UNIVERSITE BRETAGNE LOIRE

UNIVERSITÉ DE NANTES

Thèse de Doctorat

Gabrielle LECOMTE-MENAHES

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
grade de Docteur de l'Université de Nantes
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

École doctorale : Droit, économie-gestion, Sociétés et Territoires (ED 501)

Discipline : SOCIOLOGIE (section 19)

Unité de recherche : Centre Nantais de Sociologie (CENS - UMR 6025)

Soutenue le 27 octobre 2017

Permanence et transformations d'une institution de prévention

La médecine du travail : de l'évaluation de l'aptitude à celle des risques professionnels

JURY

Rapporteurs :	**Sylvie CÉLÉRIER**, Professeure, Université de Lille 1 **Cédric LOMBA**, Directeur de recherche, CNRS, CRESPPA-CSU
Président du jury :	**Patrice PINELL,** Directeur de recherche émérite Inserm, CNRS, CESSP-CSE
Directrice de Thèse :	**Annie COLLOVALD**, Professeure, Université de Nantes
Co-encadrante de Thèse :	**Sarah GHAFFARI**, Enseignante-chercheuse, IMT Atlantique, campus Nantes

À Armandine Ménahès,
ma grand-mère

« Il n'y a pas de relation de pouvoir sans constitution corrélative d'un champ de savoir, ni de savoir qui ne suppose et ne constitue en même temps des relations de pouvoir. » Michel FOUCAULT, *Surveiller et punir,* Paris, Gallimard, 1993, p. 36

Remerciements

Mes remerciements vont d'abord à l'ensemble de mes enquêtés sans qui cette recherche n'aurait pas été possible. Je pense notamment aux salariés des services interentreprises et en particulier aux médecins du travail qui ont accepté de me recevoir alors même qu'ils traversaient, souvent douloureusement, une période difficile.

Je tiens également à remercier mes directrices de thèse qui m'ont soutenue tout au long de ce travail. À Annie Collovald pour ses conseils avisés et son exigence et à Sarah Ghaffari pour ses relectures à la fois rigoureuses et bienveillantes et les échanges qui en ont suivi qui ont été une aide très précieuse dans cet apprentissage. Je remercie Sylvie Célérier, Cédric Lomba et Patrice Pinell d'avoir accepté de lire cette thèse et de participer à la soutenance.

Cette recherche n'aurait pu se faire sans le soutien de l'équipe de Sciences sociales et de gestion de l'École des Mines de Nantes qui m'a accueillie à ses débuts et a financé mes premières années de thèse, qu'elle en soit remerciée. Mon statut de doctorante m'a également permis d'explorer avec plaisir cette deuxième facette du métier qu'est l'enseignement. Merci aux membres de l'UFR de sociologie de Nantes, à Gérald Houdeville et Pascale Moulévrier pour m'avoir accordé leur confiance. J'ai une pensée particulière pour le professionnalisme et la sympathie d'Isabelle Samson et de Richard Juin.

Au cours de séminaires et d'échanges plus informels, les membres du Centre nantais de sociologie m'ont offert un cadre intellectuel stimulant pour réaliser cette recherche, je leur en suis reconnaissante. Merci à Véronique Daubas-Letourneux pour m'avoir aiguillée dans les débuts de cette recherche ainsi qu'à Sarah Bousquet, Olivier Crasset, Anne-Chantal Hardy, Sylvie Morel, Laura Nirello, Fabienne Pavis, Camille Tremeau et Joanne Walker d'avoir accepté de relire des chapitres de cette thèse. Merci à Johanne Palomba pour son soutien sans faille et sa bonne humeur.

Merci aux « habitants » de la Maison des Sciences de l'Homme Ange Guépin pour m'avoir offert d'excellentes conditions de travail ainsi qu'aux participants du séminaire « goûters » Santé et Société pour les échanges stimulants. Je pense en particulier aux habitants du « cinquième » : Claire Auzuret, Alice Bonamy, Uriell Choquet, Romain Legé, Laura Nirello, Konstantin Shorokhov, Véronique Aubert et Moniré Akbarpouran-Khayati avec qui j'ai tant partagé.

Mes pensées vont aux membres de l'association Fils-en-têtes, aux collectifs de doctorants, docteurs et chargés d'étude qui ont ponctué ces années de thèse d'échanges réflexifs et de moments plus festifs qui ont toujours été d'un grand soutien et en particulier vers Cécile Berrezaï, Raphaële Chatal, Olivier Crasset, Mary David, Étienne Guillaud, Virginie Grandhomme, Frédérique Letourneux, Charlie Marquis, Caroline Mazaud, Juliette Mengneau, Ève Meuret-Campfort, Sylvie Morel, Florian Pedrot, François Potier, Johanna Rousseau, Matéo Sorin, Marie Szarlej, Camille Tremeau et Joanne Walker.

Un grand merci à mes amis pour le soutien et leur confiance. Je pense tout spécialement à Alice, Olympe, Laetitia, Morgane, Sarah, Amandine, Laura, Pierre et Sophie.

Merci à Christine et Guillaume pour leur soutien indéfectible, à la fois moral et logistique ; à Alex pour m'avoir aidée a mobiliser une puissance d'agir indispensable au travail d'écriture.

Merci enfin à Loïg d'avoir marché dans les rues de Nantes, pour son soutien et tout le reste.

Sommaire

Remerciements.....7

Sommaire.....9

Introduction générale.....11

Partie I Le recadrage d'un mandat de prévention.....39

Chapitre 1 Un cadrage professionnel : effet de génération et renouvellement des pratiques.....45

Chapitre 2 Désarmer la critique.....103

Conclusion de la partie I.....151

Partie II L'intégration d'une prévention professionnelle.....153

Prologue. L'échec d'une négociation : enquêter en contexte conflictuel…159

Chapitre 3 Intégrer les professionnels par les dispositifs de gestion.....169

Chapitre 4 Le partage d'un mandat professionnel.....217

Chapitre 5 Subordinations d'une prévention non médicale.....255

Conclusion de la partie II.....321

Partie III D'un outil à l'autre : le maintien d'un instrument.....323

Chapitre 6 Vers la fin de l'aptitude ? Concentration médicale sur un public à la santé précaire.....329

Chapitre 7 Renouvellement de l'instrument, permanence de l'institution.....383

Conclusion de la partie III.....423

Conclusion générale.....427

Bibliographie.....437

Liste des principaux sigles et acronymes.....455

Table des matières.....459

Table des encadrés, figures, tableaux et graphiques.....465

Annexes.....467

Annexe 1. Principales caractéristiques sociales et professionnelles des médecins du travail enquêtés.....469

Annexe 2. Liste des entretiens.....473

Annexe 3. Liste des observations.....477

Annexe 4. Liste des sources.....483

Annexe 5. Chronologie de la réforme de la médecine du travail.....489

Annexe 6. Protocole d'intervention des IPRP du SI2.....493

Introduction générale

> « La médecine du travail n'était pas un système cohérent d'énoncés scientifiques dont on pourrait aisément rechercher l'origine. Située à la rencontre de différents savoirs comme la toxicologie, l'ergonomie, l'épidémiologie, la médecine légale, la statistique, la psychologie, ou encore l'étude de l'organisation du travail, elle est le résultat d'un compromis entre corps médical, État social, mouvement ouvrier et entreprises » (Julien VINCENT, « Ramazzini n'est pas le précurseur de la médecine du travail », *Genèses*, 2012, vol. 4, n° 89, p. 89)

1 Une médecine méconnue aux missions floues

Le constat de l'invisibilité de l'origine professionnelle des maladies et des accidents[1] est récurrent dans les travaux de sciences sociales portant sur les problématiques de santé au travail. Ces questions font l'objet d'un mode de gouvernement confiné qui contribue à éviter toute controverse sur le sujet[2] notamment parce que l'État délègue ces questions aux représentants des employeurs et des salariés. Les institutions de prévention des risques professionnels en général et la médecine du travail en particulier s'en trouvent marginalisées et déconsidérées. Mais la réforme qui restructure cette institution depuis une quinzaine d'années contribue-t-elle à faire sortir ces questions dans l'espace public ?

1 Michel GOLLAC et Serge VOLKOFFS, « La santé au travail et ses masques », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 2006, vol. 3, n° 163, pp. 4-17.

2 Emmanuel HENRY, *Ignorance scientifique et inaction publique : les politiques de santé au travail*, Paris, Sciences Po les presses, 2017.

1.1 La « découverte » d'un objet lors de sa dissolution

À la fin des années 1990, le scandale de l'amiante[1], point d'orgue d'importantes mobilisations sociales sur les risques sanitaires du travail apparues depuis la fin des années 1960[2], « éclaire de façon très crue l'absence d'expertise publique autonome et la place importante occupée par les acteurs patronaux dans les arbitrages autour de ces politiques »[3]. Alors que les questions de santé au travail étaient jusqu'alors traitées au cours de négociations entre représentants des employeurs et des salariés, une expertise d'État se constitue à cette période par la création d'agences dédiées. Ces questions sortent des espaces confinés dans lesquelles elles se trouvaient maintenues et deviennent objet d'intérêt pour la recherche publique, notamment en sciences sociales[4]. Ce scandale et les analyses qui en sont alors faites révèlent les insuffisances du modèle reposant sur le diptyque prévention-réparation[5] et son ébranlement au profit d'un principe de précaution[6]. Cette nouvelle conception du régime de responsabilité, combinée à la pénurie médicale qui affecte les services de médecine du travail (cf. encadré 0.1), est propice à la réforme de cette institution de prévention.

Depuis 1946 la médecine du travail a pour mission de « d'éviter toute altération de la santé du travailleur du fait de son travail »[7]. Alors que la réparation des maladies professionnelles et des accidents du travail est prise en charge par une branche spécifique de

1 Emmanuel HENRY, *Amiante : un scandale improbable : sociologie d'un problème public*, Rennes, PUR, coll. « Res Publica », 2007.

2 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. 91, nº 3, pp. 103-132 ; Pascal MARICHALAR et Laure PITTI, « Réinventer la médecine ouvrière ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2013, 1/2, nº 196-197, pp. 114-131.

3 Emmanuel HENRY, « Nouvelles dynamiques de savoirs et permanence des rapports de pouvoir », *Revue française de science politique*, 2011, vol. 61, nº 4, p. 174.

4 Au cours des années 2000, plusieurs numéros de revues de sciences sociales sont alors consacrés à cet objet. Voir par exemple : « Santé et travail. Déni, visibilité, mesure », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 2006, vol. 3, nº 163 ; « Santé et travail (2). Victimes et responsables », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 2006, vol. 5, nº 165 ; « Santé et travail », *Revue française des affaires sociales*, 2008, n° 2-3, nº 2 ; « Les maladies professionnelles : genèse d'une question sociale (XIXe-XXe s.) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2009, vol. 1, nº 56 ; « La santé à l'épreuve du travail », *Mouvements*, 2009, nº 58 ; « Santé et travail », *Politix*, 2010, vol. 91, nº 3 ; « Santé et travail : déjouer les risques ? », *Sociologies pratiques*, 2013, vol. 1, nº 26. La thèse présentée ici s'inscrit dans le même processus. Si nous avons défini notre sujet de recherche de manière indépendante, le choix de l'objet reflétait les préoccupations de l'Agence nationale de la recherche et notamment de son programme *Santé-Environnement Santé-Travail* auquel l'équipe de Sciences sociales et gestion de l'École des Mines de Nantes qui nous a accueillie en stage de Master 2 puis a financé sous la forme d'un contrat doctoral cette thèse, participait.

5 François EWALD, *L'État providence*, Paris, Grasset, 1986.

6 Anne-Sophie BRUNO, Éric GEERKENS, Nicolas HATZFELD et Catherine OMNÈS, *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs, XIXe-XXe siècles*, Rennes, PUR, coll. « Pour une histoire du travail », 2011, p. 19.

7 Article 1, Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946, Organisation des services médicaux du travail, JORF du 12 octobre 1946.

la Sécurité sociale, la prévention s'institutionnalise peu à peu au sein de services de médecine du travail. Dans le secteur privé[1], les entreprises de plus de 500 salariés disposent de leur service « autonome » où la prévention reste assurée par une diversité de professionnels, mais les médecins du travail deviennent les seuls professionnels des services « interentreprises », associations gérées par les représentants des employeurs auxquelles chacun d'entre eux ne disposant pas d'un service interne à l'obligation d'adhérer pour assurer le suivi médical de ses salariés. 60 % des contrats de travail signés par les médecins du travail en 1975 sont en service interentreprises, leur part augmente à 88 % en 2009[2]. Le nombre de services autonomes diminuant continuellement depuis la fin des années 1970, c'est 94 % des salariés qui sont suivis en service interentreprises en 2009[3].

La médecine du travail relève d'au moins deux métiers au sein d'une même profession[4] selon que les praticiens exercent en services autonomes ou interentreprises. Ce qui caractérise la pratique en services interentreprises, c'est la variété des établissements et des secteurs d'activité constitutifs du champ d'intervention du service. À l'inverse les médecins employés par les services d'entreprise ne surveillent que les salariés de celle-ci. Ils ont en outre moins de salariés à suivre (l'effectif moyen peut être jusqu'à deux fois moins important), et disposent de plus de temps pour intervenir sur les lieux de travail. Exerçants dans de grands établissements auprès d'une population qualifiée relativement stable et moins confrontés à la gestion de l'urgence, ces médecins du travail sont plus âgés et bien plus souvent des hommes que leurs confrères en interentreprises[5].

Encadré 0.1 : Qui sont les médecins du travail ?

Comme l'a montré Pascal Marichalar, il est très difficile de caractériser la population des médecins du travail du fait de la pauvreté des archives et des biais de recensement[6]. Nous présenterons ici quelques données de cadrage de seconde main afin dresser les contours de cette population.

1 Les secteur agricoles et publics disposent de leurs propres médecines de prévention, depuis 1966 pour le premier et 1982 pour le second, régies par des Codes spécifiques. La réforme du Code du travail afférente à la médecine du travail ne les affecte pas directement. Stéphane BUZZI, Jean-Paul DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, *La santé au travail: 1880-2006*, Paris, la Découverte, coll. « Repères », 2006, p. 58.

2 Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France 1970-2010)*, Thèse de sociologie, EHESS, Paris, 2011, p. 101.

3 Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire*, *op. cit.*

4 Françoise PIOTET, « Médecins du travail », *in La révolution des métiers*, Paris, PUF, 2002, p. 298.

5 Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire*, *op. cit.*, p. 101. Les données présentées ici sont issues de ce travail.

6 *Ibidem*, chap. 1.

Dans les années 1940 et 1950, la médecine du travail est souvent pratiquée à temps partiel par des non-spécialistes[1]. C'est dans les années 1960, que le groupe se « professionnalise ». Les services interentreprises de médecine du travail emploient de plus en plus de praticiens qui exercent à temps complet.

Mais c'est la mise en application du décret de 1979[2] qui rend la détention du Certificat d'études spéciales (CES) obligatoire pour tous les praticiens[3] et « revoit à la baisse le nombre maximum de salariés surveillés par médecin »[4] qui suscite une importante vague de recrutement au sein des services de médecine du travail. Le nombre de praticiens passe de 4 915 à 5 889 entre 1975 et 1982, date à laquelle 50 % d'entre eux ont moins de 40 ans. Cette jeune et nouvelle génération est majoritairement composée de femmes (64 % des médecins du travail en 1982), ce qui fait de la médecine du travail un avant-poste de la féminisation de la médecine.

Ensuite, les recrutements se tarissent (5 626 médecins du travail seront recensés en 1988). En 1982, la médecine devient une « spécialité », mais elle est dans les dernières choisies par les étudiants et l'ensemble des postes ouverts n'est pas pourvu. Cependant les besoins de main-d'œuvre médicale augmentent à mesure que le nombre de salariés à recevoir en visite médicale augmentera lui aussi (11 761 000 de salariés surveillés en 1982 à 15 955 000 en 2009). L'analyse en termes de « déficit médical » s'instaure peu à peu jusqu'à devenir un argument central pour réformer l'institution. Divers rapports évaluent la pénurie, en 2010 « plus de 55 % des médecins du travail ont plus de 55 ans »[5], 1 700 départs à la retraite sont à prévoir entre 2007 et 2012[6], alors que 370 nouveaux spécialistes seront formés. En 2015, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) comptabilise 5 605 médecins du travail, tous modes d'exercice confondus[7].

La loi du 17 janvier 2002[8] remet en cause le quasi-monopole[9] de la prévention de la santé au travail détenu jusqu'alors par les médecins au sein des services interentreprises.

1 Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *Archives des maladies professionnelles*, 2002, vol. 63, nº 5, p. 363.

2 Décret n° 79-231 du 20 mars 1979 modifiant le Code du travail et relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail, JORF du 22 mars 1979.

3 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail: les groupes professionnels à l'épreuve de la « pluridisciplinarité »*, Thèse de sociologie, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, France, 2015, p. 23.

4 Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire*, *op. cit.*, p. 56.

5 Christian DELLACHERIE, Paul FRIMAT et Gilles LECLERCQ, *La santé au travail. Vision nouvelle et profession d'avenir. Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions*, ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ministère de la Santé et des Sports, 2010, p. 12.

6 Claire AUBIN, Françoise CONSO, Pierre DE SAINTIGNON, Paul FRIMAT, Régis PELISSIER et Jacques VEYRET, *Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail*, IGAS-IGAENR, 2007, p. 43.

7 Depuis le 1er janvier 2012, les statistiques publiées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur la démographie des médecins, sont élaborées à partir du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire. Voir : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps, consulté le 17 juillet 2017.

8 Loi n ° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF du 18 janvier 2002

9 Catherine PARADEISE, « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et sociétés*, 1988, vol. 2, nº 20, pp. 9-21.

Alors qu'au sein des services autonomes, les praticiens ont des contacts réguliers avec les techniciens et ingénieurs hygiène et sécurité de leurs entreprises et bénéficient du travail d'infirmières, le recrutement de préventeurs[1] non médicaux était jusqu'alors relativement rare au sein des services interentreprises. Or la loi de 2002 initie une transformation qui s'incarne d'ailleurs dans le changement d'appellation qui accompagne la réforme : les services de « médecine du travail » deviennent services de « santé au travail ». Si *a priori* « les mots n'ont en eux-mêmes aucun pouvoir magique, leur changement acte souvent l'issue de batailles symboliques, de recadrage des problèmes. »[2] Mais cette réforme met plus de quinze ans à s'instaurer dans les services interentreprises et institutionnaliser un nouveau cadrage[3] de la prévention de la santé au travail qui passe dorénavant par la « pluridisciplinarité »[4].

À partir de 2003, les préventeurs non médicaux peuvent demander une habilitation en tant qu'« Intervenants en prévention des risques professionnels » (IPRP)[5]. En 2014, environ 1100 IPRP sont présents dans les services de santé interentreprises, dont « 40,5 % de techniciens en prévention/d'assistants en service de santé travail (ASST), 26 % d'ergonomes, 23,4 % d'ingénieurs et 10 % de psychologues du travail. »[6] Cette population est composée à 59,3 % de femmes. De plus, si les infirmières sont présentes depuis des décennies au sein des plus grandes entreprises[7] (en 2014, 3 436 infirmiers exercent toujours en « prévention et soins en entreprise »[8]), leur présence, de plus en plus massive, au sein des services interentreprises est officialisée en 2011[9].

1 Nous empruntons le terme de « préventeurs » à Pierre Caloni qui l'emploie pour désigner « les spécialistes de la sécurité qui travaillent à conjurer les risques professionnels des travailleurs ». Pierre CALONI, *Les Préventeurs*, Paris, SEFI, 1960, p. 18.

2 Érik NEVEU, *Sociologie politique des problèmes publics*, Paris, A. Colin, coll. « Collection U », 2015, p. 231.

3 Robert M. ENTMAN, « Framing: toward clarification of a fractured paradigm », *Journal of Communication*, 1993, vol. 43, nº 4, pp. 51-58.

4 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, pp. 32, 138.

5 En 2007, l'ensemble des IPRP salariés de services de médecine du travail répondants à l'enquête, le sont en service interentreprises (sur 1500 IPRP personne physique identifié et 600 répondants). *Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels*, Direction générale du travail. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, 2007.

6 Sandrine CAROLY, Makafui SALLAH et Aurélie LANDRY, *Tâches, objectifs des IPRP de SST et pluridisciplinarité. Analyse des résultats du questionnaire AFISST-PACTE des IPRP 2014*, PACTE - LIP, 2015, pp. 10-11.

7 Dans les établissements industriels de 200 à 800 salariés, sont présents au moins un infirmier et, au-delà de cet effectif, un infirmier supplémentaire par tranche de 600 salariés. Dans les autres établissements de 500 à 1 000 salariés, sont présent au moins un infirmier et, au-delà de cet effectif, un infirmier supplémentaire par tranche de 1 000 salariés. Article R4623-32 du Code du travail modifié par le Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail, JORF n° 0026 du 31 janvier 2012

8 Daniel SICART, *Les professions de santé au 1er janvier 2014*, Drees, coll. « Série Statistiques », 2014.

9 Article L. 4622-8, Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, JORF n° 0170 du 24 juillet 2011

Selon Pascal Marichalar, l'« action "pluridisciplinaire", qui entraînerait des besoins de "coordination", aurait pour effet de renforcer le contrôle des directions de service sur la définition "légitime" de l'activité médicale et sur sa pratique. »[1] Les activités de prévention nouvellement légitimes au sein des services interentreprises, s'orienteraient vers une logique de marché sur le principe d'une « prestation de service » ; logique à laquelle les médecins n'auraient plus le pouvoir de résister[2]. Face à cette disqualification de leurs pratiques professionnelles, les médecins du travail trouvent alors un nouveau souffle dans leur activité clinique en s'occupant de salariés en « souffrance »[3].

Étudiant dans leurs thèses respectives, l'autonomie professionnelle des médecins du travail et les conflits de territoires juridictionnels[4] qu'ils entretiennent avec les groupes professionnels nouvellement arrivés, Pascal Marichalar et Blandine Barlet concluent à la réduction de cette autonomie médicale et « à un glissement des objectifs, d'un impératif de protection du salarié vers une offre de prestations à l'employeur »[5]. Nous pensons au contraire que l'impératif de protection du salarié, présenté comme le fondement constitutif de l'institution[6], a depuis sa création toujours couvert une forme de prestations à l'employeur. C'est dans cette perspective que nous nous sommes intéressés à la notion d'aptitude. Il apparaît en effet que l'évaluation de l'aptitude lors de la visite médicale peut se lire avant tout comme un service rendu aux employeurs afin qu'ils puissent satisfaire leurs obligations légales[7] dans un système de prévention assurantiel.

1.2 La centralité de l'évaluation de l'aptitude

La loi de 1898 sur les accidents du travail, tout en reconnaissant la responsabilité des employeurs dans la production du risque professionnel, socialise ce risque en instaurant une

1 Pascal MARICHALAR, *Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question*, Paris, Presses de Sciences Po, 2014, p. 170.
2 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, pp. 507-508.
3 Scarlett SALMAN, « Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *Sociologie du travail*, 2008, vol. 1, nº 50, pp. 31-47.
4 Andrew ABBOTT, *The system of professions an essay on the division of expert labor*, Chicago, The University of Chicago Press, 1988.
5 Blandine BARLET, *Pluridisciplinarité et conflits de territoires dans les services interentreprises de santé au travail. Les enjeux d'une nouvelle division du travail*, Université Paris Ouest, 2013 ; Document de travail cité par : Pascal MARICHALAR, « L'évolution des services de santé au travail en France », *in* Annie THÉBAUD-MONY, Philippe DAVEZIES, Laurent VOGEL et Serge VOLKOFF, *Les risques du travail: pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 2015, pp. 387-394.
6 Anselm Leonard STRAUSS, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 1992, p. 95.
7 Stéphane BUZZI, Jean-Paul DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, *La santé au travail*, *op. cit.*, p. 68.

réparation forfaitaire limitée à la perte du salaire et empêche toute poursuite judiciaire[1]. Les employeurs se trouvent dans l'obligation d'assurer la sécurité de leurs salariés non seulement par la réparation en cas de dommages subis par les salariés, mais aussi par la prévention de ces risques. La protection de la santé des salariés se trouve alors cantonnée au sein des entreprises. Il s'en suit « une forme de délégation par l'État des questions de santé aux acteurs de l'entreprise »[2]. *S*'ouvrent des débats sur l'imputabilité ou non à l'employeur des atteintes à la santé qu'il doit indemniser. C'est alors aux médecins experts de distinguer ce qui est dû à l'accident de ce qui relève d'un état antérieur. Pour assurer cette mission, certains médecins préconisent un examen de santé à l'embauche. En effet ayant un état de santé du salarié à son entrée dans l'entreprise, les médecins seront alors plus à même d'établir cette distinction[3].

Bien que l'adaptation de l'ouvrier au travail, et non l'inverse, soit une constante de l'hygiène industrielle[4], les médecins d'usine, de plus en plus nombreux dans les grandes industries à partir des années 1920, situent leurs pratiques entre un rôle de sélection et une approche plus préventive. C'est notamment par la nécessité du dépistage de la tuberculose que les médecins du travail justifient la visite d'embauche[5] dans les années 1930. À cette période et malgré l'opposition des médecins libéraux et des syndicats médicaux qui considèrent cette médecine rémunérée par les chefs d'entreprise comme une concurrence déloyale, la médecine du travail s'institutionnalise peu à peu par la création d'instituts universitaires et de congrès.

La médecine du travail va trouver un nouvel essor au cours de la Seconde Guerre mondiale, sous le régime de Vichy, période où l'entreprise est considérée comme un lieu central de prévention et la santé publique corrélée à la prévention des risques professionnels[6]. Le régime considère en effet que les médecins du travail sont des professionnels susceptibles de concilier capital et travail. À ce titre, la médecine du travail devient un élément central du dispositif de prévention étatique[7]. Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, sa

1 *Ibidem*, p. 11.
2 Anne-Sophie BRUNO et al., *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs, XIXe-XXe siècles*, *op. cit.*, p. 18.
3 Hervé GOSSELIN, *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives*, Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, 2007, p. 6.
4 Si l'hygiène industrielle est fondée sur la problématique médicale de l'étude des pathologies professionnelles, elle est corrélée, dès la seconde moitié du XIXe siècle, à la recherche de moyens techniques de prévention portée par des ingénieurs, inspecteurs du travail ou chimistes. Caroline MORICEAU, *Les douleurs de l'industrie: l'hygiénisme industriel en France, 1860-1914*, Paris, EHESS, coll. « En temps & lieux », n° 12, 2009, p. 85.
5 Jean-Claude DEVINCK, *La création d'une médecine du travail en France : 1914-1946*, Mémoire de maîtrise, Université Panthéon-Sorbonne, Paris, 2001.
6 Vincent VIET et Michèle RUFFAT, *Le choix de la prévention*, Paris, Économica, 1999.
7 La loi du 28 juillet 1942 (Loi du 28 juillet 1942, Organisation des services médicaux et sociaux du travail, organisation des services médicaux : rôle de ces services, JORF du 29 juillet 1942) rend obligatoires les

surveillance médicale paraît indispensable au gouvernement. La médecine du travail, en tant que médecine sociale[1], est « du côté de l'organisation par l'autorité d'une intervention médicalement légitimée : contrôler ce qui nuirait à la bonne santé et organiser ce qui peut permettre le retour à cet état de pleine santé »[2]. Cet instrument de gouvernement et de contrôle des corps[3] est alors doté d'un outil qui devient central dans le dispositif. Le certificat d'aptitude, que la Fondation Alexis Carrel participe à élaborer selon des principes d'orientation biologique de la main-d'œuvre[4], est rendu obligatoire par la loi du 16 décembre 1942.

Bien que la loi de 1946 signée après la Libération prenne *a priori* une orientation plus préventive, le dispositif antérieur n'est pas remis en cause. « Alors que la loi de 1946 attribue la gestion des services interentreprises à des comités interentreprises représentant les salariés, des associations patronales sont mises en place pour les court-circuiter »[5]. Le décret de 1952 vient régulariser une situation de fait : les associations patronales, actuels services interentreprises, sont légalisées. Dans les années 1950, de nombreuses entreprises ne répondent pas encore à l'obligation de mise en place de ces services médicaux (seul un salarié sur deux environ bénéficie d'une surveillance médicale). C'est dans ce contexte que, pour convaincre les employeurs du bien-fondé de ces services, l'évaluation de l'aptitude du salarié à son poste de travail, traduisant la capacité à occuper un emploi en fonction de sa santé[6], est mise en avant[7]. Or ce qui n'aurait pu être qu'un cheval de Troie destiné à faciliter l'instauration des services de médecine du travail se voit progressivement doté d'une véritable fonction assurantielle par certains employeurs qui considèrent que l'aptitude déclarée par le médecin les protège en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle[8]. Cette mission

services médicaux pour les établissements de plus de 50 salariés.

1 La « médecine sociale [apparaît] dans la seconde moitié du XVIIIe siècle, différente de la médecine clinique par la dimension politique de ses objectifs et son approche "populationnelle" de la maladie ». Patrice PINELL, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 2009, vol. 2, nº 50, pp. 315-349.

2 François PRÉVOTEAU DU CLARY, « Prévention », *in* Dominique LECOURT, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, p. 897.

3 Michel FOUCAULT, *Dits et écrits, 1954-1988. III, 1976-1979*, Paris, Gallimard, 1994, pp. 207-228.

4 Philippe DAVEZIES, « L'aptitude médicale dans le système de santé au travail : origine interrogations et débats », *Médecine du travail et ergonomie*, 2007, vol. 44, p. 83.

5 Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *art. cit.*, p. 361.

6 La définition juridique de l'aptitude est la « capacité légale à posséder un emploi, à recevoir un don, un legs, etc. », CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES : http://www.cnrtl.fr/definition/aptitude

7 Jean-Claude DEVINCK, *La création d'une médecine du travail en France*, *op. cit.*

8 Pascal MARICHALAR, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Politix*, 2010, vol. 3, nº 91, p. 41.

autour de laquelle s'organisent les pratiques des médecins du travail fonde-t-elle l'unité de leur groupe et leur professionnalité ? Est-elle au fondement du monopole médical au sein des services interentreprises ?

Selon Daniel Bachet, si la notion d'aptitude tend davantage à cautionner les conditions de travail qu'à assurer la prévention de la santé des salariés, elle est centrale dans la pratique des médecins du travail. Observant l'hétérogénéité des pratiques de l'examen clinique en médecine du travail, il note que le dispositif institutionnel « oriente et parfois détermine de manière significative le jeu et le comportement des agents »[1]. Cette hétérogénéité s'explique en partie par les arbitrages réalisés par chaque médecin entre impératifs de production et besoin de sécurité des travailleurs[2] et la multiplicité des enjeux associés et par la représentation qu'ils ont de leur groupe professionnel, autrement dit par l'autonomie laissée aux membres du groupe d'une construction située de leur rôle professionnel.

Tentant de dresser un portrait de ce groupe à l'occasion du cinquantenaire de la médecine du travail en 1996[3], après avoir rappelé les différents paradoxes qui traversent le groupe professionnel et en avoir décrit la morphologie et les représentations, Françoise Piotet élabore une typologie caractérisant trois positionnements professionnels contrastés. Elle oppose principalement les médecins du travail « spécialistes des conditions de travail » (dont font partie les « spécialistes de santé publique », les « militants » et dans une moindre mesure les « acteurs de la Direction des ressources humaines [DRH] » en services interentreprises) aux « spécialistes en humanité » ayant une approche plus psychologique (essentiellement des « spécialistes du mal-être » en services interentreprises et des « médiateurs des relations de travail » en service autonomes). Alors que dans la deuxième catégorie on privilégie plutôt la question de la santé non pas du salarié, mais de l'individu pris dans sa globalité, dans le premier type se retrouvent plutôt des médecins du travail porteurs des intérêts de l'entreprise et persuadés de pouvoir concilier impératifs de production et bien-être du salarié. Le troisième type de profil est celui de « salarié comme un autre ».

1 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, nº 188, p. 59.

2 Pierre ROLLE, « Les ouvriers et la médecine du travail », *Revue française de sociologie*, 1962, vol. 3, nº 3, pp. 316-324.

3 Pour disposer des résultats détaillés de l'enquête, voir : Françoise PIOTET, « Médecins du travail », *op. cit.* ; Françoise PIOTET, Mario CORRELA, Claude LATTES et André MOISAN, « Enquête sociologique. Entre profession et métiers : les médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles*, 1997, vol. 58, nº 1-2, pp. 22-89.

À ces positionnements professionnels sont associés différents cadrages des salariés reçus en consultation, principalement administratifs et clinique (cf. chapitre 1). Ces règles sont des indications, non des prescriptions. »[1] Ces cadrages qui guident l'exercice du jugement médical parmi différentes règles (textes juridiques, réglementations médico-administratives, normes médicales, données épidémiologiques) sont centraux dans l'évaluation de l'aptitude.

La majorité des médecins du travail estiment que leur légitimité est reconnue par les employeurs dans le domaine technique et médical alors qu'elle ne serait pas acquise dans celui des relations sociales et de l'organisation[2]. Aux actions en milieu de travail, ils privilégient les consultations à l'issue desquelles ils délivrent un avis d'aptitude qui resterait leur seul espace de pouvoir[3]. Mais comment se reconfigurent leurs pratiques de travail alors qu'ils sont de moins en moins nombreux pour assurer cette mission ? Et comment l'institution qui les emploie se maintient-elle s'ils ne peuvent plus assurer cette mission centrale ? Étudier la redéfinition de la place des médecins dans cette institution nous permet d'examiner les nouvelles normes qui s'imposent dans le champ de la prévention de la santé au travail, les groupes sociaux qui portent ces redéfinitions et leurs conséquences sur la prise en charge de la santé des salariés.

2 Place de la profession dans l'institution

Alors que tout au long du XX^{e} siècle c'est plutôt le régime « bureaucratico-professionnel » qui prévaut dans les sociétés européennes et notamment dans la société française, on voit s'ériger désormais de nouveaux arrangements institutionnels plutôt construits sur un principe marchand. Mais les professions ont-elles pour autant disparu ?

2.1 Un exercice médical autonome de l'institution de prévention ?

Les sociologues néo-weberiens ont désessentialisé le concept de profession en montrant que ces groupes ne sont pas univoques et strictement délimités, mais le fruit de multiples conflits qui opposent des groupes sociaux cherchant à faire valoir leurs propres

1 Nicolas DODIER, *L'expertise médicale : essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, coll. « Leçons de choses », 1993, p. 102.
2 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, n° 69, pp. 438-447.
3 Françoise PIOTET, « Médecins du travail », *op. cit.*

définition et maîtrise des processus de production[1]. Les questionnements de la sociologie des professions sur la notion d'autonomie professionnelle nous permettent de comprendre comment s'est construite la place spécifique des médecins du travail au sein des services interentreprises.

Les professions « établies » dont la médecine est souvent considérée comme l'archétype se distinguent de groupes professionnels[2] en ce qu'elles réussissent à se construire un droit exclusif de la pratique au détriment d'autres groupes qui sont qualifiés de charlatans. Ce monopole se construit par l'éducation progressive du public aux connaissances détenues par les médecins et au développement de la croyance en leur pouvoir. Les médecins agissent au nom de la protection du public et les profanes sont incapables de juger par eux-mêmes la qualité du savoir complexe que requiert la pratique de soin[3]. La médecine, en tant que profession établie, a le mandat de définir tant la maladie que ce qui est socialement et individuellement bon et juste[4].

Après la Seconde Guerre mondiale, les médecins du travail détiennent un monopole au sein des services interentreprises où ils sont les seuls préventeurs à exercer. En tant que membres de la profession médicale, ils bénéficient de la reconnaissance sociale attribuée à ce groupe, mais la confiance du public ne leur est pas complètement acquise. Ils sont en effet placés dans un rôle ambigu de conseiller des employeurs et des salariés. Si leur mission est « d'éviter toute altération de la santé du travailleur du fait de son travail », leurs pratiques sont organisées autour de l'évaluation de l'aptitude des salariés au travail pour le compte des employeurs.

Le pouvoir discrétionnaire[5] des médecins du travail, associé à l'évaluation de l'aptitude, est un outil central du dispositif de prévention pendant toute la seconde moitié du XX^{e} siècle. S'ils ont interdiction de prescription, acte qui régule les conditions de vie et de

1 Haroun JAMOUS, « Professions ou systèmes auto-perpétués ? », *in Rationalisation, mobilisation sociale et pouvoir : idées et travaux de recherche sur la santé, l'aménagement urbain et les transports*, Paris, Centre de sociologie de l'innovation, Ecole nationale supérieure des Mines, 1973, pp. 5-55.

2 Didier DEMAZIÈRE et Charles GADEA, *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, la Découverte, coll. « Recherches », 2009.

3 Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, Paris, Payot, coll. « Médecine et sociétés », 1984, p. 146.

4 Everett HUGHES, *Le Regard sociologique*, Paris, EHESS, coll. « Recherches d'histoire et de sciences sociales », 1996.

5 Alexis SPIRE, *Accueillir ou reconduire: enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir, coll. « Raisons d'agir », 2008.

mort des individus[1], ils disposent de la licence de proscrire le travail[2]. L'avis d'aptitude ou d'inaptitude règle, en cas d'inaptitude, « les conditions auxquelles [les personnes] peuvent s'extraire, provisoirement ou non, de l'obligation faite à chacun-e de prendre une part *active* à la valorisation productive. Cette exemption repose sur des pratiques médicales qui, toutes, attestent et contrôlent son caractère accidentel, involontaire »[3].

Bien que le jugement en médecine du travail soit hybride, car il se situe à la frontière entre des cadrages cliniques et d'autres, plus administratifs[4], c'est le caractère clinique de ce jugement réunissant des savoirs et des pratiques spécifiques sur la maladie, qui lui confère sa légitimité. La part « indéterminée »[5] de ce travail le préserve d'une évaluation de type bureaucratique[6]. Est-ce ici que se situe l'autonomie des médecins du travail ?

À un niveau macro-social, l'autonomie du champ médical est préservée par la domination de l'espace clinique sur des espaces hybrides périphériques[7]. Or dans les années 2000, les réformateurs légitiment d'autant plus facilement les pratiques de préventeurs non médicaux que la confiance du public envers ces médecins, suspectés d'être à la solde des employeurs est fragile. Pascal Marichalar montre ainsi dans sa thèse que l'autonomie de ces médecins *a priori* très relative pour des médecins salariés des employeurs qui ne disposent pas du « contrôle sur les activités de routine »[8] du fait d'un lien de subordinations personnel et fonctionnel, est surtout minorée par la redéfinition du périmètre du travail légitime[9] qui est dorénavant attribué à des groupes professionnels au statut moins protecteur. À la faveur de la réforme, les directions de services interentreprises renforcent ainsi leur pouvoir bureaucratique par le biais de dispositifs de gestion dans une entreprise de rationalisation du travail.

---

1 Cédric LE BODIC et Anne-Chantal HARDY, *Prescrire, proscrire : enjeux non médicaux dans le champ de la santé*, Rennes, PUR, coll. « Des Sociétés », 2011, p. 258.

2 Lorsque le décret du 26 novembre 1946 prévoit la visite d'embauche, « par opposition au médecin traitant, le médecin du travail a désormais pour fonction de proscrire plutôt que de prescrire. » Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *art. cit.*, p. 360.

3 Sylvie CÉLÉRIER, « Santé précaire : quelques perspectives sociologiques », *Connaissance de l'emploi*, 2008, n° 56, pp. 1-4.

4 Nicolas DODIER, *L'expertise médicale*, *op. cit.*

5 Haroun JAMOUS, « Professions ou systèmes auto-perpétués ? », *op. cit.*

6 Magali ROBELET, *Les figures de la qualité des soins : rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*, Thèse de doctorat de sociologie, Université d'Aix-Marseille II, 2002.

7 Patrice PINELL, « Qu'en est-il de l'autonomie du champ médical ? », *Savoir/Agir*, 2008, vol. 5, n° 3, p. 59.

8 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, pp. 245-271.

9 Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire*, *op. cit.*

2.2 La médecine du travail à l'épreuve d'une réforme gestionnaire

Comme à l'hôpital précédemment, les professionnels des services interentreprises connaissent un « processus de rationalisation » du travail fondé sur le transfert du monopole professionnel de l'acte médical à l'organisation plus largement[1]. Si l'on considère que la logique managériale est incompatible avec la logique professionnelle, le renforcement de l'encadrement et le renouvellement des outils de gestion dans les services interentreprises peuvent être lus comme des processus de « déprofessionnalisation ». Depuis quelques dizaines d'années, l'État d'une part et le marché d'autre part, semblent fortement délégitimer et réduire la place des groupes professionnels dans la régulation des politiques publiques. Si l'on suit les conclusions de Lise Demailly et Patrice de la Broise, l'argument principalement mobilisé serait le non-renouvellement des générations de professionnels[2]. Ce type d'analyse a été largement employé par exemple pour comprendre les transformations de la gestion publique des systèmes sanitaires. On pense notamment aux travaux portant sur les politiques de réduction des dépenses de santé qui conclut à un « affaiblissement du pouvoir corporatiste »[3].

Mais se décentrer d'une analyse uniquement en termes professionnels pour reconsidérer les professions comme des groupes sociaux appartenant à une division du travail plus large[4] permet d'observer que les relations entre l'État et les professions sont en constante réarticulation[5]. La médecine du travail, institution financée par les adhésions patronales, ne peut pas être considérée à proprement parler comme une institution publique. Cependant, la remise en cause de son fonctionnement au tournant des années 1990 et 2000 favorise le retour de l'État sur les questions de santé au travail et permet de ce fait le parallèle avec les institutions publiques qui sont elles-mêmes l'objet de réformes façonnées par le *New Public Management*, « puzzle doctrinal […] qui promeut de nouvelles manières de penser l'organisation administrative »[6].

