santé et médecine du travail, 1998, pp. 288–290.

PÉZERAT Henri, « Pour une véritable prise en charge du risque amiante par la médecine du travail », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, pp. 42–44.

PIOTET Françoise, « Médecins du travail », in Françoise PIOTET (éd.), *La révolution des métiers*, Paris, Presses universitaires de France, 2002, pp. 291–316.

PIOTET Françoise, COERREIA Mario et LATTÈS Claude, « Entre profession et métiers, les médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 1997, n° 58, pp. 62–129.

PITTI Laure, « Experts « bruts » et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs

- médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970 », *Politix*, 2010, vol. 23, n° 91, pp. 103–132.
- PITTI Laure, « Penarroya, 1971-1972 : deux films, deux regards, une mobilisation », in Tanguy PERRON (éd.), *Histoire d'un film, mémoire d'une lutte. #2 - Étranges étrangers*, Montreuil - Paris, Scope - Périphérie, 2009, pp. 152–173.
- P. L., « Dividendes, médecine du travail et mixité : l'avis du MEDEF Loire », *Zoomdici.fr*, juin 2011.
- PRECHEL Harland et GUPMAN Anne, « Changing Economic Conditions and Their Effects on Professional Autonomy: An Analysis of Family Practitioners and Oncologists », *Sociological Forum*, 1995, vol. 10, n° 2.
- PRIEUR Cécile, « L'avenir des enquêtes sur l'amiante suspendu à la Cour de cassation », *Le Monde*, juillet 2008.
- QUERUEL Nathalie, « Amiante : la médecine du travail mise en examen », *Santé et travail*, 2008, n° 61.
- RAFFAELLI Claude, « L'invraisemblable piège de la responsabilité du médecin du travail », *Espace Médecin du travail*, 2004, n° 23, p. 6.
- RAFFAELLI Claude, « Prise en charge des salariés et malades de l'amiante. Historique et évolution du dispositif - impact individuel et collectif », date non précisée, vol.28.
- RAMAUT Dorothée, *Journal d'un médecin du travail*, Paris, Le Cherche-Midi, 2006.
- RICCIARDI Ferruccio, *Consentir à travailler. Subordination et insubordination dans le monde du travail: perspectives d'histoire croisée (années 1950-1980)*, Rapport final de post-doctorat CNRS, Université de Bourgogne - Centre Georges Chevrier, 2010.
- RONNE Georges, « Une honte : les examens d'embauche en masse », *Médecine et travail*, 1973, n° 75, p. 17.
- ROSENTAL Paul-André, « La tragédie de l'amiante a-t-elle modifié le régime de reconnaissance des maladies professionnelles ? Fondements historiques des perspectives d'évolution contemporaines », in *L'émergence des risques*, INRS-EDP Sciences., Les Ulis, Jean-Marie Mur, 2008, pp. 19–41.
- ROSENTAL Paul-André, « Avant l'amiante, la silicose. Mourir de maladie professionnelle dans la France du XXe siècle », *Population et sociétés*, 2007, n° 437.
- ROTHAN Armand et CHAMBET C., « Les médecins du travail. Nouvelle étude démographique », *Revue de médecine du travail*, 1983, XI, n° 4, pp. 207–227.
- ROTHAN Armand et CHAMBET C., « Les médecins du travail. Étude démographique », *Archives des maladies professionnelles, de médecine du travail et de sécurité sociale*, 1976, vol. 37, n° 9, pp. 713–720.
- ROUSSEL Violaine, *Affaires de juges : les magistrats dans les scandales politiques en France*, Paris, La Découverte, 2002.
- ROY Philippe, « Amiante : Un médecin du travail mis en examen. L'indépendance du praticien d'entreprise mise à mal », *Le Quotidien du médecin*, 25 octobre 2007, n° 8244, p. 14.

- SAINT-UPÉRY Claude, « La France manquera-t-elle de médecins du travail ? », *Médecine et Travail*, 1990, n° 144, p. 21.
- SAINT-UPÉRY Claude, « Le SNPMT et l'Ordre », *Médecine et Travail*, 1987, n° 131, pp. 8–9.
- SAINT-UPÉRY Claude, « L'activité du SNPMT en 1987. Le secrétaire général fait le bilan », *Médecine et Travail*, 1987, n° 134, pp. 5–10.
- SALENGRO Bernard, *Le management par la manipulation mentale*, Paris, L'Harmattan, 2007.
- SALENGRO Bernard, *Le stress des cadres*, Paris, L'Harmattan, 2005.
- SALENGRO Bernard, « Le démantèlement annoncé de la prévention », *Espace Médecin du travail*, 2004, n° 23, pp. 2–3.
- SALENGRO Bernard, « Editorial », *Espace Médecin du travail*, 2004, n° 23, p. 4.
- SALENGRO Bernard, « Le harcèlement », *Espace Médecin du travail*, 2004, n° 25, pp. 7–10.
- SALENGRO Bernard, « Editorial », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 6, p. 2.
- SARTRE Jean-Paul, *L'Être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*, Paris, Gallimard, 1943.
- SCHWEYER François-Xavier, « Démographie de la médecine générale », in Géraldine BLOY et François-Xavier SCHWEYER (éds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, pp. 41–53.
- SCHWEYER François-Xavier et CAMPÉON Arnaud, « Le pouvoir de régulation à l'épreuve de la division du travail : les médecins inspecteurs de santé publique », in Thomas LE BIANIC et Antoine VION (éds.), *Action publique et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ, 2008, pp. 73–89.
- SERVENAY David, « Médecine du travail : le MEDEF est dans le mur », *Rue89*, 4 mars 2010.
- SERVENAY David, « Médecine du travail : une réforme contre les abus du Medef », *Rue89*, février 2008.
- SERVENAY David, « Médecine du travail : l'autre caisse noire du MEDEF », *Rue89.com*, 7 novembre 2007.
- SGMT, « Premières réactions à propos de l'avis voté par le Conseil économique et social », *Espace Médecin du travail*, 2008, n° 37, pp. 16–18.
- SGMT, « Guide de la loi du 20 août portant sur la rénovation de la démocratie sociale », *Espace Médecin du travail*, 2008, n° 38, pp. 4–25.
- SGMT, « Bulletin d'adhésion », *Espace Médecin du travail*, 2007, n° 33, p. 12.
- SGMT, « Syndicat général des médecins du travail », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 8, p. 2.
- SGMT, « Tableau de bord économique », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 4, p. 20.
- SGMT, « Dossier : tout savoir sur les prud'hommes », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 4, pp. 6–9.
- SGMT, « Délégués syndicaux et représentation syndicale dans l'entreprise », *Espace Médecin du*

travail, 1997, n° 5, p. 12.