1 Antoinette CHAUVENET, « La qualification en milieu hospitalier », *Sociologie du travail*, 1973, n° 2, p. 191.
2 Lise DEMAILLY et Patrice de la BROISE, « Les enjeux de la déprofessionnalisation », *Socio-logos*, 2009, n° 4.
3 Isabelle FERONI et Anémone KOBER-SMITH, « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne », *Revue française de sociologie*, 2005, vol. 3, n° 46, p. 472.
4 Mike SAKS, « The limitations of the Anglo-American Sociology of the Professions : a critique of the current neo-weberian orthodoxy », *Knowledge, work and society*, 2003, vol. 1, n° 1, pp. 13-31.
5 Terry JOHNSON, « Expertise and the state », *in* Mike GANE et Terry JOHNSON, *Foucault's new domains*, London, Routledge, 1993, pp. 139-152.
6 « Ses préconisations […] avancent cinq principes d'organisation, déclinés en différentes mesures : la séparation entre les fonctions de stratégie, de pilotage et de contrôle et les fonctions opérationnelles de mise en œuvre et d'exécution ; la fragmentation des bureaucraties verticales par création d'unités administratives

Selon un processus déjà observé à l'hôpital où les réformes managériales de type *New Public Management* s'opposent *a priori* aux logiques professionnelles, les médecins les moins intégrés professionnellement participent à instaurer les réformes managériales[1]. Plutôt qu'une déprofessionnalisation du système de santé, Michel Arliaud et Magali Robelet observent une segmentation de la profession médicale[2]. Profession qui, loin d'en être écartée, participe d'ailleurs par l'intermédiaire de certains de ses segments à l'élaboration d'outils d'évaluation et de définition de la qualité des soins au sein d'instances étatiques[3].

De fait, tous les professionnels ne sont pas logés à la même enseigne, le groupe se divise et se hiérarchise entre une élite qui établit les standards professionnels et les praticiens qui exécutent le travail au contact du public[4] :

> *« Le monde médical serait ainsi désormais structuré autour de trois pôles : une élite scientifique en charge, notamment, de l'élaboration des bonnes pratiques fondée sur l'evidence-based medicine [EBM] ; une nouvelle élite gestionnaire, située à l'interface de la clinique et de la gestion ; la base des praticiens exerçant une activité exclusivement clinique. Si ces derniers voient incontestablement leur autonomie se réduire en proportion du déploiement des standards, protocoles et autres outils de gestion, le contrôle de la profession reste aux mains des nouvelles élites professionnelles. »*[5]

La même reconfiguration s'observe-t-elle au sein des services interentreprises ? Et si oui, comment s'opère-t-elle ? Les médecins du travail constituent-ils uniquement la base des praticiens en charge du suivi sanitaire des salariés et perdent encore un peu de leur autonomie ou au contraire participent-ils des nouvelles élites scientifiques et gestionnaires ? Comme le proposent Daniel Benamouzig et Frédéric Pierru, élargir l'échelle d'observation et inscrire

autonomes (des agences), par décentralisation ou par empowerment de groupes d'usagers ; le recours systématique aux mécanismes de marché (concurrence entre acteurs publics et avec le secteur privé, individualisation des incitations, externalisation de l'offre) ; la transformation de la structure hiérarchique de l'administration en renforçant les responsabilités et l'autonomie des échelons en charge de la mise en œuvre de l'action de l'État ; la mise en place d'une gestion par les résultats fondée sur la réalisation d'objectifs, la mesure et l'évaluation des performances et de nouvelles formes de contrôle dans le cadre de programmes de contractualisation. » Philippe BEZES, Didier DEMAZIÈRE, Thomas LE BIANIC, Catherine PARADEISE, Romuald NORMAND, Daniel BENAMOUZIG, Frédéric PIERRU et Julia EVETTS, « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du Travail*, 2011, vol. 53, nº 3, p. 295.

1 Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, la Découverte, coll. « Textes à l'appui. Série Enquêtes de terrain », 2010.

2 Michel ARLIAUD et Magali ROBELET, « Réformes du système de santé et devenir du « corps médical » », *Sociologie du travail*, 2000, vol. 42, nº 1, pp. 91-112.

3 Magali ROBELET, *Les figures de la qualité des soins*, *op. cit.*

4 Eliot FREIDSON, *Professionalism: the third logic*, Chicago, The university of Chicago press, 2001.

5 Daniel BENAMOUZIG et Frédéric PIERRU, « Le professionnel et le « système »: l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du Travail*, 2011, vol. 53, nº 3, p. 332.

l'analyse des dynamiques professionnelles dans celle des transformations sectorielles permet de les appréhender comme un « processus transversal d'intégration »[1] au sein des institutions du secteur.

2.3 La profession comme instrument de l'institution

S'intéresser aux réformes gestionnaires et aux entreprises de rationalisation en cours dans les services interentreprises nous permet d'intégrer l'étude d'un mode d'exercice de la profession médicale dans un cadre plus large de transformations institutionnelles. Les institutions ne sont pas des objets sociaux figés, au contraire elles constituent « une des scènes [...] où se joue la transformation sociale »[2].

Nous suivons l'hypothèse qu'au sein des institutions de prévention de la santé au travail que sont les services interentreprises, le groupe professionnel des médecins du travail est le bras armé qui prend en charge l'outil de prévention de la santé au travail se matérialisant dans l'évaluation de l'aptitude des salariés. En tant que « dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur »[3], ils constituent alors un instrument d'action publique de la prévention de la santé au travail.

Or cet instrument se trouve discrédité au tournant des années 2000, non seulement les médecins du travail sont de moins en moins nombreux pour assurer la prévention, mais de plus l'évaluation de l'aptitude est remise en cause jusque dans leurs rangs. Des « entrepreneurs de réforme »[4], s'efforcent alors de promouvoir et rendre effective une « pluridisciplinarité »[5] conforme autant qu'elle les façonne aux nouvelles normes de prévention de la santé au travail[6] et adaptée au nouveau sens commun réformateur[7] partagé avec une partie des représentants de l'État.

1 Daniel BENAMOUZIG et Frédéric PIERRU, « Le professionnel et le « système » », *art. cit.*
2 Jacques LAGROYE et Michel OFFERLÉ, *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, p. 19.
3 Pierre LASCOUMES et Patrick LE GALÈS, *Gouverner par les instruments*, Paris, les Presses Science Po, coll. « Collection académique », 2004, p. 13.
4 « Groupe d'acteurs qui revendique l'intention et sont en position de transformer les règles d'une institution en faisant montre de compétences et de ressources pour élaborer des diagnostics, promouvoir des solutions et constituer des coalitions favorables à leurs projets ». Philippe BEZES et Patrick LE LIDEC, « Ordre institutionnel et genèse des réformes », *in* Lagroye JACQUES et Offerlé MICHEL, *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, p. 58.
5 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*
6 Nicolas BELORGEY, « « Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences » », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011, vol. 4, n° 189, p. 17.
7 Christian TOPALOV, *Laboratoires du nouveau siècle: la nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*, Paris, EHESS, 1999.

Mais dans quelle mesure l'institution se trouve-t-elle transformée par ce changement de paradigme, par la redéfinition de la place des professionnels en son sein et le changement d'instrument qu'elle porte ? D'ailleurs, le nouvel outil mis en place au sein des services interentreprises est-il fondamentalement différent du précédent ? À la suite de Philippe Bezes et de Patrick Le Lidec, nous nous demandons « ce que les réformes font aux institutions »[1]. En suivant Peter A. Hall et Rosemary C. R. Taylor, pour qui « les organisations adoptent souvent une nouvelle pratique institutionnelle, moins parce qu'elle accroît leur efficacité, que parce qu'elle renforce leur légitimité sociale ou celle de leurs adhérents »[2] faut-il y voir un travail de relégitimation de l'institution ou de ses membres ? Autrement dit, est-ce que la réforme de la « médecine du travail » en « santé au travail » n'a pas avant tout permis le maintien des services interentreprises en tant qu'institution de prévention de la santé au travail ?

3 Ethnographier l'action publique

Le propos de cette thèse est d'analyser la réforme institutionnelle des services de « médecine du travail » devenant services de « santé au travail » et d'y étudier la reconfiguration de la place de leurs professionnels historiques, les médecins. Pour comprendre ces transformations et nous « déplacer au sein de l'objet d'étude »[3], nous observons principalement leurs pratiques au sein des services interentreprises qui les emploient en majorité. En effet, nous ne pouvons analyser les effets externes de la réforme sans d'abord étudier les dynamiques internes qu'elle perturbe[4]. L'enquête est fondée sur l'étude de plusieurs services interentreprises et institutions de santé au travail au cours de laquelle nous avons réalisé cinquante entretiens semi-directifs (cf. annexe 2) et quatre-vingts jours d'observation (cf. annexe 3). Comme la combinaison des méthodes archivistique et ethnographique permet d'avoir à la fois une vision globale de l'activité par le traitement des données chiffrées produites par les enquêtés et une connaissance de leurs pratiques concrètes

1 Philippe BEZES et Patrick LE LIDEC, « Ce que les réformes font aux institutions », *in* Lagroye JACQUES et Offerlé MICHEL, *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, pp. 75-101.

2 Peter A. HALL et Rosemary C. R. TAYLOR, « La science politique et les trois néo-institutionnalismes », *Revue française de science politique*, 1997, vol. 47, n° 3, pp. 484-485.

3 Nicolas BELORGEY, « De l'hôpital à l'état : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », *Gouvernement et action publique*, 2012, vol. 2, n° 2, p. 22.

4 Andrew ABBOTT, *The system of professions an essay on the division of expert labor*, *op. cit.*, p. 35.

représentées par ces catégories administratives[5], nous avons également eu recours à l'analyse de documents de terrain (cf. annexe 4).

3.1 Les services interentreprises comme terrains d'observation

Suite à une première enquête par entretiens portant sur le métier de médecin du travail menée au cours de notre Master 2[1], nous avons focalisé notre recherche sur l'étude de la réforme de la médecine du travail au sein des services interentreprises, principale institution concernée eu égard à la division du travail qui s'y jouait entre médecins du travail et préventeurs non médicaux.

Nous avons négocié notre accès au terrain de 2010 à 2011 dans un *« contexte de réforme non stabilisé »*, selon la formule de l'un de nos enquêtés, la loi « relative à l'organisation de la médecine du travail » ne paraîtra qu'en juillet 2011. L'incertitude dans laquelle sont alors placés les enquêtés se conjugue à de vives tensions au sein des services interentreprises entre les médecins du travail, professionnels historiques des services qui vivent la plupart du temps cette réforme comme une remise en cause de la légitimité et de l'efficacité de leurs pratiques de travail et de leur autonomie professionnelle, et leurs directions, promotrices de la réforme en cours. La « pluridisciplinarité », « emblème de cette réforme et de son esprit »[2] désignant tant les préventeurs non médicaux en cours de recrutement que l'outil d'action publique dont ils sont porteurs est l'objet central de ces conflits.

Ce contexte suscite un fort climat de méfiance et de suspicion parmi nos enquêtés peu favorable à une enquête ethnographique. Suite à l'échec d'une première négociation menée entre février et octobre 2010 avec la direction du service interentreprises 4 (SI4)[3] (cf. partie II, prologue), nous avons choisi de privilégier les échanges directs avec les médecins du travail. En nous fondant sur le réseau d'interconnaissances tissé à partir de premiers entretiens réalisés au cours de l'enquête de Master 2 et aux contacts transmis par des médecins-inspecteurs, nous poursuivons la réalisation d'entretiens semi-directifs en vue de négocier à

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

1 Gabrielle LECOMTE-MÉNAHÈS, *La médecine du travail : de la transformation du groupe professionnel à la modification du métier. La réforme de la médecine du travail de 2004 à 2009*, Mémoire de Master 2 de sociologie, Université de Nantes, 2009.

2 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*

3 Les services interentreprises enquêtés sont numérotés selon la quantité de données recueillies (cf. figure 0.1).

leur issue une présence plus longue au sein des services. Sur le conseil de l'une de nos premières informatrices, elle-même médecin du travail, *« tu auras la porte la plus facile, où tu rencontreras en plus des gens qui sont intéressants et des gens qui travaillent bien ensemble »*, nous sollicitons en novembre 2010 les médecins d'un des « centres annexes » du service interentreprises 3 (SI3), et ce, bien que les précédents entretiens avec les médecins du service aient été laborieux[1]. En 2009, le conseil d'administration de ce service tente d'imposer de manière autoritaire la création d'équipes pluridisciplinaires provoquant des tensions extrêmement importantes avec les médecins. Si les six médecins sollicités nous accordent un entretien (dont la moitié refusera l'enregistrement), aucun n'acceptera notre présence prolongée.

Encadré 0.2 : Procédure d'anonymisation

Lors de l'anonymisation de nos enquêtés, nous avons choisi de les doter d'un prénom au motif que cette caractéristique est un indicateur de position sociale, notamment de l'âge et du genre[2]. Leur attribuer un prénom permet tout d'abord d'identifier les femmes, très nombreuses[3], parmi les médecins du travail dont la dénomination de la profession se fait uniquement au masculin. Ensuite il permet de déterminer la génération à laquelle ils appartiennent, ce qui se révélera significatif dans l'analyse (cf. chapitres 1 et 5)[4]. Afin d'identifier rapidement la profession de nos enquêtés, nous avons fait commencer leur nom de famille fictif par l'initiale de leur métier (M pour médecin ; I pour IPRP ; Inf pour infirmière ; Se pour secrétaire ; D pour directeur ; S pour syndicaliste)[5].

C'est par l'intermédiaire d'un médecin du travail de la *« génération 68 »* tel qu'il se présente lui-même et très impliqué syndicalement (il rejoindra le bureau national du syndicat majoritaire de médecins du travail, le Syndicat national des professionnels de la santé au travail [SNPST], en 2012) que nous accédons au service interentreprises 2 (SI2). Dès que nous croisons Bernard Maillet (cf. encadré 0.2) au congrès national du SNPST fin novembre 2010, il nous invite à enquêter dans son service, le SI2, qu'il présente comme un endroit où le

1 Cf. chapitre 2, 2.2.2, p.144.
2 Baptiste COULMONT, *Sociologie des prénoms*, Paris, La Découverte, 2014.
3 La population masculine est surreprésentée dans notre échantillon de médecins du travail (10 femmes et 13 hommes). Ce biais résulte du mode de recrutement de nos enquêtés. Nous avons d'abord pris contact avec des médecins ayant des responsabilités hiérarchiques au sein des services ou étant impliqués à divers niveaux dans la réforme alors en cours (qu'ils en soient les promoteurs ou qu'ils y résistent).
4 Nous avons trouvé des équivalents aux prénoms d'origine dans : Philippe BESNARD et Guy DESPLANQUES, *Un prénom pour toujours. La côte des prénoms hier, aujourd'hui et demain*, Paris, Balland, 1991.
5 Sur ces questions voir : Emmanuelle ZOLESIO, « Anonymiser les enquêtés », *¿ Interrogations ?*, juin 2011, Quoi de neuf dans le salariat ?, nº 12.

dialogue est bon entre les médecins et la directrice *« très ouverte »*. S'il admet qu'*« on se dit parfois les choses en tapant du poing sur la table »*, il existe un respect mutuel et les médecins sont entendus. De fait sa directrice accepte directement notre venue. Représentant ses confrères au sein du SI2, ce médecin est une figure centrale du service (il rédige une proposition d'un projet de service auprès de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi [DIRECCTE] pour la réforme alors en cours et est le tuteur des deux IPRP du service). Notre entrée par son intermédiaire est un signe du poids du corps médical dans la prise en charge de la réforme dans ce service.

Ce « petit » service interentreprises de la région parisienne emploie une trentaine de personnes, dont 16 médecins du travail, la moitié exerçant à temps partiel, et surveillant entre 41 000 et 42 000 personnes réparties dans environ 3 000 entreprises adhérentes[1]. Nous y réalisons une enquête exploratoire d'une semaine en mai 2011 qui nous permet de recueillir divers matériaux : entretiens semi-directifs avec divers professionnels du service, observation de réunions et d'une vacation, rapports annuels des médecins du service ainsi que divers documents (cf. figure 0.1).

Ne souhaitant pas subir un nouveau refus du directeur, nous contactons le médecin coordonnateur du service interentreprises 1 (SI1) en janvier 2011. Mais la subordination qui le lie à son directeur l'amène à solliciter directement son accord pour négocier notre présence sur le terrain. Celui-ci nous fera adresser par son intermédiaire un courrier officiel au conseil d'administration[2], demande qui sera effectivement refusée, au motif que l'enquête demanderait trop de temps aux salariés du service. Malgré ce refus initial, c'est par le soutien de médecins du travail que le SI1 devient notre principal terrain d'enquête. Après avoir sollicité l'autorisation du directeur pour assister aux réunions mensuelles des médecins du travail et nous être fait davantage connaître au sein du service, Martine Molier nous propose en mai 2011 de la suivre dans son travail et prend le rôle d'intermédiaire auprès de ses collègues. Bien que mal à l'aise vis-à-vis d'un directeur ayant refusé notre présence, nous constatons au cours de l'enquête qu'il prend beaucoup de précautions pour ne pas froisser les médecins dans le contexte conflictuel de la réforme. En conséquence, c'est certainement pour ne pas les heurter qu'il tolérera notre présence. Christian Durand fait très attention à « la

1 Ces effectifs ont été arrondis tout comme ceux présentant les autres services étudiés.

2 « C'est par lettre qu'on sollicitait des agents "particulièrement" dominants une audition ». Hélène CHAMBOREDON, Fabienne PAVIS, Muriel SURDEZ et Laurent WILLEMEZ, « S'imposer aux imposants. À propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses*, 1994, vol. 16, n° 1, p. 123.

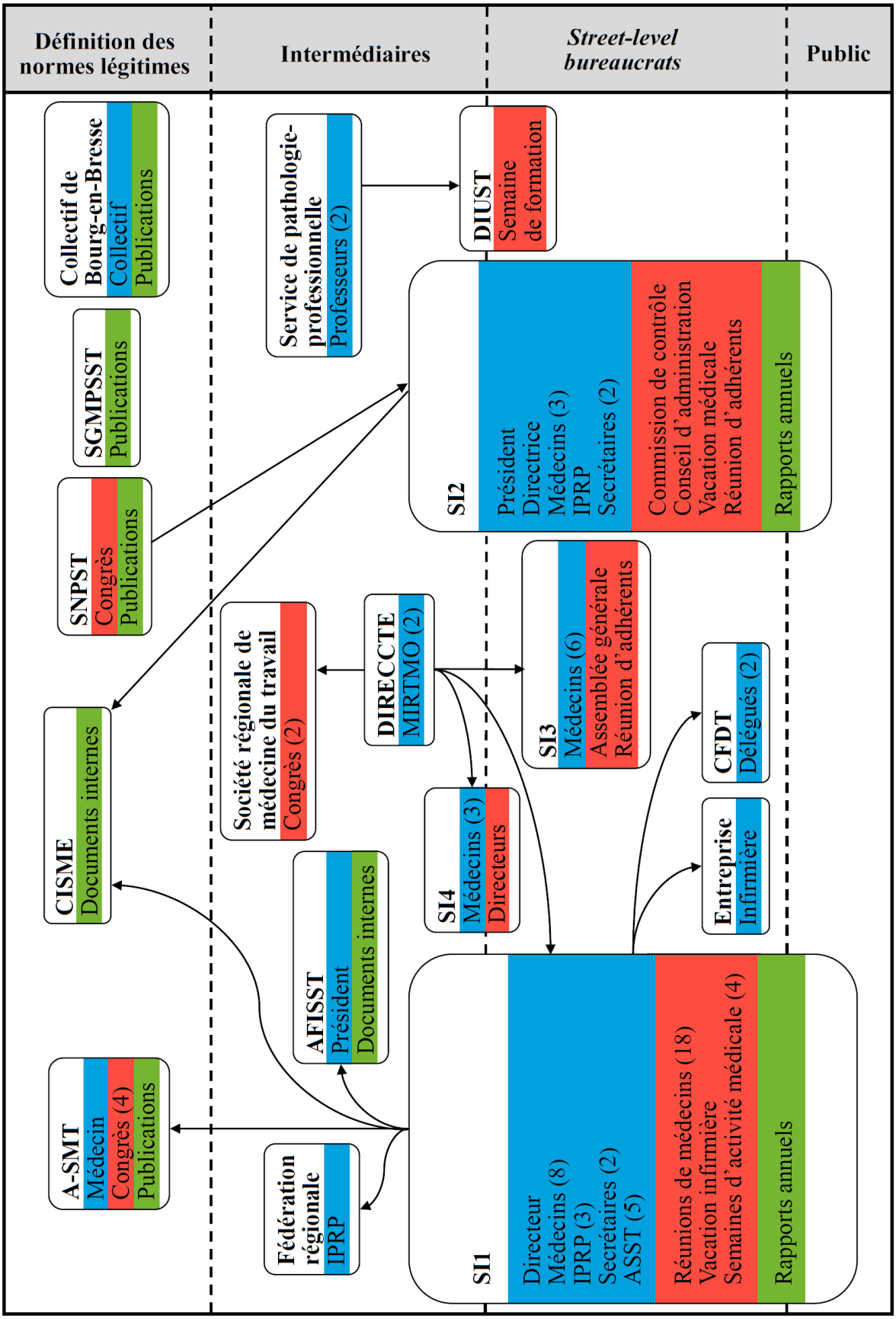
progressivité de la démarche réformatrice »[1] qui lui permet de composer avec la réticence médicale et a dû favoriser notre présence.

Créé en 1943, le SI1 est devenu en 2011, un service de taille importante employant environ 150 personnes dont un peu moins d'une cinquantaine de médecins du travail[2]. Il assure alors la surveillance de 122 000 salariés, employés par 10 000 entreprises adhérentes. L'enquête s'y est déroulée de janvier 2011 à mars 2013. L'observation de réunions mensuelles de médecins du travail et la conduite d'entretiens semi-directifs avec divers professionnels du service nous ont aidée à comprendre le contexte de travail (cf. figure 0.1). Par ailleurs la combinaison de comptages réalisés à partir des rapports annuels d'activité du service combinés à l'observation de visites médicales et d'actions en milieu de travail nous a permis d'y cerner l'évolution de l'activité médicale (cf. annexe 3).

Nous avons associé à l'étude du travail au sein des services interentreprises des terrains complémentaires qui nous ont permis de cerner les enjeux de définition des normes légitimes qui se négocient au cours de la réforme. L'étude de divers documents, la réalisation d'entretiens et d'observation au sein de diverses instances représentant directions de services interentreprises au sein du Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) d'une part et médecins du travail d'autre part, qu'ils soient regroupés en syndicats (Syndicat général des médecins et des professionnels des services de santé au travail et Syndicat national des professionnels de la santé au travail dont nous avons observé un congrès), en association (Association Santé et Médecine du travail dont nous avons observé quatre congrès d'un à deux jours en 2010, 2011 et 2012) ou en collectif (Collectif de médecins du travail de Bourg-en-Bresse avec qui nous avons fait un entretien collectif) nous a permis de confronter leurs représentations de la réforme.

1 Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression*, *op. cit.*, p. 151.
2 Ce service, situé au sein d'une agglomération, est relativement épargné par le manque de médecins.

Figure 0.1 : Plusieurs échelles d'enquête



De plus, les entretiens avec divers « intermédiaires » (deux médecins-inspecteurs et un professeur de pathologie professionnelle), « ces acteurs de second rang [qui] ne sont généralement pas au contact direct du public, mais doivent s'assurer que les personnes du premier rang font bien leur travail conformément aux instructions multiformes émanant du niveau des instances normatives »[1] et l'observation de congrès régionaux de médecins du travail (deux fois deux jours d'observation au printemps et à l'autonome 2011) nous ont renseigné sur les injonctions faites aux professionnels, tant médecins, qu'IPRP (au sein de l'Association française des intervenants en prévention des risques professionnels de Services interentreprises de Santé au Travail dont nous avons interviewé le président) ou infirmières (par l'observation d'une semaine de formation au diplôme inter universitaire de santé au travail). Comme le montre la figure ci-dessous, notre posture rejoint celle tenue par Nicolas Belorgey, pour qui « cette diversité de terrain n'est cependant pas un désordre ; elle est même en soi porteuse d'informations »[2] (cf. figure 0.2).

3.2 Enquêter du côté des médecins

Cette thèse se centre sur les « acteurs publics[3] du premier rang […] dont les faits et gestes font en pratique la politique publique concernée »[4], ici principalement les médecins du travail, mais aussi plus marginalement les préventeurs non médicaux des services interentreprises. Au début de l'enquête, nous tentons naïvement d'observer conjointement ces différents groupes professionnels sans prendre toute la mesure des enjeux politiques qui les opposaient. Ce positionnement à l'intersection de plusieurs groupes sociaux au sein d'une même institution, très peu pratiqué par les sociologues du fait de sa difficulté[5], était impossible dans un contexte de transformation radicale de celle-ci[6]. Acceptant que la question ne soit finalement pas de savoir si l'on doit prendre parti ou pas puisque nous le ferons inévitablement, il nous a fallu savoir de quel côté se placer[7].

1 Cédric LOMBA, « Avant que les papiers ne rentrent dans les cartons : usages ethnographiques des documents d'entreprise », *op. cit.*, p. 14.
2 Nicolas BELORGEY, « De l'hôpital à l'état », *art. cit.*, p. 30.
3 Si les médecins du travail, comme tous les employés des services interentreprises, ne sont pas à proprement parlé des agents du service public, ils prennent en charge des outils d'action publique.
4 Nicolas BELORGEY, « De l'hôpital à l'état », *art. cit.*, p. 14.
5 Séverin MULLER, *A l'abattoir : travail et relations professionnelles face au risque sanitaire*, Paris, MSH, coll. « Natures sociales », 2008, pp. 38-43.
6 D'autant plus que nous réalisions cette enquête seule. À ce sujet voir : Pierre FOURNIER, Cédric LOMBA et Séverin MULLER, « Enquêter en milieu rétif. L'industrie pharmaceutique sous observation collective », *ethnographiques.org*, septembre 2016, 32 « Enquêtes collectives ».
7 Howard BECKER, « Whose Side Are We On? », *Social Problems*, 1967, vol. 14, nº 3, p. 239.

C'est la direction d'un service interentreprises, le SI4, qui nous accorde notre première opportunité d'entrer sur le terrain, percevant dans un premier temps l'enquête comme une occasion de renouer le dialogue avec les professionnels du service. Puis au vu de la conflictualité des relations au sein du service cette ouverture n'est ensuite plus envisageable pour la direction qui considère que notre présence pourrait être interprétée comme de la surveillance pour son compte. Le courrier réaffirmant l'indépendance de la sociologue vis-à-vis d'éventuels commanditaires n'ayant pas été transmis aux salariés du service, nous pouvons nous questionner sur le fondement de cette dernière justification. Dans quelle mesure cette lettre a-t-elle participé de la fermeture de ce terrain ? Que dire du refus des directions à la réalisation de l'enquête ?

En tant qu'« agents dominants et professionnalisés »[1], les directeurs de services interentreprises, tout comme les médecins, contrôlent la définition de la situation et notre accès au terrain[2]. La violence symbolique s'exprime par diverses marques d'« importance »[3] du directeur (maîtrise de la temporalité de l'échange, délégation de l'« accueil » à un subordonné, « intimidation par l'espace »[4]) et d'autant plus fortement qu'un conflit d'intérêts s'installe entre nous, lorsque nous insistons pour « ouvrir » selon nos critères un terrain qu'il ne souhaite plus accorder. Nous ne souhaitons pas pour autant abandonner l'objet d'étude et poursuivons l'enquête par ailleurs, car « entre les usagers qu'elles doivent servir, les agents qui les font fonctionner et les chefs qui les dirigent, à qui "appartiennent" les institutions ? Faut-il toujours admettre que l'autorité qui dit "non" a la légitimité pour le faire ? »[5]

C'est finalement les médecins du travail qui rendront l'enquête possible en acceptant notre présence à leurs côtés. Dans un climat d'incertitude, les médecins qui nous offrent ces

1 Hélène CHAMBOREDON et al., « S'imposer aux imposants. À propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *art. cit.*, p. 115.

2 « Le degré de difficulté éprouvé par le chercheur ne peut être détaché de sa trajectoire sociale, de ses expériences de la vie, du style de recherche pratiqué autour de lui, de son identité psychologique ou morale aux yeux des autres, des types d'interaction qui lui sont en conséquence permis ou rendus impossibles. » Daniel BIZEUL, « Que faire des expériences d'enquête ? », *Revue française de science politique*, 2007, vol. 57, nº 1, p. 73. Jeune femme de 23 ans au début de l'enquête, fille d'une professeure du secondaire et d'un cadre informaticien, petite-fille d'une employée et d'un ouvrier et de professeurs du secondaire, le monde de la santé au travail nous est alors pratiquement inconnu, ainsi que le milieu médical et le secteur privé.

3 Hélène CHAMBOREDON et al., « S'imposer aux imposants. À propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *art. cit.*, p. 123.

4 *Ibidem*, p. 126.

5 Nicolas JOUNIN, *Voyage de classes: des étudiants de Seine-Saint-Denis enquêtent dans les beaux quartiers*, Paris, La Découverte, 2014, p. 123 ; L'auteur poursuit ainsi « s'il faut mesurer déontologiquement chaque pas que l'on fait dans une recherche, il faut en même temps évaluer la pertinence pratique et politique de la soumission aux limites que les autorités entendent poser à la volonté de savoir. » *Ibidem*, p. 124.

possibilités cherchent à mieux comprendre les évolutions en cours afin de réinventer leur rôle professionnel mis à mal par la réforme. Ils sont comparables en cela aux agents des guichets observés par Vincent Dubois qui constatait que : « l'incertitude des agents quant à leur rôle est aussi propice à l'engagement : ils doivent travailler à le réinventer »[1]. Ces médecins curieux de sociologie[2] se situent dans la lignée des médecins critiques influencés par les idées des mouvements de mai 1968 qui provoquèrent les premières rencontres entre médecins et chercheurs en sciences sociales dans les années 1970[3], voire sont ces mêmes personnes (cf. chapitre 1). Cette recherche peut par ailleurs constituer une forme de reconnaissance de leur travail alors qu'ils sont placés dans une posture d'illégitimité[4] par les réformateurs.

Une fois « du côté » des médecins, nous découvrirons que leur relative autonomie protège notre enquête. Cherchant à suivre les « principes convenus de l'observation participante visant à ne pas se faire remarquer »[5], nous serons confrontés à « la difficulté [qui] consiste à intégrer la conflictualité des rapports dans notre comportement, car manifester sa neutralité ici aboutit facilement à être suspecté de coalition avec "l'adversaire". Il faut ainsi trouver des attitudes en adéquation avec le milieu et en assumer les limites. » Ce positionnement ne sera pas simple à tenir, car bien que les enquêtés valorisent un positionnement neutre et indépendant de notre part, un climat de suspicion nous accueillera dans les services, comme le soulignent les premières réactions à la présentation de l'enquête aux médecins du SI1 : *« on est observés »*, *« ah vous êtes venue espionner ! »*[6]

1 Vincent DUBOIS, *La vie au guichet : relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Économica, coll. « Études politiques », 2010, p. 112 ; Sur ces questions voir : Jacques ION et Michel PERONI, *Engagement public et exposition de la personne*, La Tour-d'Aigues, Éditions de L'Aube, 1997.

2 Martine Molier dit ainsi au détours d'une conversation qu'elle aurait aimé suivre des études de sociologie.

3 Claudine HERZLICH et Janine PIERRET, « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, 2010, vol. 51, n° 1, pp. 130-131.

4 Aude BÉLIARD et Jean-Sébastien EIDELIMAN, « Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », *in* Alban BENSA et Didier FASSIN, *Les politiques de l'enquête*, La Découverte., Paris, 2008, p. 134.

5 Séverin MULLER, *A l'abattoir*, *op. cit.*, p. 38, puis pp. 40-41.

6 Ces difficultés sont partagées par des chercheurs étudiant la médecine du travail au moment de sa réforme. « Un dernier biais concerne les inquiétudes des médecins du travail sur la réforme de leur profession à venir. Plusieurs médecins se posent la question du lien entre notre recherche et la réforme et ont manifesté des craintes de manipulation. » Sandrine CAROLY, Céline CHOLEZ, Aurélie LANDRY, Philippe DAVEZIES, Nadine POUSSIN, Marie BELLEMARE, Fabien COUTAREL, Alain GARRIGOU, Karine CHASSAING, Johan PETIT, Geneviève BARIL-GINGRAS, Daniel PRUDHOMME et Perrine PARREL, *Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS : ressources et contraintes*, 2011, p. 52.

3.3 Appréhender les pratiques de prévention

Au-delà des multiples rapports et analyses indigènes publiés sur la question, nous souhaitions appréhender la transformation des pratiques de prévention de la santé au travail suscitée par la réforme institutionnelle. Il nous semblait alors essentiel de comprendre les pratiques des médecins du travail, professionnels historiques des services.

Si les médecins, contactés par réseaux d'interconnaissance acceptent de se prêter à l'exercice de l'entretien, ils sont très soucieux de leur anonymisation (plusieurs refuseront l'enregistrement et l'un d'eux se censurera jusqu'à ce que nous éteignons l'enregistreur[1]) et ce d'autant plus qu'il existe entre eux et leur direction des conflits d'interprétation de la situation de travail[2]. Nous avons apporté une attention particulière tout au long de l'enquête à ne pas divulguer les informations recueillies au cours des entretiens et des observations dans les milieux d'interconnaissance des enquêtés.

Rapidement confrontée à la difficulté de nos enquêtés à expliciter en détail des pratiques de travail quotidiennes[3] qui restaient impénétrables en raison de notre méconnaissance du contexte de travail[4], il nous importait néanmoins de saisir les pratiques derrière les discours. Dans un contexte où les réformateurs considèrent les pratiques médicales comme illégitimes, les directions des services interentreprises sont réticentes à la démarche[5] au contraire de quelques médecins. Selon un processus courant en ethnographie, nous avons pu développer cette méthode de recueil des données grâce à l'une de nos informatrices, Martine Molier, qui non seulement s'est proposée pour que nous observions son travail, mais qui en outre a convaincu certains de ses collègues de faire de même (cf. chapitre 6). D'autres médecins ayant choisi de se tenir à l'écart de l'investigation sociologique mirent en avant l'absence de validation par le Conseil de l'Ordre des médecins pour justifier auprès de leur collègue leurs doutes quant à l'adéquation de l'enquête avec les règles de la

1 Cf. chapitre 2, 2.2.2,p.144.
2 Aude BÉLIARD et Jean-Sébastien EIDELIMAN, « Au-delà de la déontologie », *op. cit.*
3 Anne-Marie ARBORIO, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, coll. « Sociologiques », 2001, p. 123.
4 Nicolas JOUNIN, *Chantier interdit au public*, Paris, la Découverte, 2008, p. 251.
5 La direction du SI4 souhaite initialement orienter la recherche vers l'étude du travail pluridisciplinaire alors que lors de nos premiers échanges, le directeur et le médecin coordonnateur du SI1 annoncent d'emblée que l'observation des visites médicales est impossible, par respect du secret médical.

déontologie médicale. Les médecins du travail, pour qui les enjeux de secret médical sont cruciaux[1], sont en effet régulièrement la cible d'attaques de la part de cette instance[2].

Les médecins observés ayant accepté notre présence sur le terrain, c'est de l'accord des salariés rencontrés en consultation dont il a fallu se soucier. Tout en ayant conscience qu'ils pouvaient difficilement refuser du fait de la relation asymétrique dans laquelle ils se trouvaient[3], nous avons systématiquement sollicité leur accord pour les observer. Avant chaque consultation, le médecin, nous présentant comme *« une étudiante »* plus rarement comme *« une chercheuse en sociologie »*[4], demandait au salarié s'il consentait à notre présence avant de le faire entrer dans le cabinet où nous étions déjà installée. Si la plupart des salariés ont accepté, quelques-uns refusèrent[5]. Nous sortons alors de la pièce pour attendre la fin de la consultation. Le plus souvent assise à côté du bureau afin de pouvoir laisser passer le médecin lorsqu'il se déplace pour aller ausculter le salarié, nous nous situons tant physiquement qu'institutionnellement « aux côtés » des médecins.

4 Faire varier les échelles d'analyse : trois niveaux d'exposition

Le changement d'échelle d'observation faisant varier les effets de connaissance du terrain d'enquête[6], l'exposition de l'argumentation se divise en trois parties correspondant

1 Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire*, *op. cit.*

2 Pour un recensement effectué par Dominique Huez, médecin du travail qui fait lui-même l'objet d'une plainte, voir : http://www.a-smt.org/2017/2017-04-04-Bilan-plaintes-Ordinales.pdf

3 « La procédure de l'information consentie repose sur les principes de l'individualisme, chaque personne doit se prononcer seule sur son choix à être l'objet d'enquête. Dès lors, elle ignore les relations de pouvoir, de domination entre des collectifs ou au sein des institutions. » Mustapha EL MIRI et Philippe MASSON, « Une charte de déontologie est-elle utile ? », *in* Sylvain LAURENS et Frédéric NEYRAT, *Enquêter de quel droit ? Menaces sur l'enquête en sciences sociales*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du croquant, 2010, pp. 267-290 ; Sur la relation de la domination au cours des consultations de médecine du travail, voir la contribution de Daniel Bachet : François ABALLEA et Arnaud MIAS, *Organisation, gestion productive et santé au travail*, Toulouse, Octarès, 2014.

4 Étudiante de 3e cycle, nous serons régulièrement assimilée au cours de l'enquête à une interne en médecine du travail. Il nous arrivera de ne pas lever l'ambiguïté de la discipline du doctorat préparé, estimant que même si elle n'est pas formalisée dans le cadre d'un Code notre pratique est guidée par une déontologie respectueuse des enquêtés.

5 Les salariés qui se permettent de refuser notre présence ont eux-mêmes sollicité la visite médicale pour exposer des situations douloureuses ou conflictuelles.

6 Jacques REVEL, *Jeux d'échelles : la micro-analyse à l'expérience*, Paris, Gallimard, coll. « Hautes études », 1996, p. 19. Selon l'auteur : « jouer sur les échelles de représentation en cartographie ne revient pas à représenter une réalité constante en plus grand ou en plus petit, mais à transformer le contenu de la représentation (c'est-à-dire le choix du représentable) ».

chacune à un niveau d'analyse[7] permettant d'appréhender les transformations de la place de la médecine au sein des services de santé au travail interentreprises.

Nous verrons tout d'abord dans une première partie, comment les professionnels puis les dirigeants de l'institution recadrent le mandat de prévention des services interentreprises, au niveau macro-social[1] « de la définition des normes légitimes du secteur »[2]. Comment leurs définitions divergentes de la prévention en santé au travail transforment-elles les normes professionnelles en vigueur au sein de l'institution ? Au cours de la seconde moitié du XX^{e} siècle, le groupe professionnel des médecins du travail se structure à la faveur de l'ouverture sociale et de la féminisation des études médicales. La recomposition de ce groupe qui développe, via un courant critique, des pratiques de travail hétérodoxes, bouscule les normes professionnelles alors en vigueur dans l'institution et va pour certains jusqu'à interroger la pertinence de l'évaluation de l'aptitude, centrale dans la pratique (chapitre 1). Cette critique professionnelle s'inscrit dans l'émergence d'un nouveau paradigme de la prévention en santé au travail. Mais au tournant des années 2000, les dirigeants désarment cette critique. Ils se réapproprient le mandat de prévention par le biais de nouveaux dispositifs de gestion qui obtiennent l'assentiment des services de l'État qui y sont familiarisés par le biais du *New Public Management*. Les représentants des employeurs promeuvent une « pluridisciplinarité » fondée sur une prévention non médicale qui favorise le recrutement de groupes professionnels dont les pratiques sont plus ajustées à ces nouvelles normes. Les professionnels historiques de l'institution s'en trouvent marginalisés (chapitre 2).

Dès lors comment se redéfinit localement au sein des services interentreprises la place de la médecine, profession qui y fut centrale pendant un demi-siècle ? Dans quelle mesure les médecins du travail participent-ils à une division du travail qui s'opère par l'intermédiaire des nouveaux dispositifs de gestion et contribue à réduire leur autonomie professionnelle ? Si les professionnels résistent dans un premier temps au nom de leur indépendance professionnelle, ils sont peu à peu intégrés à l'encadrement du fait de leur statut professionnel (chapitre 3). Dès lors comment s'opère la division du travail ? Quelles sont les tâches que les médecins

7 Nous reprenons la classification développée par Nicolas Belorgey pour qui « toute action publique comporte [...] quatre niveaux dont aucun ne doit être négligé pour aboutir à une compréhension d'ensemble ». Nicolas BELORGEY, « De l'hôpital à l'état », *art. cit.*, p. 13.

1 Nous avons conscience de réifier une représentation verticale de l'action publique en présentant les matériaux puis l'analyse d'une échelle macro-sociale à une échelle plus microsociale, mais il nous semble nécessaire de connaître ce contexte national pour comprendre les interactions observées entre les préventeurs et leur public.

2 Nicolas BELORGEY, « De l'hôpital à l'état », *art. cit.*, p. 13.

conservent pour préserver leur pouvoir et quelles sont celles qu'ils sacrifient aux préventeurs nouvellement recrutés ? Nous verrons que le travail se divise selon le statut de ces professionnels et leur appartenance, ou non, aux professions paramédicales. Surchargés de travail, les médecins acceptent *in fine* la délégation du suivi sanitaire régulier des salariés à des infirmières en tant que profession paramédicale. Le transfert de ce rôle se fait sous le contrôle direct des médecins du travail qui conservent le suivi de salariés dont l'aptitude doit être (ré)évaluée qui relève de leurs prérogatives professionnelles (chapitre 4). Les tâches nouvellement légitimées qui consistent en l'évaluation des risques professionnels et le conseil aux employeurs et aux salariés sur les lieux de travail sont, quant à elles, déléguées aux préventeurs non médicaux. Comment ceux-ci s'approprient-ils le mandat de prévention ? Celui-ci échappe-t-il complètement au contrôle médical ? (chapitre 5)

La troisième partie étudie les enjeux pratiques pour la constitution des métiers de prévention des rapports entre « Street-level bureaucrats »[1] et les « destinataires de l'action publique »[2] que sont les salariés et leurs employeurs. Les médecins du travail, surchargés de travail, rencontrent plus qu'auparavant un public à la santé précaire au sein du cabinet médical. La prise en charge d'un public à la santé dégradée conforme à leur ethos professionnel mais dévalorisée par les réformateurs, contribue-t-elle à leur marginalisation au sein des services interentreprises ? Dans quelle mesure ce changement de public contribuet-il à la transformation de l'outil de prévention porté par les médecins du travail ? Que devient l'évaluation de l'aptitude quand tous les salariés ne peuvent être suivis médicalement ? (chapitre 6). Cette réorganisation du travail médical facilite la délégation du suivi régulier de l'ensemble des salariés aux préventeurs non médicaux et le changement d'outil de l'institution qui passe de l'évaluation de l'aptitude à celle des risques des professionnels. Comment les préventeurs non médicaux mobilisent-ils cet outil ? Comment remplissent-ils le rôle qui leur incombe dorénavant de conseil auprès des employeurs et salariés et comment s'opère ainsi la nouvelle répartition de l'autorité sur les questions de santé au travail ? (chapitre 7)

1 Michael LIPSKY, *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*, New York, Russell Sage Foundation, 2010.

2 Nicolas BELORGEY, « De l'hôpital à l'état », *art. cit.*, p. 14.

Partie I

Le recadrage d'un mandat de prévention

Eliot Freidson « discerne la profession du simple métier à ce qu'elle a acquis le droit d'exercer son contrôle sur son propre travail. »[1] En tant que médecins, les médecins du travail dépendent du Code de déontologie qui garantit leur indépendance professionnelle. Mais en tant que salariés, il importe également d'observer comment, au-delà d'un contrôle exercé sur les activités de routine, « le périmètre de leur travail légitime se modifie insensiblement, sous l'effet des pressions et des attentes exprimées de part et d'autre »[2] et notamment de la part de leurs employeurs.

La définition des attributions de la médecine du travail a été dès son institutionnalisation l'objet de négociations entre État, employeurs et représentants des salariés et a oscillé entre médecine sociale et médecine d'usine. Créée, au cours de la Seconde Guerre mondiale, dans un contexte de pression allemande sur la politique de main-d'œuvre française qui amène au Service du travail obligatoire (STO), le mandat de la médecine du travail est redéfini à la Libération par la loi de 1946 qui stipule que *« ces services seront assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de "médecins du travail" dont le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé du travailleur du fait de son travail »*[3], bien que son organisation reste similaire. Mais finalement « sans soutien étatique et en l'absence d'un véritable engagement des syndicats, les médecins du travail se retrouvent au Conseil supérieur de la médecine du travail et de la main-d'œuvre [CSMT] comme dans les entreprises, dans un tête-à-tête inégal avec le patronat »[4].

Les médecins du travail ont alors pour principale mission d'évaluer l'aptitude des salariés à leur poste de travail au cours de visites médicales. Si après-guerre cette médecine s'exerce souvent à temps partiel, en complément d'une activité libérale, le groupe professionnel des médecins du travail se structure ensuite à la faveur de l'ouverture sociale et de la féminisation des études supérieures en général et des études médicales en particulier. De nouvelles conceptions du métier portées par une exigence d'une indépendance associées à un exercice exclusif de cette nouvelle génération de médecins contribuent à questionner le mandat qui leur a été attribué. Les médecins du travail les plus critiques hybrident leurs savoirs et savoirs-faire[5] au contact de disciplines non médicales telles que la toxicologie ou l'ergonomie afin de se se spécialiser sur les conditions de travail. L'intégration de savoirs

1 Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, *op. cit.*, p. 81.
2 Pascal MARICHALAR, *Médecin du travail, médecin du patron ?*, *op. cit.*, p. 170.
3 Article 1, Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946, Organisation des services médicaux du travail, JORF du 12 octobre 1946.
4 Stéphane BUZZI, Jean-Paul DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, *La santé au travail*, *op. cit.*, p. 65.
5 Patrice PINELL, « La genèse du champ médical », *art. cit.*

maîtrisables par d'autres professionnels dans leurs pratiques, associée à la dénonciation des insuffisances du modèle assurantiel porte leurs mobilisations, conjointe à celles de profanes, pour de faire émerger les problèmes de santé au travail dans l'espace public[1] (cf. chapitre 1).

Ce recadrage[2] des questions de santé au travail trouve son expression la plus emblématique dans le scandale de l'amiante qui éclate en France à la fin de la décennie 1990. Il dévoile une gestion défaillante de la prévention de la santé au travail et fragilise le système de compromis issu de la loi de 1898 sur l'indemnisation des accidents du travail. L'État qui avait délaissé ces questions aux partenaires sociaux les réinvestit, développant une expertise publique indépendante qui passe par des agences d'État (tels l'Institut de veille sanitaire [InVS] ou l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail [AFSSET] qui s'occupe des risques professionnels depuis 2006[3]) et promeut une approche épidémiologique au détriment de l'approche clinicienne précédemment valorisée[4]. Ce nouveau paradigme « bouscule les institutions héritées du paritarisme et du dialogue social »[5] et définit un nouveau cadre d'action.

S'engage, à partir de l'accord du 13 septembre 2000 sur *la santé au travail et la prévention des risques professionnels*, une réforme consistant à ouvrir les services interentreprises où les médecins disposaient d'un quasi-monopole du mandat de prévention de la santé au travail à des préventeurs non médicaux. Si les syndicats de salariés restent attachés à une prévention médicale, les représentants patronaux, selon un processus décrit par Luc Boltanski et Eve Chiapello dans *Le nouvel esprit du capitalisme*[6], récupèrent une partie des thèmes de contestation en promouvant l'action en milieu de travail et la « pluridisciplinarité »

1 Anne-Sophie BRUNO et al., *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs, XIXe-XXe siècles*, *op. cit.*, p. 19.

2 «To frame is to select some aspects of a perceived reality and make them more salient in a communication text, in such a way as to promote a particular problem definition, causal interpretation, moral evaluation, and/or treatment recommendation for the item described. » Robert M. ENTMAN, « Framing », *art. cit.* ; « Cadrer c'est sélectionner certains aspects d'une réalité perçue et les rendre plus saillants dans un support de communication, de façon à promouvoir une définition particulière de problème, des interprétations causales, une évaluation morale ou des recommandations de traitement » Traduction d'Érik Neveu, Érik NEVEU, *Sociologie politique des problèmes publics*, *op. cit.*, p. 99.

3 Marcel GOLDBERG, « Experts et militants : les nouveaux acteurs de la santé au travail », *Cahiers Risques Collectifs et Situations de Crise*, 2008, n° 9, p. 81.

4 Emmanuel HENRY, « La reconfiguration de l'expertise en santé au travail : vecteur de transformation de l'action publique ? », *in* Nathalie DEDESSUS-LE MOUSTIER et Florence DOUGUET, *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Paris, Tec & Doc, coll. « Sciences du risque et du danger », 2010, pp. 259-270.

5 Eric VERDIER, « La gouvernance de la santé au travail : le dialogue social recadré par un paradigme épidémiologique ? », *in* Catherine COURTET et Michel GOLLAC, *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, 2012, p. 103.

6 Luc BOLTANSKI et Ève CHIAPELLO, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999, p. 243.

et désarment ainsi la critique médicale des années 1980 et 1990. Les représentants des dirigeants des services interentreprises se mobilisent largement pour ne pas perdre la gestion des services qui leur était conférée du fait de la responsabilité des employeurs en matière de gestion du risque professionnel. Dotés d'outils auxquels les services de l'État ont été familiarisés par le biais du *New Public Management*[1], leurs propositions s'adaptent à la gestion étatique des questions sanitaires. Les médecins, bien qu'appelant eux aussi de leurs vœux une réforme de l'institution, n'arrivent pas à s'accorder sur une représentation unifiée de leur mission et se trouvent en position de résistance (cf. chapitre 2).

1 Philippe BEZES, *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, PUF, coll. « Le Lien social », 2009.

Chapitre 1

Un cadrage professionnel : effet de génération et renouvellement des pratiques

> « Sur un plan démographique, vous avez beaucoup de médecins qui maintenant ont entre 40 et 50 ans qui sont arrivés à ce moment-là et qui ont renouvelé un peu la façon de travailler des anciens médecins du travail qui étaient encore souvent, qui étaient vraiment dans ce qu'on appellerait l'ancien régime c'est-à-dire qui fonctionnaient plus sur des notions acquises. » (entretien avec Jean-Pierre Maillard, médecin du travail, 61 ans, SI1)

Dans les années 1940 et 1950, la médecine du travail est pratiquée, le plus souvent à temps partiel, par des non-spécialistes qu'ils soient anciens médecins militaires ou médecins généralistes qui en attendent une source de revenus complémentaires. S'ils prennent en charge les questions de santé au travail, cette activité est annexe dans leurs pratiques et ne questionne pas leur identité professionnelle définie par ailleurs. La définition de la professionnalité du groupe et l'élaboration d'un métier spécifique se pose davantage à mesure que se constitue un corps de médecins du travail. Au milieu des années 1960, les services étatiques menacent de retirer l'agrément des services médicaux qui ne respecteraient pas les dispositions légales et cherchent à y assurer la présence de médecins diplômés à temps plein. Cette volonté de l'État

se conjugue à l'arrivée d'une « nouvelle et dense génération de médecins (en 1975, 52 % des titulaires du certificat de spécialisation l'ont obtenu après 1970) [qui] voit dans la critique des pratiques du passé la condition d'une véritable médecine préventive »[1]. La médecine du travail se constitue peu à peu en une véritable spécialité, reconnue comme telle grâce à la réforme des études médicales de 1982.

Comme à l'Inspection du travail, à partir des années 1970, certains médecins sont attirés par l'institution de la médecine du travail non pas pour ce qu'elle est, mais pour ce qu'ils projettent sur elle et vont ensuite montrer une distance importante aux règles en usage[2]. Or « la définition des rôles et des règles institutionnelles s'opérant en pratique avant tout, ainsi que dans l'ordre des représentations, elle n'est jamais complètement figée »[3]. Le courant critique de la nouvelle « génération » médicale[4] cherchant à faire valoir son indépendance vis-à-vis des employeurs contribue à faire évoluer le mandat de prévention qui consiste principalement à évaluer l'aptitude des salariés à leur poste de travail au cours de visites médicales. C'est par l'hybridation avec les sciences accessoires que cette médecine sociale étend le registre de ses pratiques à l'investigation des lieux de travail[5] afin de mieux en cerner l'organisation.

Alors que nous aurions pu penser que la professionnalité des médecins du travail se situait dans l'évaluation de l'aptitude des salariés – seule pratique réservée aux médecins —, la critique de cette notion vient des membres du groupe professionnel eux-mêmes. Comment dès lors redéfinissent-ils leur mandat professionnel ? Poursuivant leurs réflexions sur la préservation de leur indépendance professionnelle et sur l'adéquation de leurs pratiques au mandat qu'ils se sont attribué de prévention de la santé des salariés, ils redéfinissent peu à peu leur mode d'exercice et reviennent à une pratique plus clinique, élément de préservation de leur autonomie professionnelle[6]. Après avoir appréhendé par la présentation des trajectoires de nos enquêtés les modes d'accès au métier de médecin du travail, nous étudierons dans un

1 Stéphane BUZZI, Jean-Paul DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, *La santé au travail: 1880-2006*, Paris, la Découverte, coll. « Repères », 2006, p. 79.
2 Marie SZARLEJ-LIGNER, *Socio-histoire de l'Inspection du travail : une administration comme une autre ?*, Thèse de sociologie, Université de Nantes, 2017, p. 287.
3 Delphine DULONG, « Au dedans et en dehors : la subversion en pratiques », *in* Jacques LAGROYE et Michel OFFERLÉ, *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, p. 249.
4 Sur la notion de génération critique voir : Gérard MAUGER, « Gauchisme, contre-culture et néo-libéralisme. Pour une histoire de la « génération de mai 1968 » », *in* CRISPA et CURAPP, *L'identité politique*, Paris, PUF, 1994, pp. 206-226.
5 Patrice PINELL, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 2009, vol. 2, n° 50, p. 315.
6 *Ibidem*.

deuxième temps les pratiques que ces médecins ont contribué à renouveler avant de pointer notre attention sur le courant critique du groupe professionnel porteur de ces changements.

1 Un mode d'exercice peu sélectif

L'ouverture sociale des études médicales dans les années 1960 renouvelle la population de médecins du travail. À la faveur de la transformation du corps médical se constitue une nouvelle génération[1] de médecins du travail ayant une pratique exclusive de l'activité. Bien que leurs trajectoires soient souvent marquées par de nombreuses mobilités, ils occupent plusieurs postes avant de privilégier ce mode d'exercice, ces médecins semblent trouver une forme de stabilité en exerçant la médecine du travail.

1.1 CES et ouverture des études médicales : la féminisation

À la fin des années 1950, les études de médecine se composent en un « double système de formation, universitaire d'un côté, et hospitalier de l'autre »[2]. Au sein des facultés et écoles de médecine, les étudiants suivent six années d'études médicales à l'issue desquelles ils obtiennent un doctorat d'État de médecine et peuvent exercer la médecine générale. Ils peuvent compléter leur formation et se spécialiser en obtenant un certificat d'études spécialisées (CES). La filière hospitalière est quant à elle plus élitiste. En effet, à cette époque, environ la moitié des étudiants passaient, à partir de la deuxième année, le concours de l'externat où la formation clinique, faiblement rémunérée, était considérée comme de qualité bien supérieure. Après une année d'externat, « environ 30 % des externes réussissaient le concours de l'internat des hôpitaux des villes de faculté, souvent après plusieurs tentatives. Au total, seulement 15 % des étudiants en médecine devenaient internes »[3] obtenant un concours très sélectif et valorisé, jalon indispensable des carrières hospitalo-universitaires.

Parmi cette variété de filières plus ou moins renommées, la majorité des étudiants en médecine passent par la voie du Certificat d 'études spéciales (CES) pour obtenir un ou

1 « La situation de génération circonscrit, du fait de leur situation spécifique dans l'espace sociohistorique, les individus dans un champ des possibles déterminé et favorise ainsi un mode spécifique d'expérience et de pensée, un mode spécifique d'intervention dans le processus historique. » Karl MANNHEIM, *Le problème des générations*, 2e édition., Paris, A. Colin, 2011, p. 68.

2 Marc-Olivier DÉPLAUDE, *La hantise du nombre: une histoire des numerus clausus de médecine*, Paris, les Belles Lettres, 2015, p. 58.

3 *Ibidem*, p. 56 Précisons par souci d'exhaustivité qu'en quatrième année, les étudiants des facultés et écoles de médecine pouvaient concourir aux internats des hôpitaux non universitaires et de psychiatrie, moins valorisés.

plusieurs titres de spécialistes. Ces diplômes, parfois validés par sécurité, n'étaient pas toujours valorisés durant la carrière du médecin. Le CES de *médecine du travail et d'hygiène industrielle* n'échappe pas à cette tendance. Créé en 1949, il devient CES de *médecine du travail* en 1972 et voit sa durée portée à deux ans (dont des stages pratiques obligatoires) en 1977[1] :

> « C'était un moyen de se dire [il cherche la bonne formulation] j'aurai peut-être envie de faire autre chose un jour. Voilà. Donc à l'époque on était nombreux. On est pas mal de ma génération à avoir fait le CES de médecine du travail. Il y a plein de médecins qui l'ont et qui ne l'ont jamais exploité. J'en connais quelques-uns de ma promo qui sont installés ici, qui sont titulaires d'un CES qui ne l'ont jamais mis en application. J'en ai trois à l'esprit, quatre » (entretien avec Gérard Maurin, médecin du travail, 59 ans, SI1)

Comme dans les autres disciplines universitaires, le nombre d'étudiants en médecine augmente fortement au cours des années 1960. Cet accroissement est non seulement dû aux politiques éducatives de l'entre-deux-guerres poussant à l'allongement de la durée de la scolarité et à la valorisation des études supérieures portée par les pouvoirs publics et les milieux patronaux à ce moment-là ; mais également à l'accès plus important de bacheliers d'origine populaire et de femmes aux études supérieures dans la période d'après-guerre. De 1960 à 1967, « la part d'enfants ouvriers et d'employés parmi les étudiants en médecine passe de 9 % à 12 %, et celle des femmes, de 25 % à 29 %. »[2]

En arrivant dans le champ médical, les femmes s'écartent de l'ethos médical traditionnel construit sur une « disponibilité permanente »[3] et investissent de nouvelles « spécialités » qui leur semblent plus abordables, compatibles avec une vie de famille et qui ne les placent pas en concurrence avec leurs homologues masculins[4]. La pratique salariée possible après l'obtention d'un CES présente ces opportunités. La médecine du travail remplit

1 Françoise PIOTET, Mario CORRELA, Claude LATTES et André MOISAN, « Enquête sociologique. Entre profession et métiers : les médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles*, 1997, vol. 58, nº 1-2, p. 38.

2 Marc-Olivier DÉPLAUDE, *La hantise du nombre*, *op. cit.*, p. 64 Les précédents facteurs explicatifs proviennent également de cet ouvrage.

3 Nathalie LAPEYRE et Nathalie LE FEUVRE, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, 2005, vol. 1, nº 1, pp. 59-81.

4 Anne-Chantal HARDY-DUBERNET, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », *Revue française des affaires sociales*, 2005, vol. 1, nº 1, p. 40 ; Geneviève PAICHELER, « Carrières et pratiques de femmes médecins en France (1930-1980): portes ouvertes ou fermées ? », *in* Pierre AÏACH, Dominique CÈBE, Geneviève CRESSON et C. PHILIPPE, *Femmes et hommes dans le champ de la santé approches sociologiques*, Rennes, Éd. de l'ENSP, coll. « Recherche, santé, social », 2001, pp. 179-196.

alors toutes les conditions pour accueillir massivement ces femmes, qui en 1982, représenteront 64 % des 5 889 médecins du travail.

1.1.1 Pratiquer la médecine du travail à défaut de la médecine générale ?

De nombreux médecins du travail ayant préparé le CES comme « une garantie pour le cas où »[1], cherchent d'abord à s'installer en médecine générale, mais les difficultés à s'établir et des impératifs familiaux les amènent à finalement jouer la carte de la médecine du travail. Comme nous allons le voir à travers divers « portraits » d'enquêtés, c'est notamment le cas de neuf des quinze d'entre eux détenteurs d'un CES de médecine du travail (cf. Annexe 1).

Seul l'un d'entre eux, Jean-Pierre Maillard, parvient effectivement à s'installer. Fils d'un pharmacien et d'une vendeuse, né en 1950, il effectue des remplacements pendant un an dans un service interentreprises en région parisienne à l'issue de ses études de médecine, le temps de préparer le CES de médecine du travail. Il s'installe ensuite comme médecin généraliste dans la région avec son épouse, secrétaire médicale, qui l'assiste dans son cabinet. Après cinq ans d'un exercice libéral de plus en plus prenant et la naissance de sa fille, il se réoriente en médecine du travail et sa femme arrête de travailler afin de privilégier *« une voie certes moins lucrative, mais plus compatible avec une vie de famille »*. Il est recruté au SI1 en 1980, *« déjà à cette époque-là, il fallait le diplôme ».*

Deux autres de nos enquêtés, Daniel Minguet et Danielle Meyrac, nés entre 1949 et 1950, de parents appartenant à la petite bourgeoisie exercent pendant cinq ans en cabinet avant de trouver un poste en médecine du travail. Alors que Daniel Minguet, dont la femme est médecin du travail, se reconvertit *« pour diverses raisons qui vont de l'éloignement où j'étais à la qualité de vie »*, Danielle Meyrac, qui fait de la médecine *« pour faire du soin »* tout en passant le CES de médecine du travail *« au cas où »*, ne peut s'installer dans le même cabinet que son mari lui aussi médecin généraliste. Ayant à ce moment-là le premier de ses quatre enfants, elle prend un poste de médecine du travail dans la même ville afin de rester proche de sa famille. Très attachée à ce passé de médecine générale, elle dit en avoir conservé sa manière de travailler au cours des visites médicales. Elle accorde beaucoup d'importance au dialogue et à la relation avec les salariés et insiste sur l'intérêt de l'aspect psychologique et humain de son travail. En tant que médecin coordinatrice, elle organise par ailleurs des formations identiques à celles des médecins généralistes pour les médecins de son service.

1 Françoise PIOTET, « Médecins du travail », *in La révolution des métiers*, Paris, PUF, 2002, p. 293.

Parmi les enquêtés, les médecins du travail recrutés ensuite dans la décennie 1980 sont souvent d'origine plus populaire (milieu agricole, employés ou agents de la fonction publique)[1]. Pratiquant des remplacements en médecine générale, ils connaissent également des difficultés à s'installer. C'est ainsi une série de contraintes qui ont amené Chantal Mermet, fille d'un ouvrier agricole et d'une femme de ménage, à pratiquer la médecine du travail :

> « Alors pourquoi j'ai fait ce CES à l'époque ? Et bien pour plusieurs raisons. Parce que d'abord, c'est une époque où il y avait assez peu de postes de médecins. Moi je voulais être généraliste à la base. J'ai essayé de faire des remplacements. J'ai essayé et quand je suis arrivée en fin d'études, je me suis aperçue que pour s'installer, il fallait des sous, il fallait trouver un cabinet, tout ça. Et puis j'avais pas de sous, je ne connaissais personne. Je suis pas du tout issue d'un milieu médical donc ça me paraît vraiment très compliqué. Et puis bon je me suis dit : "je vais avoir du mal dans cette branche là". Après j'ai travaillé comme résidente dans une clinique. Et là je travaillais quasiment, pas 24 h/24 mais enfin presque. Tous les jours, tout le temps. Et puis mon mari a dit : "ça va pas, non. C'est pas..." Enfin il ne se voyait pas vivre avec quelqu'un qui passerait son temps au travail. Pas très bien payé en plus. Et puis moi je ne me voyais pas avoir une vie de famille dans ces conditions-là. Donc c'est naturellement que je me suis orientée vers ce type de médecine. Donc c'est vrai surtout parce que c'était une médecine salariée avec une vie professionnelle, on va dire, plus facilement conciliable avec une vie personnelle. Et puis parce qu'étant issu d'un milieu ouvrier, pour moi c'était une orientation naturelle. Le monde du travail, c'était quelque chose que je connaissais pas mal. Voilà donc c'est pour ça que j'ai choisi plutôt cette spécialité. J'aurai pu faire dermato ou ophtalmo ou autre chose, mais j'ai choisi celle-là. Et puis ma foi, j'ai jamais regretté. » (entretien avec Chantal Mermet, médecin du travail, 53 ans, service interentreprises)

C'est souvent par compromis familial, au moment où les couples ont leur premier enfant que les enquêtés, hommes ou femmes, s'orientent vers la médecine du travail. Mais bien que ce choix se fasse par défaut, rares sont les médecins qui regrettent cette orientation *a posteriori*. Même si leur orientation professionnelle est contrainte, ces médecins s'approprient et construisent leur pratique, comme nous le voyons chez Michel Mura[2].

1 Cf. Annexe 1. Il s'agit notamment de Michel Mura, Françoise Mialon, Gérard Maurin, Chantal Mermet et Martine Molier. Notons qu'ils sont tous syndiqués au SNPST.

2 Pour la suite de ce portrait, cf. chapitre1, 2.2.2, p.79.

Né en 1951 de parents paysans[1], Michel Mura est l'aîné d'une fratrie composée également d'un paysan, d'une secrétaire médicale et d'un facteur. *« Je suis de la campagne et je suis le seul à avoir fait des études ». « Au départ j'étais quand même très, très motivé pour faire de la médecine générale que j'ai faite un petit moment, en remplacement »,* mais par compromis familial il décide de vivre en ville avec sa femme avec qui il aura trois enfants qui travaille aujourd'hui pour le ministère des Affaires étrangères. Ne souhaitant pas y pratiquer la médecine générale et doté d'un CES, il s'oriente vers la médecine du travail, ce qu'il souligne comme étant un choix assumé : *« moi si j'ai fait ce métier, c'est que j'y croyais dès le départ »*. Ce médecin est recruté au SI3 à la fin de l'année 1982. Il y exerce toujours :

> « J'arrivais dans un service, dans un bassin d'emploi, où il y avait, surtout à l'époque, pas mal de créations d'emplois. Encore maintenant. [...] et se mettait en place, à l'époque, ce qu'on appelle le tiers temps des médecins. [...] Donc il y avait besoin de médecins. J'étais un homme dans une profession très féminisée, à temps plein. Je ne connaissais pas du tout [la ville]. Je n'avais sans doute pas trop mauvaise tête et puis voilà, j'étais embauché d'emblée, sans réserve. J'ai expliqué aussi comment je voyais... Enfin à l'époque c'était pas ce que je vous indique aujourd'hui.
> - OK. Parce que vous voyiez comment...
> - Être médecin du travail c'était [il cherche ses mots] lutter, entre guillemets, contre les grandes questions de l'époque. Le bruit, les poussières, les toxiques, les machins. Dans un cadre juridique qui était celui de l'époque. Avec très peu de dimension psychodynamique. Le mot était quasiment inconnu. » (entretien avec Michel Mura, médecin du travail, 59 ans, SI3)

Au début de sa carrière, Michel Mura n'hésitait pas à prendre des congés sans solde pour assurer des missions au Liban, on peut supposer que c'est sur le même mode de l'engagement que se fait son entrée en médecine du travail mais avec la volonté de remédier aux grands problèmes de santé au travail contemporains. Michel Mura adhère au SNPST et est membre de l'association Santé et Médecine du Travail[2], mais n'y est pas très actif*,* « *j'aimerais bien y aller de temps en temps […] un peu pour se ressourcer, pour se remuer les méninges »*. Il milite par ailleurs activement, au sein du bureau national d'une association de défense des droits des Palestiniens et peut ainsi *« changer de registre »*. Malgré une orientation *a priori*

1 Une fois le dictaphone éteint en fin d'entretien, Michel Mura continue de parler de sa position, pour lui *« sociologiquement »* significative, de fils d'agriculteurs. Le mois précédent, il assistait à un colloque sur les Troubles musculo-squelettiques [TMS] où toutes les personnes autour de la table étaient des enfants d'agriculteurs, ce qui ne leur semblait pas anodin. Il y a d'ailleurs retrouvé le premier interne qu'il ait formé en 1982 et une collègue, elle-même fille d'agriculteurs, qui était assistante sociale avant de faire des études de médecine. Une autre de ses collègues vient du milieu agricole. Nous pouvons y voir le signe de l'ouverture des études médicales précédemment décrites et d'une origine plus modeste des médecins du travail par rapport à leurs confrères généralistes ou spécialistes.

2 Nous la présentons dans la suite du chapitre (cf. 3.1.1).

« par défaut » vers la médecine du travail, cet enquêté a fortement investi sa pratique professionnelle. Ses engagements militants lui permettent cependant de prendre de la distance face à la dégradation de ses conditions de travail, nous y reviendrons.

1.1.2 Un exercice exclusif

Certains médecins font dès leurs études le choix exclusif de s'orienter vers la médecine du travail. C'est le cas de deux de nos enquêtés, Alain Martineau[1] et Nicole Mandin, qui s'engagent dans ce métier par conviction politique. Ces médecins, souvent très investis, donnent un caractère militant à leur activité professionnelle. Ils appartiennent au courant des médecins du travail critiques que nous présenterons de manière plus détaillée dans la troisième section de ce chapitre.

Nicole Mandin, née en 1948, qualifie ses parents de « militants politiques ». *« J'ai été élevée dans une idée de servir la France. C'est clair. Servir. »* Après 1968, alors étudiante en médecine, elle milite dans des associations de santé au travail :

> « Il y a dû avoir un regroupement à la faculté de médecine, dans l'après 68, sur la santé, sur les conditions de travail. Ça m'a intéressée, j'y suis allée. […] Après 68, avec Pézerat qui vient de décéder, on a été contactés par certains... On avait créé le groupement, le GIS ça s'appelait. Groupe Intervention Santé, je crois. Je ne me souviens même plus. Avec des gens maintenant qui sont en santé publique, en santé au travail. Parce qu'à l'époque les salariés ne savaient rien [elle insiste] sur les risques professionnels. Donc notre but c'était d'aider les salariés et les CHS, à l'époque qu'ils s'appelaient, à connaître les risques du travail. Donc ça dès 69. Et puis il y avait aussi déjà une histoire d'amiante. On avait travaillé sur le plomb et l'amiante. » (entretien avec Nicole Mandin, Médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre [MIRTMO], 63 ans, retraitée)

Parallèlement à son engagement au Groupe Information Santé (GIS), elle participe à la création de l'Association pour l'étude des risques du travail (ALERT). *« On était tous dans la même mouvance. Et puis on est restés après, effectivement, dans les associations qui sont de défense de la santé au travail. »* Précisant que son engagement associatif était méconnu de ses collègues et supérieurs hiérarchiques, elle ajoute, bien qu'ayant été secrétaire générale du syndicat des médecins-inspecteurs : *« Je n'ai pas fait partie d'organisations politiques et syndicales quoi que tout le monde pense que j'en fasse partie. Mais ce n'était pas vrai. C'est pas grave ça. J'étais dans les associations santé-travail. »*

1 Cf. chapitre 2, 2.2.2, p.144.

Elle obtient son CES de médecine du travail en 1974 et se forme à l'ergonomie au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) la même année avant de compléter par une formation en épidémiologie en 1982 : *« Et après, on a commencé à développer justement, on s'est aperçu en ergonomie qu'il était aussi important d'avoir aussi une formation statistique. »* Elle précise, pour qualifier ses orientations en médecine du travail puis à l'inspection médicale du travail : *« c'est quelque chose de professionnel qui était allié avec des compétences militantes. »*

Que ce soit en région parisienne ou dans sa région actuelle où elle suit son mari alors cadre d'entreprise, elle a toujours exercé comme médecin du travail en service autonome dans différents secteurs (hospitalier, métallurgie, tertiaire) :

> « J'ai toujours pensé qu'on travaillait mieux dans les services autonomes. On était plus indépendant. On avait plus de moyens, plus de temps. Surtout dans les époques 70. […] Plus de temps, plus de liberté. Plus d'efficacité. [...]D'abord si vous étiez présente, les gens vous connaissaient beaucoup. Deuxièmement, si vous aviez des liens avec les syndicats, vous aviez quand même un pôle d'appui important. »

Elle devient médecin-inspectrice en 1982. *« Notre rôle essentiel, c'est un rôle de conseiller hygiène et sécurité pour toute la hiérarchie de l'inspection du travail et un rôle d'animation des services de santé au travail, plus le rôle de contrôle du bon fonctionnement des services de santé au travail. »* Lorsque je lui demande ce qui l'intéressait à ce poste, elle me répond :

> « Moi, très clairement, de faire changer les choses. Je pensais qu'à ce poste-là, on pourrait plus facilement faire changer les choses et faire évoluer la santé au travail. Je me suis un peu trompée. »

Prenant sa retraite, elle continue de s'investir dans des associations promouvant la santé au travail, comme membre du bureau de la société de médecine du travail de sa région ou en collaborant avec le Groupement d'Intérêt scientifique sur les Cancers d'Origine professionnelle (GISCOP).

D'autres enquêtés ont également une pratique exclusive de la médecine du travail alors même qu'ils n'appartiennent pas au courant critique. Certains s'y orientent même *« par hasard »* à l'instar de Brigitte Moreau[1]. À l'inverse des médecins précédemment décrits, leur engagement professionnel est plus proche des attentes institutionnelles. Les médecins

1 Cf. partie II, Prologue, p.159.

enquêtés, à ce moment-là médecins coordonnateurs de leurs services, se font ainsi les promoteurs de la réforme des années 2000 à 2010. C'est le cas de Patrick Mahe.

Patrick Mahe, né au milieu des années 1950, dont le père est responsable d'une agence informatique et la mère inactive, se destine initialement à être vétérinaire *« c'était vraiment ma vocation »*. Lorsqu'il échoue au concours d'entrée après deux ans d'études, c'est son frère, depuis médecin spécialiste, qui l'inscrit en médecine. Réalisant que la médecine générale ne lui convient pas, il s'oriente vers un CES pour se spécialiser, *« parce qu'à mon époque, l'internat c'était quand même dur. C'est un concours très dur.* » Il choisit la médecine du travail avec deux amis :

> « Ce qui m'a beaucoup plu, l'interface, si vous voulez, entre le côté médical et le côté professionnel. C'est à dire, le monde du travail on va dire. Un peu engagé aussi. Des médecins du travail de ma génération qui ont fait ça très jeune puisqu'à 25 ans, il y a quand même un petit engagement quand même. C'est pas par hasard qu'on vient à la médecine du travail. Parce que c'est pas très valorisant non plus de faire médecine du travail donc c'est qu'on a envie de faire autre chose que des entorses et des maux de gorge à longueur de journée. » (entretien avec Patrick Mahe, médecin du travail, 50 ans environ, service interentreprises)

Il s'intéresse principalement aux cours de toxicologie industrielle et à ceux portant sur les conditions de travail. Il commence par travailler un an en remplacement d'un congé maternité dans un arsenal en service autonome avant de partir trois ans *« sous les cocotiers »*. À son retour il intègre un service interentreprises spécialisé dans le Bâtiment et Travaux publics (BTP), qu'il quitte deux ans plus tard en raison d'un désaccord avec le président de l'association. Il exerce de nouveau dans un arsenal avant d'être sollicité par son ancienne secrétaire, devenue directrice du service, au début des années 2000 pour revenir dans le service interentreprises du BTP qui commence à manquer de médecins et où il exerce encore aujourd'hui. *« C'est vrai que c'était des conditions attractives »*. Il est depuis médecin-conseil à l'Organisme professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux publics (OPPBTP) et *« médecin référent »*, terme qu'il préfère à celui de *« médecin coordonnateur »* qui, pour lui, suggère trop la surveillance de l'activité de ses collègues qu'il se refuse de pratiquer.

1.2 La réforme de 1982 : la fin d'une génération

Suite aux événements de mai 1968, les élites médicales se mobilisent dans une entreprise « contre-révolutionnaire »[1] pour la mise en place d'un *numerus clausus* limitant

1 Marc-Olivier DÉPLAUDE, « Une mobilisation contre-révolutionnaire : la refondation du syndicat autonome des enseignants de médecine en mai 1968 et sa lutte pour la « sélection » », *Sociétés contemporaines*, 2009,

l'accès aux études médicales, considérant le grand nombre d'étudiants et la diversité de leur origine sociale comme un danger pour l'ordre établi. À partir de 1971, cette sélection se fera en fin de première année d'études médicales, tout d'abord en fonction des capacités de formation des hôpitaux puis en 1979 également en fonction des « besoins de santé » de la population[1], ce qui dote les pouvoirs publics d'outils importants pour réguler la population médicale afin de maîtriser les dépenses de santé[2].

À l'introduction d'un *numerus clausus* des études médicales s'ajoute en 1982 la réforme de l'internat contingentant l'accès aux diplômes de spécialité. Car « si le gouvernement ne remet pas en cause le caractère élitiste de l'internat (les choix de stages se font toujours suivant l'ancienneté dans les fonctions et le rang au concours), il souhaite mettre fin à son caractère libéral. Les flux d'internes doivent être régulés par diplôme de spécialité (les DES, qui se substituent aux CES), en fonction des besoins de santé de la population dans telle ou telle spécialité. »[3] La suppression des CES ferme alors la filière « féminine » de professionnalisation de la médecine[4].

Dans ce contexte, le CES de médecine du travail est remplacé en 1983 par un diplôme d'études spécialisées (DES) obtenu après quatre ans d'études au sein de l'internat de santé publique[5]. Les étudiants souhaitant devenir médecins du travail doivent dorénavant passer par le concours de l'internat après avoir effectué leurs deux premiers cycles d'études médicales. La médecine du travail devient une spécialité à part entière.

Comme l'espèrent les professeurs de pathologie professionnelle[6], nous pourrions penser que son intégration à l'internat participerait d'un processus de valorisation de la médecine du travail. Or il n'en est rien. L'interdiction de prescription faite à ces médecins de

vol. 1, nº 73, pp. 21-45.

1 Marc-Olivier DÉPLAUDE, « Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en oeuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2009, nº 2, pp. 78-100.

2 Pour une sociohistoire complète et documentée sur le sujet, voir : Marc-Olivier DÉPLAUDE, *La hantise du nombre*, *op. cit.*, p. 207 « Entre 1980 et 1998, l'accès aux études médicales est sévèrement contingenté. De 7121 en 1980, le numerus clausus est ramené à 3500 en 1993, puis maintenu à ce niveau jusqu'en 1998. Les effets de cette politique se font sentir dès le début des années 1990 : après avoir doublé entre le milieu des années 1970 et la fin des années 1980, le nombre de médecins croît ensuite à un rythme plus modéré ».

3 *Ibidem*, p. 196.

4 Anne-Chantal HARDY-DUBERNET, « Femmes en médecine », *art. cit.*, p. 42 Les étudiantes s'orienteront alors massivement en médecine générale.

5 Françoise PIOTET et al., « Enquête sociologique. Entre profession et métiers : les médecins du travail », *art. cit.*, p. 38.

6 Françoise CONSO, « Quelle formation initiale pour les médecins du travail ? », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2005, vol. 66, nº 4, pp. 311-312.

prévention et son fonctionnement sur le mode du salariat la discréditent auprès d'étudiants en médecine qui valorisent les médecines libérale ou hospitalo-universitaire, comme le montrent leurs choix d'orientation étudiés par Anne-Chantal Hardy-Dubernet :

> *« L'impression d'inconnu est d'autant plus forte que les étudiants choisissent des spécialités pour lesquelles il n'existe quasiment pas de stage durant leur deuxième cycle. […] Ces deux spécialités [la médecine du travail et la santé publique] sont totalement inconnues pour la plupart des étudiants, même si on en trouve quelques-uns qui les choisissent volontairement. Le plus souvent, ces choix sont clairement des évitements de la médecine générale, ou des façons de se ménager le dépit de ne pas pouvoir se spécialiser. C'est bien souvent le cas de ceux qui redoublent pour pouvoir être mieux classés et qui se retrouvent sans vraiment d'autres choix. La santé publique ou la médecine du travail représentent alors une possibilité de ne pas partir "bredouille", et au moins d'éviter ce que parfois, une année stressante comme interne de médecine générale a laissé supposer de pénible pour la suite. »*[1]

Avec la santé publique et la psychiatrie, la médecine du travail fait partie des spécialités les moins prisées des étudiants en médecine et se trouve dans les dernières choisies. L'ensemble de ses postes n'est d'ailleurs pas pourvu[2]. Suite aux réformes des études médicales du tournant des années 1970-1980, le nombre d'étudiants en médecine du travail diminue drastiquement[3].

De ce fait, un seul des enquêtés[4], parmi les plus jeunes, est titulaires du DES de médecine du travail. En tant qu'homme d'origine populaire, son profil semble caractéristique des nouveaux étudiants de la spécialité. Car à l'inverse de l'ouverture des études médicales de la période précédente, « la réduction du numerus clausus a eu un effet socialement discriminant et […] il a contribué à favoriser les étudiants qui avaient un accès direct aux

1 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*, Paris, DREES, coll. « Études », n° 66, 2006, p. 57.

2 En 2004, les épreuves classantes nationales remplacent le concours de l'internat. Nous disposons alors de données précises sur le classement et les choix des étudiants. Anne BILLAUT, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) », *Etudes et résultats, DREES*, septembre 2005, n° 429, p. 6 « 609 postes de médecine générale [n'ont pas été attribués en 2004], soit un tiers des postes ouverts dans cette discipline. Trois autres disciplines n'ont pas pourvu l'ensemble de leurs postes : la médecine du travail (5 postes non pourvus soit 8,2 % des postes ouverts), la médecine de santé publique (5 postes non pourvus soit 6,7 % des postes ouverts) et la psychiatrie (1 poste non pourvu sur 200 ouverts) ».

3 Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France 1970-2010)*, Thèse de sociologie, EHESS, Paris, 2011, p. 58 Cf. Figure 1.1. « Nombre de nouveaux diplômés en médecine du travail (formation initiale). »

4 Précisons cependant que cherchant à comprendre les transformations des pratiques de prévention, nous nous sommes davantage tourné vers les médecins du travail installés que vers les jeunes médecins même si certains d'entre eux font tout de même partie de l'enquête.

règles (informelles) de la sélection. »[1]. L'orientation en médecine du travail relève pour Laurent Mercier du refuge face au fonctionnement hospitalo-universitaire dont il est désabusé. Il rencontrera cependant des problèmes similaires en service interentreprises comme nous le verrons dans le chapitre qui suit[2].

Au moment de l'entretien, Laurent Mercier, qui a alors 38 ans, exerce la médecine du travail depuis six ans après avoir effectué quatre années d'internat. De parents ouvriers (« *Ils étaient contents que je sois médecin, essentiellement. [Il se met à rire] Vous savez, à ce niveau-là, ils ne font pas la différence. Pour eux c'était une progression sociale* ») il s'oriente vers cette spécialité sur conseil d'un interne qu'il a rencontré lors de son externat. Elle lui semble *« intéressante »* et compose alors avec la biologie et la santé publique son univers des possibles. Par cette orientation, il s'extrait du milieu hospitalier et des soins d'urgence :

> « Qu'est-ce qui amène à devenir médecin du travail ? [Il souffle] Alors, là [il cherche ses mots]. Le fonctionnement de l'hôpital essentiellement. Alors, comment je m'explique ? C'est assez rude, quand même, quand vous êtes jeune médecin à l'hôpital avec un horaire énorme, des gardes énormes et un déphasage entre l'idée que l'on se fait de la médecine et telle qu'elle est pratiquée tous les jours, en fait. D'ailleurs on voit de plus en plus, le problème devient chiffré. On ne parle que de chiffres maintenant à l'hôpital. Et effectivement [il cherche ses mots], c'est un endroit où on a pas envie de rester. » (entretien avec Laurent Mercier, médecin du travail, 38 ans, SI3)

Comme de nombreux médecins du travail, Laurent Mercier considère que l'apprentissage du métier se fait par la pratique : *« On se forme essentiellement, comme beaucoup de médecins, sur le tas. On a beau avoir des profs qui sont censés nous faire des cours, dans la réalité on a très peu de cours. Ce qui fait qu'on va à la pêche, on essaie d'aller à droite, à gauche pour se former et puis il faut lire ».* Plus généralement il est désabusé de ses études médicales : *« le côté confraternel vient du fait qu'on a tous galéré [il se met à rire] dans des études médicales qui sont des études [il souffle] horribles. Ce qui fait que ça rapproche les gens d'être dans des situations difficiles. »* Il s'éloigne de l'univers hospitalier lors des deux dernières années de spécialité au cours desquelles il réalise quatre stages de six mois chacun, notamment en médecine de prévention, en mairie et à la DIRECCTE. Après avoir validé en 2003 une *« grosse »* thèse portant sur les produits toxiques pour la reproduction, il change de région et exerce trois ans en services interentreprises puis un an et demi dans un important service autonome. Lorsqu'il évoque cette expérience les mauvaises conditions de travail des salariés

1 Anne-Chantal HARDY-DUBERNET, « Femmes en médecine », *art. cit.*, p. 40.
2 Cf. chapitre 2, 2.2.2,p.144.

semblent indistinctement se mêler aux siennes : *« c'était bien pire parce que c'était du tertiaire, du tertiaire pur et dans un secteur d'activité très difficile »*. Suite à cette expérience compliquée, il revient dans sa région d'origine et exerce depuis un peu plus de six mois au SI3 sur un secteur essentiellement composé d'associations Loi 1901 au sein desquelles il perçoit beaucoup de souffrance au travail.