SGMT, « Femmes cadres : vive la parité », *Espace Médecin du travail*, 1997, n° 4, p. 15.

SGMT, « Réunion de bureau du 6 juillet 1973 », *Médecine et collectivité*, 1973, n° 11-12, pp. 74–75.

SGMT, « Réunion de bureau du 6 juillet 1972 », *Médecine et collectivité*, 1972, n° 9-10, pp. 698–699.

SICART Daniel, *Les médecins au 1er janvier 2011*, DREES, coll. « série Statistiques n° 157 », 2011.

SMITH W. Eugene et SMITH Aileen M., *Minamata*, New York, Alskog - Holt, Rinehart and Winston, 1975.

SNPMT, « Les MIRTMO en colère », *Médecine et Travail*, 1999, n° 179, p. 33.

SNPMT, « Tests génétiques - dossier de presse », *Médecine et travail*, 1998, n° 177, pp. 17–19.

SNPMT, « Le carnet de santé et l'interdiction d'accès aux médecins du travail », *Médecine et Travail*, 1997, n° 171, p. 19.

SNPMT, « Carnet de santé », *Médecine et Travail*, 1997, n° 171, pp. 15–26.

SNPMT, « A propos de l'urgence », *Médecine et Travail*, 1997, n° 173, p. 13.

SNPMT, « Pas assez de MIRT en Île-de-France. Ils en ont « assez » ! », *Médecine et Travail*, 1997, n° 172, p. 12.

SNPMT, « Avis d'aptitude - ambiguïté », *Médecine et travail*, 1996, n° 169, p. 19.

SNPMT, « Un anniversaire vibrant'' », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 7.

SNPMT, « Communiqué de presse », *Médecine et Travail*, 1996, n° 170, p. 22.

SNPMT, « Amiante : où en est-on ? », *Médecine et Travail*, 1992, n° 151, p. 48.

SNPMT, « La médecine du travail dans la presse et sur les ondes », *Médecine et Travail*, 1990, n° 144, pp. 17–18.

SNPMT, « Portraits de Charles-Pierre Hitier et Jean-Paul Duléry », *Médecine et Travail*, 1985, n° 125, pp. 3–4.

SNPMT, « Réunion de la commission déontologie et devenir de l'Ordre des médecins », *Médecine et Travail*, 1983, n° 118, p. 13.

SNPMT, « A quoi sert l'Ordre des médecins ? », *Médecine et Travail*, 1982, n° 114, p. 13.

SNPMT, « Courrier », *Médecine et Travail*, 1978, n° 96, pp. 11–14.

SNPMT, « Notre famille professionnelle c'est le corps médical », *Médecine et Travail*, 1974, n° 80, p. 23.

SNPMT, « Où va la médecine du travail? », *Médecine et Travail*, 1972, n° 71, p. 4.

- SNPMT, « Elections ordinales », *Médecine et Travail*, 1972, n° 70, p. 9.
- SNPMT, « Conseil de l'Ordre et médecine salariée », *Médecine et Travail*, 1971, n° 66, p. 15.
- SNPST, « Démission massive de médecins-inspecteurs du travail », *Journal des professionnels de santé au travail*, 2011, n° 43, pp. 4–5.
- SUPIOT Alain, *Le droit du travail*, Paris, Presses universitaires de France, 2011.
- SUPIOT Alain, « Préface », in Jean-Pierre CHAUCHARD et Anne-Chantal HARDY-DUBERNET (éds.), *La subordination dans le travail. Analyse juridique et sociologique de l'évolution des formes d'autonomie et de contrôle dans la relation de travail*, Paris, La Documentation française, 2003.
- SUPIOT Alain, « Les nouveaux visages de la subordination », *Droit social*, 2000, n° 2, pp. 131–145.
- TARGOWLA Olivier, *Les médecins aux mains sales : la médecine du travail*, Paris, Editions Pierre Belfond, 1976.
- THÉBAUD-MONY Annie, « Les sous-traités du nucléaire, des invisibles gérés par la « dose » - Entretien », in Stéphane BEAUD, Joseph CONFAVREUX et Jade LINDGAARD (éds.), *La France invisible*, Paris, La Découverte, 2008, pp. 405–407.
- THÉBAUD-MONY Annie, *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, Paris, La Découverte, 2007.
- THÉBAUD-MONY Annie, « Justice for asbestos victims and the politics of compensation : the French experience », *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 2003, n° 9, pp. 280–286.
- THÉBAUD-MONY Annie, *L'industrie nucléaire: sous-traitance et servitude*, Inserm/EDK, 2000.
- THÉBAUD-MONY Annie, *L'envers des sociétés industrielles. Approche comparative franco-brésilienne*, Paris, L'Harmattan, 1990.
- TIANO Vincent, « Déficit des régulations et perte de légitimité d'une profession : les inspecteurs du travail », in Thomas LE BIANIC et Antoine VION (éds.), *Action publique et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ, 2008, pp. 91–103.
- TIANO Vincent, *Les inspecteurs du travail à l'épreuve de l'évaluation des risques. Une profession sous tension*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de la Méditerranée – Aix Marseille II, 2003.
- TILLIER Céline et BILLIARD Willy, « Bar-sur-Aube : 730 000 euros détournés à la médecine du travail », *L'Est-Eclair.fr*.
- UCMSF, « Une alliance contre nature », *Médecine et Travail*, 1974, n° 82, p. 15.
- VAUGHAN Diane, « Theorizing disaster. Analogy, historical ethnography, and the Challenger accident », *Ethnography*, 2004, vol. 5, n° 3, pp. 315–347.
- VÉGA Anne, CABÉ Marie-Hélène et BLANDIN Olivier, « Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies », *Dossiers solidarité et santé n°6 - DREES*, 2008.
- VIET Vincent, *Les voltigeurs de la République : l'Inspection du travail en France jusqu'en 1914*, Paris, CNRS Editions, 1994.