Nous avons retrouvé des traces d'une expérience hospitalière difficile et de la désillusion que peuvent procurer les études médicales dans le discours d'autres « jeunes » médecins du travail qui se sont eux reconvertis à la médecine du travail après avoir été internes dans d'autres spécialités (principalement en médecine générale). Comme nous le verrons, c'est le cas de Christelle Muret, mais aussi d'Olivier Marek.

1.3 Faire face au déficit médical : des voies de reconversion

À la fin des années 1990, la question de la démographie médicale est complètement redéfinie par les pouvoirs publics, et les professionnels eux-mêmes, qui après avoir craint une surabondance de médecins, anticipent plutôt un « déficit médical » qui les amène à rouvrir le nombre de places pour les études médicales et à pousser les médecins à exercer plus longtemps. Les médias et les élus de régions faiblement médicalisées publicisent également le problème le considérant comme une question de santé publique[1].

La question de la pénurie médicale n'épargne pas la médecine du travail. En 1995, les médecins du travail sont environ 2 800[2]. Bien que les employeurs aient pointé le problème de la « pénurie » dès le début des années 1990[3], ils ont opté pour une stratégie alternative. Plutôt que de plaider pour un accroissement de places dans la spécialité, ils ont déroulé une politique de « démédicalisation »[4] en privilégiant le recrutement de préventeurs non médicaux au sein des services interentreprises. Si la position patronale est plus ambiguë, les syndicats professionnels et les pouvoirs publics en revanche s'inquiètent de cette situation et tentent d'y remédier.

1 Marc-Olivier DÉPLAUDE, *La hantise du nombre*, *op. cit.*, chap. 6.
2 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail: les groupes professionnels à l'épreuve de la « pluridisciplinarité »*, Thèse de sociologie, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, France, 2015, p. 81 Issues de sources variées, les données démographiques portant sur les médecins du travail sont à considérer comme des ordres de grandeur. Il est par ailleurs difficile de connaître précisément la démographie de cette population dont le « déficit » est un enjeu important de la réforme. Sur ce point, voir : Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire*, *op. cit.*, pp. 80-93.
3 Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire*, *op. cit.*, p. 86.
4 Pascal MARICHALAR, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Politix*, 2010, vol. 3, nº 91, pp. 27-52.

C'est ainsi que pour pallier le déficit de médecins du travail, les pouvoirs publics autorisent des voies de reconversion à des médecins déjà en activité. Selon les périodes ce sont en réalité jusqu'à trois types de dispositifs de reconversion qui sont proposés. Au final, près de 2 200 praticiens, principalement des généralistes, sont potentiellement concernés (cf. tableau 1.1).

Tableau 1.1 : Voies de reconversion en médecine du travail

Concours Européen	**Vagues de « régularisations »**	**« Capacité » en médecine du travail**
À partir de 1992	1998 – 2000 – 2002	2002 – 2006
4 ans (maquette identique à l'internat)	2 ans (200 heures de formation)	2 ans
médecins n'ayant pas passé l'internat (ayant exercé pendant au moins 3 ans)	médecins exerçant la médecine du travail sans diplôme correspondant	médecins salariés d'un service de médecine du travail (ayant été inscrits 5 ans au Conseil de l'Ordre)
150 médecins formés/an sur la décennie	1300 médecins	100 à 180 médecins formés par promotion

Sources : Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail : les groupes professionnels à l'épreuve de la « pluridisciplinarité »*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, France, 2015, p. 81. ; Pascal MARICHALAR, *L'engagement dans le travail. Une ethnographie des médecins du travail*, Mémoire de Master 2, ENS-EHESS, 2007, pp. 31-37.

À la manière de ce qui s'est précédemment pratiqué à l'hôpital, le déficit médical favorise également le recrutement de médecins du travail étrangers qui faute de diplôme et de la nationalité française, ne peuvent exercer en libéral ou se présenter aux concours hospitaliers[1]. Bien que nous n'ayons pas directement enquêté auprès de ces médecins, nous en avons cependant « croisé » certains, venant du Maghreb et des pays ayant rejoint l'Union européenne quelques années auparavant[2].

1 « À partir des années 1970 et surtout des années 1980, les hôpitaux publics commencent à pourvoir les postes laissés vacants par les nationaux en employant des médecins à diplômes extracommunautaires provenant, en très grande majorité, des pays issus de l'ex-empire colonial français. » Marc-Olivier DÉPLAUDE, *La hantise du nombre*, *op. cit.*, p. 313.

2 Des médecins du travail évoquent le recrutement d'un confrère roumain lors d'une réunion d'un service interentreprises en 2009. Un médecin algérien vient d'être recruté au SI2 lorsque j'y enquête.

1.3.1 Se reconvertir pour sortir d'une activité chronophage

Si comme nous venons de le voir, la médecine du travail peut être une voie prise rapidement par de jeunes médecins faute de mieux, certains médecins font valoir leur CES de médecine du travail plus tardivement et plutôt comme une deuxième carrière après avoir pratiqué la médecine générale. C'est par exemple le cas de Serge Masson[1], qui fait ce choix pour réduire son investissement professionnel (ce qui sera un échec) ou celui de Michèle Monset, elle aussi très investie professionnellement. Mais généralement les médecins généralistes qui se réorientent en médecine du travail le font pour ménager leur vie personnelle.

Pascal Montant est né en 1961 d'un père vétérinaire et d'une mère inactive. Après avoir commencé des études de médecine générale *« comme tout le monde »*, il pratique les urgences pendant une petite dizaine d'années. Tout d'abord au Service d'aide médicale urgente (SAMU) puis chez « SOS médecin ». Il s'installe ensuite en libéral pour exercer la médecine générale par acupuncture exclusivement. Quelques années plus tard, en 1997, il commence la médecine du travail au SI1, tout d'abord à temps partiel puis à temps plein après quatre ans. Entre temps il bénéficie d'une des *« deux vagues de régularisation »* pour se former bien qu'il précise :

> « C'est une médecine que moi j'ai découverte en la pratiquant parce que c'est vrai qu'au départ quand j'étais généraliste, ou même urgentiste, c'était quelque chose que je ne connaissais pas. Vaguement [il appuie le mot] entendu parler de ça pendant mes études, mais médecin du travail c'était pas... c'était pas un de mes partenaires à l'époque. » (entretien avec Pascal Montant, médecin du travail, 50 ans, SI1)

Son secteur est composé de petites entreprises de commerce, d'artisanat et du tertiaire. Il dit avoir une approche « *généraliste »* de la médecine du travail. Quand nous lui demandons ce qui l'a amené à s'orienter vers ce mode d'exercice, il répond :

> « Oh, c'est des raisons purement personnelles de, d'organisation de vie, qui font qu'à un moment donné j'avais une activité libérale qui était très compliquée à gérer en termes d'horaires, etc. Et c'est vrai que l'activité de médecin du travail avait cet avantage, en tout cas pour moi à un moment donné de ma vie, c'était d'avoir des horaires réguliers. Donc je pouvais commencer... Je savais que je finissais à 18 h ou à 19 h et pas à 20 h, 21 h, etc. »

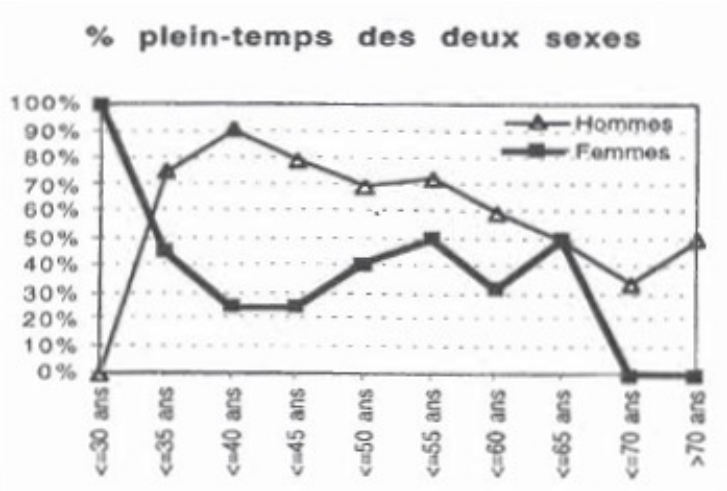
1 Cf. chapitre 3, 1.2.1, p.179.

Ce père de trois enfants (ses deux aînées sont respectivement formatrice dans le secteur humanitaire et salariée d'une radio publique et son fils, plus jeune, est lycéen) semble avoir été remarié bien qu'il ne l'aborde pas cours de l'entretien (il souligne notre *« curiosité »* lors des questions portant sur ses origines sociales et sa famille). Sa femme est psychothérapeute. Pascal Montant est par ailleurs très investi dans le milieu associatif. Après avoir longtemps été président d'une radio associative, il n'occupe plus cette fonction par manque de temps. Il est également membre d'une association qui permet à une comédienne d'assurer des cours de théâtre et enseignant de médecine chinoise dans une école privée. Il s'investit beaucoup dans la structure institutionnelle du SI1. Syndiqué au SNPST, après avoir été délégué du personnel et avoir participé au « groupe de pilotage » de la démarche compétence du service, il candidate sur le poste de médecin coordonnateur. Il occupe cette fonction depuis deux ans et bénéficie de deux jours de travail sur cinq dédiés à cette activité.

En devenant des « salariés comme les autres »[1], les médecins bénéficient des avantages de ce mode d'exercice, aux horaires prévisibles et pouvant se pratiquer à temps partiel. En 1996, 52 % des médecins du travail exerçant en service interentreprises exerçaient à temps plein (mais seuls 3 % exerçaient leur temps partiel à moins de 50 %)[2]. Si ce sont majoritairement les femmes qui privilégient une activité à temps partiel au moment où elles sont susceptibles d'élever des enfants en bas âge (cf. tableau 1.2.), les hommes privilégient quant à eux ce mode d'exercice lorsqu'ils sont plus âgés, souvent en exerçant en parallèle une autre activité.

1 Françoise PIOTET, « Médecins du travail », *op. cit.*, p. 315.
2 Françoise PIOTET et al., « Enquête sociologique. Entre profession et métiers : les médecins du travail », *art. cit.*, p. 27.

Graphique 1.1. Évolution de l'activité en fonction de l'âge



Source : Françoise Piotet, Mario Correla, Claude Lattes et André Moisan, « Enquête sociologique. Entre profession et métiers : les médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles*, vol. 58, no 1-2, 1997, p. 28.

Nous voyons cependant que chez ces médecins, ce ne sont pas uniquement des femmes qui cherchent à adapter leur activité professionnelle pour privilégier leur vie de famille. Du fait du rapprochement des temps de travail masculins et féminins des classes moyennes et supérieures, « dans ce mouvement perceptible de remise en cause des normes professionnelles en matière de gestion de l'interface vie familiale/exercice médical, une part non négligeable des hommes médecins sont également amenés — de gré ou de force — à adopter des pratiques de réaménagement de leurs temps de travail et de leur investissement familial. »[1]

Mais bien que les horaires de travail soient théoriquement fixes, leur charge de travail s'accroissant[2], les médecins du travail peuvent effectuer des heures supplémentaires qui ne sont pas toujours comptabilisées et surinvestir leur travail. Ainsi Danielle Meyrac exerce sa fonction de médecin coordinatrice sur son temps personnel : « *Je pense que je travaille à temps plein, en fait. Mais quand je dis temps plein, c'est pas trente-cinq heures, c'est, je ne sais pas, quarante-deux, quarante-cinq heures. Et je suis payée 4/5^e* ». Ainsi même si les médecins du travail sont nombreux à exercer à temps partiel, la durée moyenne de ce mode

1 Nathalie LAPEYRE et Nathalie LE FEUVRE, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *art. cit.*, p. 72.
2 Cf. chapitre 4, 1.1.1, p.219.

d'exercice les rapproche davantage des salariés à temps plein que des autres salariés à temps partiel[1].

1.3.2 Trouver une forme de stabilité

S'ils n'ont pas été installés en libéral, les médecins qui se reconvertissent à la médecine du travail après avoir été internes, vacataires ou remplaçants, tout comme leurs prédécesseurs détenteurs d'un CES, peuvent trouver dans cet exercice une forme de stabilité de l'emploi sécurisante.

Christelle Muret, née en 1971 est issue d'une famille qu'elle qualifie de *« milieu social élevé »* sans plus de précision. Elle présente son choix de la médecine, lorsqu'elle avait dix ans, sur le mode de la vocation[2]. Confrontée aux conditions d'apprentissage du métier, elle déchante cependant rapidement : *« J'avais rencontré des médecins généralistes passionnants. Et je m'étais dit : "ah ouais ouais, moi je veux faire ça. Il n'y a que ça qui est bien." […] Donc j'ai fait médecine. C'était vraiment pas drôle. C'était pas terrible les études médicales. »*

Après un stage d'externat de six mois en réanimation polyvalente, *« c'était mon dada déjà »*, elle se rend à Paris pour son internat au cours duquel elle fait beaucoup de soins d'urgence. Après avoir travaillé « *à la Pitié »* [Salpêtrière] qu'elle qualifie *« d'expérience incroyable. En même temps une expérience hospitalière ordinaire. Enfin je veux dire ça fonctionne comme [ici], ça dysfonctionne comme [ici], il y a des problèmes, un peu les mêmes. Mais tout le monde n'a pas la chapelle de la Salpêtrière dans son jardin. »*, elle poursuit en néphrologie puis aux urgences, tout en continuant à assurer des gardes en réanimation.

Son rapport enchanté à l'univers hospitalier se confronte à des conditions de travail difficiles à la fin des années 1990 :

> « On a fait la grève pendant un mois pour sauver les conditions de travail des internes, qui sont toujours misérables d'ailleurs. Les internes n'ont pas de pouvoir. Je l'ai appris un peu à mes dépens. […] C'est l'ancien temps où les internes étaient tout seuls, mais largués grave quoi. Donc on est la nuit, on est tout seul. Je veux dire la journée n'on est pas très compétent, mais la nuit on est super

1 Nathalie LAPEYRE et Nathalie LE FEUVRE, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *art. cit.*, p. 64.

2 Elle précise tout de même que ce choix a de nouveau été questionné lorsqu'elle privilégie « médecine » à une classe préparatoire scientifique.

> compétent, il n'y a pas de souci. » (entretien avec Christelle Muret, médecin du travail, 41 ans, SI1)

Après son internat, elle suit son mari, agent administratif d'une entreprise (il gère la logistique et la documentation), dans la ville où elle vit toujours. Elle fait alors des remplacements de médecine générale en milieu rural, mais l'expérience s'avère malheureuse : *« ça m'a pas plu du tout ! Mais alors pas du tout ! Ce que j'ai découvert de ce métier c'était pas ce que j'imaginais du tout. »* Elle se confronte notamment à un public auquel sa formation hospitalière, à la pointe de la connaissance scientifique, ne l'a pas préparée. Inquiète, elle réalise d'autres remplacements qui s'avèrent *« pas terribles »*. Son expérience à « SOS médecin » est à l'inverse plus enthousiasmante : « *Je me suis éclatée. En gros je faisais ce que j'avais vu à la télé. Je faisais comme "médecin de nuit" qui passait quand j'étais petite, à la télé. »* Mais les gardes et les remplacements, concentrés sur les vacances scolaires, se font de plus en plus rares et « *pendant ce temps-là, comme l'installation libérale était effective, il y avait l'URSSAF qui venait me demander des sous, la taxe professionnelle, la caisse de retraite. Au bout d'un moment ça ne le faisait plus du tout du côté financier. C'était horrible. »* Elle trouve alors un emploi dans le service d'urgence d'une ville limitrophe qui lui demande la Capacité de médecine d'urgence (CAMU). Sa préparation lui fait connaître les médecins urgentistes de sa ville de résidence qui la recrutent également pour des gardes. Elle se retrouve alors avec un emploi du temps *« assez affolant »*, d'autant plus qu'elle assure également des gardes pour le SAMU. En 2000, après un an et demi à ce rythme et après avoir accouché de son deuxième enfant, elle démissionne de son premier emploi aux urgences.

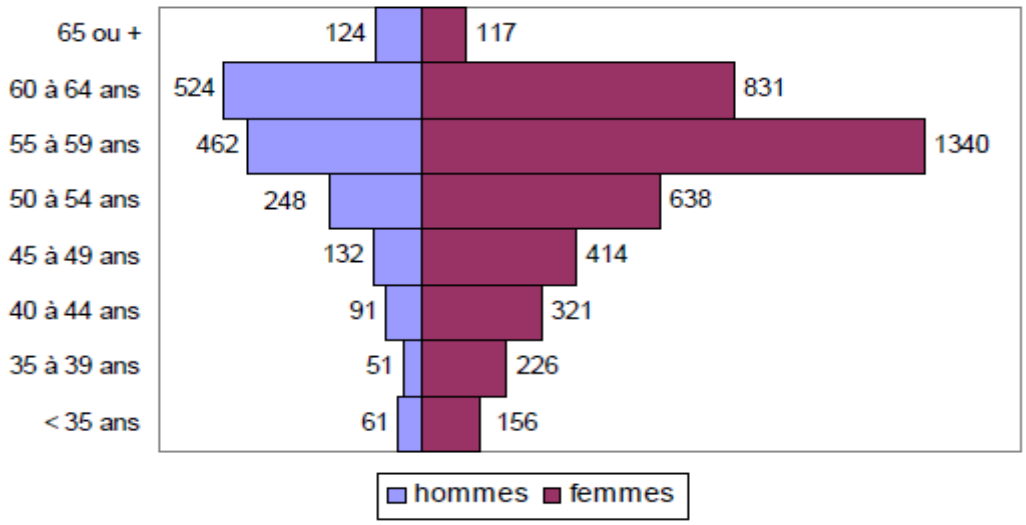
Elle poursuit les gardes en urgence jusqu'en 2003 : « *là vraiment je ne pouvais plus, je ne pouvais vraiment plus. C'était plus possible, je ne supportais plus ».* Assurant des gardes de régulation, elle trouve le « *métier extrêmement difficile à apprendre »*, ne s'estimant pas suffisamment compétente, mais n'ayant personne pour la former. Elle prépare également un diplôme par an (après la CAMU, elle valide le diplôme de « médecine de catastrophe » et le diplôme universitaire [DU] de toxicologie), en conformité avec les attentes du milieu (afin de candidater au concours de praticien hospitalier). Elle est par ailleurs tiraillée entre sa vie professionnelle et sa vie privée. Sur le plan personnel, ses enfants refusent qu'elle s'occupe d'eux, car elle n'est jamais disponible pour eux aux « bons » moments et sur le plan professionnel, ses maternités la désavantagent vis-à-vis de collègues masculins qui se trouvent promus et augmentés avant elle.

Bien que le métier d'urgentiste corresponde à ses aspirations, les conditions d'exercice s'avèrent trop difficiles : *« c'était à la fois plus compatible avec ma vie de famille est à la fois plus compatible avec mes propres valeurs »*. Cherchant *« une porte de sortie »*, c'est sur conseil de son médecin du travail qu'elle s'oriente vers cette spécialité. Elle passe le concours européen dont elle retient notamment la formation en ergonomie et en psychodynamique du travail. Elle est également enthousiaste de son passage comme stagiaire à la DIRECCTE, ce *« moment incroyable de progression »* lui fait mieux appréhender la pratique.

Elle exerce pendant deux ans dans un service interentreprises spécialisé en BTP à une heure de route de chez elle. Mais elle renonce finalement à habiter la ville en question au vu du prix de l'immobilier. Elle postule alors dans le service interentreprises de sa ville, le SI1, où elle est embauchée en 2006. Travaillant à temps partiel (4/5e), elle exerce pendant trois ans sur un secteur composé pour moitié d'une grosse entreprise du secteur automobile et pour autre moitié d'un « secteur géographique ».

Du fait de sa position dominée dans le champ médical, la médecine du travail s'est trouvée non seulement « à l'avant-garde » du processus de féminisation de la médecine[1], mais a également connu un important déficit de praticiens. C'est une génération féminine et aujourd'hui vieillissante qui compose la majorité des médecins du travail (cf. figure 1.1).

Figure 1.1 : Pyramide des âges des médecins du travail en 2012



Source : Daniel SICART, *Les médecins au 1er janvier 2012*, DREES, coll. « Document de travail », n° 167, février 2012, p. 100.

1 Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire*, *op. cit.*, p. 14.

Ces médecins, qui ont connu une diversité de parcours et de formations, restent souvent attachés à une pratique généraliste à défaut d'avoir été marqués par leur formation en médecine du travail. Mais un exercice plus continu les amène à élaborer des pratiques professionnelles spécifiques à la médecine du travail, au contact de leurs pairs et par la formation continue.

2 Un exercice hybride

Comme médecine salariée, la médecine du travail s'éloigne de l'idéal type professionnel associé au modèle libéral. À ceci s'ajoute l'interdiction de prescription faite à ses praticiens[1]. Défendue notamment par les membres de la médecine libérale représentée par le Conseil de l'Ordre et la Confédération des syndicats de médecins (CSM) qui voient chez ces médecins salariés des concurrents déloyaux et mènent « 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 directement des salariés malades vers des médecins spécialistes »[2], cette interdiction de la prescription a contribué, dès 1946, à doter la médecine du travail d'un rôle « exclusivement préventif ».

À partir de 1952, la prévention médicale de la santé au travail s'organise autour de l'émission par le médecin du travail d'avis d'aptitude ou d'inaptitude du salarié à son poste de travail, délivré à l'issue de visites médicales où ils rencontrent individuellement les salariés. Les médecins pratiquent alors des « visites à la chaîne »[3] selon un objectif de sélection de la main-d'œuvre. L'arrivée d'une nouvelle génération de praticiens dans les années 1970-1980 contribue cependant à l'élaboration de nouvelles pratiques de travail.

2.1 De l'activité en cabinet…

Après guerre, les médecins du travail se placent dans une approche de santé publique où « le modèle de la santé défendu est celui de l'absence de maladie, le médecin du travail fait un "interrogatoire" dans son cabinet médical afin de dépister des pathologies invalidantes

1 Les médecins du travail « 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 » *Ibidem*, p. 348.

2 Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *Archives des maladies professionnelles*, 2002, vol. 63, nº 5, p. 362.

3 Stéphane Buzzi, Jean-Paul Devinck et Paul-André Rosental, La santé au travail : 1880-2006, Paris, la Découverte, coll. « Repères », 2006, 123 p.

comme la silicose ou la tuberculose. »[1] Au contraire des médecins du travail directement employés en service autonome, ceux qui exercent en service interentreprises se voient attribuer un certain nombre d'entreprises adhérentes qui composent alors leur « secteur » et pour lesquelles ils doivent surveiller l'état de santé des salariés. L'activité médicale s'organise en « vacations » d'une demi-journée composées chacune d'une dizaine de visites médicales[2] (douze visites par vacation étaient administrativement prévues au SI2 et dix au SI1). Pour assurer ces visites, soit les salariés se déplacent au sein des locaux des services interentreprises, soit le médecin se rend en entreprise, en « camion »[3] ou pour les plus grandes d'entre elles (qui emploient souvent une infirmière du travail) dans un local dédié aux visites médicales.

2.1.1 Une organisation administrative d'évaluation de l'aptitude

L'évaluation de l'aptitude des salariés est centrale dans l'activité des médecins du travail dont elle structure toute l'organisation. Les médecins sont évalués par leurs employeurs selon le nombre de visites médicales et d'avis d'aptitude émis au cours de l'année dont ils rendent compte dans des rapports d'activité. Dans ce cadre, « les praticiens se bornent alors [généralement] à éliminer les salariés qui présentent une contre-indication *supplémentaire* au poste, un *sur-risque* par rapport à la moyenne des salariés d'avoir un accident ou de contracter une maladie. »[4]

L'évaluation de l'aptitude se généralise à l'ensemble des examens médicaux prévus par le Code du travail, rythmant la vie professionnelle du salarié, à l'embauche, annuellement et suite à un arrêt de travail. Les articles R4624-10 et R4624-11 du Code du travail stipulent que le salarié bénéficie d'un examen médical avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai. L'examen médical a alors pour finalité : « 1º De s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de

1 Sandrine CAROLY, Céline CHOLEZ, Aurélie LANDRY, Philippe DAVEZIES, Nadine POUSSIN, Marie BELLEMARE, Fabien COUTAREL, Alain GARRIGOU, Karine CHASSAING, Johan PETIT, Geneviève BARIL-GINGRAS, Daniel PRUDHOMME et Perrine PARREL, *Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS : ressources et contraintes*, 2011, p. 8.

2 En 1996, « le nombre moyen de salariés reçus par vacation se situe à 11, avec un maximum de 25 par vacation. » Françoise PIOTET et al., « Enquête sociologique. Entre profession et métiers : les médecins du travail », *art. cit.*, p. 29.

3 Le médecin assisté d'un chauffeur se rend alors dans un camion aménagé pour les consultations sur les lieux de travail. Cette pratique qui fut relativement courante dans la seconde moitié du XX^{e} siècle se pratique de moins en moins.

4 Pascal MARICHALAR, *Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question*, Paris, Presses de Sciences Po, 2014, p. 72.

l'affecter ; 2º De proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes ; 3º De rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs »[1].

Le médecin du travail réévalue ensuite l'aptitude du salarié chaque année au cours de visites systématiques lorsque celui-ci n'a pas interrompu son travail pour problèmes de santé. Dans le cas contraire, la visite médicale de reprise du travail est obligatoire « après un congé de maternité ; après une absence pour cause de maladie professionnelle ; après une absence d'au moins huit jours pour cause d'accident du travail ; après une absence d'au moins vingt et un jours pour cause de maladie ou d'accident non professionnels ; en cas d'absence répétée pour raisons de santé »[2]. Elle « a pour finalité de s'assurer que les circonstances qui ont entraîné l'interruption du travail n'ont pas modifié l'état de santé du salarié et ne l'ont pas rendu inapte à reprendre son emploi. »[3]

Alors qu'elle est centrale dans l'activité du médecin du travail, cette tâche d'évaluation de l'aptitude est remise en cause dès la fin des années 1970 par les médecins du travail les plus militants. D'une part, ils s'opposent à une médecine de sélection de la main-d'œuvre pour le patronat[4] et d'autre part ils constatent que cette évaluation de l'aptitude empêche l'instauration d'une relation de confiance avec des salariés qui craignent d'être déclarés inaptes, éventuellement licenciés et préfèrent ne pas se confier :

> « Mais il y a l'aptitude qui biaise tout, c'est-à-dire ça biaise la relation. À partir du moment où les gens sont là et qu'ils savent que si vous écrivez un truc autre qu'"apte" sur l'aptitude, ils risquent d'avoir des ennuis avec leurs employeurs, évidemment qu'ils vont pas être en confiance. Ça, c'est un peu logique. Donc ça, ça biaise la relation, y compris la relation simplement pour connaître les conditions de travail des gens, parler avec eux de leurs conditions de travail. Parce que c'est ça que nous, on devrait faire surtout. Mais les gens ne se laissent pas aller comme ça à partir du moment où ils ont cette épée de Damoclès derrière. Et

1 Créés par le Décret n° 2008-244 du 7 mars 2008 relatif au Code du travail, JORF n° 0 061 du 12 mars 2008. Nous présentons ici le décret en vigueur au cours de notre période d'observation. En 2012, dans une visée plus préventive, l'examen d'embauche aura également pour finalité « d'informer le salarié sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire » et « de sensibiliser le salarié sur les moyens de prévention à mettre en œuvre ». Article R4624-11 modifié par le Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail, JORF n° 0 026 du 31 janvier 2012.

2 Article R4624-21, Décret n° 2008-244 du 7 mars 2008 relatif au Code du travail, JORF n° 0 061 du 12 mars 2008. Notons qu'en 2012 la visite de reprise s'organise après 30 jours d'absence pour cause de maladie non professionnelle ou d'accident, ce qui diminue le nombre de salariés ayant des problèmes de santé suivis par les médecins du travail. Article R4624-22 modifié par le Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail, JORF n ° 026 du 31 janvier 2012

3 Article R7214-14, Décret n° 2008-244 du 7 mars 2008 relatif au Code du travail, JORF n° 0 061 du 12 mars 2008.

4 Cf. chapitre 1, 3.1.1, p.83

> puis, voilà, pour les employeurs c'est une assurance. Alors qu'en fait l'aptitude, ce n'est pas ça l'aptitude. En plus, c'est uniquement par rapport au travail, c'est-à-dire : Est-ce que les gens, eux, est-ce qu'il y a un risque pour leur travail ou pas ? Et est-ce qu'ils sont dangereux pour les autres ? En gros, c'est tout. Mais a priori, qu'un pianiste ait une main de coupée, par exemple, ce n'est pas une inaptitude. Pour prendre un exemple [qui le fait rire], ce n'est pas une inaptitude médicale. Évidemment que le gars ne peut pas jouer de piano, ça, c'est sûr. Mais l'employeur si vous lui écrivez, vous voyez un pianiste, vous dites qu'il a une main de coupée, vous mettez "apte", évidemment l'employeur, lui il va dire : "Attendez, c'est quoi ce truc ? Vous n'avez pas vu qu'il avait une main de coupée ?" Mais c'est pas, la définition de l'aptitude, c'est pas ça. On doit mettre "apte" si un pianiste à une main de coupée, c'est pas dangereux pour lui de travailler avec une main de coupée. Le seul truc, c'est qu'il ne peut pas faire ce métier, mais ce n'est pas un problème médical. C'est un problème de compétence professionnelle. Donc là, c'est à l'employeur de se débrouiller avec ce truc-là. Qu'il fasse, je ne sais pas, un piano pour deux mains gauches, ou je sais pas. C'est à lui d'adapter le poste, mais c'est pas un problème médical d'aptitude. Par exemple. Comme quoi il y a des confusions. » (entretien avec Alain Martineau, médecin du travail, 61 ans, SI4)

La fin du plein emploi et le développement du chômage de masse au début des années 1980 transforment également les missions des agents de l'institution. Émettant de plus en plus d'avis d'inaptitude, « le médecin du travail passe à une position d'assistance dans la recherche de moyens de préserver l'insertion sociale et professionnelle du salarié »[1] qui bien qu'elle comporte le risque de licenciement en cas d'échec, se rapproche de pratiques préventives et d'amélioration des conditions de travail. Dans les années 1990, le scandale de l'amiante met en évidence l'inefficacité du dispositif en matière de prévention et participe d'une importante remise en question de leurs pratiques chez les médecins du travail. Ce dispositif reste cependant valable jusqu'à la fin des années 2000, moment à partir duquel il tend à évoluer (cf. chapitre 6).

2.1.2 Entre cadrages clinique et administratif

De nombreux médecins du travail se réfèrent avant tout à leur identité de médecin pour fonder leur pratique[2]. Isabelle Marchand qui se considère *« médecin avant d'être médecin du travail »* effectuerait le même examen en médecine générale qu'en médecine du travail (cf. encadré 1.1) :

1 Sandrine CAROLY et al., *Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS*, *op. cit.*, p. 7.

2 « L'identification à une identité de médecin comme les autres est en effet forte chez les médecins du travail […] ils considèrent qu'ils font en grande partie le même travail. » Françoise PIOTET et al., « Enquête sociologique. Entre profession et métiers : les médecins du travail », *art. cit.*, p. 71.

> « Alors, peut-être que c'est trop, mais dans le regard des gens, je pense que c'est important […] Le corps dit des choses que la parole ne dit pas quelques fois. Quand vous examinez quelqu'un, qui vous dit que tout va bien et où vous lui sentez des tensions quand vous lui palpez le ventre, qu'il a des douleurs quand vous le voyez marcher... L'expérience fait que vous savez qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Et ça permet de faire naître la parole ou de mettre des mots sur des choses qui ne seraient pas dites autrement. C'est pourquoi je pense que l'examen clinique est essentiel et que ceux qui ne le pratiquent pas ratent quelque chose. » (entretien avec Isabelle Marchand, médecin du travail, 52 ans, SI1)

Mais à la différence de nombreuses spécialités médicales et en tant que médecine de prévention, la consultation en médecine du travail a ceci de particulier qu'elle n'est pas orientée par l'étude d'une pathologie ou d'un organe particulier. À leur pratique « généraliste », quand ils effectuent des *« examens cliniques classiques »*, s'ajoute pour les médecins du travail la prise en compte des conditions de travail dans l'établissement du diagnostic et *in fine* dans l'évaluation de l'aptitude.

De manière *a priori* paradoxale, les médecins du travail examinent de façon moins complète les salariés qui ont des problèmes de santé avérés que ceux qui semblent en bonne santé. Or ceci s'explique aisément par l'interdiction qu'ils ont de prescrire de traitements, Les pathologies déclarées nécessitent qu'ils en partagent le suivi avec les médecins généralistes et spécialistes les seuls autorisés à prescrire l'ensemble des examens et traitements pertinents. Cette particularité de la spécialité participe d'ailleurs de sa dépréciation parmi le « réseau de confrères » :

> « [aux médecins traitants] je leur envoie un courrier comme ça. Tu vois on a fait ça avec [il nomme sa secrétaire par son prénom] "Monsieur, j'ai examiné tel patient…" Alors je leur envoie un courrier, non seulement je leur envoie un courrier, mais maintenant si tu veux je le donne au salarié le courrier, dans une enveloppe affranchie et à mon nom. Comme ça après il marque là : Dr Untel, bon j'ai vu Mme Untel, je lui fais faire une échographie. Oui il a une tension élevée, il a fait le traitement. » Et comme ça avec un courrier, une enveloppe affranchie, mon nom et un truc auto dupliquant il a à mettre 3/4 lignes. Il y en a pour 10 secondes à faire. Si je ne fais pas ça, j'ai rien. Et puis les médecins traitants ne m'appellent jamais. Moi je passe mon temps à les appeler pour demander des renseignements sur les gens qui sont arrêtés depuis deux mois. Je ne sais pas pourquoi ils sont arrêtés, ou six mois, je suis au courant de rien. Parce que nous on n'a pas d'infos de la sécu comme quoi les gens sont en arrêt de travail. Donc on va piocher tous les trucs, mais c'est... Moi je ne l'ai pas vu depuis trois ans ce gars-là, je ne sais même pas ce qui lui est arrivé, s'il travaille toujours dans l'entreprise, j'en sais rien, je l'ai pas vu. Donc on est la dernière roue de la charrette… » (entretien avec Jean Miceli, médecin du travail, 59 ans, SI1)

Encadré 1.1 : Une visite périodique

« La visite se déroule au sein d'une entreprise employant deux cents salariés environ. Isabelle Marchand y dispose d'un cabinet au sein de l'ancienne infirmerie. Elle suit depuis plusieurs années cette entreprise à laquelle un temps médical spécifique est réservé du fait de sa taille. La médecin la qualifie de "*bulle d'oxygène",* car c'est le seul endroit où elle fait encore régulièrement des visites périodiques et de la prévention. En visite périodique, la connaissance des postes de travail lui évite de poser certaines questions pour comprendre le travail des salariés.

La deuxième visite de la matinée commence avec un quart d'heure de retard vers 9 h 30. C'est une visite périodique pour un opérateur d'une cinquantaine d'années qui travaille au conditionnement. La médecin va le chercher dans la salle d'attente tout en récupérant les examens complémentaires qu'il vient d'effectuer auprès de son assistante. Après m'avoir présentée, qu'il ait accepté ma présence et se soit assis face à son bureau, elle lui demande comment il va et comment se passe le travail. Cet homme trapu, en vêtements de travail et chaussures de sécurité, parle facilement de son travail. Il se plaint de devoir changer régulièrement de ligne de production, comme toute son équipe. Au moins une semaine par mois, ils vont en renfort à "l'embouteillage" quand c'est plus calme sur leur propre ligne. Ce travail est beaucoup plus statique et ennuyeux. La médecin en convient et ajoute que les tâches les plus fatigantes et répétitives sont généralement attribuées aux salariés qui viennent aider. Le salarié dit avoir davantage mal au dos suite à ce travail. Elle lui demande alors si ces changements de poste sont anticipés d'un mois sur l'autre ou d'une semaine sur l'autre. Les ouvriers le savent souvent deux semaines avant.

Tout en discutant, la médecin écrit ces informations sur une feuille volante du dossier médical. Elle l'interroge ensuite sur son état de santé suivant un ordre routinier de questions dont elle note les réponses face aux items inscrits sur la feuille en question. Après avoir actualisé quelques renseignements d'ordre général, dont sa situation familiale, la médecin commence par lui demander d'une manière expéditive s'il fait du sport, s'il fume, s'il boit ("*L'apéro : c'est le soir, le week-end ?"*) et s'il prend des médicaments. Elle inscrit ensuite au verso les renseignements d'ordre sanitaire après avoir demandé au salarié s'il a été arrêté ou s'il a eu des soucis de santé depuis la dernière visite. Comme ce n'est pas le cas, elle le questionne sur ses "épaules, dos, articulations", le coude droit du salarié est douloureux depuis un mois, puis sur son "sommeil, appétit, moral".

Suite à ces questions, la médecin invite le salarié à se déshabiller dans la cabine jouxtant le cabinet et finit sa rédaction. Revenant en sous-vêtements, il porte également un bas de contention à la jambe droite. Le médecin du travail lui demande s'il le porte constamment ou occasionnellement et le fait s'allonger sur la table d'examen avant de prendre sa tension. Suite à quoi elle lui dit : *"Alors, faites-moi voir ce coude !"* Il lui décrit ce qu'il ressent pendant qu'elle le palpe, mais n'observe aucun signe clinique particulier. Elle lui conseille d'aller faire la radiographie pour laquelle il a rendez-vous, afin de savoir ce qu'il a, qu'elle ne peut distinguer, et de voir avec son médecin traitant. La médecin reprend son examen conventionnel. Elle écoute son cœur au stéthoscope et lui palpe l'abdomen. Puis lui fait plier les genoux et lève ses jambes à la verticale avant de lui demander de s'asseoir. Elle place son stéthoscope à l'arrière de sa cage thoracique en lui demandant de respirer fortement, palpe ses trapèzes et le fait déglutir en touchant sa gorge. Elle le fait s'asseoir sur le bord de la table d'examen avant de vérifier ses réflexes aux

genoux. Puis lui demande de se lever et de toucher le sol avec ses mains tout en observant son dos. Le salarié peut ensuite se rhabiller pendant que la médecin remplit le dossier médical. Elle me précise que son internat au CHU l'a habituée à regarder les salariés de la tête aux pieds.

Lorsque le salarié revient dans le cabinet en finissant de se rhabiller, la médecin le questionne sur l'ambiance au sein de son équipe. Selon lui, "ça va". Elle lui demande si les tensions suite au départ à la retraite de l'ancien chef d'équipe se sont apaisées. Elle m'expliquera après que de jeunes chefs d'équipes sont arrivés sur plusieurs lignes de production, ils s'entendent bien, mais le courant n'est pas forcément passé avec les ouvriers. Le salarié s'en défend mollement. Elle lui dit qu'avec ses collègues, en tant qu'anciens de l'entreprise ayant le savoir-faire, ils doivent faire attention à intégrer les nouveaux. Mais selon lui, ça va mieux aujourd'hui, ils ont appris à travailler ensemble, bien qu'il parle de son chef d'équipe et de ses "*petits collègues"* d'un ton un peu dédaigneux.

La discussion se poursuit, le salarié dit attendre la retraite pendant que la médecin prépare les renseignements administratifs de la fiche d'aptitude (intitulé du poste, type de visite médicale). Comme pour tout salarié qu'elle considère apte, elle lui dit "*bon au service !"* avec un sourire avant de remplir la fiche. Le salarié est déçu : "*Ah bon ? Vous n'allez pas me trouver quelque chose ?"* Elle lui propose de mettre une restriction pour qu'il n'ait pas à aller sur les autres lignes de production, mais il ne veut pas être privilégié par rapport à ses collègues. La médecin précise qu'il ne s'agit pas de ça, ils sont là pour parler de santé et ces restrictions ont pour but de préserver la sienne en lui faisant faire des choses moins difficiles. Elle ajoute qu'il est important de partir à la retraite sur ses deux pieds. Elle le met finalement "Apte à son poste, port de charge et position statique 'fortement déconseillés' (qui étaient 'à éviter' sur la fiche précédente)" en ajoutant qu'elle ne met rien d'obligatoire pour laisser de la marge de manœuvre dans la négociation avec le chef de ligne. Après avoir tamponné la fiche pour l'employeur et celle du salarié, elle lui propose de la photocopier à son supérieur hiérarchique directe. Il accepte. Pour cette entreprise, elle garde les fiches destinées à l'employeur qu'elle remet directement "*là-haut"* à la fin de la vacation, plutôt que de les remettre aux salariés.

Le salarié suit la médecin dans le bureau de son assistante pour récupérer sa photocopie. La visite n'a pas duré plus de 30 minutes. »

(Observation réalisée le 22 novembre 2011)

C'est une pratique particulière qu'élaborent les médecins du travail au cours des consultations qui bien que fortement orientées par l'évaluation de l'aptitude, servent également la surveillance de l'état de santé du travailleur, le renseignement sur ses conditions de vie, de travail et sur les risques auxquels il est exposé. L'ensemble de ces éléments sont d'ailleurs mobilisés dans la décision médicale d'aptitude. Mais cette décision n'est pas pour autant univoque. En effet, ainsi que l'a montré Nicolas Dodier dans son analyse du jugement médical, la manière dont les médecins du travail « cadrent » les individus les conduit à une

mobilisation potentiellement différenciée des règles à leur disposition (textes juridiques, réglementations médico-administratives, normes médicales, données épidémiologiques)[1].

Dans le cas d'un cadrage administratif, le médecin du travail déduit son action d'une catégorie formelle ou d'une population d'appartenance à laquelle il identifie le salarié qui s'en trouve désingularisé. Selon ce modèle, dès qu'un individu présente un « facteur de risque » (les seuils d'exposition sont, par exemple, des références pour définir si un individu fait partie d'une population à risque ou non), le médecin lui applique les mesures appropriées. À l'inverse, la « posture clinique vis-à-vis des règles entraîne une relativisation de la portée des règlements administratifs (normes médicales d'aptitude, seuils d'évaluation des risques). Ces règles sont des indications, non des prescriptions. »[2] Comme l'a précédemment montré Eliot Freidson[3] dans le travail du clinicien les unités statistiques sont seulement des guides pour déterminer la nature d'un cas[4], le praticien accorde davantage d'importance à la singularité de l'individu. De plus, il valorise sa responsabilité personnelle en ce qu'il considère le jugement médical, façonné par l'expérience pratique, comme indépendant.

Au cours de la consultation, les médecins du travail peuvent passer d'un type de cadrage à un autre, mais leurs pratiques professionnelles s'articulent principalement autour d'une des deux formes de cadrage. En fonction du sens qu'ils attribuent à leurs actions, les médecins du travail valorisent certaines dimensions de leur métier au détriment d'autres et élaborent au cours de leurs consultations (et ailleurs), des pratiques de travail hétérogènes. Pour rendre compte de la diversité de ces pratiques, nous les situons le long d'un continuum allant d'un pôle « administratif » à un pôle « clinique ».

Le pôle « administratif » réunit les médecins du travail « spécialiste des conditions de travail », sensibles à l'approche de santé publique et « acteurs de la DRH » pour reprendre la typologie développée par Françoise Piotet[5]. Patrick Mahe, qui exerce dans un service interentreprises spécialisé dans les BTP, privilégie l'étude des conditions de travail et a une

1 Nicolas DODIER, *L'expertise médicale : essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, coll. « Leçons de choses », 1993, p. 91.
2 *Ibidem*, p. 102.
3 Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, Paris, Payot, coll. « Médecine et sociétés », 1984.
4 « Du fait de la priorité donnée dans la pratique à la méthode d'investigation, on comprend que l'exercice clinique n'est contradictoire ni avec l'existence de mesures chiffrées, ni avec l'introduction de techniques médicales, pas plus qu'il ne saurait se réduire à la seule compétence "relationnelle" du médecin. Le clinicien mobilise d'ailleurs de nombreuses mesures dans sa pratique quotidienne » Magali ROBELET, *Les figures de la qualité des soins : rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*, Thèse de doctorat de sociologie, Université d'Aix-Marseille II, 2002, p. 41.
5 Françoise PIOTET, « Médecins du travail », *op. cit.*, pp. 291-316.

pratique plus expéditive des consultations (notamment pour les salariés travaillant en bureaux). Bien qu'il y consacre plus de la moitié de son temps, *« ça ne sert à rien de rester dans son bureau à aligner des visites systématiques »*. Il préfère se rendre sur les chantiers réaliser des fiches d'entreprises ou assister aux CHSCT :

> « Les gens rentrent habillés maintenant. Donc ils sont convoqués. Ils arrivent. Ils arrivent à l'heure. Ils passent chez mon secrétaire pour faire une analyse d'urine, voir la vision, l'audition. On va remplir le dossier. Moi je reçois le dossier, j'appelle la personne. Elle rentre, on discute : "ça va le boulot ? C'est bon ?" Secrétaire on passe vite : "Le patron ne vous court pas après dans les couloirs ? OK. Rien de neuf depuis la dernière visite ?" Parce que les secrétaires on les voit tous les deux ans, tout ce qui est tertiaire. "Non, non. Je vais bien". Alors en général, suivi gynéco tout ça. "Mettez-vous en sous-vêtements", j'examine. "Au revoir. C'est bien. Rien à me dire ?", tampon, "Au revoir, madame". Les ouvriers, ça dure un petit peu plus longtemps. Voilà c'est comme ça. Un acte...
> - Et les ouvriers, c'est quoi la différence ? Comment ça se passe ?
> - On les interroge plus sur leur chantier. Où est-ce qu'ils sont ? Comment est le chantier ? Est-ce qu'ils conduisent les élévateurs ? Est-ce qu'ils ont des locaux vie ? Est-ce qu'ils ont des élévateurs de chantier ou est-ce qu'ils ont des échelles ? Est-ce que le plombier il fait plutôt de la robinetterie-assainissement salle de bain ou il fait plutôt de la ventilo, de la clim', de la réfrigération. Alors on rentre un peu plus dans les détails. Ne le prenez pas mal, mais enfin une secrétaire qui travaille dans un bureau, elle a un téléphone et un écran. Elle va pas se tuer avec son téléphone et son écran. Non, non, mais c'est pour ça que j'insiste uniquement pour le tertiaire sur les relations humaines. Comment ça va dans le bureau avec les autres ? Parce qu'ils se retrouvent à plusieurs. "Et comment est le patron avec vous ?" Enfin "comment est le patron", on ne dit pas ça aussi crûment, mais [il imite un dialogue avec une salariée] :
> "- ça va ? Pas de soucis ? Vous allez bien ?
> – Oui, oui. Ça va bien, tout ça.
> - Depuis deux ans, pas d'arrêt de travail ? Pas d'opération ? Pas d'intervention chirurgicale ? Pas de pépin même sans arrêt ?
> – Non, non.
> - Vous fumez toujours ? Faudrait arrêter (un petit discours sur le tabac).
> - Vos deux enfants vont bien ? (un petit discours sur les gosses.)
> - Et dans votre boulot ça va bien ?
> - Oui, ça va pas mal.
> – Le patron là, vous avez pas trop de pression, vous avez pas trop de travail en ce moment ? Là c'est un peu calme ?
> - Ah non, vous savez il y a machine avec qui je travaillais qui a démissionné, vous savez.
> – Oui, oui (je ne savais pas, mais bon je note discrètement). Alors vous êtes toute seule ? Et il y a la même activité ?
> - Ben oui, il y a toujours douze salariés. Et puis le patron a recruté un conducteur de travaux, ça me fait du boulot en plus."
> Voilà, on essaie de voir un peu comment ça se passe. Mais la fille très souvent vous dit : "Mais ça se passe bien. J'ai du boulot, mais ça se passe bien". Et puis de

> temps en temps on se permet quand on connaît bien les gens. Ça fait quand même huit ans que je les vois. “Il y a une petite récompense ?”, je lui dis. “Il y a une petite prime ? Non, mais il va augmenter mon salaire”. Voilà. Et puis je vise toujours, alors maintenant de moins en moins parce que je suis tombé mal un jour. Avant je sortais la petite phrase : “Il n’y personne qui ne vous court après dans les couloirs ?”, histoire de dire que les relations sont bonnes. Et un jour il y en a une qui m’a dit : “Oui, le patron il me court après”. Elle s’est mise à pleurer la malheureuse. Alors c’est vrai qu’on tombe mal. Enfin on tombe mal, c’est pas qu’on tombe mal, mais bon... C’est pas souvent, mais... L’ennui pour nous c’est qu’on fait une consultation toutes les 20 minutes. Alors ça nous donne le temps. Là quand la fille elle commence à vous raconter ses histoires avec le patron... On voit le chrono qui tourne, on se dit : “ça y est, je suis foutu. Je suis parti pour...”. La dernière fois j’ai eu une fille comme ça, elle m’a pris une heure. Mais visiblement elle avait envie de parler. On se demande ce que font les médecins généralistes ! » (entretien avec Patrick Mahe, médecin du travail, 50 ans environ, service interentreprises)

Qu’ils aient une longue pratique de la spécialité (pour Daniel Minguet, Brigitte Moreau, Jean-Pierre Maillard) ou qu’ils soient nouveaux venus (comme Catherine Michaud), les médecins du travail qui appartiennent au « pôle administratif » sont proches de leurs directions comme nous le verrons, s’intéressent souvent aux secteurs industriels et peuvent tendre vers le type « acteur de la DRH » « convaincu qu’il est possible de développer en même temps la prospérité de l’entreprise et le bien-être des salariés »[1].

Le pôle « clinique » regroupe quant à lui les médecins du travail « spécialistes du mal-être » identifiés par Françoise Piotet, mais également les médecins « militants » qui prennent résolument parti pour les salariés et tentent de changer les conditions de travail[2]. Ils corrèlent l’examen des conditions de travail au vécu des salariés et se revendiquent d’une « clinique médicale du travail » qui fait la part belle à la psychodynamique du travail[3].

Michel Mura, Alain Martineau et Christelle Muret emploient cette terminologie au cours des entretiens. Pour les « spécialistes du mal-être », la consultation est également un moment où les salariés peuvent exprimer leurs problèmes. Ayant des secteurs divers ou plus composés d’entreprises du secteur tertiaire, ces médecins écoutent davantage les souffrances exprimées par les salariés, voire en font l’objectif principal de la consultation comme Odile Moyon :

1 *Ibidem*, p. 314.
2 *Ibidem*, p. 315.
3 Françoise Piotet qui classe les médecins « militants » parmi les « spécialistes des conditions de travail » n’avait pas encore identifié l’importance de la prise en compte de la santé psychique des salariés par ces médecins. Cf. chapitre 1, 3.3.1, p. 96.

> « Alors il y a ceux [les salariés] qui comprennent ça, que c'est un entretien. D'autres qui pensent que c'est la visite médicale de réforme, plus vite c'est passé, mieux c'est. Ça on a du mal à faire évoluer les gens, à leur dire qu'en fait c'est plus un entretien, qu'une visite médicale où on prend pouls, tension. Ça ne sert pas à grand-chose quoi. Pour moi, je considère que ça ne sert pas à grand-chose puisque de toute façon ils ont un médecin traitant et que [elle cherche ses mots] ils sont faits pour ça. » (entretien avec Odile Moyon, médecin du travail, 55 ans, SI4)

Souvent plus jeunes dans le métier que leurs confrères « militants », ces médecins semblent davantage valoriser un traitement individuel de ces problèmes.

2.2 … à davantage d'actions en milieu de travail

Dans les années 1950, le Syndicat national des médecins du travail (SNMT), lié à la Confédération générale du travail (CGT), et le Syndicat chrétien de la médecine du travail qui dans leurs doctrines privilégient la santé des salariés au rendement militent conjointement pour « le développement des examens sur les lieux de travail afin d'étudier les conditions d'activité de la main-d'œuvre »[1]. En 1965, une circulaire du ministère du Travail recommande au médecin de consacrer un « tiers-temps » à d'autres tâches que l'examen d'aptitude. Le décret du 13 juin 1969 le rendra obligatoire[2]. La réforme de la médecine du travail de 1979 revalorisera cette notion de tiers-temps tout en l'inscrivant dans une « conception technocratique de la santé au travail, la résumant souvent à des calculs de taux et à des procédures administratives »[3]. Suite aux mouvements pour l'amélioration des conditions de travail portés par les salariés dans les années 1970, en parallèle du développement de nouvelles organisations du travail en équipes semi-autonomes[4], la prévention s'institutionnalise en entreprise autour de la notion de « sécurité intégrée ». Divers experts (psychologues, sociologues et ergonomes) se mettent à y intervenir, notamment au sein des CHSCT[5].

1 Stéphane BUZZI, Jean-Claude DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *art. cit.*, p. 363.
2 Stéphane BUZZI, Jean-Paul DEVINCK et Paul-André ROSENTAL, *La santé au travail*, *op. cit.*, p. 78.
3 *Ibidem*, p. 85.
4 Françoise PIOTET, « L'amélioration des conditions de travail entre échec et institutionnalisation », *Revue Française de Sociologie*, 1988, vol. 29, nº 1, p. 85.
5 En 1982, les CHSCT résultent de la fusion des Comités d'Hygiène et de Sécurité et de la Commission d'amélioration des conditions de travail. Leur compétence est étendue aux divers aspects de l'organisation du travail. Voir : Nicolas HATZFELD, « Ergonomie, productivité et usure au travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2006, n° 165, nº 5, pp. 92-105.

2.2.1 Se confronter au terrain

Les médecins-inspecteurs incitent les médecins du travail à se rendre sur les lieux de travail en en faisant un critère d'agrément des services interentreprises. Comme médecin-inspectrice, Nicole Mandin milite dans ce sens, précisant qu'elle a toujours fait elle-même du tiers-temps en tant que médecin du travail, *« d'ailleurs c'était écrit dans les textes en 74. Et donc j'en ai toujours fait »*. Elle collabore par ailleurs directement avec les inspecteurs du travail qu'elle forme à l'Institut national du travail. Ensemble, ils poussent à ce que *« les médecins du travail soient sur le terrain. »* :

> « Dans les années 70, les services inter c'était vraiment les visites à la chaîne. Comme je disais, les médecins du travail étaient payés à la passe. Non, ça a beaucoup changé quand même. Beaucoup.
> - Et ça a changé, dû à quoi ?
> - Le tiers temps. L'arrivée du tiers temps. Faire en sorte qu'effectivement le tiers temps soit devenu prioritaire sur les visites médicales. Et dans beaucoup de services, du mode de financement des services. Puisqu'à l'époque les services avaient des cotisations à la visite et après ils ont fait ça à la masse salariale. Donc une fois que c'est passé à la masse salariale, c'était beaucoup plus facile pour eux de permettre aux médecins du travail de faire du tiers temps. » (entretien avec Nicole Mandin, MIRTMO, 63 ans, retraitée)

Par cette métaphore, l'enquêtée souligne à quel point pour elle, la consultation (la « passe ») est dévalorisée (ce qui est inhabituel en médecine). L'évaluation de l'aptitude, pour le compte d'un « souteneur » altère la relation au « client », ici le salarié. La noblesse des activités pratiquées par le médecin du travail est ici clairement hiérarchisée.

Mais cette volonté d'action médicale sur les lieux de travail se heurte « au flou du rôle et des attentes qui lui sont liées »[1]. Les médecins effectuent sur le temps imparti tout le travail qui n'est pas fait au cours des visites médicales qui restent prioritaires. Il s'agit non seulement des visites des lieux de travail, de la participation aux CHSCT, de la rédaction de fiches d'entreprise[2], mais également de participation à des enquêtes de veille sanitaire, de temps de réunions et de formations qui seront ensuite comptabilisés/désigné comme des activités « connexes ».

1 Françoise PIOTET, « Médecins du travail », *op. cit.*, p. 309.

2 La fiche d'entreprise, dont le modèle réglementaire est fixé par l'arrêté du 29 mai 1989 pour le régime général, est rédigée par le médecin du travail. Elle recense les risques présents sur les lieux de travail, les salariés qui y sont exposés selon leur statut et les moyens de prévention mis en œuvre.

Beaucoup de médecins, qui n'ont jamais appris à intervenir en entreprise, se trouvent démunis face à cette nouvelle injonction à se rendre au sein des entreprises :

> « J'étais très bien formée, mais t'es pas formée à aller rencontrer le chef d'entreprise. Comment présenter, comment faire ton tiers-temps, comment… Et ça c'était difficile pour moi, de sortir du cabinet médical. Avec les années tu t'habitues, mais au début tu sais pas faire ça. Tu sais faire en consultation. Je faisais des examens beaucoup plus approfondis que maintenant. Parce que quand tu sais pas vers quoi aller tu fais ce que tu sais faire et puis tu l'exploites au maximum. Donc par exemple je faisais de la prévention pour le cancer du sein alors que c'étaient pas des gens qui étaient de nuit. J'avais pas de raison de faire ça c'était pas en lien avec le travail. J'avais plutôt tendance à confondre un petit peu santé publique avec santé au travail. Maintenant pour moi c'est des choses qui sont très claires alors que la loi serait plutôt en train de nous ramener du côté de la santé publique. Alors que moi maintenant je ne suis plus prête à faire ça. » (entretien avec Martine Molier, médecin du travail, 56 ans, SI1)

Ils profitent alors des possibilités de formation continue[1] pour pallier les manques de leur formation initiale. Selon Nicole Mandin, *« les médecins se sont énormément* [elle souligne le mot] *formés dans les années 80 [...] en ergonomie, en épidémiologie. »* Elle-même contribue à former massivement les médecins du travail de sa région en ergonomie, toxicologie et épidémiologie. *« On a fait des stages en épidémiologie. On a beaucoup incité les médecins qui étaient en place à se former. »*

En 1996, « 79 % des médecins en exercice disent avoir suivi une ou plusieurs formations supérieures à deux jours […] le nombre moyen de formations s'élève à un peu plus de 6. […] 60 % des médecins ont précisé la nature de la formation suivie. 68 % de ces formations concernent l'ergonomie, 30 % la toxicologie, 18 % l'épidémiologie et 15 % la psychologie. »[2] Mais le temps dédié aux consultations et à l'émission d'avis d'aptitude restant fixe, le temps de formation est pris sur celui de l'action en milieu de travail. Les médecins sont alors tiraillés entre le désir d'être plus compétents pour mieux intervenir en entreprise et

1 L'Ordonnance du 24 avril 1996 (Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n° 98 du 25 avril 1996), dite ordonnance « Juppé », rend obligatoire la formation médicale continue pour tous les médecins. Cette obligation est corrélée à l'évaluation des pratiques médicales par les instances publiques. « Cette ordonnance crée l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) en charge de mettre en œuvre la procédure. Tous les établissements de santé disposaient de cinq ans (soit jusqu'en 2001) pour s'engager dans la démarche rendue obligatoire. L'objectif clairement défini était d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé. En 2004, le législateur crée la Haute Autorité de Santé (HAS). Il lui confère l'intégralité des missions de l'ANAES dont la certification des établissements de santé. » Voir le site Web de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_967907/fr/le-contexte-reglementaire (consulté le 7 mars 2017).

2 Françoise PIOTET et al., « Enquête sociologique. Entre profession et métiers : les médecins du travail », *art. cit.*, p. 25.

le besoin de ménager ce temps disponible pour se rendre sur les lieux de travail. Selon Nicole Mandin, les médecins commencent véritablement à se rendre *« sur le terrain »* entre la fin des années 1980 et le début des années 1990.

2.2.2 Vers une pratique plus collective ?

Au cours des décennies 1980 et 1990, les médecins du travail sortent de leurs cabinets médicaux pour investir les lieux de travail. Ce sont notamment les nouvelles recrues qui renouvellent les pratiques de travail. À travers le portrait de Michel Mura, qui fait lui-même référence à l'idée de génération, nous percevons que les pratiques individuelles d'actions en milieu de travail s'inscrivent souvent dans des projets plus collectifs :

> « Je trouve qu'on était une génération de médecins, enfin pas tous, mais moi je travaille avec des gens qui ont un sens politique dans le sens large du terme. Ce n'est pas une politique de droite ou de gauche, c'est un sens politique. C'est une connaissance un peu politique, économique, etc. Donc vous avez bien compris que je suis attentif à tout ce qui se passe dans la cité parce que c'est important pour notre mission. » (entretien avec Michel Mura, médecin du travail, 59 ans, SI3)

Recruté au début des années 1980 alors que le « tiers-temps » se développe dans les services interentreprises, Michel Mura bénéficie à cette époque d'échanges confraternels :

> « En tant que médecins du travail on avait des réunions de service ou des réunions régionales avec l'inspection médicale [il souligne le mot] où j'ai eu la chance d'avoir un médecin-inspecteur qui mobilisait un peu les médecins, les bousculait un peu pour qu'on fasse au mieux notre travail. Donc Madame Mandin. Et en même temps, j'ai eu la chance aussi de participer à un petit collectif de travail de médecins du travail [des environs]. Où on se faisait, de temps en temps, une petite formation le soir sur un sujet. En dehors du travail d'ailleurs ou le week-end. Donc ça, c'était quand même, c'est une chance. »

Nicole Mandin souligne quant à elle le rôle d'animation du médecin-inspecteur : *« notre rôle, nous, c'est d'inciter à travailler avec l'ensemble des préventeurs et de faire en sorte que les choses soient dites. On ne reste pas dans le non-dit »*. Très investie dans son travail, son action est louée par nombre de médecins enquêtés. Cette ancienne membre du Groupe information santé (GIS) en a gardé le goût pour les enquêtes médicales alternatives[1] selon la figure de « l'intellectuel spécifique » conceptualisée par Michel Foucault[2].

1 Pascal MARICHALAR et Laure PITTI, « Réinventer la médecine ouvrière ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2013, 1/2, nº 196-197, p. 122.

2 Michel FOUCAULT, *Dits et écrits, 1954-1988. III, 1976-1979*, Paris, Gallimard, 1994, pp. 109-114.

Accordant beaucoup d'importance à la qualité des recherches produites, elle développe des partenariats avec des instituts de recherches, l'Institut national de recherche médicale (INSERM) tout d'abord (avec les équipes de Marcel Goldberg, Denis Aymaut et Annette Leclercq) puis avec l'Institut de veille sanitaire. Souvent contre l'avis des directions de services alors attachées à l'examen d'aptitude, elle incite les médecins du travail à recueillir les données empiriques par questionnaires et examen des salariés et à faire remonter les difficultés auxquelles ils sont confrontés afin d'accumuler les connaissances en santé au travail :

> « Alors les choix, très clairement, c'était à partir de ce qu'on avait sur le terrain. Donc pourquoi les troubles musculo-squelettiques ? Parce qu'on en avait plein dans [la région]. Le vieillissement parce qu'on s'apercevait, les médecins disaient que les gens, déjà à 50 ans, 55 ans, ne pourraient plus faire le métier qu'ils faisaient. Donc ça, c'était une demande des médecins. Et puis après, la souffrance au travail parce que malheureusement ça s'est développé dès les années 88 [dans la région]. C'était à partir de ce qu'on voyait sur le terrain qu'on a développé nos types de recherche. » (entretien avec Nicole Mandin, MIRTMO, 63 ans, retraitée)

Comme le souligne Nicolas Dodier, « les dispositifs d'enquête, en mobilisant des médecins, deviennent des outils d'organisation de la profession. Avec eux se créent des sous-groupes professionnels, des associations de recherche et de réflexion. »[1] Leur contribution au travail d'enquête et les formations qui s'y corrèlent amènent les médecins du travail à collaborer avec d'autres professionnels de la prévention. Ainsi, selon Dominique Huez qui y fut ensuite enseignant, environ 1/10^{e} des médecins du travail qui commencent à exercer entre 1975 et 1985, se forment à l'ergonomie au CNAM Ceci n'a rien d'étonnant quand l'on sait que d'une part l'histoire de l'ergonomie et celle du CNAM sont intimement liées et que d'autres part des praticiens de renom y enseignent. On citera par exemple, Alain Wisner[2] détenteur de la chaire de physiologie du travail et d'ergonomie à partir de 1966 et Christophe Déjours[3] responsable de chaire de psychologie du travail en 1990 :

> « À un moment donné, peu ou prou, tous les médecins [du réseau] passaient par une formation concrète, à l'analyse de terrain du travail. Ce qu'on appelle

1 Nicolas DODIER, *L'expertise médicale*, *op. cit.*, p. 267.

2 Initialement médecin physiologiste et ingénieur, il contribue fortement au développement d'une ergonomie centrée sur l'activité en lien avec des recherches de terrain au sein du CNAM. Laerte Idal SZNELWAR et Hélène Le DOARÉ, « Alain Wisner : Le développement de l'ergonomie et de la pensée sur le « travailler » », *Travailler*, 2006, vol. 1, n^{o} 15, pp. 39-54.

3 Christophe Dejours, psychiatre et psychanalyste ayant été formé à la médecine du travail et à l'ergonomie, renouvelle la psychopathologie du travail, une discipline étudiant le rapport subjectif de l'homme à son travail, en la renommant psychodynamique du travail. Son attention se porte alors sur les mécanismes psychiques conduisant à la souffrance au travail, souvent due à l'organisation même de ce travail.

> aujourd'hui activité de travail, toutes les réflexions travail réel/travail prescrit, etc. Et donc il y avait une espèce de pédagogie active où à travers une formation pluridisciplinaire. Pluridisciplinaire c'est compliqué. C'est-à-dire que les étudiants, entre guillemets, étaient de trois origines : il y avait des médecins, des pluri quelque chose, donc je sais pas quoi moi : ingénieurs, hygiénistes, tout ce qu'on veut. Et, et c'est aussi important, le dernier tiers c'était ce qu'on appelait au CNAM des syndicalistes temps plein. C'est-à-dire que le CNAM avait inventé une formation temps plein pour d'anciens responsables syndicaux du côté de la santé au travail qui voulaient, comment dire, avoir un biscuit, avoir une nourriture un peu scientifique, pour ancrer leur réflexion sur quelque chose quoi. Et donc ce lieu de formation, il y avait des TP B[1], ensuite il y avait des TP C avec un mémoire l'année suivante, a été déterminant pour la bascule de toutes ces professions. » (entretien avec Dominique Huez[2], médecin du travail, 67 ans, A-SMT)

Michel Mura participe de ce mouvement. En 1993, lorsqu'il « récupère » une entreprise employant au grand nombre de salariés[3], il commence à s'intéresser aux Troubles musculo-squelettiques (TMS) et opère un *« basculement »* dans sa pratique professionnelle :

> « J'étais un peu étonné du constat d'atteinte au niveau musculo-squelettique de salariés de production et en particulier d'ouvrières. Donc j'ai essayé d'investiguer, de comprendre, constater, comprendre, essayer d'agir. Alors, c'est pas moi qui vais agir. C'est d'abord les... moi je suis une sorte de support, d'outil, je donne des informations, s'il y a des propositions, aux salariés, au CHSCT, à l'employeur. Et ça venait au même moment, cette épidémie de TMS, dans des moments de changement d'organisation de production et d'organisation aussi de gouvernance d'entreprise. Phénomène qu'on a vu se diffuser un peu partout, dans tous les secteurs. » (entretien avec Michel Mura, médecin du travail, 59 ans, SI3)

Il se tourne vers des spécialistes pour mieux comprendre la situation, *« J'ai essayé d'y voir plus clair, d'y comprendre, de produire de la réflexion avec des collègues ou des gens plus compétents que moi »* et s'intéresse aux questions de risques psychosociaux (RPS) qui constituent pour lui une *« problématique actuelle »*. Il poursuit ce travail en continuant à se renseigner sur des pathologies qui lui semblent nouvelles (phobies de femmes surdiplômées pour le travail effectué) en contactant l'équipe de Christophe Déjours au CNAM.

1 « Il s'agit avec ces travaux pratiques d'accompagner les étudiants dans une intervention réelle en entreprise, à partir d'une demande réelle. Les étudiants travaillent en binôme. Ils se retrouvent chaque semaine, pendant un an, pour rendre compte de leurs avancées à un binôme d'enseignants. » Damien CRU, Marie-Pierre GUIHO-BAILLY et Pascale MOLINIER, « Présentation », *in* Dominique DESSORS, *De l'ergonomie à la psychodynamique du travail : méthodologie de l'action*, Toulouse, Érès, coll. « Clinique du travail », 2009, p. 19.

2 Avec son accord, le nom de l'enquêté, qui en tant que porte parole et figure médiatique de la profession est facilement identifiable, n'a pas été anonymisé. Il est le seul de l'enquêté dans ce cas.

3 Son secteur géographique est composé d'entreprises variées. *« Mais depuis, oui, une quinzaine d'années on a vu venir dans la zone, dans des anciens bâtiments industriels plus ou moins, des services, des grossistes et puis de l'informatique, et puis des services aux entreprises, à la personne même. »*

Comme d'autres[1], après avoir travaillé étroitement avec un inspecteur du travail par le passé, Michel Mura fait également appel aux services de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) : *« Les interlocuteurs c'est l'inspection du travail, que moi je ne vois pas beaucoup ; la CRAM que je vois un peu plus souvent. Le service toxicologie de la CRAM que j'ai eu sur une ou deux situations de travail il n'y a pas longtemps. Donc quand je vous disais que les problèmes psychiques au travail prenaient beaucoup d'importance, la toxicologie n'a pas disparu.* »

La médecine du travail est une médecine de prévention particulière en ce qu'elle lie la rencontre individuelle des salariés et l'étude de leurs conditions de travail hors du cabinet médical. En tant que praticiens de terrain, la connaissance que les médecins du travail acquièrent de « leur » secteur, autrement dit des conditions et des relations de travail au sein des entreprises suivies, est essentielle pour nombre d'entre eux. Bien que leur activité soit plus ou moins centrée sur le colloque singulier, ils ont au cours des dernières décennies développé des pratiques spécifiques propres à leur spécialité médicale.

3 Des médecins critiques qui recadrent la pratique

Suite au mouvement de mai 1968, se développe un mouvement de défense de la santé ouvrière porté entre autres par des « médecins critiques »[2]. Ces médecins, tant généralistes que médecins du travail, « sont fils de médecins pour les plus âgés, tandis que les plus jeunes, parmi lesquels on compte bien plus de femmes, sont plus souvent d'extraction populaire, ayant bénéficié de "l'appel d'air" qu'a représenté la réforme des études médicales, et notamment la suppression de l'externat consécutive à 1968 »[3]. Ils constituent un ensemble générationnel[4] que la critique de la domination amène à réfléchir aux moyens de réinventer

1 *« On marquait aussi dans les conclusions que la pluridisciplinarité, la première pluridisciplinarité c'était la médecine du travail, l'inspection du travail et la CRAM. »* (entretien collectif, Collectif de médecins du travail de Bourg-en-Bresse)

2 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. 91, n° 3, pp. 103-132.

3 Pascal MARICHALAR et Laure PITTI, « Réinventer la médecine ouvrière ? », *art. cit.*, p. 125 Les médecins que nous étudions appartiennent davantage à cette seconde génération.

4 « L'ensemble générationnel est plus que la simple présence décrite dans une unité historico-sociale déterminée. [C'est une] participation au destin commun de cette unité historico-sociale. » Karl MANNHEIM, *Le problème des générations*, *op. cit.*, p. 85.

leur métier. La mise en place de nouvelles formes d'exercice collectif de la médecine est alors au centre de leurs préoccupations[1].

La rencontre avec un public aux nouvelles conditions d'emploi et de travail dans les années 1980 les amène à recadrer tant la définition des problèmes de santé au travail que leur propre activité professionnelle. Ces médecins suivent quatre opérations d'enquêtes identifiées par Érik Neveu[2] par lesquelles ils transforment l'objet du trouble ressenti en problème de politique publique. Après avoir transformé leurs émotions en action, ils recherchent d'autres personnes concernées par le problème identifié et souvent s'organisent par la création d'une association au sein desquels ils recherchent et produisent de nouveaux savoirs.

3.1 Rencontrer ses pairs

Pour Pascal Marichalar et Laure Pitti, soit ces médecins critiques « politisent leur pratique et défendent une conception "militante" de leur métier au nom de rapports sociaux antagonistes, en l'occurrence l'opposition capital/travail, dans lesquels ils sont forcés de prendre parti »[3], soit-ce sont leur pratique professionnelle et leurs constats médicaux qui les amènent à une forme de politisation. Ces deux processus se retrouvent chez les enquêtés dont les pratiques professionnelles et politiques sont indissociables.

3.1.1 L'association Santé et Médecine du travail : pratiquer une médecine sociale

Un réseau d'une quinzaine de médecins critiques qui se connaissaient *« à travers un certain nombre de luttes médico-sociales »,* telles que celles portées au sein de l'usine Peñarroya[4] ou au GIS — crée un *collectif de la médecine du travail* au sein du Syndicat de la Médecine générale (SMG)[5]. Instauré en 1978, ce collectif donne naissance, au Syndicat de la Médecine du Travail (SMT) en novembre 1979 lors du congrès d'Hostens en même temps

1 Patrick HASSENTEUFEL, « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes », *in* Géraldine BLOY, François-Xavier SCHWEYER et Claudine HERZLICH, *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, coll. « Métiers santé, social », 2010, p. 404.

2 Érik NEVEU, *Sociologie politique des problèmes publics*, Paris, A. Colin, coll. « Collection U », 2015, pp. 106-107.

3 Pascal MARICHALAR et Laure PITTI, « Réinventer la médecine ouvrière ? », *art. cit.*, p. 125.

4 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 », *art. cit.*

5 « Le premier syndicat spécifique à la médecine générale, le SMG, est créé au printemps 1975. Son acte fondateur est la publication d'un charte, signée par 120 généralistes, rejetant la médecine libérale et appelant à une transformation globale du système de santé. » Patrick HASSENTEUFEL, « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes », *op. cit.*, p. 404.

que se met en place l'Union Syndicale de la Médecine (USM)[1] qui regroupe dans un premier temps ce nouveau syndicat et le SMG. Leur mobilisation est portée par les principes d'une médecine sociale au service des salariés : *« Considérant les travailleurs non pas comme des organes ou des machines à produire, mais comme des personnes pouvant présenter de nombreuses manifestations pathologiques qui ont une "origine sociale", nous refusons le principe de la division de la médecine en tranches sans lien entre elles. Notre action s'inscrit dans une lutte pour une transformation globale du système de santé. »*[2]

Dénonçant une médecine de sélection aux mains du patronat, les membres du SMT ont dès l'origine pour objectif d'être au service des travailleurs[3]. Dans leur Charte, ils définissent en ces termes la mission de l'institution : *« La médecine du travail est née en 1946 de la conjonction des luttes des travailleurs sur les questions de santé et d'hygiène du travail. Son projet initial est de prévenir et de dépister les altérations de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Définie ainsi, elle a un rôle important à jouer dans la lutte contre les effets de l'"Organisation scientifique du Travail". »*[4]

Pendant dix ans le SMT réunit, tous les deux mois à Paris, entre 40 et 50 personnes (dont de nombreux provinciaux) qui travaillent à l'élaboration de pratiques professionnelles. Ces nouvelles conceptions de l'exercice du métier s'inscrivent dans des logiques syndicales et collectives, à la manière de ce que qui se joue pour les magistrats à la même époque[5]. C'est d'ailleurs au positionnement du Syndicat de la magistrature[6], que l'un des anciens adhérents du SMT se compare :

> « On a cru, dans les créateurs du SMT qu'il était possible, comme peut-être le syndicat de la magistrature, comme voulait le faire le SMG… Je ne sais pas s'il ont réussi eux mais on croyait qu'ils avaient réussi. Je ne sais pas si c'est le syndicat des avocats de France était né à ce moment là. J'ai un trou. Bon. On a cru

1 L'USM est alors pensée comme « la première étape indispensable avant la création éventuelle d'un mouvement plus large de contestation sous la forme, par exemple, d'une confédération ». Marcel GIRAUDEAU, *Contribution à l'étude du syndicalisme médical français : le S.M.G.*, Thèse de doctorat en médecine, Université Pierre et Marie Curie, Paris, 1983, p. 59.

2 Annexe n° 4 : « Charte du Syndicat de la Médecine du Travail (S.M.T.) Membre de l'Union Syndicale de la Médecine (U.S.M.) ». *Ibidem*, p. 229.

3 Les principes de l'USM sont les suivants : « lutter contre les causes véritables des maladies, imposer une formation adaptée aux besoins, transformer les conditions de travail, s'opposer à l'emprise du profit sur la médecine, être responsable devant la collectivité ».

4 Annexe n° 4, Marcel GIRAUDEAU, *Contribution à l'étude du syndicalisme médical français : le S.M.G.*, *op. cit.*, pp. 227-238.

5 Violaine Roussel, « Les changements d'ethos des magistrats », in Commaille Jacques et Kaluszynski Martine, La fonction politique de la justice, Paris, la Découverte, coll. « Recherches », 2007, pp. 27-46.

6 Anne DEVILLÉ, « L'entrée du syndicat de la magistrature dans le champ juridique en 1968 », *Droit et société*, 1992, vol. 22, pp. 639-671.

> qu'il était possible dans le même lieu de déployer à la fois une pratique syndicale, professionnelle, voire corporatiste, enfin du côté de l'intérêt public, et une pratique réflexive sur les pratiques professionnelles » (entretien avec Dominique Huez, médecin du travail, 67 ans, A-SMT)

Mais l'appartenance syndicale (notamment au sein du Syndicat national professionnel des médecins du travail [SNPMT], de la Confédération française démocratique du travail [CFDT] et de la CGT) de membres *« d'autres réseaux collectifs de médecins »* avec qui ils collaborent sur le terrain les empêche de les rejoindre.

Par ailleurs, malgré une fenêtre d'opportunité politique ouverte par l'élection de François Mitterrand à la présidence de la République[1], la représentativité de l'USM sera refusée en 1984 lors du congrès du SMG au Palais des papes d'Avignon[2]. Suite à cet échec syndical, selon une orientation similaire à certains membres du SMG[3], le SMT se constitue en association le 1er novembre 1990. L'association Santé et Médecine du Travail « a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la médecine du travail »[4] (cf. figure 1.2). Elle est ouverte aux médecins du travail et aux *« spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la médecine du travail ».* Plusieurs dizaines de personnes, souvent syndiquées ailleurs (au SNPMT ou au syndicat CGT des médecins du travail de l'énergie[5]), rejoignent alors l'association. Celle-ci se trouve alors composée d'un noyau dur d'une petite centaine de médecins qui l'animent et d'une autre centaine de personnes qui y *« gravitent »*.

1 Patrick HASSENTEUFEL, « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes », *op. cit.*, p. 405.

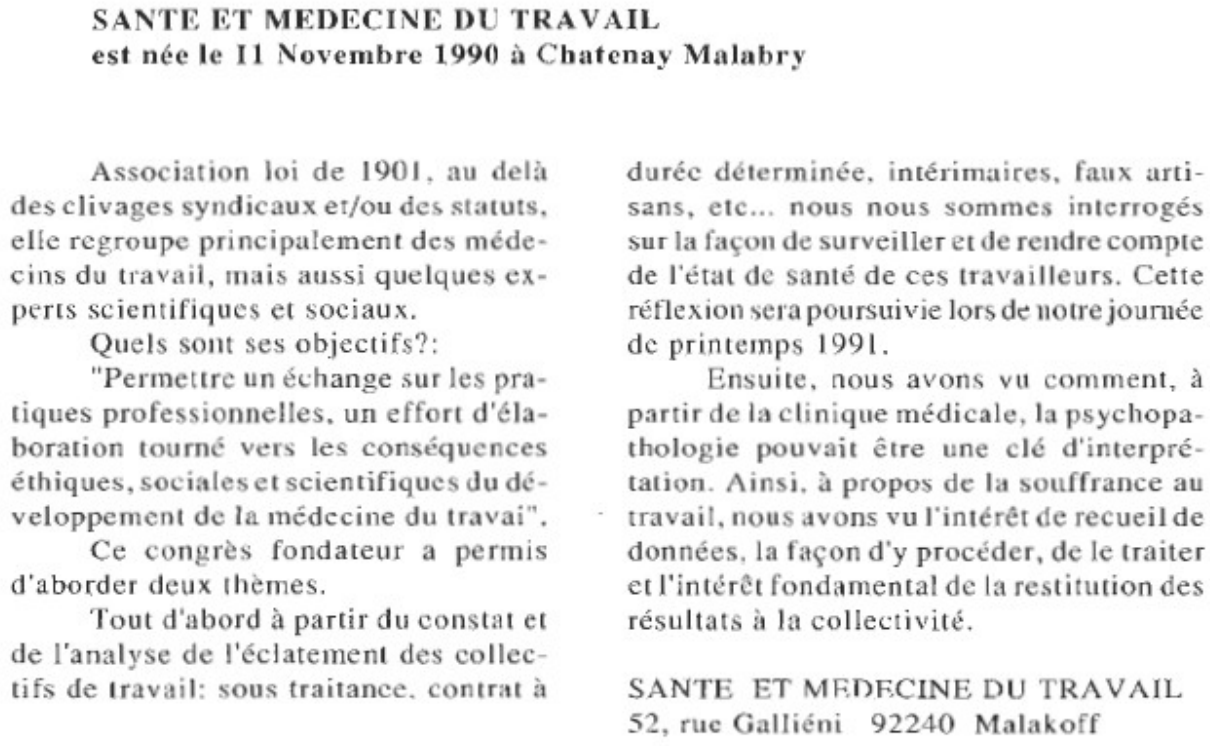
2 Elisabeth Maurel-Arrighi, *Avignon, 1984 : drame au Palais des papes - Refus de représentativité du SMG*, 31 mai 2008, Site Web du SMG. http://www.smg-pratiques.info/Avignon-1984-drame-au-Palais-des.html, consulté le 24 janvier 2017.

3 Le SMG, représenté au sein du comité directeur de MG France, s'est progressivement transformé en groupe de réflexion autour de la revue Pratiques et a en quelque sorte confié le travail syndical et l'intervention politique à MG France. » Patrick HASSENTEUFEL, « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes », *op. cit.*, p. 406.

4 Voir le site Web de l'association : http://www.a-smt.org/accueil.html, consulté le 15 juillet 2013.

5 Scarlett SALMAN, « Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *Sociologie du travail*, 2008, vol. 1, nº 50, p. 37.

Figure 1.2 : Objectifs de l'association Santé et Médecine du Travail



SANTE ET MEDECINE DU TRAVAIL
est née le 11 Novembre 1990 à Chatenay Malabry

Association loi de 1901, au delà des clivages syndicaux et/ou des statuts, elle regroupe principalement des médecins du travail, mais aussi quelques experts scientifiques et sociaux.

Quels sont ses objectifs?:

"Permettre un échange sur les pratiques professionnelles, un effort d'élaboration tourné vers les conséquences éthiques, sociales et scientifiques du développement de la médecine du travai".

Ce congrès fondateur a permis d'aborder deux thèmes.

Tout d'abord à partir du constat et de l'analyse de l'éclatement des collectifs de travail: sous traitance, contrat à durée déterminée, intérimaires, faux artisans, etc... nous nous sommes interrogés sur la façon de surveiller et de rendre compte de l'état de santé de ces travailleurs. Cette réflexion sera poursuivie lors de notre journée de printemps 1991.

Ensuite, nous avons vu comment, à partir de la clinique médicale, la psychopathologie pouvait être une clé d'interprétation. Ainsi, à propos de la souffrance au travail, nous avons vu l'intérêt de recueil de données, la façon d'y procéder, de le traiter et l'intérêt fondamental de la restitution des résultats à la collectivité.

SANTE ET MEDECINE DU TRAVAIL
52, rue Galliéni 92240 Malakoff

Source : *Cahier du S.M.T.*, nº 3, supplément n° 1 à *Pratiques* n° 22, décembre 1990, p. 5.