VIET Vincent et RUFFAT Michèle, *Le choix de la prévention*, Paris, Economica, 1999.

VIGNA Xavier, *L'insubordination ouvrière dans les années 1968. Essai d'histoire politique des usines*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007.

WALTERS Vivienne, « Company Doctors' Perceptions of and Responses to Conflicting Pressures from Labor and Management », *Social Problems*, 1982, vol. 30, n° 1, pp. 1–12.

WEBER Max, *Economie et société*, Paris, Plon, 1995, vol. Tome 1.

« Séance du 11 mai 2010 du Comité d'orientation des conditions de travail », *Dossier de presse - Ministère du travail*, 2010.

« L'opaque gestion de la médecine du travail. À qui profite le trésor de guerre de plus de 6 millions d'euros de l'Association de médecine et santé au travail ? », *LaDepeche.fr*, février 2010.

« Jacques Texier », *Who's Who France - version numérisée Factiva*, 2009.

« Il n'y a pas de judiciarisation de la médecine - Interview de Marie-Odile Bertella-Geffroy », *Site internet Medecinews*, mai 2008.

« Aptitude sécuritaire à la SNCF », *Journal des professionnels de santé au travail*, 2006, n° 20, p. 2.

« Entretien avec Catherine Vogein », *Journal des médecins du travail*, 2005, n° 17, p. 5.

« Reçu à la rédaction », *Journal des médecins du travail*, 2005, n° 18, p. 3.

« Nouvelles menaces sur la médecine du travail », *La Dépêche*, avril 1975.

« La médecine du travail en péril », *L'Express*, 8 janvier 1973, n° 1122.

Annexe 1. Glossaire des sigles

ACMS	Association des centres médico-sociaux (service interentreprises)
AFP	Agence France-Presse
AHI 33	Association d'hygiène industrielle de Gironde (service interentreprises)
ALERT	Association pour l'étude des risques du travail
AMT	Action en milieu de travail (= « tiers-temps »)
ANDEVA	Association nationale de défense des victimes de l'amiante
ARACT	Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ASMIS	Association santé et médecine interentreprises du département de la Somme (service interentreprises)
A-SMT	Association santé et médecine du travail
AT-MP	Accidents du travail et maladies professionnelles
CE	Comité d'entreprise, comité d'établissement
CEA	Commissariat à l'énergie atomique
CES	Conseil économique et social
CES	Certificat d'études spéciales
CISME	Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise
CFE-CGC	Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres
CFDT	Confédération française démocratique du travail
CFTC	Confédération française des travailleurs chrétiens
CGT	Confédération générale du travail
CGT-FO	Confédération générale du travail – Force ouvrière
CHS	Comité hygiène et sécurité
CHSCT	Comité hygiène, sécurité et conditions de travail

CMR	Cancérogène mutagène reprotoxique
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNHSCT	Comité national d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNPF	Confédération nationale du patronat français
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CPA	Comité permanent amiante
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CSPRP	Conseil supérieur de prévention des risques professionnels
DES	Diplôme d'études spécialisées
DGT	Direction générale du travail
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation des statistiques (Ministère de la santé)
DRT	Direction des relations du travail / Directions régionales du travail
EDF	Électricité de France
EHESS	École des hautes études en sciences sociales
ENS	École normale supérieure
ENSP	École nationale de santé publique
FNATH	Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés
GDF	Gaz de France
HSE	Hygiène sécurité environnement
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IMT	Inspection médicale du travail
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut de veille sanitaire
IPRP	Intervenant en prévention des risques professionnels

IST	Infirmière en santé au travail
ISTNF	Institut de santé au travail du nord de la France
ITN	Image thoracique normale
JO	Journal officiel
JOCE	Journal officiel des communautés européennes
MEDEF	Mouvement des entreprises de France
MIRT	Médecin-inspecteur régional du travail (aussi appelé MIRTMO)
MIRTMO	Médecin-inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre (aussi appelé MIRT)
QHSE	Qualité hygiène sécurité environnement
SGMT	Syndicat général des médecins du travail
SMR	Surveillance médicale renforcée
SNCF	Société nationale des chemins de fer français
SNPMT	Syndicat national professionnel des médecins du travail (nom jusqu'en 2005)
SNPST	Syndicat national des professionnels de la santé au travail (nom à partir de 2005)
SUD	Solidaires unitaires démocratiques (syndicat)
TMS	Troubles musculo-squelettiques
UIC	Union des industries chimiques
UIMM	Union des industries métallurgiques et minières ; [à partir de 2001] Union des industries et métier de la métallurgie
UVSQ	Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines
VRP	Voyageur représentant placier

Annexe 2. Principaux textes juridiques et arrêts autour de la médecine du travail

Cette annexe présente certains textes réglementaires et arrêts relatifs à la médecine du travail, à la responsabilité et à l'indemnisation des atteintes liées au travail ou encore aux prérogatives des salariés et des employeurs en matière de prévention. Ils doivent être lus pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire des normes prétendant orienter l'action des personnes et des institutions dans une certaine direction. Le lecteur doit ainsi garder à l'esprit que certaines dispositions n'ont été que rarement voire jamais appliquées, bien qu'ayant théoriquement force de loi. Toutes ont fait l'objet de négociations et d'aménagements constants, en fonction des rapports de force entre les parties concernées.