Bien que l'étude des parcours différenciés des membres de l'association serait riche d'enseignements[1], la présentation de l'une de ses figures centrales nous renseigne sur l'intrication de différents mouvements politiques et médicaux depuis la toute fin des années 1960. Dominique Huez est né en 1950 dans une *« famille médicale »* (de nombreux hommes de sa famille sont médecins, son père est lui-même médecin généraliste *« adepte de la médecine sociale »*). Dans cette famille, *« à peu près la seule personne de gauche »* est son arrière-grand-père, médecin de campagne, militant du Sillon[2] ayant participé à la création de mutuelles, de jardins ouvriers et ayant beaucoup écrit sur la médecine sociale.

Souhaitant se différencier de son frère d'un an son cadet devenu médecin généraliste, il envisage tout d'abord d'être vétérinaire. Mais formé dans des établissements religieux, il

1 Une telle question mériterait une enquête à part entière. Nous avons conscience de contribuer à invisibiliser le travail de nombreuses femmes médecins militantes de l'association en ayant réalisé seulement un entretien avec l'un de ses portes-parole masculin.

2 Fondé en 1894 par Marc Sangnier, le mouvement politique du Sillon cherche à réconcilier ouvriers et christianisme. Voir : Jean de FABRÈGUES, *Le sillon de Marc Sangnier : un tournant majeur du mouvement social catholique*, Paris, Perrin, coll. « Les grandes aventures de l'esprit », 1964.

passe son baccalauréat en 1968 et ne l'obtient qu'en septembre, ce qui l'empêche d'intégrer les classes préparatoires. Son projet repoussé d'un an, il s'inscrit au Certificat préparatoire aux études de biologie humaine pour faire de la recherche. Ayant été reçu il poursuit finalement des études médicales.

Au cours de ses études, alors qu'il est au GIS, il croise un étudiant venant de Grenoble avec qui il pratique des avortements clandestins et diffuse la méthode Karman dans la région :

> « On a collaboré avec des Parisiens. Notre expérience précède celle du MLAC [Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception], d'au moins un an et demi. Voilà. Enfin un mouvement extrêmement fort, c'était extrêmement fort. On a fini appuyés clandestinement par la DST [Direction de la Surveillance du territoire], par les renseignements généraux. Je me souviens avoir avorté moi des inspectrices de la DST. Enfin bon il y avait vraiment une assise sociale. Ça a compté beaucoup dans mon expérience. » (entretien avec Dominique Huez, médecin du travail, 67 ans, A-SMT)

Membres de *Choisir*, ils créent un Comité pour la Liberté de l'Avortement et de la contraception (CLAC)[1] *« quand Gisèle Halimi nous a dénoncés en disant qu'elle ne voulait pas qu'on pratique des avortements clandestins »*. Au-delà d'une légitimité sociale et professionnelle qui se joue par le militantisme, il est alors également membre du Parti socialiste unifié (PSU) et de la Gauche ouvrière et populaire (GOP) et *« coopère »* avec une fraction de l'Union nationale des étudiants de France (UNEF).

Il commence à s'intéresser aux questions de santé au travail en cinquième année de médecine. Il rédige tout d'abord un tract sur la nocivité sanitaire du trichloréthylène. Puis, inscrit en thèse, il choisit un sujet sur la fibrose aux métaux durs. Ce diplôme en poche, il collabore pendant un an avec un service de pneumologie, ce qui le spécialise en toxico-pneumologie. Terminant ses études de médecine, il hésite à créer une unité sanitaire de base *« à la sauce SMG »*, notamment avec sa femme elle-même médecin généraliste (elle est également détentrice d'un CES de médecine du travail), *« elle était aussi dans cette mouvance-là. Elle est rentrée dans un cabinet de groupe »*.

Il souhaite finalement *« rentrer à Michelin »*, mais n'arrive pas à se faire recruter, sa participation aux avortements clandestins étant connue localement. En 1978, il se fait recruter à 3/4 temps par un autre constructeur automobile de qui il est inconnu. Cet employeur est alors en train de constituer un service autonome après avoir licencié de multiples médecins du

1 Jean-Paul GAUDILLIÈRE, « Intellectuels engagés et experts : biologistes et médecins dans la bataille de l'avortement », *Natures Sciences Sociétés*, 1 septembre 2006, Vol. 14, nº 3, pp. 239-248.

travail de services interentreprises. Il y exerce pendant cinq ans tout en travaillant également en centre d'interruption volontaire de grossesse. Bien qu'ayant été syndiqué pendant un an et demi à la CFDT lorsqu'il était interne (*« dans l'après 68 c'était la CFDT qui était progressiste »*), il adhère à la CGT-cadre lorsqu'il arrive dans cette entreprise où *« la CFDT étaient des collabos quand même »*. Après deux, trois ans, il est également recruté à temps partiel à EDF où il exerce à temps plein après quelques années, tout d'abord en construction puis dans le nucléaire. À leur arrivée en médecine du travail, les médecins aux trajectoires fortement marquées par l'après 68 telles que celle présentée ci-dessus, portent des initiatives qui subvertissent la logique ordinaire du métier.

3.1.2 Le collectif de Bourg-en-Bresse : témoigner des difficultés

Au cours des années 1980 au sein des services interentreprises, de nombreux médecins du travail s'organisent en collectifs pour partager leurs expériences et discuter de leurs pratiques professionnelles. À ce titre le collectif de médecins du travail de Bourg-en-Bresse constitué autour d'un noyau de huit médecins du travail d'un même secteur géographique (à l'exception de l'un d'entre eux) du même service interentreprises nous a particulièrement intéressé, en tant qu'espace où expériences professionnelles et militantes se mêlent.

Avant que ces pratiques collectives ne s'instituent peu à peu dans le fonctionnement routinier du service, les futurs membres du collectif se réunissent informellement chez les uns et les autres :

> « Ça [les réunions à domicile] c'étaient les années 80. C'était dans les années 80 à 90. Et après c'est autour de 90, il me semble, qu'on a réussi à faire des demi-journées ou des journées de tiers-temps. Et on avait, avant les affaires de 94, on travaillait sur les lombalgies. Il y avait des enquêtes, des machins comme ça qu'on faisait. Et on arrivait à se regrouper. Mais il fallait qu'on ait un cadre d'étude en gros, à cette époque-là. » (entretien collectif[1], Collectif de Bourg-en-Bresse)

« Confrontés au trouble » de leurs constats médicaux, ces médecins les partagent informellement :

1 Afin de préserver l'anonymat des membres du collectif, nous ne précisons pas lequel d'entre eux prend la parole dans les extraits cités. Par ailleurs, nous ne pouvons présenter leurs origines sociales et leurs parcours professionnels, ne les ayant pas recueillis lors du premier entretien (qui a duré une demi journée). L'enquête qui remuait un passé vécu douloureusement, s'est ensuite interrompue. Comme le souligne Delphine Dulong, « les comportements déviants et a fortiori subversifs ne sont pas faciles à tenir : outre les éventuelles sanctions matérielles et/ou symboliques qu'ils provoquent […], ils sont en soi psychologiquement coûteux. » Delphine DULONG, « Au dedans et en dehors : la subversion en pratiques », *op. cit.*, p. 257.

> « On commençait à dire il se passe quelque chose qui est un peu difficile à analyser. On voyait bien que la souffrance commençait à émerger, mais on n'avait pas tout le vocabulaire, tous les concepts qu'on a eus après. Il y avait un feeling de médecins qui cliniquement disaient : "il se passe des choses bizarres dans le monde du travail". Et qui se sentaient un peu démunis, qui butaient en interne dans leurs entreprises et qui cherchaient un peu une issue collective. »

« Tombés d'accord sur la gravité des constats en santé au travail que nous faisions dans nos *entreprises ; mais aussi sur l'inefficacité de nos actions individuelles du fait de tous les obstacles présents dans l'institution "médecine du travail" »*[1], ils prennent publiquement position, en 1994, en signant une pétition de soutien d'un des leurs mis en cause dans son indépendance médicale (il s'était vu retirer une entreprise après avoir demandé la mise en place de mesures face au risque d'amiante). C'est ce qui constitue l'acte fondateur du collectif.

La réflexion professionnelle sur la notion de responsabilité est présente dans les professions dotées d'un statut d'indépendance comme la magistrature[2] ou la médecine, et ce depuis la période suivant 1968. Cette réflexion est d'autant plus cruciale que certains médecins du travail vivent comme antinomique le fait d'être à la fois conseillers des salariés et des employeurs alors que ces deux groupes se situent de part et d'autre de l'opposition entre travail et capital.

Pour réduire ce paradoxe, les médecins critiques dénoncent vivement leur subordination aux employeurs et au pouvoir économique et revendiquent leur indépendance professionnelle, en se référant notamment au Code de déontologie des professions médicales, autant qu'au Code du travail :

> « À partir du code de déontologie, on a mis de l'ordre là dedans. Mais ce qu'il faut savoir, c'est qu'un médecin n'est pas si démuni que ça. C'est pas un petit salarié quand même. On a ce code de déontologie inscrit dans la loi. Il faut y aller. Il faut lire le code de déontologie. Il y a des moments où on ne peut pas nous faire faire n'importe quoi. »

1 COLLECTIF DES MÉDECINS DU TRAVAIL DE BOURG-EN-BRESSE, *La santé au travail en France : un immense gâchis humain*, Paris, L'Harmattan, coll. « Questions contemporaines », 2010, p. 33.

2 Violaine ROUSSEL, « L'indépendance de la magistrature comme ressource et comme enjeu », *in* CENTRE D'ÉTUDES JURIDIQUES COMPARÉES et CENTRE DE RECHERCHES ITALIENNES, *L'indépendance de la magistrature en France et en Italie*, Université de Paris X-Nanterre, Dalloz, 1998, pp. 127-135.

3.2 Produire et chercher des savoirs

Au cours des années 1970, des médecins se sont alliés à des « profanes » qui cherchaient à défendre leur santé et ont en partie fondé la légitimité de leur action sur le recours à l'expertise médicale pour établir un contre-savoir[1]. « Mais [alors que] c'est le plus souvent hors du champ médical, dans les mobilisations de victimes de maladies et catastrophes professionnelles, que les enjeux de santé ouvrière trouvent des relais de mobilisation à partir des années 1980 »[2], les médecins critiques, qui se concentrent sur leurs pratiques professionnelles, n'en perdent pas pour autant les acquis antérieurs.

Confrontés dans les années 1980 à une dégradation des conditions d'emploi qui les amène à suivre de nouveaux publics (intérimaires et salariés d'entreprises sous-traitantes) et à une nouvelle détérioration des conditions de travail liée à la flexibilité des horaires et l'intensification de la production dans les années 1990[3], c'est notamment par un travail d'enquête que ces médecins font émerger les problèmes de précarité et de souffrance au travail.

3.2.1 Alerter sur les risques du travail

Selon Dominique Huez, *« ce qui a fait basculer notre pratique c'est le travail comme grille de lecture, qui est issu de la question de l'ergonomie »*. Un certain nombre de membres du *« réseau praxique du SMT »* se forment au CNAM auprès d'Alain Wisner. La parution de l'ouvrage *Les risques du travail* en 1985[4] étend également le « courant critique de la prévention des risques professionnels »[5], notamment avec la création de l'ALERT, dont le

1 Sandrine GARCIA, « Expertise scientifique et capital militant », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, vol. 158, nº 3, pp. 96-115 ; 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 », *art. cit.*

2 Pascal MARICHALAR et Laure PITTI, « Réinventer la médecine ouvrière ? », *art. cit.*, p. 131.

3 « En 1992, la majorité des Français (60 %) se disait ainsi fatiguée et citait souvent le surmenage professionnel. Ce constat est confirmé par les médecins enquêtés qui, alors même qu'ils constatent une amélioration des risques et pathologies, ont plutôt le sentiment d'une dégradation des conditions de travail, de l'intérêt des tâches et surtout de la "charge mentale". » Françoise PIOTET et al., « Enquête sociologique. Entre profession et métiers : les médecins du travail », *art. cit.*, p. 47.

4 Bernard CASSOU, Marie-Laurence MOUSEL, Catherine SPITZER, Annie TOURANCHET et Dominique HUEZ, *Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, la Découverte, 1985.

5 « La première version des Risques du travail, coordonnée par Bernard Cassou, Dominique Huez, Marie-Laurence Mousel, Catherine Spitzer et Annie Touranchet, et sortie en 1985, a marqué l'histoire de la santé au travail. À l'époque, la Mutualité française en avait acheté 3 000 exemplaires pour en diffuser les messages importants. L'ouvrage a été à l'origine de l'Association pour l'étude des risques du travail (ALERT), qui a animé le débat social et scientifique sur la médecine du travail, la sous-traitance des risques, la précarité ou encore les cancers professionnels, dont ceux de l'amiante — d'où la fondation de l'Association nationale des victimes de l'amiante (Andeva). Ce livre a aussi contribué à la création de Santé & Travail. » Nathalie

travail est fondé sur l'enquête et la collaboration de médecins du travail, chercheurs et syndicalistes[1] :

> « Beaucoup de collaboration avec des équipes de recherche se sont faites par ces espèces d'interfaces d'opportunité, de publications, de recherche, de réseaux militants en santé au travail. Mais militant appuyé entre guillemets sur des analyses politiques au sens noble et praxique » (entretien avec Dominique Huez, médecin du travail, 67 ans, A-SMT)

« De très lourdes coopérations » s'instaurent ainsi entre des médecins du travail et des équipes de recherche en épidémiologie, gérontologie et ergonomie au sein de l'enquête Estev[2] (Enquête Santé Travail Et Vieillissement) portant sur l'évolution de la santé en milieu de travail avec l'âge ou par exemple au sein de l'enquête Samotrace (SAnté Mentale Observatoire TRAvail Rhône-Alpes Centre) portée par l'Institut de veille sanitaire, à laquelle participe plus d'une centaine de médecins du travail.

À partir de ce travail d'enquête, l'association « Santé et médecine du travail » mène finalement elle aussi un important travail éditorial qui aboutit à la parution de trois ouvrages :

> « On s'était associés avec des chercheurs. Et d'ailleurs au début on n'avait pas de projet du tout de faire un livre. On avait le projet de travailler avec des chercheurs, entre autres avec Annie Thébaud-Mony et avec Francis Derriennic, et puis permettre aux chercheurs que nous nous produisions les matériaux qu'eux pourraient exploiter pour faire tout un tas de choses. Et puis en cours d'élaboration, on s'est rendu compte que les chercheurs avaient leurs projets de recherche, mais qu'au stade où on en était, on était probablement en capacité de commencer à sédimenter un certain nombre de choses. Et donc dans le bouquin bleu, une réflexion un peu plus solide sur la précarisation du travail. » (entretien avec Dominique Huez, médecin du travail, 67 ans, A-SMT)

Un premier ouvrage collectif intitulé *Souffrances et précarité au travail. Paroles de médecins du travail*[3] est publié en 1994. Comme le précise Dominique Huez, *« on avait essayé d'emmener tout un courant de la profession à réfléchir sur la question de la précarisation du travail »*. Ils cherchent à ce que la profession s'ouvre à ces questions, en communiquant notamment au congrès national de médecine du travail de Besançon. De même, l'écriture de

QUÉRUEL, « La nouvelle bible », *Santé & Travail*, n° 90, avril 2015, pp. 6-9.

1 Voir par exemple : Marie GHIS MALFILATRE, « La CGT face au problème de la sous-traitance nucléaire à EDF. Le cas de la mobilisation de Chinon (1987-1997) », *Sociologie du travail*, 2017, vol. 59, n° 1.

2 Y participent notamment Francis Derriennic, épidémiologue à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), et Serge Volkoff, statisticien et ergonome.

3 Dominique HUEZ, *Souffrances et précarités au travail : paroles de médecins du travail*, Paris, Syros, coll. « Alternatives sociales », 1994.

l'ouvrage collectif *Femmes au travail, violences vécues*[1], paru en 2000, suit le même processus bien que celui-ci ait été plus long. *« Les femmes ont toujours été majoritaires à la SMT. Peut-être plus hier qu'aujourd'hui parce qu'avec les retraitées, chacun vit sa vie, mais voilà. Et tout un tas de collègues, de consœurs tenait à ce projet. »*

Le deuxième ouvrage de l'association *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*[2], paru en 1998, est quant à lui davantage une compilation de textes déjà parus dans *Les Cahiers S.M.T.* : *« le bouquin rouge c'est plus l'atterrissage de dix années de réflexion et surtout des cinq dernières années qui structuraient un peu une pensée professionnelle de notre courant »*. Depuis 1989, l'association SMT publie annuellement ses *Cahiers* afin de diffuser réflexions et échanges menés en son sein à une audience large de médecins du travail, notamment au cours des congrès nationaux de médecine du travail où les membres de l'association communiquent et tiennent systématiquement un stand[3]. Depuis une dizaine d'années, les temps d'échanges et de réflexion sur la pratique professionnelle sont organisés au sein de l'association en deux réunions annuelles, un congrès[4] et une « journée de printemps » au cours desquels les membres soumettent des écrits présentant des études de cas ou des prises de position sur le métier et délibèrent collectivement sur ceux-ci.

À partir de 1994, les membres du collectif de médecins du travail de Bourg-en-Bresse rédigent et diffusent quant à eux pendant 22 ans (jusqu'en 2016) une conclusion commune à tous leurs rapports annuels d'activité[5]. Revendiquant une posture professionnelle plus qu'une démarche militante, ils cherchent initialement à présenter les situations de travail auxquelles ils sont confrontés :

1 Eve SEMAT, *Femmes au travail, violences vécues*, Paris, Syros, 2000.

2 ASSOCIATION SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL, *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*, Paris, La Découverte et Syros, coll. « Santé et société », 1998.

3 « La revue éditée à 2000 exemplaires depuis une quinzaine d'années, touche environ un tiers des 7000 médecins du travail. » Scarlett SALMAN, « Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *art. cit.*, p. 37.

4 Notons une proximité de fonctionnement avec le Syndicat de la Médecine du Travail dont les statuts stipulent : « Article 17 : Le Congrès est l'organe souverain du Syndicat. Il se compose de tous les adhérents à jour de leurs cotisations. Il se réunit en séance ordinaire une fois par an, sur convocation de la Commission exécutive. » Marcel GIRAUDEAU, *Contribution à l'étude du syndicalisme médical français : le S.M.G.*, *op. cit.*, p. 237.

5 « Le médecin du travail établit un rapport annuel d'activité dans la forme prévue par un arrêté du ministre chargé du travail. » Article D4624-42 du Code du travail, modifié par Décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 — art. 1. Ces rapports, de forme standard, regroupent des informations chiffrées relatives au service de santé au travail, à la population surveillée, aux examens médicaux cliniques et complémentaires, à l'action en milieu de travail et aux autres activités du médecin. Celui-ci peut y ajouter des commentaires et observations générales. Cf. chapitre 3, 1.1.2, p.175.

> « On s'est vite dit que le centre de notre travail c'était l'humain, la santé. Et que nous on devait aller au-delà de notre action dans les entreprises. C'est-à-dire témoigner. On a une obligation de moyens. On a travaillé autour de tout ça. Témoigner, dire collectivement à tous, puisque c'était le but de nos rapports. Dire à tous voilà c'est quoi, qu'est-ce qui se passe au travail et comment sont mis à mal les salariés, autant physiquement que psychologiquement. » (entretien collectif, Collectif de Bourg-en-Bresse)

S'instituent alors des réunions mensuelles de « tiers-temps groupé » d'une journée et demie au cours desquelles ils mutualisent et analysent leurs constats :

> « On était médecins, on voulait partir de nos constats. Et avec nos constats et ce qu'on avait appris à la fac, on n'y arrivait pas. Ça ne s'emboîtait pas ce truc. On a commencé surtout à décrire nos constats. Parce que le premier problème c'était qu'on nous disait qu'on exagérait. Maintenant on a oublié parce que maintenant tout le monde accepte de dire qu'il y a un problème de santé au travail. Mais quand il y a 20 ans, on a commencé à dire ça, c'était sulfureux. On était de dangereux extrémistes. Mais ça allait très bien dans les boîtes, qu'on nous disait. Et on a décrit, vous prenez nos premiers rapports, un os, on a, on ramenait. On était persuadés qu'il fallait démontrer déjà. Nos premiers rapports c'est massivement du descriptif. Du constat. Des constats. Et dans tel secteur, et dans tel secteur… on mangeait des volaillers, on mangeait de la plasturgie, on mangeait du travail social. »

Ils s'emparent de cet outil professionnel pour diffuser leurs constats et étendent le « droit d'alerte » vers l'employeur devant un risque constaté dans l'entreprise[1] de situations localisées à une analyse plus globale de la santé des salariés. Ils élargissent également l'arène de diffusion de ces rapports. Les membres du collectif publient leur première conclusion commune en 1994 dans la revue *Santé & Travail* et organisent une conférence de presse pour la rendre publique. Disponibles dans leurs salles d'attente, à disposition des salariés qu'ils reçoivent, ces rapports sont envoyés aux professionnels de santé ou de prévention au travail (Conseil de l'Ordre, médecins généralistes, enseignants…), aux syndicats, associations, mutuelles et partis politiques ainsi qu'à l'ensemble des députés et sénateurs. Au cours de la décennie 2000 et ensuite, au grès des réformes de la médecine du travail, ils investiront une arène politique nationale en s'inscrivant dans les mobilisations de médecins du travail comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

1 « 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. L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. », Article n° L4624-3 du Code du travail créé par la Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011.

3.2.2 L'influence de disciplines non médicales

La volonté de continuer à se former au-delà des études initiales est ancienne chez certains médecins critiques. Il est ainsi inscrit dans la charte du SMT : *« La formation continue adaptée à la pratique quotidienne et la recherche doivent faire partie intégrante de l'activité des médecins du travail ; elles doivent sortir du cadre habituel exclusivement hospitalo-universitaire »*[1]. Nous l'avons vu, au-delà de leurs collaborations avec des épidémiologistes, des toxicologues et des chercheurs en sciences sociales, ces médecins se forment notamment au CNAM pour répondre aux interrogations suscitées par les éléments recueillis au cours des consultations et visites d'entreprises.

Comme d'autres précédemment, Dominique Huez s'y forme auprès d'Alain Wisner et y rencontre Christophe Dejours[2] avec qui il se forme également et collabore étroitement. Au CNAM Christophe Dejours développe la psychodynamique du travail qui établit un lien de causalité entre organisation du travail et souffrance psychique autour de la notion de « souffrance au travail »[3]. Cette discipline propose des clés d'analyse qui répondent à des préoccupations anciennes des médecins critiques. Ainsi dans le troisième point de la Charte de l'USM qui se propose de *« transformer les conditions d'exercice de la médecine du travail »* est noté : *« malgré les nombreuses luttes sur les conditions de travail, l'usure professionnelle n'est toujours pas en recul. Sa mise en évidence échappe bien souvent d'ailleurs à nos schémas médicaux stéréotypés. Il nous reste à inventer une pratique collective avec les travailleurs pour combattre ce risque principal que produit sur la santé un système économique d'où les travailleurs sont exclus. »*[4]

De son côté, les membres du Collectif de Bourg-en-Bresse échangent aussi avec des chercheurs comme Marcel Golberg et Annie Thébaud-Mony. Dans leur groupe de travail, ils invitent aussi régulièrement Philippe Davezies[5], enseignant-chercheur en médecine du travail

1 Annexe n° 4, Marcel GIRAUDEAU, *Contribution à l'étude du syndicalisme médical français : le S.M.G.*, *op. cit.*, p. 232.
2 Scarlett SALMAN, « Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *art. cit.*, pp. 35-36.
3 Christophe DEJOURS, *Souffrance en France: la banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, coll. « L'Histoire immédiate », 1998.
4 Annexe n° 4, Marcel GIRAUDEAU, *Contribution à l'étude du syndicalisme médical français : le S.M.G.*, *op. cit.*, p. 232.
5 Scarlett SALMAN, « Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *art. cit.*, pp. 36-38.

qui participe activement à la diffusion de la psychodynamique auprès des médecins du travail. Ses membres se forment également auprès de Christophe Dejours au CNAM.

Au-delà d'un cercle critique, qui par l'association « Santé et médecine du travail » et son réseau contribue à populariser ces idées, la psychodymanique du travail se diffuse largement chez les médecins du travail qui y trouvent des réponses à la souffrance psychique des salariés face à laquelle ils se trouvent démunis (cf. chapitre 6). Comme le souligne Scarlett Salman, « confrontés à des situations qui les désemparent [ils] trouvent dans la psychodynamique des outils pour les aider dans leur pratique quotidienne : le lien de causalité entre organisation du travail et souffrance en est le principal levier. »[1]. Mobilisant ces notions, les médecins du travail s'en font également les promoteurs au sein des entreprises, en conseillant l'intervention de l'équipe de Christophe Dejours pour les expertises CHSCT[2].

Mais au-delà de l'action en milieu de travail, le recours à cette discipline amène les médecins critiques à revaloriser la pratique clinique[3]. Selon Dominique Huez, entre 1985 et 1990, les médecins de l'association SMT établissent une *« césure assez formelle »* avec l'ergonomie :

> « en disant : "ça nous nourrit du côté du travail", mais la conception de l'ergonomie comme compromis social où on doit toujours trouver un compromis, dans l'intérêt de la santé entre l'économique et puis les intérêts des travailleurs… On a fait des recommandations ergonomiques, on a toujours été en désaccord. Et donc on a théorisé sur le fait que c'était incompatible, pour un médecin du travail, d'être ergonome professionnel et médecin du travail. » (entretien avec Dominique Huez, médecin du travail, 67 ans, A-SMT)

Ils se nourrissent alors de la psychodynamique du travail pour alimenter leur propre clinique :

> « Dejours lui-même n'a jamais rien écrit sur une clinique individuelle de psychodynamique du travail, sauf erreur de ma part. Je connais bien la psycho-patho, je connais la méthode d'enquête collective de psycho dynamique. J'en ai fait plusieurs d'ailleurs, en dehors de mon travail, etc. Mais sur la clinique individuelle non. Donc on a expérimenté un certain nombre de choses. Moi j'ai fait des rapports de différentes façons. Et puis ensuite on a théorisé doucement, mais justement à travers le tournant monographique du bouquin »

1 *Ibidem*, p. 40.

2 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, n° 3, pp. 121-143.

3 « Un exemple d'alliage complexe, mais systématique et théorisé avec soin, entre le monde civique et le monde clinique est l'intervention de psychopathologie du travail. » Nicolas DODIER, *L'expertise médicale*, *op. cit.*, pp. 259-260.

3.3 Une nouvelle pratique : la clinique médicale du travail

Les médecins critiques participent au « changement de régime de compréhension et de gestion des difficultés professionnelles »[1]. Non seulement ils contribuent à la popularisation de la notion de souffrance au travail, mais alors que l'élaboration de règles professionnelles a toujours fait partie de leurs objectifs, ils refondent également leurs pratiques de travail.

3.3.1 L'élaboration d'une pratique clinique

Dans sa contribution à l'ouvrage *Des médecins du travail prennent la parole* parue à la fin des années 1990, Philippe Davezies enjoint les membres de l'association SMT de se détourner d'enjeux de santé publique pour fonder une pratique médicale spécifique à la médecine du travail : « à partir des acquis de l'ergonomie et de la psychodynamique, il est possible de construire le métier de médecin du travail de telle façon que celui-ci soit en mesure d'apporter à la santé au travail une contribution précieuse »[2].

C'est un programme que suivent les membres de l'association qui élaborent peu à peu une « clinique médicale du travail » à partir *« d'autres savoirs que ceux qui sont apportés par l'hôpital »* que sont l'ergonomie et la psychodynamique du travail. Comme l'écrivent Annie Loubet-Deveaux et Fabrienne Bardot, pour eux, « la "visite médicale" (les mots consacrés, juridiques, du Code du travail), n'a plus de sens, il s'agit dès lors d'une consultation médicale où l'approche compréhensive permet d'accéder, grâce au récit du vécu subjectif du travail, aux dynamiques de mobilisation du sujet dans sa confrontation à l'organisation du travail (au sens de la division des tâches et de la division des rapports sociaux) et aux risques du travail »[3].

Dans ce qui suit nous entendrons par clinique le fait d'établir un « diagnostic par l'observation directe, et sans l'aide des moyens de laboratoire, du malade alité. »[4] Comme nous l'avons vu, c'est l'attention portée à des salariés en souffrance qui les amène à élaborer

1 Voir la contribution de Marc Loriol dans le dossier : Michel LALLEMENT, Catherine MARRY, Marc LORIOL, Pascale MOLINIER, Michel GOLLAC, Pascal MARICHALAR et Emmanuel MARTIN, « Maux du travail : dégradation, recomposition ou illusion ? », *Sociologie du travail*, mars 2011, vol. 53, nº 1, p. 10.

2 Philippe DAVEZIES, « Pour un recentrage sur la clinique », *in* ASSOCIATION SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL, *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*, Paris, La Découverte et Syros, coll. « Santé et société », 1998, p. 94.

3 Annie LOUBET-DEVEAUX et Fabienne BARDOT, « Une nouvelle pratique : la clinique médicale du travail », *Travailler*, 2003, vol. 2, nº 10, p. 16.

4 CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES : http://www.cnrtl.fr/definition/clinique (consulté le 15 avril 2014).

cette pratique. Mais cette clinique accorde toute son attention au sujet et à son environnement social. La parole du salarié, recueillie lors de la consultation est centrale dans cette pratique tout en étant corrélée à la connaissance médicale des conditions de travail (tant physiques que liées aux relations de travail). C'est pourquoi l'action en milieu de travail reste essentielle.

Mais bien que pratiquée par des médecins qui ont milité pour pouvoir se rendre sur les lieux de travail, la clinique médicale du travail fait *« re-rentrer beaucoup [de médecins du travail] dans le cabinet médical »*[1] :

> « À une époque, on était les premiers à dire : "On veut du temps pour faire notre tiers-temps". À l'époque il fallait faire des actes systématiques pour faire rentrer les sous dans la caisse. Donc nous, on nous tirait dessus parce qu'on allait dans les entreprises faire notre tiers-temps. Maintenant, toujours pareil, en fonction de l'évolution de la réalité, on dit... Moi j'y vais plus dans les boîtes, enfin massivement. Ça ne sert plus à rien si vous voulez. C'est pas là le problème. Outre que la plupart du temps on connaît à peu près nos postes physiques quand on est depuis vingt ans dans le même secteur. Mais en plus ça a changé, ce qui atteint les gens, ce n'est plus la même chose. Et on avait besoin de la parole des gens. » (entretien collectif, Collectif de Bourg-en-Bresse)

Comme nous l'avons vu précédemment, « le clinicien ne mobilise pas les savoirs académiques tels quels [...], mais les adapte, les interprète pour ne mobiliser que ce dont il a besoin pour résoudre un problème particulier. »[2] Cette pratique valorise le pouvoir discrétionnaire du médecin qui considère son jugement comme indépendant et sa responsabilité comme personnelle. Comme le souligne Nicolas Dodier lorsqu'il étudie l'exercice du jugement par les médecins du travail, « l'autonomie professionnelle du médecin [...] permet au médecin du travail de traduire dans un certificat les doléances du salarié, et de faire circuler cette pièce comme expertise médicale auprès des audiences, sans avoir à rendre des comptes sur sa manière de procéder. »[3]

En ce sens, la pratique d'une clinique médicale du travail s'en trouve conforme aux attentes initiales des médecins du travail critiques. Elle rapproche également leurs pratiques quotidiennes d'une définition légitime et dominante de la médecine[4].

1 Dominique HUEZ et Nicolas SANDRET, « Clinique médicale du travail », *Les cahiers S.M.T.*, juin 2009, n° 23, p. 7.
2 Magali ROBELET, *Les figures de la qualité des soins*, *op. cit.*, p. 40.
3 Nicolas DODIER, *L'expertise médicale*, *op. cit.*, p. 163.
4 Pierre BOURDIEU, *Homo academicus*, Paris, les Éditions de Minuit, coll. « Le Sens commun », 1984.

3.3.2 La définition du mandat professionnel par un courant critique

Selon Scarlett Salman, l'emploi de la psychodynamique du travail par les médecins du travail critiques et leur orientation vers une pratique clinique, articulant leur pratique autour de la notion de souffrance au travail, étend leur champ d'action dans un contexte de transformation institutionnelle où ils se sentent dévalorisés : « il s'agit moins ici de tentatives pour créer un segment professionnel à part entière [...] que de l'ambition plus vaste de reformuler le mandat de toute une profession. »[1]

Si chaque profession est constituée de multiples segments en compétition les uns avec les autres plutôt que comme un tout homogène, la notion de segment développée par Rue Bucher et Anselm Strauss nous permet à tout le moins d'identifier un courant critique chez les médecins du travail[2]. Les membres d'un même segment partagent, nous disent les auteurs, des valeurs communes qui se déclinent selon les traits constitutifs de toute profession[3]. Les médecins du travail critiques partagent le *sens d'une mission*. Ils se réfèrent systématiquement au « rôle exclusivement préventif [qui] consiste à éviter toute altération de la santé du travailleur du fait de son travail » énoncé dans la loi de 1946[4]. Après avoir participé au développement des actions en entreprises dans leurs *activités de travail*, ils privilégient aujourd'hui les consultations au sein du cabinet médical où ils pratiquent une clinique médicale du travail. Cette approche est nourrie des apports *méthodologiques et techniques* de l'ergonomie et de la psychodynamique. Elle repose sur un type de « *relation avec la clientèle »*[5] qui privilégie l'écoute des doléances des salariés[6]. Ces médecins sont également

1 Scarlett SALMAN, « Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *art. cit.*, p. 47.

2 Rue Bucher et Anselm Strauss nous mettent en garde : « on pourrait être tenté de considérer les spécialités médicales comme les principaux segments ; un examen attentif dément cependant leur prétention à constituer une unité, révèle que les spécialités contiennent aussi elles-mêmes des segments ». Nous ne pouvons cependant positionner ce qui serait un segment critique face à d'autres segments au sein du groupe. Anselm Leonard STRAUSS, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 1992, pp. 68-69.

3 *Ibidem*, pp. 69-86.

4 Loi du 11 octobre 1946 n° 46-2195, article 1, *JO,* 12 octobre 1946.

5 Sur l'emploi du terme de « client », Vincent Dubois rappelle à propos de l'inégalité structurelle de la relation administrative dans les Caisses d'allocations familiales « on en est le « client » non pas au sens moderne du consommateur, mais plutôt celui de l'"obligé" de la Rome antique. » Vincent DUBOIS, *La vie au guichet : relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Économica, coll. « Études politiques », 2010, p. 53.

6 Pour Everett Hughes, la profession médicale légitime son autonomie par son rapport au savoir coupable. Sous couvert du secret médical, les médecins ont la licence de recueillir des savoirs tabous qu'ils peuvent obtenir grâce à la confiance que leur accordent leurs patients (cf. chapitre 4). Les salariés ont souvent une attitude de défiance face aux médecins du travail, nourrie tant par l'histoire de la spécialité qui a été proche du STO pendant la Seconde Guerre mondiale que par l'émission d'avis d'aptitude-inaptitude dont les conséquences peuvent être grandes en termes d'emploi et de conditions de vie pour les individus. Les médecins du travail critiques rejettent la dimension du métier associée à la sélection de la main-d'œuvre qui

plus enclins que d'autres à s'opposer aux chefs d'entreprises pour mener à bien leur mission. Des relations de *confraternité* se nouent au sein des groupes de pairs, syndicats et *associations* que nous avons précédemment décrits. Un médecin du Collectif de Bourg-en-Bresse évoque, par exemple, la *« dignité »* que de tels groupes lui ont permis de construire. Leurs membres y défendent des *intérêts professionnels*, tournant principalement autour de la protection de leur indépendance.

Rue Bucher et Anselm Strauss qui proposent de considérer les segments comme des mouvements sociaux, avancent qu'ils se mobilisent pour imposer ou défendre, selon leur place dans les configurations professionnelles, leur conception du métier et du mandat qui lui est attribué. Alors que les médecins du travail se trouvent dans une situation de professionnalisme « occupationnel », comme l'a montré Blandine Barlet[1], le courant critique se réfère aux valeurs dominantes de la profession médicale, notamment son indépendance, pour réinterpréter les règles du jeu hiérarchique[2] et remettre en cause leur subordination aux employeurs (qui sont également ceux des salariés qu'ils suivent) qu'ils considèrent comme illégitimes pour définir leur mandat. Ils trouvent une forme d'autonomie dans l'élaboration d'une pratique où leur pouvoir discrétionnaire reste central. Mais le cadrage qu'ils proposent fait la part belle aux ressentis individuels et aux analyses en termes d'identité qui sont malaisément dicibles en chiffres et donc peu audibles pour un sens commun néo-libéral[3]. Le courant critique de la médecine du travail, bien qu'influent, reste minoritaire et ne réussit pas à imposer sa définition du mandat de prévention de la santé au travail.

Avec l'effacement de la figure classique de l'intellectuel dû au fait que de nombreux problèmes publics se sont technicisés[4], ces médecins passeraient-ils du statut d'« experts au service de » à celui de « professionnels engagés »[5] ? Selon Jean-Paul Gaudillière, si les deux types revendiquent une compétence technique, les premiers se mobilisent dans des groupes d'intervention ou dans la presse et s'adressent directement aux travailleurs, alors que les seconds privilégient les sociétés savantes, la presse et les tribunaux et se tournent davantage vers leurs collègues praticiens et les décideurs.

---

selon eux altère la relation de confiance pouvant se nouer avec le salarié. Everett HUGHES, *Le Regard sociologique*, Paris, EHESS, coll. « Recherches d'histoire et de sciences sociales », 1996.

1 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 378.

2 Violaine Roussel, « Les changements d'ethos des magistrats », in Commaille Jacques et Kaluszynski Martine, La fonction politique de la justice, Paris, la Découverte, coll. « Recherches », 2007, pp. 27-46.

3 Érik NEVEU, *Sociologie politique des problèmes publics*, *op. cit.*, p. 121.

4 *Ibidem*, p. 48.

5 Jean-Paul GAUDILLIÈRE, « Intellectuels engagés et experts », *art. cit.*

Conclusion

Le mandat de prévention de la médecine du travail se développe au cours de la seconde moitié du XX^e^ siècle avec l'émission de plus en plus systématique d'avis d'aptitude ou d'inaptitude à chaque salarié rencontré au cours d'une visite médicale. Si les médecins du travail n'ont commencé à questionner l'adéquation de cette pratique avec leur déontologie médicale que dans les années 1990, il s'agit là de l'aboutissement de réflexions professionnelles bien antérieures, corrélées à des engagements politiques menés par un courant critique du groupe dès les années 1970. Celui-ci est issu d'une génération formée après-guerre grâce à l'ouverture des études médicales. Mais la formalisation progressive des études de médecine du travail et sa constitution en une spécialité à part entière n'ont pas contribué ni à la revalorisation de la discipline ni à la hausse de ses effectifs. Bien contraire, la réforme des études médicales en 1982 va conduire à une diminution du nombre de praticiens plus marquée dans cette spécialité que dans les autres. Ce n'est qu'avec l'arrivée des médecins en reconversion — principalement des généralistes — que les effectifs vont croître à nouveau[1].

Le recrutement plus important de médecins du travail au début des années 1980 contribue à renouveler les pratiques professionnelles. Un des points cruciaux dans cette transformation est l'importance accordée aux environnements de travail. Il ne s'agit plus seulement de réaliser les colloques singuliers mais bien de comprendre le contexte réel associé. Ces nouvelles considérations confrontent les médecins du travail aux lacunes de leur formation initiale et à la nécessité de parfaire leur connaissance par une ouverture hors du champ strictement médical. La plupart d'entre eux entreprend donc de se former et d'hybrider leurs savoirs avec d'autres disciplines, notamment l'ergonomie et la psychodynamique du travail et trouvent ainsi les ressources nécessaires pour refonder les propres pratiques professionnelles. Les membres du courant le plus critique du groupe professionnel, s'interrogeant sur la précarisation des conditions d'emploi, de travail et de santé des salariés rencontrés et sur la réponse médicale qu'ils peuvent lui apporter façonnent peu à peu une « clinique médicale du travail ». La « relation entre les préoccupations sociales conduisant au regroupement d'une catégorie particulière de malades au sein d'un établissement spécial et l'émergence d'un regard clinique intéressé à discriminer les éventuelles spécificités des

1 Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire*, *op. cit.*, p. 84.

pathologies propres à ces malades »[1] si elle contribue à la construction d'un savoir clinique spécialisé, ne se fait pas dans ce cas par un processus de spécialisation hospitalière. Les médecins du travail critiques sont au contraire opposés à une élite hospitalo-universitaire qui dans le domaine des pathologies professionnelles promeut une réforme des services interentreprises par la « pluridisciplinarité ».

1 Patrice PINELL, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, vol. 1-2, nº 156-157, p. 13.

Chapitre 2

Désarmer la critique

> « Comment ça se passe la négociation de la réforme ? Le Medef arrive avec un texte que les syndicats de salariés corrigent. Voilà. C'est pas beaucoup d'imagination. C'est pas comme ça qu'on va s'en sortir. » (entretien avec Alain Martineau, médecin du travail, 59 ans, SI4)

La nécessité de promouvoir une Europe sociale en même temps qu'une Europe économique dans la création d'un marché commun se concrétise en 1987 à travers l'entrée en vigueur de l'Acte unique européen dont deux de ses articles sont fondamentaux en matière d'hygiène et de sécurité. Si le premier impose une harmonisation des produits, le second s'attelle à celle des conditions de santé et de sécurité des travailleurs[1]. En découle une directive-cadre, parue le 12 juin 1989[2] qui appelle à mettre en place des dispositifs de prévention dans les pays membres. Cette directive est souvent présentée dans le champ français de la santé au travail comme l'origine de la réforme de la médecine du travail en ce qu'elle valorise une « pluridisciplinarité ». Mais dans le texte européen, elle peut désigner le recours à des préventeurs non médicaux présents dans les institutions publiques et paritaires (CRAM, Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail [ARACT], Institut

1 Vincent VIET et Michèle RUFFAT, *Le choix de la prévention*, Paris, Économica, 1999, p. 234.

2 Directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JOCE n ° L 183 du 29 juin 1989.

national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles [INRS]…)[1]. Il faut attendre une dizaine d'années pour que les pouvoirs publics français s'emparent des questions de santé au travail au tournant du nouveau millénaire. Si « la "pluridisciplinarité" permet [alors] d'adopter un angle accepté par tous : qu'il s'agisse de pénurie médicale à pallier ou d'une refonte de l'esprit de la médecine du travail, la diversification des moyens humains mis au service de la prévention fait consensus »[2], reste à savoir comment s'y adaptent les institutions de prévention de la santé au travail.

Au tout début des années 2000, tout en s'accordant avec les pouvoirs publics sur la nécessité d'une réforme complète du système de prévention de la santé au travail, le Mouvement des entreprises de France (MEDEF) réaffirme la responsabilité des employeurs dans ce domaine dont il souhaite conserver la gestion. Non seulement l'organisation patronale promeut « une approche pluridisciplinaire de la prévention des accidents et des pathologies du travail afin de mettre à disposition de l'entreprise toutes les compétences dont elle peut avoir besoin pour traiter des problèmes complexes »[3], mais elle envisage également de réduire l'action des médecins du travail. Rappelons que « de manière constante, les employeurs ont tenté de prévenir l'intervention de l'État [en matière de prévention des risques professionnels] ou l'entrée de ses représentants dans les entreprises »[4]. Cette réforme ne déroge pas à la règle.

La loi du 17 janvier 2002[5] instaure la « pluridisciplinarité » dans les services interentreprises où les médecins du travail sont encore largement présents. Mais les négociations portant sur la gestion des services interentreprises débutent au début de l'année 2009 (cf. annexe 2). À l'instar de la gestion des risques professionnels, la réforme de l'institution de prévention est traitée entre représentants des employeurs et des salariés au sein d'une arène administrative. Les discussions réunissent du côté « employeurs » : la

1 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail : les groupes professionnels à l'épreuve de la « pluridisciplinarité »*, Thèse de sociologie, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, France, 2015, p. 138.

2 *Ibidem*, p. 32.

3 « La position du MEDEF », 22 mars 2000, www.medef.fr (consulté le 1er juillet 2009). Tout en souhaitant conserver la visite médicale d'embauche, le Medef envisage le suivi médical systématique des salariés « à risque » et la délégation à d'autres médecins (médecin généraliste ou cabinet médical) pour le reste de la population. L'organisation propose également de réviser le système de réparation des maladies professionnelles en distinguant origines individuelles et professionnelles des pathologies (les entreprises n'indemnisant que les secondes).

4 Anne-Sophie BRUNO, Éric GEERKENS, Nicolas HATZFELD et Catherine OMNÈS, *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs, XIXe-XXe siècles*, Rennes, PUR, coll. « Pour une histoire du travail », 2011, p. 22.

5 Loi n ° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF du 18 janvier 2002

Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME), le MEDEF et l'Union professionnelle artisanale (UPA), et du côté « salariés » : la CFDT, la Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres (CFE-CGC), la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC), la CGT et la Confédération générale du travail — Force ouvrière (CGT-FO) communément appelée FO. Des premières divergences apparaissent quant à la « gouvernance » et au financement des services de santé au travail. Alors que l'ensemble des syndicats de salariés, FO mis à part, semblent d'accord pour rapprocher santé au travail et santé publique (la CGT est favorable à une « logique de gouvernance assurée par la Sécurité sociale »[1]), le MEDEF refuse catégoriquement toute ingérence de l'État dans la direction des services de santé au travail et un financement par cotisation à l'Urssaf. La CFTC et la CFDT proposent que des observatoires régionaux de santé au travail (ORST) soient mis en place. Les représentants des employeurs proposent quant à eux que les Conseils d'administration des services se divisent en trois collèges (employeurs, entreprises adhérentes et organisations syndicales) plutôt que d'être gérés paritairement comme le souhaitent les syndicats. Cette composition est acceptable dans un premier temps pour la CFE-CGC et la CFTC. Un relatif consensus est trouvé lors de la séance du 9 juin 2009. Comme le désiraient les syndicats de salariés, l'orientation de la politique de santé au travail sera organisée par une commission paritaire au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT)[2] puis déclinée régionalement. Finalement les syndicats de salariés ne signeront pas le protocole d'accord en septembre 2009 s'opposant à un patronat qui, selon la CGT, « a tout fait pour garder le contrôle des structures de base que sont les services locaux de santé au travail. »[3]

Alors que représentants des employeurs et des salariés n'arrivent pas à s'accorder, l'État, par l'intermédiaire du ministère du Travail, se fait le relais de cette réforme comme nous allons le voir. Mais comment se positionnent les acteurs des services interentreprises, écartés des négociations, dans cette nouvelle configuration ? Tant directeurs de services

1 ANONYME, « Lancement de la négociation sur la réforme de la médecine du travail », *Liaisons Sociales*, n° 15 283, 19 janvier 2009, consulté le 7 juillet 2009.

2 Le Conseil d'orientation sur les conditions de travail succède en 2008 au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, instance nationale de concertation entre partenaires sociaux et pouvoirs publics. « Placé auprès du ministre chargé du travail, cette instance participe à l'élaboration de la politique nationale de prévention des risques professionnels : elle est consultée sur les projets de lois et textes réglementaires en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, les projets en matière d'instruments internationaux. » Voir : http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Conseil-d-Orientation-sur-les.html (consulté le 7 juillet 2015)

3 CGT, « La CGT ne signera pas le protocole d'accord », Communiqué de presse, Montreuil, 6 octobre 2009. http://www.cgt.fr/la-Cgt-ne-signera-pas-le-protocole.html?page=article_dossier1&id_article=34498, consulté le 21 mars 2017

interentreprises que médecins du travail tentent de conserver la maîtrise de l'organisation de la prévention de la santé au travail en se mobilisant auprès des pouvoirs publics pour influer sur les choix opérés. Nous verrons dans un premier temps que dans un contexte où les pouvoirs publics s'approprient eux-mêmes un « répertoire néo-managérial réorganisateur »[1], les dirigeants des services interentreprises mobilisent leurs propres dispositifs de gestion de la prévention de la santé au travail pour que la « pluridisciplinarité » soit celle de leurs propres services et ainsi conserver la gestion de la prévention des risques professionnels. Nous verrons ensuite que de leur côté, les médecins du travail se mobilisent nationalement pour tenter de déconfiner[2] le débat sur la réforme de leur institution et atteindre les élus pour porter leurs revendications. Mais la faiblesse démographique du groupe et les dissensions qui le traversent ne jouent pas en faveur des professionnels.

1 Des directions qui conservent la gestion de la prévention

Comme dans d'autres domaines de la protection sociale, le Conseil national du patronat français (CNPF) devenu MEDEF a toujours été actif sur les questions de santé au travail que ce soit par les consultations au sein des instances paritaires ou par des propositions spécifiques exprimées publiquement. Au début des années 2000, la « refondation sociale », dont fait partie *l'accord sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels*, vise à renouveler législation et accord collectif dans le domaine social, à redistribuer le domaine de l'assurance et de la solidarité nationale et à ouvrir le système de protection sociale à des couvertures privées[3]. « Les organisations patronales et les *think tanks* qui ont participé, à des degrés variables, à la programmation et à la réussite de ce qui est généralement appelé les "réformes néolibérales", travaillent essentiellement à partir du registre de l'expertise. »[4] Concernant la santé au travail en général et les services interentreprises en particulier, celle-ci est confiée au Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME)[5]

1 Philippe BEZES, *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, PUF, coll. « Le Lien social », 2009.

2 Emmanuel HENRY, *Ignorance scientifique et inaction publique : les politiques de santé au travail*, Paris, Sciences Po les presses, 2017.

3 Michel OFFERLÉ, *Sociologie des organisations patronales*, Paris, la Découverte, coll. « Repères », 2009, p. 110.

4 Michel OFFERLÉ, « L'action collective patronale en France, 19e-21e siècles », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 2012, nº 114, p. 91.

5 Créé en 1942, le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) est une association Loi 1901, dont le conseil d'administration est composé de présidents et directeurs de services interentreprises. Elle a notamment pour mission « la négociation de la convention collective de la branche en

représentant directeurs et présidents de services interentreprises, auquel le CNPF a délégué son mandat de gestion au début des années 1970. Le CISME incite alors les directeurs des services interentreprises à recruter et encadrer des préventeurs non médicaux, via des outils de gestion « maison ». Ce faisant, il devance les préoccupations exprimées par les pouvoirs publics[1] en faisant la preuve qu'il est capable de s'organiser de manière autonome et, dans le même temps, il réaffirme le rôle hiérarchique des directeurs au sein des services interentreprises. Par l'encadrement de ces préventeurs, les dirigeants de ces services investissent de nouveaux espaces publics ou paritaires de définition du risque professionnel et ainsi assoient leur mainmise sur le mandat de prévention auparavant attribué aux professionnels qu'ils employaient.

1.1 Une nouvelle organisation du travail « expérimentée » localement

Comme Frinault a pu le montrer à propos de la prise en charge de la dépendance, les politiques publiques nationales sont de plus en plus nourries par les solutions imaginées au niveau local[2]. La réforme de la prévention de la santé au travail suit la même logique. En effet, les « expérimentations » menées dans leurs services par les dirigeants des services interentreprises influencent largement l'orientation prise. En mobilisant leurs propres outils managériaux d'amélioration continue, ils expérimentent de nouvelles organisations du travail dans leur service. Via la coordination nationale assurée par leur organisation représentative, un travail d'harmonisation s'opère entre les différentes tentatives qui favorise la diffusion de ces nouvelles normes comme la seule solution envisageable. C'est ce processus et ses différentes étapes que nous souhaitons retracer ici.

1.1.1 Réformer par « l'expérimentation »

À la fin de la décennie 2000, arguant de leurs difficultés à faire suivre l'ensemble des salariés des entreprises adhérentes qu'ils justifient par la pénurie en médecins du travail, les directeurs de services interentreprises se prononcent en faveur de la réforme. Le directeur du

tant que représentant de la partie "employeur" », mais s'occupe également de représenter ses adhérents auprès des pouvoirs publics, des organisations d'employeurs et des syndicats de salariés. L'association regroupe actuellement 270 services interentreprises, une grande majorité d'entre eux, qui suivent 15 millions de salariés au sein 1,5 millions d'entreprises du secteur privé. Voir : http://www.cisme.org/article/173/Une-association-de-Services-interentreprises.aspx, consulté le 3 mars 2017.

1 Vincent VIET et Michèle RUFFAT, *Le choix de la prévention*, *op. cit.*, p. 68.

2 Thomas FRINAULT, *La dépendance un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, PUR, coll. « Res Publica », 2009.

SI1 passe ainsi la majeure partie de son temps de travail à *« gérer les effectifs »*, autrement dit à attribuer des entreprises à des médecins donc à réorganiser le travail. Une autre de ses tâches est de répondre aux réclamations des responsables d'entreprises adhérentes dont les salariés ne sont pas vus en visites médicales alors même qu'ils cotisent pour ce service. Bien qu'ils cherchent à recruter des médecins[1] pour assurer les visites médicales prévues par le Code du travail, nombre de directeurs de services militent pour passer à d'autres pratiques de prévention :

> « Si vous voulez aujourd'hui, dans le contexte actuel, qui va avoir le courage politique de dire : "la visite, elle est une fois tous les 5 ans et puis terminé" ?[2] Et puis voilà, à quoi on cantonne, on adapte ? Voilà il y a une pénurie qui est une situation de formalité impossible qui est connue de tous, mais il n'y a personne qui a le courage politique de l'endosser. Donc avec ça on n'évolue à rien. » (entretien avec Christian Durand, directeur, 50 ans, SI1)

Christian Durand reprend ici la rhétorique du CISME appelant à « Sortir de la "formalité impossible" pour mettre en œuvre une prévention efficiente ». Remettant en cause l'idée d'un suivi médical systématique des salariés de plus en plus difficile à assurer du fait de la pénurie médicale (d'où l'expression de *« formalité impossible »*) l'association avance que « les dispositions réglementaires doivent être modifiées de telle sorte que les SIST, avec leurs équipes, puissent assumer la pleine responsabilité d'une politique de prévention des risques professionnels contractualisée, tenant compte des exigences nationales et régionales, des contraintes locales et des ressources disponibles. »[3]

Mais s'ils militent pour un accord des partenaires sociaux sur le sujet et une réforme du Code du travail, les dirigeants de services interentreprises « précèdent le droit pour le faire advenir »[4] en valorisant les « expérimentations » mises en place dans certains services interentreprises, par exemple, le recrutement de préventeurs non médicaux avant que leur reconnaissance ne soit légalement effective. « La multiplication volontaire des écarts à la

1 Les directions de services peuvent dépenser des centaines d'euros pour des annonces d'embauche dans des revues spécialisées (*Le quotidien des médecins*).

2 On retrouve cette proposition d'une visite médicale tous les cinq ans, quelques années plus tard dans un rapport paru en 2015, qui remet également en cause l'évaluation systématique de l'aptitude. Michel ISSINDOU, Christian PLOTON, Sophie FANTONI-QUINTON, Anne-Carole BENSADON et Hervé GOSSELIN, *Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail »*, ministère des Affaires Sociales, ministère du Travail, 2015. La mesure deviendra effective en 2017 suite à la Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels (1), JORF n° 0184 du 9 août 2016.

3 CISME, *Réforme de la Santé au travail. Position du CISME*, 26 novembre 2008, p. 5.

4 Pascal MARICHALAR, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Politix*, 2010, vol. 3, nº 91, p. 44.

réglementation, autorisée ou non, pour influer sur la forme des réformes législatives à venir »[1], portée par le CISME, est reprise par les directions de services qui réorganisent le travail et embauchent de nouveaux préventeurs.

À l'inverse des membres du Conseil économique et social qui souhaitent impulser une réforme nationale du cadre juridique, les auteurs du *Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail* paru en 2007, soutiennent, quant à eux, ces expérimentations locales dans le cadre légal existant pour en faire l'un des leviers éventuels de l'évolution du droit. Le rapport « Frimat-Conso » du nom des professeurs de pathologie professionnelle qui le portent, indique ainsi :

> « Même si certaines des propositions qui précèdent peuvent impliquer des aménagements de nature législative ou réglementaire ou par la voie conventionnelle, il apparaît préférable, au moins dans un premier temps, de ne pas figer le mode d'exercice des missions de santé au travail par l'introduction de nouvelles mesures, mais au contraire de ménager des souplesses dans le cadre existant, en ouvrant la voie à l'expérimentation de formules nouvelles qui pourront et devront être évaluées avant toute extension éventuelle. » (Claire AUBIN, Françoise CONSO, Pierre DE SAINTIGNON, Paul FRIMAT, Régis PELISSIER et Jacques VEYRET, *Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail*, IGAS-IGAENR, 2007, p. 85)

Blandine Barlet a étudié l'un de ces services dont la politique « est expérimentale et engagée en faveur de la réforme : les dirigeants mettent en place des mesures dans le but de les promouvoir au niveau national, de les faire entrer dans les textes de loi »[2], ce qui sera effectivement le cas. Ce service, considéré nationalement comme « moteur », s'intègre dans une configuration régionale particulière où de nombreux entrepreneurs de réforme (membres du patronat local, professeurs de pathologie professionnelle, agents des services déconcentrés de l'État) se coordonnent pour promouvoir la « pluridisciplinarité ».

Après avoir été l'un des premiers services interentreprises français à embaucher un ergonome dans les années 1970, il adhère en 2003 à un groupement d'intérêt économique créé par les présidents et conseils d'administration des services interentreprises du département pour mutualiser le travail des préventeurs « pluridisciplinaires »[3]. Mais c'est surtout pour sa gestion d'un personnel technique et paramédical venant seconder le médecin du travail et organisé en équipes locales autour de celui-ci que ce service est valorisé. Ainsi dès 2002 sa

1 *Ibidem*, p. 43.
2 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 156.
3 Et les éloigner de l'influence médicale selon un délégué régional du Medef.

direction entreprend une réflexion sur la réorientation professionnelle des secrétaires médicales pour quelles deviennent « Assistantes Santé Travail » (en 2011 une centaine d'assistantes ont été formées). En 2007, en partenariat avec les professeurs de pathologie professionnelle locaux qui y réfléchissent depuis le début des années 2000 et participent à leur formation (cf. chapitre 4, 2.1.1), ils divisent le travail de prévention avec des infirmières. Ces expérimentations valorisées dans plusieurs rapports ministériels[1] seront avalisées par la loi du 20 juillet 2011[2] qui autorise l'emploi d'infirmiers et « d'assistants de services de santé au travail » (ASST) au sein des services interentreprises.

Bien que toutes les « expérimentations » n'obtiennent pas comme celle-ci de dérogations des autorités de tutelle, les pouvoirs publics se montrent tolérants envers les services interentreprises qui ne respectent pas la réglementation et substituent à un suivi médical régulier, l'intervention de professionnels non médicaux. Ce sont les DIRECCTE qui, après avoir fixé l'effectif maximal de salariés pouvant être suivi par médecin ainsi que la fréquence des visites effectuées, autorisent les services à exercer en leur délivrant un agrément de cinq ans. Néanmoins, ces seuils ne sont pas rédhibitoires et bien souvent, les agents de la DIRECCTE ne sanctionnent pas les services interentreprises qui attribuent à chacun de leurs médecins des effectifs supérieurs aux limites réglementaires.

Bien que non prévues par le Code du travail, ces expérimentations sont généralement cadrées et légitimées par des dispositifs de gestion qui « grâce à leur technicité et leur neutralité supposées se présentent comme les meilleures façons de maîtriser le fonctionnement des organisations »[3] :

> « Il me semble bien que la toute première fois qu'on a entendu parler de [la démarche compétence] c'était un souhait qui a dû être réfléchi par la direction. Ou plutôt les directions parce qu'en fait ils sont en relative communication les uns avec les autres au niveau des différents services. Donc ce qui se fait dans un service, très vite les autres finissent par le savoir, etc. Donc soit au niveau du CISME, l'organe national, soit au niveau de la région, de faire évoluer les services vers la pluridisciplinarité à l'époque. Or la pluridisciplinarité c'était un grand mot,

1 Claire AUBIN, Françoise CONSO, Pierre DE SAINTIGNON, Paul FRIMAT, Régis PELISSIER et Jacques VEYRET, *Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail*, IGAS-IGAENR, 2007 ; Christian DELLACHERIE, Paul FRIMAT et Gilles LECLERCQ, *La santé au travail. Vision nouvelle et profession d'avenir. Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions*, ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ministère de la Santé et des Sports, 2010.

2 Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, JORF n° 0170 du 24 juillet 2011.

3 Sarah GHAFFARI, Séverine MISSET, Fabienne PAVIS et Marie PONNET, « Généalogies des outils de gestion. Introduction », *Travail et Emploi*, 2013, vol. 133, nº 1, p. 7.

> ça veut dire en fait de faire rentrer des intervenants majeurs dans les services de santé au travail, mais qui n'étaient pas des médecins. Et donc c'était essentiellement des hygiénistes du travail à l'époque. » (entretien avec Jean-Pierre Maillard, médecin du travail, 61 ans, SI1)

Comme le souligne Jean-Pierre Maillard, le recrutement de préventeurs non médicaux au sein des services interentreprises s'opère notamment par l'introduction de la démarche de progrès un des dispositifs de gestion promus par le CISME. La mise en place d'une telle démarche permet aux directions des services non seulement d'accroître leur contrôle sur l'organisation du travail en intégrant de nouveaux professionnels mais aussi sur le contenu même de l'activité en s'arrogeant le pouvoir de définir les bonnes pratiques.

1.1.2 Encadrer la réorganisation du travail par les dispositifs de gestion

Anticipant l'extension à la santé au travail d'une politique de contractualisation avec les services de l'État précédemment opérée dans le champ sanitaire[1], le CISME, dont Jacques Texier est le président de 2007 à 2013[2], qui profite de l'absence de guide préexistant diffuse une « Démarche de progrès » dans les services interentreprises afin de définir ses propres critères d'évaluation :

> « Dans un contexte où les politiques de Santé se rapprochent (Santé publique — Santé environnementale — Santé au travail), il nous est apparu opportun d'être force de proposition pour ne pas subir ce qui finit, à trop attendre, par "venir du haut" […] La mise en place d'indicateurs pour apprécier l'efficacité des systèmes de Santé au travail voit le jour ; on les retrouve pour la première fois dans le Plan Santé au travail. Il nous paraît souhaitable de pouvoir dialoguer avec les Directions régionales du Travail en développant des approches similaires. Ceci pourrait être notamment positif au moment de l'agrément. Il sera plus commode pour un Service qui a engagé une démarche d'amélioration continue, avec les éléments de preuve inhérents, de montrer qu'il a mis en place une organisation qui recherche une meilleure qualité dans l'intérêt de la Santé des salariés, de l'Entreprise en général et, au-delà, de la Société. » (CISME, *Présentation de la Démarche de Progrès en Santé au travail*, 2007, p. 8 et 4)

1 En 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) refonde les Contrats pluriannuels d'Objectifs et de Moyens que les hôpitaux doivent conclurent avec les Agences régionales de santé. Voir : Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n° 0167 du 22 juillet 2009.

2 « Président du plus grand service interentreprises de France depuis 2002, il est également fondateur de l'Association française pour l'amélioration et le management de la qualité. L'homme a ainsi une connaissance fine de l'approche managériale de "conduite du changement" par la normalisation ISO et la certification, dans la mesure où il en est le pionnier et le principal fournisseur sur la scène économique française. » Pascal MARICHALAR, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *art. cit.*, p. 46.

Le management de la qualité est issu de la rencontre entre la « qualité totale » dont les penseurs « proposaient de suivre en continu tout le système productif et de mobiliser à cette fin non des contrôleurs, mais l'ensemble de la communauté productive, de A à Z et du haut en bas »[1] et les institutions de normalisation qui ont diffusé ces pratiques d'abord dans l'industrie, puis dans les services. Alors que depuis le milieu des années 1980, l'action conjuguée des chercheurs de l'INRS et des ingénieurs de la CRAM sous l'impulsion de la Commission Européenne, avait déjà largement contribué à la normalisation de la sécurité des outils de production et de l'utilisation des équipements de protection, dans le champ de l'hygiène et de la sécurité[2] ; le même processus de normalisation s'étend désormais à l'organisation du travail des préventeurs. L'International Standard Organization (ISO) crée en 1987 la norme ISO 9 000, « référentiel de gestion et de certification de la qualité »[3]. L'objectif de ces normes d'abord mises en œuvre dans le champ industriel est de certifier aux clients non plus la qualité du produit délivré, mais celle du processus de production et donc celle de l'organisation du travail associée.

Le CISME a un « souci constant de bien séparer ce qui relève soit du champ organisationnel, soit de l'évaluation des pratiques médicales »[4]. Si ce qui relève du champ organisationnel peut être évalué et modifié par le CISME, l'évaluation des pratiques médicales ne peut être prise en charge que par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui se présente comme une « autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité »[5]. Les pratiques médicales, contrôlées par les membres de la profession, ne sont pas directement évaluées par la « démarche ». Mais par anticipation des critiques de médecins qui voient souvent dans la réforme une remise en cause de leurs pratiques professionnelles, l'emploi du terme « qualité » est évité pour qualifier la démarche promue par le CISME :

> « Dans la phase de promotion de la Démarche, la notion d'amélioration continue a été préférée à la notion de qualité ; d'où le nom de "Démarche de Progrès". C'est l'amélioration permanente de notre organisation et de nos prestations qui est recherchée, plutôt qu'une qualité que certains ont le sentiment d'assurer depuis longtemps » (CISME, *Présentation de la Démarche de Progrès en Santé au travail*, 2007, p. 12.)

1 Denis SEGRESTIN, *Les chantiers du manager*, Paris, A. Colin, 2004, p. 165.
2 Vincent VIET et Michèle RUFFAT, *Le choix de la prévention*, *op. cit.*, p. 236.
3 Denis SEGRESTIN, « L'entreprise à l'épreuve des normes de marché. Les paradoxes des nouveaux standards de gestion dans l'industrie », *Revue française de sociologie*, 1997, vol. 38, nº 3, p. 554.
4 CISME, *Présentation de la Démarche de Progrès en Santé au travail*, 2007, p. 8.
5 Http://www.has-sante.fr/portail/, consulté le 23 août 2016.

Si parler de qualité c'est dire que cet objectif est atteignable et si les médecins peuvent toujours affirmer qu'ils offrent un service de qualité, leur direction par le recours à un dispositif d'amélioration continue laisse entendre que l'on peut toujours faire mieux. Avec quelques changements la prévention peut devenir plus efficace. Les critères à retenir pour fixer les attributs de la qualité vers laquelle on veut tendre restent alors à définir.

La *Démarche de Progrès* est présentée aux présidents et directeurs de services interentreprises à l'assemblée générale du CISME en avril 2004[1] pour qu'ils se l'approprient et permettent alors à l'institution d'encadrer la réorganisation du travail au sein de ces services et d'ainsi « imposer de nouveaux critères de performance »[2] par exemple le déploiement de la « pluridisciplinarité ». Le dispositif propose une organisation procédurale du travail, conçue pour discipliner les travailleurs, qui suit plusieurs étapes.

1 L'organisation d'assemblées générales et de colloques est le format privilégié de mobilisation interne et externe des organisations patronales. Michel OFFERLÉ, *Sociologie des organisations patronales*, *op. cit.*, p. 80.

2 Sandrine GARCIA et Sabine MONTAGNE, « Pour une sociologie critique des dispositifs d'évaluation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011, vol. 189, nº 4, p. 11.

Encadré 2.1 : Principales étapes de la *Démarche de progrès*

Exploration des hypothèses et évaluation des contraintes

- Former les animateurs et relais du projet
- Sensibiliser les collaborateurs à l'intérêt de la Démarche
- Créer ou adapter les groupes pilotes (CMT et groupe de pilotage)
- Approfondir avec méthode le besoin en Santé au travail des entreprises adhérentes et partager le diagnostic
- Procéder à l'auto-évaluation à partir du Guide organisationnel pour déterminer des actions d'amélioration et des priorités

Décisions

- Construire une organisation adaptée aux besoins au sein des groupes de travail pluriprofessionnels. Définir des indicateurs pour mesurer les progrès

Mise en œuvre et recherche de solutions pratiques

- Conduire les projets, les suivre et les évaluer
- Partager et mutualiser les expériences dans le réseau des Services engagés
- Mener des enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires

Ajustements

- Adapter nos pratiques au vu des différentes évaluations

Source : CISME, *Présentation de la Démarche de Progrès en Santé au travail*, 2007, p. 11. La formalisation des étapes successives d'un « projet » est de notre fait.

Une centaine de services interentreprises déploient à la *Démarche de Progrès* en 2009. Bien que chaque service interentreprises soit invité à définir lui-même ses propres besoins en termes d'organisation lors des commissions médico-techniques (CMT)[1], le dispositif d'amélioration continue s'accompagne d'outils de gestion destinés à homogénéiser l'organisation du travail entre les différents services (cf. encadré 2.1). À partir de 2005, le CISME diffuse un référentiel d'auto-évaluation baptisé *Guide organisationnel des Services interentreprises de Santé au travail* :

> « Chaque service est invité à entreprendre une auto-évaluation à partir des critères contenus dans le Guide organisationnel. Il définit ainsi ce qu'il entend trouver dans son organisation et ce qui existe réellement. La soustraction des deux met en évidence ce qui reste à faire. » (CISME, *Présentation de la Démarche de Progrès en Santé au travail*, 2007, p. 9.)

1 Instituée en 2004 sur le modèle des Commissions médicales d'établissement, « une commission médico-technique a pour mission de formuler des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaire conduites par ses membres », article D4622-74 du Code du travail.

Il est également proposé aux directions de services interentreprises de consulter et d'alimenter une « base documentaire partagée » afin de comparer leur projet. Une sélection « des supports les plus intéressants » est effectuée par un « Comité de lecture » du CISME contribuant par un processus de benchmarking[1] à l'uniformisation des « expérimentations ».

La *Démarche de progrès* en tant que procédure d'amélioration continue induit une évaluation récurrente du projet[2]. Analyser les critères d'évaluation retenus montre que l'enjeu est de passer d'une prévention pratiquée individuellement par chaque médecin à une organisation collective encadrée par les directions de services grâce à ce dispositif de gestion (points d'évaluations n° 11 à 15). La prévention est de plus en plus pratiquée collectivement au sein de « projets transversaux » (point d'évaluation n° 5) qui s'intègrent dans les politiques publiques de santé au travail (point d'évaluation n° 6). Le suivi des salariés au sein du cabinet médical n'est plus mentionné, mais l'attention est portée au développement d'une prévention sur le lieu de travail (point d'évaluation n° 9) et au maintien dans l'emploi (point d'évaluation n° 10).

1 Le benchmarking est un outil de gestion consistant à étudier et comparer l'organisation d'institutions similaires et considérées comme performantes afin de s'en inspirer et d'améliorer sa propre organisation. Voir par exemple : Isabelle BRUNO et Emmanuel DIDIER, *Benchmarking l'État sous pression statistique*, Paris, Zones, 2013.

2 Denis SEGRESTIN, *Les chantiers du manager*, *op. cit.*, p. 242.

Encadré 2.2 : Les critères d'évaluation de la *Démarche de progrès en santé au travail*

Structuration de l'activité

Point d'évaluation n° 1 : Analyse collective des besoins

Point d'évaluation n° 2 : Sectorisation et répartition des effectifs

Point d'évaluation n° 3 : Gestion des ressources humaines

Point d'évaluation n° 4 : Circuits de l'information

Point d'évaluation n° 5 : Gestion en mode projet

Point d'évaluation n° 6 : Participation à la politique régionale de Santé au travail

Organisation de la prise en charge

Point d'évaluation n° 7 : Dossiers médicaux et d'entreprise

Point d'évaluation n° 8 : Harmonisation des pratiques

Point d'évaluation n° 9 : Mise en œuvre des actions en milieu de travail

Point d'évaluation n° 10 : Contribution au maintien dans l'emploi

Dynamique de l'amélioration continue

Point d'évaluation n° 11 : Implication de la direction

Point d'évaluation n° 12 : Suivi des points d'amélioration identifiés en niveau I

Point d'évaluation n° 13 : Suivi des actions mises en place

Point d'évaluation n° 14 : Gestion des dysfonctionnements et des réclamations

Point d'évaluation n° 15 : Vitalité du système d'amélioration continue

Source : AMEXIST, *Démarche de progrès en santé au travail. Attestation de mise en œuvre*, 2009

Le CISME milite pour que les services interentreprises conservent leur indépendance de gestion. Mais au-delà d'une simple gestion administrative, il revendique que les pouvoirs publics attribuent la mission de prévention aux directions de services interentreprises et non plus aux seuls médecins :

> « Le document d'orientation remis aux partenaires sociaux pour cadrer leur réflexion sur la réforme ne comble pas cette lacune. Les "Missions et le Pouvoir de Direction" des Services n'y sont pas clairement abordés. En revanche, la place et le rôle des médecins du travail y sont largement développés, comme le sont également, plus succinctement, les ressources humaines indispensables, IPRP et infirmiers en Santé au travail. Cette présentation peut donner le sentiment que les professionnels qui œuvrent au sein des Services sont plus importants que les

> structures au sein desquelles ils exercent leur activité, ce qui est en totale contradiction avec les textes qui fondent la Santé au travail. On ne peut ni ne doit assimiler les missions et l'organisation des Services à l'activité des personnels qu'ils emploient, pas plus d'ailleurs qu'on ne peut ni ne doit réduire celles d'une entreprise, d'une administration ou de toute autre entité juridiquement "responsable", aux tâches qu'exécutent ses salariés ou agents. » (CISME, *Réforme de la Santé au travail. Position du CISME*, 26 novembre 2008, p. 3)

En encadrant par de nouveaux dispositifs de gestion la réorganisation du travail au sein des services interentreprises et notamment celui de préventeurs non médicaux qui ne bénéficient pas des protections statutaires des médecins, leurs directions réaffirment leur place au sein de l'institution. La recherche de reconnaissance de leur « statut » hiérarchique dans leurs organisations se fait non seulement auprès de leurs salariés, mais surtout auprès des institutions publiques. L'évaluation continue du travail par les dispositifs de gestion anticipe les attentes des pouvoirs publics en la matière. En effet, depuis le début des années 2000, la Loi organique relative aux lois de finances (LOLF) du 1er août 2001 « impose un pilotage stratégique des administrations organisé autour d'objectifs, de mesure des performances et de contrôle à distance par le biais d'indicateurs et de techniques de contrôle de gestion »[1] qui s'imposent également dans le champ de la santé au travail.

1.2 Des directions qui s'imposent régionalement

La reprise en main étatique des questions de santé publique et la remise en cause du fonctionnement des institutions de prévention de la santé au travail suite à différents scandales sanitaires, s'observent dans l'élaboration de différents plans (plans nationaux de Santé publique et Santé Environnement). L'élaboration de ces plans « précipite la prise de conscience de la Direction des relations du travail et de ses services extérieurs : faute d'initiatives propres, ils s'exposent à être exclus des structures d'animation régionales de ces deux plans qui comportent pourtant des objectifs en matière de santé travail »[2]. Le ministère du Travail, conformément au mode de fonctionnement du champ sanitaire, élabore des plans nationaux de santé au travail[3]. Ceux-ci s'organisent similairement en orientations nationales et déclinaisons régionales (par les Plans régionaux de Santé au Travail) qui suivent une logique déconcentrée par programmes. Comme précédemment pour la régulation du système

1 Philippe BEZES, *Réinventer l'État*, *op. cit.*, p. 448.

2 Eric VERDIER, « La gouvernance de la santé au travail : le dialogue social recadré par un paradigme épidémiologique ? », *in* Catherine COURTET et Michel GOLLAC, *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, 2012, p. 107.

3 Le premier Plan national Santé au travail couvre les années 2005-2009.

hospitalier[1], l'échelon régional s'impose pour la coordination des politiques de santé au travail qui s'opère au sein d'un réseau d'action publique[2] dirigé par les services de l'État. Les responsables des services interentreprises qui ne souhaitent pas en être écartés se fédèrent régionalement. D'abord lieux de socialisation des directeurs et présidents de services, ces fédérations deviennent ensuite des recruteurs directs des préventeurs non médicaux et peuvent ainsi valoriser une « pluridisciplinarité » propre aux services interentreprises auprès des institutions publiques en charge de la prévention de la santé au travail.

1.2.1 Coordonner la prévention non médicale au sein de structures régionales

Anticipant la déclinaison régionale des politiques publiques de santé au travail, les présidents et directeurs de services interentreprises s'organisent au cours des années 2000 en fédérations régionales afin de se coordonner pour préparer la réforme en cours de négociation. Non seulement ces fédérations constituent des lieux de diffusion des outils de gestion précédemment présentés, mais en outre, elles recrutent elles-mêmes directement des préventeurs non médicaux. Bien que la prévention auprès des entreprises reste principalement assurée par les professionnels des services interentreprises, qu'ils soient médecins ou non, le travail de ces préventeurs des fédérations échappe à la délégation médicale, autrement dit au contrôle des professionnels historiques des services interentreprises.

Les services interentreprises envisagent de mutualiser leurs ressources par le biais des fédérations régionales et notamment de partager le temps de travail et le salaire de préventeurs non médicaux afin de bénéficier de la « pluridisciplinarité » « à coût constant ». Jacques Péan préside non seulement le Conseil d'administration du SI2, mais également un réseau de services interentreprises qu'il a monté en 2004 qui regroupe six des dix-huit services d'Île-de-France. En 2008, ce réseau commence à recrute ses propres salariés :

> « On a commencé avec une documentaliste. Parce qu'il y avait beaucoup d'opposition chez les médecins : "De quoi, de quoi ? Cette structure va échapper au contrôle social." Ça, c'était le problème principal. Et nous avons mis en place un documentaliste pour servir tous les services avec une base de données, etc. Et

1 François-Xavier SCHWEYER, « La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'Etat ou territorialisation ? », *Politiques et management public*, 1998, vol. 16, n° 3, pp. 43-68.

2 « Dans un environnement complexe, les réseaux sont le résultat de la coopération plus ou moins stable, non hiérarchique, entre des organisations qui se connaissent et se reconnaissent, négocient, échangent des ressources et peuvent partager des normes et des intérêts. Ces réseaux jouent alors un rôle déterminant dans la mise sur agenda, la décision et la mise en place de l'action publique. » Patrick LE GALÈS et Mark THATCHER, *Les réseaux de politique publique : débat autour des « policy networks »*, Paris, l'Harmattan, coll. « Logiques politiques », 1995, p. 14.

> c'était utile parce que c'est lui qui faisait la veille sur les différentes choses, envoyaient les lettres d'information ou les documents. C'était utile. Et après on a mis en place une ergonome et puis un deuxième ergonome. Et on a commencé à faire vraiment le travail tout à fait intéressant. » (entretien avec Hélène Ducan, directrice, 65 ans, SI2)

Les médecins du travail s'opposent au recrutement de préventeurs non médicaux au sein du réseau. Ils ne participent pas aux projets qui y sont portés et ne délèguent aucun travail à ces nouvelles recrues, ce qui provoque *in fine* leur licenciement. Les ergonomes sont alors recrutés au sein des services interentreprises où ils étaient hébergés. Ces dissensions entre les médecins et leurs directions qui promeuvent cette « pluridisciplinarité » amènent deux services à quitter le réseau. En revanche, les médecins sont moins réticents à la mutualisation de professionnels n'effectuant pas directement un travail de prévention. C'est ainsi que le poste de documentaliste se pérennise, tout comme celui créé par la fédération de services interentreprises auquel adhère le SI1. Ce ne sont pas tant les recrutements de profils non médicaux qui posent problème aux médecins, mais bien les tentatives d'intrusion dans le champ de leurs pratiques professionnelles spécifiques.

Le SI2 est également affilié à une fédération régionale de services interentreprises, l'*Alliance Montesquieu*. Créée en 2008, elle regroupe, à deux ou trois exceptions près, l'ensemble des services interentreprises de l'Île-de-France, notamment celui ayant en charge un million de salariés, soit environ un tiers de la population salariée régionale. Bien que son service y adhère, Jacques Péan désapprouve cette fédération concurrente, dont le président est également celui du CISME[1] :

> « Mais c'est un réseau qui a été monté par les directeurs des services, pas par les présidents. Et qui est plus un réseau politique qu'autre chose. Et dans ce réseau il faut savoir qu'il y a notamment les gros services de l'Île-de-France dont l'ACMS[2] et elle ne représente qu'un million de salariés. Un salarié sur trois en Île-de-France est suivi par l'ACMS. Et deux ou trois autres services qui sont autour de 2 ou 300 000 salariés donc en fin de compte ils prennent des décisions maintenant sans demander l'avis des autres. Donc ils se positionnent comme étant le service d'Île-de-France quasiment. Et l'ambiguïté vis-à-vis de certaines personnes au niveau des pouvoirs publics qui finissent par croire que l'Alliance Montesquieu c'est le

1 Pascal Marichalar souligne les vives tensions qui peuvent exister entre l'UIMM, dont la place prépondérante dans la gestion de la santé au travail est remise en cause dans les années 2000, et d'autres forces du patronat. Pascal MARICHALAR, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *art. cit.*, p. 43.

2 L'Association des centres médicaux sociaux (ACMS) est le plus important service interentreprises de la région parisienne dont le président est Jacques Texier. L'équipe de direction du CISME a toujours été issue de ce service. Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France 1970-2010)*, Thèse de sociologie, EHESS, Paris, 2011.

> regroupement, c'est la fusion de tous les services d'Île-de-France. Pas du tout. » (entretien avec Jacques Péan, président, 63 ans, SI2)

C'est pourtant l'*Alliance Montesquieu* qui devient la *Fédération régionale des Services interentreprises de la Région Île-de-France* en juin 2011 alors que le réseau précédemment cité est dissout en 2014[1]. En 2016, le SI2 est lui-même en passe de se faire absorber par un service de taille plus importante[2]. Les services interentreprises se structurent progressivement autour d'une fédération par région, elle-même coordonnée par le CISME devenant « fédération nationale ».

Le SI1 est quant à lui affilié à l'une des premières fédérations régionales à avoir été créée, en 2002. Elle regroupe l'ensemble de la dizaine de services interentreprises de la région. Son conseil d'administration est composé de cinq présidents ou vice-présidents de services interentreprises de chaque département tout comme son bureau. Un comité de directeurs des services est par ailleurs chargé de diriger les projets validés en assemblée générale. Une « Coordination pluridisciplinaire régionale » se crée en 2009 afin de faire participer les équipes de préventeurs non médicaux des services adhérents aux « projets » de la fédération. Cet espace de coordination regroupe un tiers de directeur, un tiers de médecins coordonnateurs et un tiers d'IPRP. Certains membres de ces structures font également partie de comités de pilotage régionaux dont celui établi en partenariat avec la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT).

En 2010, cette fédération recrute une toxicologue. Fille d'une secrétaire de formation et d'un ajusteur-fraiseur, « ouvrier à l'ancienne » syndiqué, qui la poussent à faire des études, Sylvie Izans obtient en 1995 un doctorat de chimie réalisé au Commissariat à l'Énergie Atomique. Son ascension sociale, analogue à celle de sa sœur médecin, repose sur l'accumulation d'un capital scolaire institutionnalisé. Suite à l'obtention de son diplôme, elle fait de la modélisation informatique (développement de procédés de production) en fonderie puis souhaite changer de poste et s'orienter vers la gestion des déchets dans une industrie très polluante. Bien que son entreprise ait accepté de lui financer une formation, elle démissionne

1 La petite taille de son entreprise et celle du service qu'il préside n'ont sans doute pas favorisé Jacques Péan. En effet, « la représentativité avancée sur les sites des organisations est rarement numérique […] Plutôt que le nombre d'entreprises adhérentes, c'est le nombre de salariés travaillant dans ces entreprises, le chiffre d'affaires qu'elles réalisent, et l'importance des exportations dans leur chiffre d'affaires qui sont soulignés. » Michel OFFERLÉ, « L'action collective patronale en France, 19e-21e siècles », *art. cit.*, p. 95.

2 Bien que nous n'ayons pas directement observé ce processus de fusion de services interentreprises, ceux-ci sont encouragés par le CISME. Pour une description plus détaillée voir : Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*

finalement pour suivre son compagnon, lui aussi cadre dans la métallurgie. En 2001, elle quitte alors la région parisienne pour venir s'installer dans sa région actuelle. Elle se forme à l'hygiène du travail et de l'environnement au CNAM en 2002 puis devient salariée du Conservatoire jusqu'en 2007. Elle y construit et dispense des formations sur le risque chimique et participe à des études sur le sujet. Elle est recrutée en 2009 comme hygiéniste spécialisée en risque chimique au sein d'un service interentreprises membre de la fédération régionale et y exerce pendant un an avant d'être recrutée par cette même fédération. Parallèlement elle poursuit son activité de formatrice au CNAM et peut ainsi *« toucher les entreprises »* de la région par l'intermédiaire de leurs salariés en formation.