I. Lois et décrets

Loi du 9 avril 1898 (Bulletin de l'Inspection du travail n°2, 1898¹) : porte sur « les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail ». Jusqu'à aujourd'hui, cette loi fixe le cadre du système d'indemnisation des conséquences sanitaires du travail sur la santé des salariés. Pour François Ewald, cette loi marquerait même l'entrée dans une ère nouvelle où l'État privilégie l'assurance des risques à la recherche de la faute². Il est vrai que la loi de 1898 est conçue pour que les accidents du travail échappent au droit commun de la responsabilité, et notamment que les ouvriers renoncent à attaquer leur employeur en justice. Le texte fixe que « les accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail » donnent droit à « une indemnité à la charge du chef d'entreprise » de manière automatique. Délivrée suite à la production d'un certificat médical et, parfois, d'une enquête du juge de paix, cette indemnité est généralement égale à la moitié du salaire, ou à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire. Seule la « faute inexcusable de l'ouvrier », par exemple un déclenchement intentionnel de l'accident, donne lieu à la réduction ou à l'annulation de l'indemnité. De manière inverse, « lorsqu'il est prouvé que l'accident est dû à la faute inexcusable du patron ou de ceux qu'il s'est substitué dans la direction »,

¹ Le texte de la loi est disponible sur <http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr> (au 1^{er} septembre 2011).

² François EWALD, *L'Etat providence.*, Paris, Grasset, 1986.

l'indemnité peut être majorée jusqu'au montant du salaire plein. Tout désaccord sur le montant de l'indemnité versée se règle devant le juge de paix (et plus tard, le tribunal des affaires de sécurité sociale). Cependant, la victime ou ses représentants perdent le droit de réclamer à l'employeur la réparation du préjudice causé conformément aux règles du droit commun ; ils ne peuvent intenter ce type d'actions que contre des tiers qui seraient éventuellement intervenus dans le déclenchement de l'accident. Enfin, le chef d'entreprise doit également prendre en charge « les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires ».

Loi du 25 octobre 1919 (JO du 27 octobre) : étend le cadre de la loi de 1898 aux maladies professionnelles, ces dernières étant définies de manière restrictive. La loi stipule ainsi que « la législation sur la responsabilité des accidents du travail est étendue aux maladies d'origine professionnelle ». Celles-ci sont « les affections aiguës ou chroniques, mentionnées aux tableaux annexés à la présente loi, lorsqu'elles atteignent des ouvriers habituellement occupés aux travaux industriels correspondants ». Ceci signifie qu'une pathologie ne peut être reconnue comme étant d'origine professionnelle que lorsqu'elle est prévue par un « tableau des maladies professionnelles » (identifié par un numéro) et que l'ouvrier travaille dans l'une des industries listées dans ce tableau. S'y ajoute le plus souvent une contrainte de délai maximal (ou minimal) de survenue de la maladie après l'exposition. Dans le même esprit que la loi de 1898, le texte précise que « s'il est établi qu'un des employeurs a commis une faute inexcusable ayant pu avoir une répercussion sur la santé de la victime, le tribunal pourra augmenter sa part de responsabilité ». La déclaration de maladies professionnelles, remplie par le salarié, doit être assortie d'un certificat médical.

Recommandation du 1er juin 1940 (JO du 9 juin) : cette instruction « pour l'établissement de services médico-sociaux dans les établissements visés par le code du travail » n'a pas de force contraignante : « le patronat est parvenu à faire en sorte qu'il ne s'agisse pas d'une loi, mais elle donne une définition officielle de la formation et du rôle du médecin d'entreprises, et confère au métier une portée extrêmement vaste »³. Elle est publiée moins de deux semaines avant l'armistice conclu entre le gouvernement Pétain et le Troisième Reich (22 juin). Certaines de ses dispositions seront reprises dans la loi de 1942. La recommandation propose notamment de mettre « un ou plusieurs médecins » à temps complet au service de la surveillance médicale des salariés dans les établissements de plus de 2000 salariés, et de prévoir au moins des infirmiers ou des salariés formés au secourisme dans les établissements de taille inférieure. Elle précise que le médecin doit également remplir le rôle d'un hygiéniste et d'un technicien sur le lieu de travail, en lien avec le chef

³ Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *op. cit.*, p. 359.

d'entreprise : « le médecin d'usine sera aussi chargé de l'établissement des statistiques des accidents du travail. Il dégagera leur fréquence, leur gravité ainsi que les causes, qu'elles soient d'ordre technique, physiologique ou psychologique »⁴. Elle définit également la procédure d'aptitude, permettant éliminer les salariés « en vue de la prophylaxie des affections contagieuses, en particulier de la tuberculose » et de déterminer « ce qui caractérise le "facteur humain" de chaque travailleur, ses qualités ou ses déficiences, de façon que la direction de l'établissement soit renseignée sur les postes qui, médicalement, paraissent devoir ou non lui convenir »⁵.

Loi du 31 octobre 1941 : création de l'Inspection médicale du travail, dans la foulée de la promulgation de la Charte du travail par Vichy. En décembre 1943, 82 médecins-inspecteurs régionaux du travail, ayant un statut de vacataires, couvrent le territoire français. Ils sont placés sous l'autorité de trois médecins-inspecteurs généraux qui servent de liaison avec diverses institutions (assurances sociales, Direction du travail, Fondation Carrel...). Sur la période étudiée dans ce travail, l'Inspection médicale du travail ne regroupe que des médecins-inspecteurs régionaux placés sous la direction d'un des leurs. Elle dépend de la Direction générale du travail.

Loi n° 625 du 28 juillet 1942 (JO du 29 juillet) : impose le recours à des services médicaux et sociaux du travail dans les établissements industriels de certaines branches, ayant plus de cinquante salariés. Ces services peuvent être soit communs à plusieurs entreprises (lorsque celles-ci ont entre 50 et 500 salariés), soit propres à une seule entreprise (lorsque celle-ci comporte plus de 500 salariés). L'article 5 prévoit qu' « un arrêté du secrétaire d'État au travail et du secrétaire d'État à la famille et à la santé fixera la date à partir de laquelle un diplôme de médecine du travail pourra être exigé pour la nomination ». L'article 8 fixe que « les médecins du travail veillent au maintien et à l'amélioration de l'état de santé des travailleurs », et autorise une délivrance minimale de soins pour les travailleurs malades : « ils peuvent, au siège du service médical, donner leurs soins aux salariés atteints d'affections qui n'entraînent pas la cessation du travail ».

Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946 (JO du 12 octobre) : réorganise les services médicaux du travail. Elle impose le recours à des services médicaux du travail dans tous les établissements privés employant des salariés, à partir du premier salarié. Elle ne marque pas une rupture véritable avec la loi de 1942, si ce n'est dans l'extension du champ des établissements concernés. Elle définit la

⁴ *Ibid.*

⁵ Sur ce point, cf. Martine MILLOT, « L'émergence de la notion d'aptitude dans la réglementation du travail après 1892 », *op. cit.*

mission du médecin du travail (art. 1) : « 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 du travailleur du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs ». Elle confirme la possibilité d'exercer la médecine du travail sans le diplôme de spécialité, jusqu'à une date qui sera fixée ultérieurement.

Décret n° 46-2729 du 26 novembre 1946 (JO du 30 novembre) : fonde l'obligation de la visite d'embauche afin de déterminer si le candidat est « médicalement apte au travail envisagé ». « Par opposition au médecin traitant, le médecin du travail a désormais pour fonction de *proscrire* plutôt que *prescrire*. La fiche d'aptitude qu'il utilise a été mise au point par l'équipe du docteur Gros au sein de la fondation Carrel. Elle comporte l'évaluation des qualités physiques ou psychiques *minima* que doit posséder le travailleur affecté à chaque poste, et une fiche de travail individuelle mesurant les qualités du candidat. En pratique, ces qualités *minima* varieront avec la conjoncture économique, selon que l'on sera en période de "plein emploi" ou de chômage intense »⁶.

Décret n° 52-1263 du 27 novembre 1952 (JO du 28 novembre) : Abroge le décret du 26 novembre 1946. « Les heures attribuées à la médecine du travail en fonction du nombre de salariés sont réduites. Les associations patronales sont légalisées en lieu et place des comités interentreprises. Le médecin du travail est cantonné à la visite d'aptitude plutôt qu'ausculti des travailleurs, et se voit attribuer un rôle de contrôle de l'absentéisme. Pour couronner l'édifice, le décret exclut toute pratique curative de la médecine du travail et toute collaboration avec la médecine générale »⁷. De manière générale, « le décret de 1952 réinterprète à la baisse les dispositions de la loi de 1946, les expurge de leur dimension sociale et réoriente le métier vers un rôle d'auxiliaire des employeurs »⁸.

Décret 69-623 du 13 juin 1969 (JO du 18 juin) : confirmant certaines dispositions antérieures, en précisant d'autres, ce décret donne une idée du cadre global de l'activité quotidienne des médecins du travail sur la période étudiée. Les praticiens voient les salariés lors des visites d'embauche, de reprise (suite à un arrêt de travail) ou encore des examens périodiques (tous les ans). L'examen d'embauche du salarié a pour but de déterminer « 1° s'il n'est pas atteint d'une affection dangereuse

⁶ Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *op. cit.*, p. 361.

⁷ *Ibid.*

⁸ *Ibid.*

pour les autres travailleurs 2° s'il est médicalement apte au travail envisagé 3° les postes auxquels, du point de vue médical, il ne doit pas être affecté et ceux qui lui conviendraient le mieux ». Les praticiens doivent établir une fiche d'aptitude, un dossier médical du salarié, un rapport annuel et des fiches d'entreprises dans lesquelles ils consignent leurs observations sur l'hygiène et la sécurité des lieux de travail. Ils peuvent demander que le salarié se soumette à des examens complémentaires. Ces derniers sont alors intégralement pris en charge par l'employeur. Les médecins doivent donner leur accord à l'embauche des « auxiliaires médicaux » (i.e. secrétariat) et des infirmiers (en service autonome) avec lesquels ils sont amenés à travailler. Enfin, les médecins ne peuvent être licenciés qu'avec l'accord du comité interentreprises, de la commission de contrôle ou du comité d'entreprise.

Le médecin du travail est défini comme un « conseiller de la direction, des chefs de service, du ou des comités d'entreprises, des délégués du personnel, du ou des comités d'hygiène et de sécurité dont il fait partie et des services sociaux ». Il doit se charger non seulement des examens médicaux mais également de la surveillance de l'hygiène et de la sécurité sur le lieu de travail, bien que les modalités de cette surveillance restent vagues. Cependant, le texte est flou sur l'obligation éventuelle de déclarer des maladies professionnelles, précisant simplement que « lorsqu'il constatera une maladie professionnelle indemnisable », le médecin remettra au salarié un modèle de déclaration à remplir par le salariat et un modèle de certificat médical « rempli, au choix de l'intéressé, soit par le médecin traitant, soit par le médecin du travail ».

Le décret précise également la forme des cabinets médicaux. En service interentreprises, ils doivent comporter « une salle d'attente, un cabinet médical, une salle d'examen biométriques, deux cabines de déshabillage (ensemble 3 mètres carrés) et un secrétariat médical ».

Le texte confirme que les services interentreprises ne peuvent employer plus de cinq médecins (quinze en région parisienne), une disposition qui sera contournée puis remise en cause dans les années 1970 et 1980. Par ailleurs, il évoque la figure d'un « médecin coordinateur » qui « dirige les activités médicales », sans préciser les contours de ce poste ni la nature de cette direction. Enfin, il est précisé en de multiples endroits qu'en cas de « désaccord » entre le médecin du travail et l'employeur (ou le président du service), le litige est renvoyé devant le médecin-inspecteur du travail.

Loi n° 76-1106 du 6 décembre 1976 (JO du 7 décembre) : fonde la possibilité de « reclassement » d'un salarié à un autre poste dans l'entreprise, plus adapté à son état de santé. La loi affirme que « le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à

l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé des travailleurs ». Le chef d'entreprise est tenu à une obligation de sécurité envers les salariés, et doit prendre en considération les propositions du médecin, en motivant son éventuel refus. Les désaccords sont portés devant l'Inspection du travail. Enfin, la loi précise qu'est désormais obligatoire « pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail », la déclaration des maladies semblant avoir un « caractère professionnel ». Ceci est censé permettre « la prévention des maladies professionnelles », « une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle » et « l'extension ou [...] la révision des tableaux ».

Décret n° 79-231 du 20 mars 1979 (JO du 22 mars) : fonde la notion de « tiers-temps » consacré par le médecin à son action en entreprise. Le décret précise que « le médecin du travail est le conseiller du chef d'entreprise ou de son représentant, des salariés, des représentants du personnel, des services sociaux ». Le médecin du travail doit consacrer le tiers de son temps de travail à « sa mission en milieu de travail ».

Par ailleurs, le décret supprime les « petits » services autonomes en rendant obligatoire l'adhésion à un service interentreprises lorsque le temps médical nécessaire pour la surveillance des salariés est inférieur à vingt heures par mois. Enfin, le texte précise que les services interentreprises sont administrés sous la surveillance d'un comité interentreprises ou, « à défaut », de la commission de contrôle. Il affirme également que cette surveillance s'exerce notamment lorsqu'intervient un changement dans le secteur géographique d'un médecin.

Décret n° 88-1198 du 28 décembre 1988 (JO du 30 décembre) : ce décret est souvent appelé « décret expérimental » en référence à deux de ses articles, qui préfigurent l'ouverture à la « pluridisciplinarité » des services de prévention. L'article 13 fixe qu'« à titre expérimental et en vue de développer les actions que le médecin du travail conduit sur le milieu de travail », des conventions peuvent être signées permettant à « des personnes ou des organismes, publics ou privés, spécialement qualifiés en matière de prévention des risques professionnels, de sécurité ou de conditions de travail », d'intervenir sous le contrôle du médecin. L'article 14 ajoute qu'« à titre expérimental et pour permettre une augmentation de la proportion de temps que le médecin du travail doit [...] consacrer à sa mission en milieu de travail », des accords d'entreprise peuvent être conclus pour espacer l'examen périodique des salariés. Le texte prévoit également que le bilan de ces dispositions sera évalué au terme d'un délai de quatre ans par le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

Directive européenne 89/391/CEE du 12 juin 1989 (JOCE du 29 juin) : texte ayant pour objet « la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail ». Comme toutes les directives, celle-ci ne porte en principe pas atteinte aux dispositions nationales existantes ou futures qui sont « plus favorables à la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail ». La directive rappelle d'abord la responsabilité de l'employeur, obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail, et devant de ce fait prendre diverses mesures : éviter les risques, évaluer les risques qui ne peuvent être évités, adapter le travail à l'homme ou encore prendre des mesures de protection collective par priorité à des mesures de protection individuelle. Il est précisé que « les mesures concernant la sécurité, l'hygiène et la santé au travail ne doivent en aucun cas entraîner des charges financières pour les travailleurs ». Par ailleurs, si l'employeur ne dispose pas dans l'entreprise des compétences suffisantes pour mener à bien ces missions, il doit faire appel à des compétences extérieures (personnes ou services). La directive n'apporte aucune précision sur la nature ou le fonctionnement de ces services, qui sont seulement définis par la mission préventive qui leur est assignée. Enfin, le texte délimite un droit de retrait du travailleur en cas de danger « grave, immédiat et qui ne peut être évité », et insiste sur la nécessaire consultation des travailleurs sur toutes les questions touchant à la sécurité et à la santé au travail.

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 (JO du 18 janvier) : loi dite « de modernisation sociale ». Remplace l'expression « médecine du travail » par celle de « santé au travail » dans l'intitulé des services et les dispositions y afférant. Les services doivent faire appel à des compétences pluridisciplinaires présentes dans des organismes extérieurs (ARACT, CRAM...) ou en leur sein. Une passerelle exceptionnelle permettant d'accéder au titre de médecin du travail est mise en place pour les praticiens exerçant illégalement. La loi suggère un renforcement des protections du médecin du travail contre le licenciement (détaillé par un décret ultérieur) et évoque la possibilité pour l'employeur de prononcer une mise à pied disciplinaire du médecin « en cas de faute grave ».

Décret n° 2003-546 du 24 juin 2003 (JO du 26 juin) : Définit la nature et la procédure d'habilitation des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP).

Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 (JO du 30 juillet) : Instaure une commission médico-technique composée de l'employeur ou du président du service, de représentants des médecins et

des IPRP. Elle est « consultée, en temps utile, sur les questions touchant notamment à la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles au sein du service de santé au travail, l'équipement du service, l'organisation d'actions en milieu de travail et des examens médicaux, l'organisation d'enquêtes et de campagnes ». Le décret précise également la procédure pour licencier un médecin du travail : entretien préalable, accord de la commission de contrôle puis, dans tous les cas, enquête contradictoire de l'Inspection du travail. Par ailleurs, « pour un médecin du travail à plein temps, le nombre maximal d'entreprises ou d'établissements attribués est fixé à 450, le nombre maximal annuel d'examens médicaux à 3 200 et l'effectif maximal de salariés placés sous surveillance médicale à 3 300 ». Le médecin doit consacrer au moins 150 demi-journées de travail chaque année à l'action en milieu de travail. La périodicité des examens passe à vingt-quatre mois, sauf postes classés en surveillance médicale renforcée.

Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 (JO du 24 juillet) : Modifie le fonctionnement et les missions des services de santé au travail. La mission d' « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » est désormais celle du service, et non du médecin. La prévention de « la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail » devient l'une des missions des services. Les IPRP du service peuvent assister l'employeur dans les « activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise » qui lui incombent. Par ailleurs, « lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver ». Enfin, la gestion des services est assurée à moitié par des représentants des entreprises adhérentes, à moitié par des représentants des salariés des entreprises adhérentes (désignés par les organisations syndicales représentatives au niveau national). Cependant, le président du service est nécessairement un employeur et dispose d'une voix prépondérante en cas de partage des voix.

II. Code de déontologie médicale

Code de déontologie médicale au 1er septembre 2011 (article R.4127 du code de santé publique) :

« Art. 4. – Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Art. 5. – Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Art. 6. – Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit.

Art. 35. – Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose. [...]

Art. 36. – Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. [...]

Art. 50. – Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. [...]

Art. 56. – Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité.

Art. 68 – Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Il doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient.

Art. 69. – L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.

Art. 73. – Le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents. [...]

Art. 83. – Conformément à l'article L. 462 du code de santé publique, l'exercice habituel de la médecine, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant au droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit. Ce contrat définit les obligations respectives des parties et doit préciser les moyens permettant aux médecins de respecter les dispositions du présent code. [...]

Art. 95. – Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. 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'emploi. 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.

Art. 97. – Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui aurait pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins. »

III. Arrêts

Arrêts « amiante » du 28 février 2002, chambre sociale de la Cour de cassation : ces arrêts constituent un tournant indiscutable dans la jurisprudence sur la faute inexcusable de l'employeur, qui devient plus aisée à faire constater, ouvrant au salarié (ou à ses ayants droit) la possibilité d'obtenir une réparation intégrale des préjudices subis du fait du travail (plutôt que la réparation minorée prévue dans le cadre de la loi de 1898). Selon l'avocat général M. Benmakhlouf, la Cour a eu à examiner trente dossiers « qui portent sur les suites données par les juridictions civiles à des demandes d'indemnisation consécutives à des maladies professionnelles dues à la contamination par l'amiante ». Tout en souhaitant tenir compte de « l'indéniable singularité » de l'exposition massive à l'amiante, la Cour a souhaité également apporter des solutions qui « témoigneront de la nécessité de ne pas séparer par trop ces maladies des autres affections professionnelles, parfois tout aussi douloureuses pour les victimes et leur entourage ».

La question de la faute inexcusable de l'employeur est posée dans la quasi-totalité des dossiers, puisqu'elle permet en principe à la victime ou ses ayants droits d'obtenir une indemnisation complémentaire (qui est sinon hors de portée dans le cadre de 1898) : majoration de la rente, réparation du préjudice causé par les souffrances physiques ou morales endurées par la victime, des préjudices esthétique et d'agrément, du préjudice résultant de la perte ou de la diminution des possibilités de promotion professionnelle... Or, la faute inexcusable de l'employeur est classiquement définie comme « toute faute d'une gravité exceptionnelle dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, de la conscience du danger que devait en avoir son auteur, de l'absence de toute cause justificative mais ne comportant pas d'élément intentionnel ».

La série d'arrêts de la Cour consacre une interprétation exigeante de la faute inexcusable de l'employeur qui rappelle « l'obligation de sécurité de résultat » de ce dernier. Le fait que « l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié [et] n'a

pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver » est évalué à l'aune, non seulement des connaissances disponibles à l'époque, mais également d'un principe de « prudence » face à un danger possible.

Ainsi, dans le cas particulier de l'amiante, la Cour s'inscrit en faux contre les interprétations qui suggèrent que la connaissance des dangers liés à l'amiante autres que l'asbestose n'est que relativement récente, que la réglementation sur les poussières d'amiante n'existe que depuis 1977, et qu' « on ne pourrait donc reprocher à quiconque, notamment à un employeur industriel », d'avoir exposé des salariés à l'amiante dans la période antérieure. Elle rappelle qu' « il ne peut être considéré qu'antérieurement aux dispositions spécifiques intervenues à partir de 1977, un vide juridique aurait existé et que, de la sorte, l'usage de l'amiante aurait échappé à la réglementation » et surtout que le tableau n° 30 des affections respiratoires liées à l'amiante a été créé dès 1945 et a été complété à plusieurs reprises. De ce fait, « tout entrepreneur avisé était dès cette période tenu à une attitude de vigilance et de prudence dans l'usage, alors encore licite, de cette fibre ». L'avocat général s'interroge en conclusion : « faut-il, dans cette optique, aller jusqu'à parler de mise en oeuvre du principe de précaution (ou plutôt du principe de prévention) ? ».

Table des matières

Sommaire.....	7
Résumé – Abstract.....	9
Remerciements.....	11
Introduction générale.....	15
I.Prologue.....	15
II.La médecine du travail : un rôle et un statut ambigus.....	22
III.Les études sociologiques sur la médecine du travail : l'idée d'une pluralité de métiers possibles	25
1.« L'expertise médicale » : une conception légaliste du métier.....	25
2.Une profession, plusieurs métiers.....	26
IV.Salarié du patron et indépendant ? Une question récurrente.....	29
V.Une sociologie de la subordination et de l'autonomie.....	33
1.Subordination personnelle et subordination fonctionnelle.....	34
2.De l'indépendance à l'autonomie.....	35
3.Autonomie et délimitation du travail.....	36
VI.L'enquête et ses résultats.....	39
1.Une enquête ethnographique et par archives.....	39
2.Une étude qui porte sur quatre décennies.....	44
3.Résultats : des pistes pour renouveler l'étude de l'autonomie professionnelle et du salariat.....	45
4.Logique d'exposition de la thèse.....	48
Chapitre 1. Une profession en crise perpétuelle ? Démographie et vocations.....	53
I.Une spécialité prise dans les évolutions générales de la démographie médicale.....	54
1.Années 1970 : un moment de renouvellement de la profession.....	54
2.1982 et ses suites : la restriction de l'accès à la formation initiale.....	57
Figure 1-1. Nombre de nouveaux diplômés en médecine du travail (formation initiale).....	58
3.Années 1990 et 2000 : constat de déficit et bricolage institutionnel	59
Encadré 1-1. Un déficit de médecins du travail similaire en Espagne.....	64
II.Des formations sans vocation?.....	64
1.La formation initiale à la médecine du travail	65
Figure 1-2. « Pré-choix » à l'Examen national classant 2004.....	73
Figure 1-3. Postes d'internes restants après l'affectation du dernier poste de chaque spécialité.....	76
2.Les passerelles de reconversion et leurs effets	78

III.Un constat de déficit qui varie en fonction de la définition de la médecine du travail.....	81
1.Qui est médecin du travail?.....	82
Figure 1-4. Nature du contrat.....	84
Figure 1-5. Nombre de médecins du travail.....	84
2.Que fait un médecin du travail?	85
Figure 1-6. Rapport entre nombre de médecins et de salariés surveillés.....	87
Encadré 1-2. Des chiffres faux ? La fiabilité limitée des données de l'IMT.....	88
3.« Alimenter le système en ressources médicales sans l'engorger » : l'ambiguïté patronale	89
IV.Trois évolutions majeures	94
1.Une féminisation spectaculaire.....	94
Figure 1-7. Taux de féminisation et nature du contrat.....	97
2.Un incontestable vieillissement	99
Figure 1-8. Part des médecins du travail de plus de 50 ans.....	99
3.Services interentreprises et autonomes : un écart grandissant entre deux mondes.....	100
Figure 1-9. Nombre de services de médecine du travail.....	100
Chapitre 2. Exercer en service interentreprises. Les formes du contrôle « administratif »...	105
I.La vente forcée de prestations médicales aux employeurs, par les employeurs.....	109
1.Un caractère obligatoire qui ne passe pas.....	109
2.Le CISME dans la constellation des organisations patronales.....	113
II.L'autonomie médicale entre contrôle bureaucratique et isolement.....	117
1.Un contrôle strict sur la réalisation des visites médicales.....	118
2.La place marginale de la coopération entre pairs.....	121
3.L'importance de la relation médecin-secrétaire.....	126
4.Des salariés méfiants.....	129
5.L'impuissance d'un simple « conseiller » de l'employeur.....	133
6.« Enfermé dans un schéma carcéral » : le difficile positionnement du médecin entre salariés et employeurs.....	138
III.De la médecine du travail à la « santé au travail ».....	140
1.La « pluridisciplinarité » en « santé au travail » et ses motivations.....	141
2.La subordination au nom de la coordination.....	144
Chapitre 3. Exercer en service autonome. La négociation quotidienne du métier légitime....	149
I.La construction quotidienne de l'activité médicale légitime.....	151
1.L'empreinte de poste.....	152
2.La neutralité médicale mise à l'épreuve.....	156
3.Des formes de progression de carrière en service autonome.....	160
4.De la revendication du statut de cadre à la fidélité à l'entreprise.....	169
II.La diversité des métiers comme effet de la subordination.....	174

1.La médecine de gestion des risques, ou la construction médicale du risque professionnel acceptable.....	175
Encadré 3-1. Figures du médecin de production.....	189
2.La médecine de ressources humaines, ou la gestion du personnel sur des bases médicales.....	192
3.La médecine de santé publique, ou la tentation d'une approche sanitaire déconnectée du travail.....	197
Encadré 3-2. Les effets des réformes de la « santé au travail » dans les services autonomes.....	200
Chapitre 4. L'avis d'aptitude-inaptitude. Les enjeux d'une tâche obligatoire.....	205
I.Le domaine réservé du médecin du travail.....	207
1.Un pilier de la médecine du travail.....	208
2.La contestation de l'aptitude, une véritable menace à l'autonomie professionnelle ?.....	209
II.Une pratique de sélection explicite ou implicite.....	215
1.La sélection pour la production, une pratique rarement assumée aujourd'hui.....	215
Encadré 4-1. L'aptitude à Toyota (Japon) au début des années 1970.....	218
2.L'intrusion discrète de considérations productives dans la détermination routinière de l'aptitude.....	220
3.Le sens de l'aptitude : une élimination des salariés présentant un « sur-risque ».....	229
Encadré 4-2. Le débat américain sur les tests génétiques.....	235
III.La difficulté de dissocier inaptitude et licenciement.....	239
1.L'inaptitude-reclassement limitée aux grandes entreprises.....	240
2.Rendre des avis médicaux avec le risque de la mise au chômage.....	242
Chapitre 5. L'engagement pour l'indépendance. Syndicalisme et pratique de la médecine du travail.....	249
I.Le SNPMT/SNPST : des médecins méfiants vis-à-vis du salariat.....	250
1.Des médecins qui revendiquent de se gouverner eux-mêmes.....	251
2.Charles-Pierre Hitier, théoricien de l'indépendance médicale.....	256
II.Le SGM-T-CGC : des médecins qui souhaitent être reconnus comme des cadres.....	266
1.Un syndicat qui assume les contraintes du salariat médical.....	266
2.Bernard Salengro, ressource médicale pour la confédération de cadres.....	275
III.La défense de l'indépendance par l'action en justice.....	278
Encadré 5-1. Les dossiers de contentieux du SNPMT/SNPST.....	280
1.La lutte contre la subordination salariale.....	281
2.Le « quasi-licenciement », ou les moyens indirects de se séparer d'un médecin.....	286
3.La dénonciation des atteintes au secret médical.....	296
Encadré 5-2. Contentieux et indépendance des médecins du travail en Belgique.....	300
IV.L'amiante, révélateur des conceptions de l'indépendance.....	300
1.1996 : un anniversaire tragique de la médecine du travail.....	301

2.2007-2008 : la médecine du travail mise en examen.....	308
Chapitre 6. La médecine contre elle-même. La « confraternité » comme ressource et obstacle à l'autonomie.....	317
I. Une affaire de médecins : Suzanne B. à la mine de Largentière (années 1970).....	320
1. L'embauche.....	321
2. Un conflit de juridiction avec le médecin-chef autour du saturnisme.....	322
3. Un conflit de juridiction avec le médecin traitant des mineurs autour de la silicose.....	325
4. L'attaque des généralistes et les menaces de l'Ordre.....	327
5. Protéger le secret médical des intrusions du personnel non médical.....	330
6. Des armoires fermées, ou le secret médical entre médecins.....	332
II. Formes et effets de la subordination entre médecins : le rôle du « réseau de confrères ».....	336
Figure 6-1. Le « réseau de confrères » dans lequel est inscrit le médecin du travail.....	339
1. Une sous-médecine par rapport à la médecine libérale ?.....	340
2. La hiérarchie médicale au sein des services de médecine du travail.....	351
3. Une tutelle médicale réduite à l'impuissance.....	355
Encadré 6-1. La directrice de l'Inspection médicale du travail.....	360
4. Les débats sur le secret médical entre médecins, révélateurs de la position dominée de la médecine du travail.....	360
Conclusion générale. Autonomie, subordination, responsabilité.....	369
Matériaux et bibliographie.....	381
I. Entretiens ethnographiques réalisés.....	381
II. Sources non publiées.....	382
III. Bibliographie et sources publiées.....	384
Annexe 1. Glossaire des sigles.....	403
Annexe 2. Principaux textes juridiques et arrêts autour de la médecine du travail.....	407
I. Lois et décrets.....	407
II. Code de déontologie médicale.....	414
III. Arrêts.....	416