Initialement, chacun des services interentreprises de la fédération finançait une partie de son poste de travail en fonction de sa taille et devait recevoir un service proportionnel à son investissement. Mais Sylvie Izans finit par arrêter de comptabiliser le temps passé à répondre aux questions individuelles des préventeurs (recherche d'informations sur les risques et les produits, aide à la compréhension de Fiche données sécurité [FDS]), ce qui est *« ingérable »*. Au moment de l'entretien, elle est en poste depuis deux ans et demi et celui-ci n'est toujours pas clairement défini :

> « Au bout d'un an, je me suis sentie très mal dans ce poste.
> - Parce que...
> - [Elle soupire] ça partait dans tous les sens. Pas de cadre. Parce qu'en fait j'ai un comité de pilotage, j'ai pas de directeur, j'ai pas de responsable direct. Mon poste il est géré par un comité de pilotage dans lequel on a trois médecins du travail, trois directeurs et un IPRP. Et en fait ce comité de pilotage attendait de moi que je lui dise quoi faire. » (entretien avec Sylvie Izans, toxicologue, 44 ans, fédération régionale)

Face à la difficulté de coordination des services interentreprises et bien qu'elle consacre encore la moitié de son temps de travail à répondre aux demandes individuelles des préventeurs, c'est la création d'un projet commun à l'ensemble des services auquel les préventeurs participent qui consolide véritablement son poste de travail. Forte de son expérience de formatrice au CNAM, elle rend plus visible ce poste en proposant aux différents services interentreprises un module de trois jours de formation destiné aux médecins du travail et aux IPRP afin d'améliorer leurs conseils sur le risque chimique auprès des adhérents (ce qui lui prend un cinquième de son temps de travail au moment de l'entretien), ce qui l'amène ensuite à coordonner la création d'un guide méthodologique d'aide à l'évaluation et la prévention du risque chimique destiné aux entreprises adhérentes.

S'ajoute à ce travail, une fonction de représentation auprès des instantes publiques et parapubliques en charge des questions de santé au travail auprès de qui Sylvie Izans valorise la « pluridisciplinarité » interne aux services interentreprises.

1.2.2 Les fédérations comme maillon de la structure institutionnelle de prévention

La définition des politiques publiques régionales en matière de prévention des risques du travail tend à se transformer, passant d'une négociation tripartite à des « tours de table incluant administrations de l'État et des collectivités locales, élus, experts *es* ingénierie de projets, associations d'entreprises, *etc.*, sans qu'il y ait de représentativité acquise d'emblée »[1]. Constatant ce rapprochement entre institutions publiques et privées de la prévention de la santé au travail sur un mode nouveau, les dirigeants des services interentreprises ne souhaitent pas se trouver écartés de ces lieux de décision. C'est par l'intermédiaire de leurs fédérations régionales et des préventeurs non médicaux qu'ils y emploient qu'ils atteignent l'échelon où se définissent les déclinaisons locales des politiques de prévention de la santé au travail.

Sylvie Izans s'étonne que les services de santé au travail ne soient pas mentionnés au même titre que les institutions publiques et parapubliques (DIRECCTE, CARSAT) dans le Plan régional santé travail. Selon elle, le nombre de préventeurs de ces services en fait des acteurs de premier plan sur le terrain et justifie qu'ils soient force de proposition. Les fédérations de services interentreprises travaillent à devenir les intermédiaires légitimes entre les instances publiques et les services qu'elles représentent afin de contribuer aux politiques de prévention de la santé au travail. C'est ainsi que les initiateurs de l'*Alliance Montesquieu*, affichent dans leur déclaration de création de l'association loi 1901, un certain nombre d'objectifs. Si tous doivent à terme contribuer à « Promouvoir une réflexion commune des services de santé au travail », nous voyons que l'*Alliance* cherche à s'imposer comme le porte-parole de l'ensemble des services interentreprises qu'elle aura contribué à structurer, puis à se servir de cette position pour s'autoproclamer « point de passage obligé », voire unique interlocuteur, pour les pouvoirs publics (cf. encadré 2.3).

1 Eric VERDIER, « Vers une gouvernance territoriale des risques du travail ? », *Travail et Emploi*, 2008, n° 113, p. 112.

Encadré 2.3 : « Alliance Montesquieu, l'esprit des lois en santé au travail »

« Promouvoir sur la région Île-de-France, en pleine indépendance, une **réflexion commune des services de santé au travail** ; à ce titre :

- Être un **réseau de coopération et d'échanges de pratiques et d'expériences** entre les services de santé au travail de la Région, reposant sur un principe de cohabitation loyale entre services, dans l'esprit de la Charte de bonnes pratiques des Services de Santé au Travail d'Île-de-France ;
- **Être identifié et reconnu par les Pouvoirs publics**, les branches professionnelles, les secteurs d'activités et les institutions de la Région comme un **interlocuteur représentatif** de services de santé du travail de la Région ;
- Favoriser sa représentation auprès des instances régionales afin d'**être force de proposition auprès des Pouvoirs publics** de la Région ;
- **Contribuer à la connaissance pour l'élaboration des priorités régionales** de Santé au Travail auprès des instances compétentes ;
- Favoriser le développement d'une **action territoriale structurée entre les services de santé au travai**l de la Région, dans le cadre de priorités communes ;
- **Faciliter l'intégration des priorités régionales et nationales** de santé au travail **des Pouvoirs publics dans l'action des services** de santé au travail de la Région ;
- **Favoriser la participation des services de santé au travail** de la Région aux **actions de veille et d'alerte** sur les risques et les besoins de santé des populations au travail, en lien avec l'action des Pouvoirs publics ;
- **Promouvoir le développement des pratiques innovantes** au sein des services de santé au travail de la Région et aider les entreprises, les salariés et leurs représentants **à s'inscrire dans les évolutions en cours** ;
- Promouvoir une **communication harmonisée des actions de Prévention** conduites par les Services de Santé d'Île-de-France avec leurs partenaires. »[1]

Historiquement les ingénieurs-conseils de la CRAM[2], les inspecteurs du travail et médecins-inspecteurs de la Direction régionale du travail[3] collaborent directement avec les

1 Source : http://www.net1901.org/association/ALLIANCE-MONTESQUIEU-LESPRIT-DES-LOIS-EN-SANTE-OU-TRAVAIL, 64807.html (page consultée le 23 juillet 2015).

2 En 2010 les CRAM sont devenues Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT), suite à la création d'Agences régionales de santé à qui sont transférées leurs missions en matière de politique sanitaire et médico-sociale.

3 Les Directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) sont devenues des DIRECCTE en 2009 suite à la fusion de différents services publics.

médecins du travail. Par l'institutionnalisation des fédérations régionales, les directions de services interentreprises contournent ces réseaux d'interconnaissance professionnelle pour s'inclure dans l'élaboration et l'exécution régionales du plan santé-travail :

> « Comment déjà mieux communiquer autour de cette fédération ? Et en interne parce que déjà tous les médecins ne savent pas ce que... pourquoi ? Mais parce qu'on ne voit pas à quoi ça va nous servir. Déjà là il faut communiquer en interne. Et puis en externe. C'est-à-dire que par exemple la DIRECCTE quand elle fait, elle lance des projets, elle ait le réflexe d'en tenir informée la fédération immédiatement. Parce qu'ils fonctionnent, la DIRECCTE fonctionne tout à fait à un autre niveau. Il y a les médecins inspecteurs qui ont leur relais dans les services auprès des médecins particuliers. Mais c'est médecin-médecin. Et ils ont occulté tout à fait, c'est marrant, ils occultent le fait qu'il y a les médecins, mais il y a aussi d'autres acteurs qui sont plus eux, en lien avec la direction. Et alors ça, ça les dépasse. » (entretien avec Sylvie Izans, toxicologue, 44 ans, fédération régionale)

En prenant leur propre fonctionnement pour modèle, Sylvie Izans endosse un rôle de coordinatrice des échanges avec ces institutions auprès des préventeurs des services interentreprises, selon un argument d'efficacité, *« ne pas refaire des choses qui ont déjà été faites »* :

> « Il n'y a pas de, c'est ça qui est bizarre, ça ça manque. Autant les DIRECCTE elles ont un référent national avec des échanges organisés. Les CARSAT c'est pareil, ils ont des référents et ils ont l'INRS. Que nous en fait on est tous des électrons libres. Et c'est dommage. C'est-à-dire on se sent, c'est pour ça en fait que dans tous les services on refait des choses qui ont déjà été faites. […] Je fais sans arrêt comme ça le lien. Ce qui nous permet, parce que les autres ils sont vachement organisés d'un point de vue institution. CARSAT, c'est CARSAT. On va pas voir chaque contrôleur de terrain. Et en fait nous on est tellement éclatés, éparpillés qu'au final on est intouchables ».

Avant d'être recrutée en service interentreprises, Sylvie Izans développe une activité de conseil aux entreprises pendant deux ans (dont un an en portage salarial), mais n'obtient, par son réseau, que trois demandes d'aide à l'évaluation du risque chimique de grosses entreprises[1]. Elle est ensuite salariée d'un cabinet d'expertise CHSCT, mais ne s'y retrouve pas en termes d'activité vu la faiblesse des demandes relatives au risque chimique et démissionne. Une fois en poste au sein de la fédération de services de santé au travail, elle mobilise son réseau d'interconnaissance et son capital académique afin de faire connaître cette fédération auprès de diverses institutions de santé au travail. Grâce aux ressources

1 Bien que les entreprises soient dans l'obligation légale de rendre compte de cette évaluation dans leur document unique depuis 2001, elles attendent souvent plusieurs années avant de l'effectuer.

accumulées au long de son parcours professionnel, elle communique dans des congrès organisés par diverses institutions de santé au travail qu'elles soient disciplinaires (Journées de l'association française de toxicologie), associées aux services de santé au travail (Congrès national de médecine et santé au travail) ou publiques (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail). Cette légitimité lui donne également accès aux instances nationales :

> « J'étais conviée la semaine dernière et je n'ai absolument pas pu y aller au conseil, au COCT [...] qui réunissait les chercheurs en prévention des risques professionnels. Et comme je connais bien les gens dans le réseau, j'ai été invitée. Moi je ne suis pas chercheur, mais en même temps s'il n'y a pas de gens de terrain non plus, c'est très théorique et... faut faire gaffe. Donc voilà j'essaie dans des réseaux comme ça nationaux. C'est important. » (entretien avec Sylvie Izans, toxicologue, 44 ans, fédération régionale)

Elle regrette en effet que son travail de représentation soit essentiellement régional, *« bon c'est quand même local »* et non international : *« Alors à mon goût pas assez. Donc c'est toujours en France, je ne suis pas allée dans des congrès ailleurs qu'en France »*.

Les principes d'organisation du *New Public Management* que sont « la mise en place d'une gestion par les résultats fondée sur la réalisation d'objectifs, la mesure et l'évaluation des performances et de nouvelles formes de contrôle dans le cadre de programmes de contractualisation »[1] s'appliquent également à la gestion des services interentreprises. La loi de juillet 2011[2] réforme la procédure d'agrément de ces services jugée depuis longtemps comme défaillante[3] en l'incluant dans un processus de contractualisation. Sur le mode de ce qui s'opère déjà à l'hôpital, les services interentreprises doivent établir des Contrats pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec la CARSAT et la DIRECCTE. L'adéquation entre les projets de services déterminés au sein de leurs Commissions médico-techniques (CMT) et le Plan régional de santé au travail est vérifiée à la signature de ces contrats. Mais bien que d'une certaine manière le contrôle de l'État sur la prévention de la santé au travail se redessine dans ce dispositif, les directions des services interentreprises se trouvent elles-mêmes incluses dans le processus de définition des politiques de santé au

1 Philippe BEZES, Didier DEMAZIÈRE, Thomas LE BIANIC, Catherine PARADEISE, Romuald NORMAND, Daniel BENAMOUZIG, Frédéric PIERRU et Julia EVETTS, « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du Travail*, 2011, vol. 53, nº 3, p. 295.

2 Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, JORF n° 0170 du 24 juillet 2011.

3 Claire AUBIN, Gilles DUHAMEL et Daniel LEJEUNE, *L'agrément des services de santé au travail - rapport de synthèse*, Inspection générale des affaires sociales, 2005.

travail qui se joue davantage sur le mode du partenariat que sur celui d'un contrôle uniquement descendant.

Selon une logique similaire à celle décrite par Magali Robelet qui note que « les usages de l'accréditation semblent renforcer également la position du directeur d'établissement face aux médecins, la procédure d'accréditation étant prioritairement destinée à servir les objectifs stratégiques de l'établissement »[1], la réforme des services de santé au travail renforce le pouvoir des directions de services interentreprises. La loi du 20 juillet 2011 étend la mission de prévention médicale instituée par la loi de 1946[2] et confiée aux services médicaux du travail aux services de santé au travail dans leur ensemble : « Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail »[3] transférant ainsi les fondements constitutifs de l'institution des médecins à leurs directions. Alors que ces dernières ne faisaient qu'administrer le travail médical, en encadrant plus étroitement le travail des préventeurs non médicaux par le biais de dispositifs de gestion, elles se trouvent en charge de la mission préventive elle-même. Comment les médecins, professionnels historiques des services interentreprises réagissent-ils à ces réorganisations alors même qu'ils sont situés à l'écart des négociations ?

2 Des médecins à l'écart du débat

Depuis le début des années 2000, un tournant néolibéral dans les réformes hospitalières disqualifie les expertises professionnelles au profit de celles de cabinets de conseil dans la conduite de l'action publique[4]. Comme nous l'avons évoqué plus haut, quelques professeurs de pathologie professionnelle, rédacteurs de rapports commandités par les instances officielles[5], réussissent à s'imposer dans la définition de la réforme de la médecine du travail. Pourtant ils ne représentent pas la majorité des praticiens de terrain qui les déconsidèrent et dont ils parlent eux-mêmes « à la troisième personne du pluriel »[6]. Ces

1 Magali ROBELET, « La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité », *Sciences sociales et santé*, 2001, vol. 19, nº 2, p. 81.
2 Article 1, Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946, Organisation des services médicaux du travail, JORF du 12 octobre 1946.
3 Article L 4622-2, Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011, *op. cit.*
4 Frédéric PIERRU, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2012, vol. 4, nº 194, p. 33.
5 « on sait l'intensité particulière de la participation des professeurs de médecine aux organismes publics, aux commissions et, plus généralement, à la politique, et les fonctions d'expertise auprès des gouvernements et des organismes internationaux que remplissent les juristes » Pierre BOURDIEU, *Homo academicus*, Paris, les Éditions de Minuit, coll. « Le Sens commun », 1984, p. 74.
6 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 245.

médecins se mobilisent selon des répertoires d'action classiques, formés au cours du XIX^e^ siècle : « la mobilisation du nombre et de la volonté au nom d'exigences explicites de pression sur le pouvoir »[1] qui ne les servent pas toujours du fait de leur démographie déclinante. Après avoir présenté, au niveau national, les principales positions défendues par les organisations de médecins du travail s'opposant à la réforme et leur mobilisation au cours des négociations, nous reviendrons sur l'ouverture des syndicats de médecins du travail à la « pluridisciplinarité » qui n'est pas toujours bien accueillie par leurs adhérents et sur les résistances des praticiens au niveau local des services interentreprises.

2.1 Des médecins mobilisés mais divisés

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, le courant critique de la médecine du travail a contribué à faire émerger les problèmes de santé au travail sur la scène publique en se mobilisant au sein de groupements de médecins alternatifs que Patrick Hassenteufel analyse comme des « nouveaux mouvements sociaux »[2]. Mais parvient-il toujours à mobiliser contre la remise en cause d'une prévention médicale ? Au cours de la réforme, la « frange active de la profession »[3], constituée de médecins du travail syndiqués et du courant critique, est la plus encline à exprimer son mécontentement face à ce qui lui semble être une remise en cause du métier de médecin du travail. Exclus des négociations entre représentants des employeurs et des salariés, les professionnels de la médecine du travail, malgré leurs dissensions, tentent d'influer sur les débats législatifs en diffusant leurs analyses auprès des représentants politiques et des organisations professionnelles.

2.1.1 Des dissensions professionnelles entre défense corporatiste et intégration à la santé publique

À la fin des années 1980 et au début des années 1990 apparaissent dans le champ de la santé au travail, des associations « qui regroupent des personnes d'horizon et d'appartenance divers (syndicalistes, mutualistes, victimes et familles, juristes, scientifiques…) [et] ont explicitement comme but d'agir à côté des structures institutionnelles officielles de la santé au travail, dont elles considèrent *de facto* qu'elles ne remplissent pas complètement leur rôle, ou

1 Charles TILLY, « Les origines du répertoire d'action collective contemporaine en France et en Grande-Bretagne », *Vingtième Siècle*, 1984, vol. 4, n° 1, p. 95.

2 Patrick HASSENTEUFEL, *Les Médecins face à l'État : une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997, p. 217.

3 COLLECTIF DES MÉDECINS DU TRAVAIL DE BOURG-EN-BRESSE, *Apocalypse Now*, Rapport 2011 de santé au travail, p. 3

qu'elles sont trop liées par les contraintes du fonctionnement paritaire des instances chargées de la gestion de santé au travail. »[1]

Ces collectifs, dotés d'une « expertise militante », contribuent à l'émergence sur la scène publique de problèmes de santé au travail, dont le plus emblématique est celui de l'amiante, négligés par les pouvoirs publics du fait de la gestion paritaire de ces questions. Bien que disposant de liens de filiation très nets avec les organisations syndicales, ces collectifs privilégient une identité de représentants de victimes, ce qui contribue d'une part à rendre efficace leur action au sein de l'arène judiciaire, où ils attentent des procès aux employeurs et d'autre part à définir le problème en termes de santé publique[2].

Ainsi l'Association nationale de défense des victimes de l'amiante (Andeva) qui compte plus de 7 000 adhérents au sein d'une trentaine d'associations locales[3] est créée en 1996, à l'initiative de l'ALERT, de la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH)[4] et du Comité Anti-Amiante Jussieu.

Mais le relais pris par les associations de victimes et l'émergence d'une expertise publique sur les questions de santé au travail, visible dans la création d'agences spécialisées, semble défavoriser les collectifs ayant porté ces enjeux sur le devant de la scène publique :

> « Je suis présidente de l'ALERT. C'est une association qui a eu une action extrêmement intense depuis sa création en 1987 jusqu'à la reconnaissance du scandale de l'amiante. L'ALERT a contribué très largement à ce que cette question soit réellement prise en compte. Mais l'ALERT n'est plus une association militante active. Après cet apogée, qui a conduit à la création de l'Andeva, donc une association de défense des victimes de l'amiante, qui a pris effectivement le relais pour que les questions soient traitées, les indemnisations prises en compte, nous nous sommes retrouvés en situation extrêmement difficile pour savoir comment continuer… […] Une autre association s'est créée, le collectif Santé Travail, qui regroupe toute une série d'associations, dont des associations de médecins du travail, qui fonctionne là aussi cahin-caha depuis

1 Marcel GOLDBERG, « Experts et militants : les nouveaux acteurs de la santé au travail », *Cahiers Risques Collectifs et Situations de Crise*, 2008, nº 9, p. 79.

2 Emmanuel HENRY, « La santé au travail : un domaine d'action publique comme un autre ? », *in* AXE RISQUES ET CRISES COLLECTIFS et CENTRE DE SOCIOLOGIE DE L'INNOVATION, *Cahiers Risques collectifs et situations de crise*, Grenoble, MSH-Alpes, 2008, pp. 13-32.

3 Marcel GOLDBERG, « Experts et militants : les nouveaux acteurs de la santé au travail », *art. cit.*, p. 79.

4 « Chronologiquement, c'est certainement la Fnath (Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés) qui est le premier collectif "non institutionnel" œuvrant dans le champ de la santé au travail. Créée en 1921 […], elle joue depuis l'origine, mais de manière plus marquée depuis les années 90, un rôle important dans le domaine de la santé au travail, et siège de façon réglementaire dans diverses instances nationales ayant à voir dans ce domaine (Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, InVS, Conférence nationale de santé, Conseil de la CNAMTS, Conseil d'administration du Fiva…). » *Ibidem*, p. 78.

> deux ans, qui essaie de se mobiliser notamment par rapport aux politiques publiques, à ce que le ministère du Travail met en place, pour pouvoir répondre à ce qui est proposé. L'ALERT fait partie du collectif. Mais, là aussi, on est en train de se demander si le nouveau collectif va continuer à travailler. Cela signifie qu'aujourd'hui les militants dont tu parles ont finalement énormément de mal à se constituer réellement comme une force, comme un contre-pouvoir face à l'organisation de la santé au travail aujourd'hui. On pourrait d'ailleurs s'interroger sur les effets en la matière de la création de l'InVS comme pôle d'expertise. » (Ghislaine DONIOL-SHAW, « Débat », *in Cahiers Risques collectifs et situations de crise*, Grenoble, MSH-Alpes, 2008, pp. 87-88)

La concentration des collectifs de médecins du travail sur des enjeux de préservation de leur activité professionnelle et de gestion des dispositifs de prévention fait plus difficilement « cause commune » que les mobilisations de victimes des risques industriels et professionnels. Non seulement il est plus complexe de mobiliser des profanes sur des intérêts corporatistes, mais de plus il existe des dissensions importantes entre les médecins du travail quant à l'avenir de leur profession. Cette hétérogénéité des positions se traduit d'ailleurs par la création de plusieurs collectifs.

Le Collectif Santé travail, créé en 1998, réunit en 2004, l'association L611.10, l'association SMT, la CGT, la Fédération des mutuelles de France (FMF), l'association des accidentés de la vie (FNATH), le Syndicat national des médecins EDF-GDF (SNMEG), le SNPST, Solidaires, l'UGICT-CGT et l'ALERT. Cette même année, le collectif Santé Travail élargit ses objectifs et rédige une nouvelle plate-forme de revendications. Parmi ses objectifs[1], le plus développé est de « promouvoir une autre approche de la santé au travail » :

> « Le bilan des crises sanitaires récentes (amiante, ESB, sang contaminé, éther de glycol…) impose d'inscrire clairement dans un système de santé publique les fonctions d'identification de l'ensemble des risques, de veille sanitaire, d'alerte en milieu de travail et de prévention. À cet égard, il convient d'instaurer l'exercice de la responsabilité du ministère de la Santé conjointement à l'intervention actuelle du ministère du Travail ou des Affaires sociales. » (« Plate-forme du collectif Santé Travail », *Les Cahiers S.M.T.*, n° 19, juin 2004, p. 80)

Dans le propos qui est ensuite développé, la distinction est claire entre la prévention de la santé des travailleurs (« opposable à toute forme d'intérêts économiques ») qui selon le collectif est une responsabilité étatique, « il s'agit d'une mission de santé publique dans l'intérêt exclusif de la santé des travailleurs avec le concours des professionnels de la santé au

1 « Témoigner et soutenir les revendications pour protéger la santé au travail ; rendre visibles les souffrances et les inégalités sociales de santé dues au travail ; abolir toutes formes de discrimination par la santé au travail ; promouvoir une autre approche de la santé au travail ».

travail et des représentants des salariés et des victimes », et la gestion du risque qui relève en revanche de la responsabilité des employeurs tenus à une obligation de sécurité et de résultat. La posture du collectif change en 2010, lorsque la revendication d'une affiliation à la santé publique devient de plus en plus improbable : « L'État fait la sourde oreille et préfère "moderniser" les SST plutôt que de porter le fer où il s'impose c'est-à-dire du côté de l'échec de la gestion des risques par les employeurs. »[1] Les médecins, membres de ce collectif, se placent de plus en plus dans une position de défiance vis-à-vis d'un État qui, de leur point de vue, soutient plus un projet de gestion des risques qu'une mission régalienne de service public.

Le SNPST, principale organisation syndicale de médecins du travail[2], est adhérent du collectif. En effet, depuis la fin des années 1960, le syndicat développe des revendications proches de celles portées par le courant critique de la discipline. En 2008, le SNPST invité par Xavier Bertrand, alors ministre du Travail, à s'exprimer sur le projet de réforme[3] en arrive à rédiger son propre projet[4]. Pour le syndicat, la mission de la médecine du travail telle que définie en 1946 doit s'étendre à l'ensemble des préventeurs de services interentreprises et le déficit médical, principal argument justifiant le recrutement d'autres préventeurs, pourrait être comblé par une réforme des études médicales. Afin de garantir leur indépendance, ces professionnels de la santé au travail doivent non seulement bénéficier d'un statut spécifique qui les protègent d'une trop forte domination des employeurs, mais aussi intégrer le système de santé publique. Pour ce faire, le SNPST propose que le réseau de services de santé au travail dépende du ministère de la Santé et non de celui du Travail afin que leur gestion soit régalienne. Il appelle également de ses vœux la création d'une agence nationale de la santé au travail (regroupant les départements santé travail de l'AFSSET et de l'INVS) coordonnant l'action de futures agences régionales à partir du recueil de données épidémiologiques, de propositions d'enquêtes et de fixer le montant des cotisations des entreprises qui financeraient l'ensemble. Les agences régionales seraient administrées par un conseil où les représentants de salariés et d'associations concernés seraient majoritaires. Elles seraient contrôlées par les

1 « La contre-réforme Woerth de la santé au travail ou rendre invisible les effets du travail sur la santé », Collectif Santé Travail, mai 2010.

2 Pour une présentation plus détaillée, cf chapitre 2, 2.2.1, p.139

3 « Dans le cadre d'une consultation des partenaires sociaux préalable à la rédaction d'un projet de loi réformant la prévention en santé au travail, le SNPST a été reçu par Madame Vanina Correa de Sampallo (conseillère politique de X. Bertrand) le 11 décembre 2007. » Gilles ARNAUD, « Orientations syndicales du SNPST pour 2008 », *Le Journal des professionnels de la santé au travail*, n° 30, février 2008, p. 2.

4 SNPST, *Pour une nouvelle prévention en santé au travail, Op. Cit.*

services déconcentrés du ministère de la Santé. Le SNPST propose également la suppression de tout avis d'aptitude (idée qui s'y est diffusée depuis le début des années 1990[1]) qui entrave l'action préventive en compromettant la confiance des salariés qui ne peuvent témoigner des risques auxquels ils sont exposés lors des visites médicales.

Une dichotomie s'établit entre les médecins du travail qui défendent un rattachement à la santé publique et ceux souhaitant le maintien d'un *statu quo*. Le groupement national *Sauvons la médecine du travail* (SLMT), créé en 2009, « sans attache politique ni syndicale » rassemble « sur des bases exclusivement professionnelles » des médecins du travail qui souhaitent prendre part au débat sur la réforme de l'institution qui les emploie. Dans un appel éponyme pour « la survie de la médecine du travail »[2], signé par 400 médecins à son lancement en juin 2009 et près de 830 en 2015, les médecins affiliés à ce groupement affirment que la réforme a pour but de supprimer cette spécialité médicale. Pour eux, deux risques la menacent, d'une part la pénurie de médecins du travail et d'autre part la remise en cause de la médicalisation des services de santé au travail qui apparaît dans les propositions faites au cours des négociations.

Les membres de SLMT souhaitent non seulement conserver le certificat d'aptitude, mais ils pensent également que la prévention collective peut être perçue comme de la surveillance par les salariés. Attachés à l'affiliation au monde de l'entreprise, les signataires du texte ne souhaitent pas intégrer la santé publique. Pour ces médecins du travail, les propositions de réforme « visent à faire disparaître un exercice médical dont l'objet exclusif est la prévention de l'altération de la santé par la mise en évidence, dans les entreprises, des liens entre le travail et les atteintes à la santé. » En réaction, ils invitent l'ensemble des médecins du travail à signer leur appel, le diffuser et s'exprimer face à l'évolution de leur activité professionnelle. Les médecins du travail cherchent ainsi à faire entendre leur voix au cours d'une réforme qui les marginalise.

2.1.2 Une prise de parole peu audible

Bien qu'écartés des négociations de la réforme de la médecine du travail, relancées en 2009, les médecins du travail souhaitent néanmoins que leurs interrogations soient prises en compte. Pour faire valoir leurs revendications auprès des pouvoirs décisionnels, ils vont alors

1 Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire*, *op. cit.*, p. 271.
2 COLLECTIF NATIONAL SLMT, « Sauvons la médecine du travail », 5 mars 2009. http://www.slmt.fr/SLMT5/index.php, consulté le 1er avril 2017

chercher à requalifier le débat pour l'extraire du seul prisme des négociations sociales, indissociables des relations professionnelles dans les entreprises. Les divers collectifs et syndicats de médecins du travail se mobilisent conjointement[1] pour valoriser l'expression de professionnels écartés des réflexions sur la réforme. En avril 2009, le SNPST et la SMT lancent un manifeste « Pour une nouvelle politique de gestion des Services de Santé au Travail », relayé par la revue *Santé & Travail* qui défend un rattachement à la santé publique. Bien que la pétition soit rédigée pour rassembler l'ensemble des acteurs de l'entreprise ou de la santé, elle rallie essentiellement des professionnels de la santé au travail (plus de 1 000 en juillet 2010). Les membres de *Sauvons la médecine du travail*, quant à eux, publient régulièrement depuis mai 2009 des communiqués sur la réforme en cours et les lettres ouvertes qu'ils adressent aux représentants politiques[2]. Manifeste, publication d'information et lettres présentent l'avantage, pour ces différents collectifs, d'être des répertoires d'action économes en moyens humains[3]. Pour un groupe dont les effectifs ne cessent de diminuer, ce sont peut-être les seuls registres d'action pensables par les collectifs organisateurs qui ont intériorisé les difficultés posées par d'autres répertoires de mobilisation collective.

Suite à l'échec des négociations entre syndicats de salariés et représentants des employeurs en octobre 2009, le ministère du Travail prend en main la réforme de la médecine du travail. Le 4 décembre, lors d'une réunion du COCT à ce sujet, Xavier Darcos, alors ministre du Travail, présente les *Axes de la réforme des SST* qui reprennent les orientations gouvernementales de juillet 2008. Mais pour exister, cette réforme de la santé au travail a besoin de salariés pour la mettre en œuvre et la faire vivre. Les médecins du travail ayant déjà manifesté une certaine hostilité à ce qui est proposé, il faut renouveler les équipes et permettre l'arrivée de nouveaux préventeurs potentiellement moins attachés à l'existant. C'est pourquoi en parallèle de la réflexion générale, le ministre en concertation avec Valérie Pécresse (ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche) et Roselyne Bachelot-Narquin (ministre de la Santé et des Sports), confie une mission de réflexion portant sur la formation des professionnels de la santé au travail à trois personnalités considérées comme des expertes

1 Sur « l'entrelacement des formes de conflictualité sociale » voir la contribution d'Isabelle Sommier dans le dossier-débat : Odile JOIN-LAMBERT, Michel LALLEMENT, Nicolas HATZFELD, Jean-Emmanuel RAY, Isabelle SOMMIER, Michel OFFERLÉ et Jérome PELISSE, « Au-delà du conflit et de la négociation ? », *Sociologie du Travail*, avril 2011, vol. 53, nº 2, p. 178.

2 Ils contactent ainsi les différents candidats aux élections européennes de 2009 pour les interpeller sur l'avenir de la profession, mais ne reçoivent aucune réponse.

3 Voir la contribution de Jean-Emmanuel Ray dans le dossier-débat : Odile JOIN-LAMBERT et al., « Au-delà du conflit et de la négociation ? », *art. cit.*

du domaine Christian Dellacherie[1], Paul Frimat[2] et Gilles Leclercq[3]. Constatant la faible valorisation du rôle du médecin du travail [et des] aspects démographiques défavorables, la lettre de mission indique la nécessité d'élargir les filières de formation par le développement notamment de la formation continue et fixe pour objectif « de renforcer la démarche globale de réforme engagée par le ministère du Travail notamment en formulant des propositions concrètes pour renouveler le nombre de médecins du travail et de professionnels de la santé au travail. » Plusieurs pistes sont indiquées. Les unes concernent spécifiquement les médecins (rendre la médecine du travail plus attractive pour les étudiants et en permettre l'accès par reconversion) et les autres ouvrent le domaine à d'autres intervenants (la formation aux nouveaux métiers de l'équipe Santé-Travail [infirmière, assistante...] ou la promotion de la démarche pluridisciplinaire)[4].

Le SNPST poursuit son travail de lobbying en rencontrant en novembre, le Conseiller technique du ministre du Travail et le Directeur général du travail. L'organisation prend contact avec les partis politiques pour leur présenter ses propositions[5] et attend que le projet de loi soit annoncé pour saisir les parlementaires. Ce travail se poursuit tout au long de l'année, ainsi en février 2010, à l'invitation du bureau national, les délégués syndicaux et régionaux se réunissent pour une journée de travail :

> « En s'appuyant sur les déclarations de Xavier Darcos au COCT et au CISME, sur les déclarations du MEDEF, la réforme annoncée en 2010 fait craindre une reprise en main des services de santé au travail par le patronat. Ce dernier pourrait ajouter les missions de prévention en santé au travail à la gestion de ces services, et cantonner les professionnels à un rôle d'accompagnement des entreprises dans leur évaluation et gestion des risques, au détriment d'une prévention de la santé des salariés. Nos propositions et nos craintes ne sont pas bien connues ou comprises dans le grand public et dans les médias. Le lobbying à tous les niveaux est apparu indispensable à tout le monde : le SNPST va continuer à rencontrer les organisations syndicales, les associations, les partis politiques et les parlementaires. Au plan local, les adhérents sont invités à informer au mieux les partenaires et les politiques, et peuvent rechercher des informations et divers

1 Christian Dellacherie est membre du Conseil économique, social et environnemental, pour le groupe CGT. Il y avait précédemment présenté un avis et rapport sur *L'avenir de la médecine du travail* en 2008.

2 Cet ancien dermatologue, PU-PH au CHRU de Lille depuis 1982 y est chef du service *Médecine du Travail et Pathologie professionnelle* depuis 2000. Plusieurs fois vice-président de cette université, il préside également l'Institut de santé au travail du nord de la France (ISTNF) ainsi que le Conseil Scientifique de l'ANSES.

3 Gilles Leclercq est médecin-conseil à l'ACMS.

4 Christian DELLACHERIE, Paul FRIMAT et Gilles LECLERCQ, *La santé au travail. Vision nouvelle et profession d'avenir. Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions*, *op. cit.*, p. 64.

5 SNPST, *Pour une nouvelle prévention en santé au travail, Op. Cit.*

> documents sur le site ou auprès du secrétariat. » (« Le SNPST et ses représentants se mobilisent », *Le Journal des professionnels de la santé au travail*, n° 40, mai 2010, p. 2)

De leur côté les représentants de la CFE-CGC, qui s'investissent par ailleurs dans une pluralité d'instances où le sujet de la Santé au travail est discuté[1], adressent leurs courriers à Éric Woerth[2], ministre du Travail en avril 2010[3], et Jean-François Copé[4] en tant que président du groupe de l'Union pour un mouvement populaire (UMP)[5].

La commission chargée de faire des propositions sur la formation des professionnels de santé au travail auditionne une délégation du SNPST en février, ainsi que Bernard Salengro pour la CFE-CGC. Une dizaine de médecins du travail sont interrogés en tant que « personnes qualifiées ». Le rapport *La santé au travail. Vision nouvelle et professions d'avenir* est remis par ses auteurs (Christian Dellacherie, Paul Frimat et Gilles Leclercq) aux ministres en avril 2010 lors d'une séance du COCT. Mais ses conclusions qui dépassent la seule formation des préventeurs en santé au travail et valorisent une pluridisciplinarité jugée comme étant au service des employeurs ne sont pas du goût de tous les professionnels qui poursuivent leur mobilisation. Le Congrès national de médecine et santé au travail réuni cette année-là à Toulouse, est ainsi l'occasion pour la SMT et le SNPST au nom du Collectif Santé Travail de faire une déclaration publique précédant le discours de Jean-Denis Combrexelle[6] lors de la séance de clôture.

Le Collectif des médecins du travail de Bourg-en-Bresse qui diffuse depuis longtemps ses constats médicaux et publicise ses représentations du rôle de la médecine du travail à travers ses conclusions de rapports annuels d'activité, s'inscrit pleinement dans la mobilisation professionnelle en cours. Au-delà de leur blog qui rend facilement accessibles

1 « La CFE CGC Santé au Travail s'est beaucoup investie dans toutes les discussions qui ont précédé la loi et les décrets (Conseil d'orientation sur les conditions de travail [COCT], négociations nationales, instances régionales, auditions DGT, Assemblée nationale, Sénat) » CFE-CGC, « Sauvons la santé au travail ou du meilleur usage possible d'une mauvaise réforme », *Tract*, mai 2012.

2 Éric Woerth (dont le père était médecin du travail) est ministre du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique de mars à novembre 2010 sous le deuxième gouvernement de François Fillon.

3 « Santé au travail : une réforme aux forceps ? », *Espace Médecin du travail*, n° 44, juin 2010, pp. 19-21.

4 En novembre 2010, Jean-François Copé devient secrétaire général de l'Union pour un mouvement populaire (UMP) en remplacement de Xavier Bertrand, fonction qu'il occupe jusqu'en novembre 2012. Il est ensuite président de l'UMP jusqu'en juin 2014.

5 « Santé au travail : dits et non-dits », *Espace Médecin du travail*, n° 45, septembre 2010, pp. 10-13.

6 Après y avoir été directeur des Relations du Travail depuis 2001, Jean-Denis Combrexelle est directeur général du Travail au ministère du Travail et de l'Emploi d'août 2006 à mars 2014. En 2008, il dirige la « recodification » du Code du travail sous le ministère de Xavier Bertrand et remet le « rapport Combrexelle » sur la réforme du Code du travail à Manuel Valls en septembre 2015.

ces conclusions, les médecins de ce collectif bénéficient surtout d'un important réseau militant qu'ils ont construit au cours des années (le collectif a ainsi participé à un forum social en tant que membre d'Attac[1]) et qui leur a déjà donné accès au ministère du Travail[2] et à l'Assemblée nationale au début des années 2000. S'ils continuent d'interpeller représentants politiques et syndicats de salariés dans leurs conclusions communes[3] et publient un ouvrage en pleine réforme en 2010[4], ils enchaînent également conférences de presse et lettres ouvertes. Cette même année, ils lancent avec le soutien de Gérard Filoche, ancien inspecteur du travail et militant actif de l'aile gauche du Parti socialiste[5] et de Willy Pelletier[6] et de la fondation Copernic[7] une pétition intitulée « Non à la mort de l'authentique médecine du travail » qui revendique le maintien d'une médecine du travail telle qu'elle est pratiquée jusqu'alors. Cette pétition obtient 20 000 signatures (principalement de non professionnels) suite auxquelles Gérard Filoche et Willy Pelletier[8] adressent une lettre à Éric Woerth en juin 2010.

Malgré ces prises de position, des amendements sur la médecine du travail sont déposés à l'Assemblée nationale par le gouvernement le 6 septembre 2010. Quelques jours

1 L'Association pour la taxation des transactions financières et pour l'action citoyenne, créée en France en 1998, est une organisation altermondialiste « qui milite pour la justice sociale et environnementale, et conteste radicalement le pouvoir pris par la finance sur les peuples et la nature. » Https://france.attac.org/attac/qui-sommes-nous, consulté le 12 avril 2017.

2 « C'était pendant les prémisses de 2004, en 2003. C'était invité par le SNPST puisqu'il y avait à l'époque Jean-Claude Guiraud, qui était quelqu'un du SNPST qui nous aimait bien, donc qui avait dit quand on avait été manifester, il a dit : "tu viens avec nous". » (entretien collectif, Collectif de médecins du travail de Bourg-en-Bresse)

3 Ces rapports leurs sont parfois directement adressés comme en 2006 : « Interpellation des candidats à l'élection présidentielle 2007 pour un pacte de travail décent », en 2008 : « Lettre ouverte aux syndicats de salariés concernant la réforme de la médecine et la santé au travail », en 2009 : « L'indépendance des services de santé au travail : une exigence républicaine. Non au projet Darcos de mise à mort de l'authentique médecine du travail. Lettre ouverte au Conseil de l'Ordre des médecins. Lettre ouverte aux syndicats de salariés ». Voir également en 2010 : « Santé au travail : les pouvoirs publics face à leur responsabilité ».

4 COLLECTIF DES MÉDECINS DU TRAVAIL DE BOURG-EN-BRESSE, *La santé au travail en France : un immense gâchis humain*, Paris, L'Harmattan, coll. « Questions contemporaines », 2010.

5 Gérard Filoche a siégé au Conseil économique et social de 1999 à 2001 où il fit adopter un « avis » sur les « 20 ans des CHSCT ». De 2006 à 2008, il est l'un des principaux opposants à la recodification du Code du travail.

6 Willy Pelletier, sociologue et militant à la Ligue communiste révolutionnaire, est le coordinateur général de la Fondation Copernic depuis 1998. Il a notamment animé la campagne nationale contre le projet de Refondation sociale du Medef.

7 Créée en 1998 « pour remettre à l'endroit ce que le libéralisme fait fonctionner à l'envers » la Fondation Copernic est un cercle de réflexion qui « combat les réformes libérales et leurs désastres sociaux en prônant la convergence du mouvement social, les syndicalistes, les associatifs, les politiques, les féministes, les écologistes, etc. » ayant « engagé la campagne "travailler tue" (2009) [et] initié avec Attac la grande campagne contre la réforme des retraites (2010) ». Voir http://www.fondation-copernic.org/ consulté le 12 avril 2017.

8 Willy Pelletier, sociologue et militant à la Ligue communiste révolutionnaire, est le coordinateur général de la Fondation Copernic depuis 1998. Il a notamment animé la campagne nationale contre le projet de Refondation sociale du Medef.

plus tard, les députés les intègrent à la loi portant sur la réforme des retraites au principe d'une influence de la pénibilité sur les départs anticipés des salariés. Les organisations syndicales profitent des manifestations massives pour alerter les salariés sur le cas de la médecine du travail au moyen de tracts et de banderoles et les appeler à signer les pétitions. Pour leur part, les médecins du travail vivent comme une relégation, l'inclusion de la réforme les concernant dans celle des retraites.

Une fois les amendements intégrés au texte de loi par les députés, les représentants des médecins du travail se mobilisent en dernier recours auprès des sénateurs. Le 30 septembre 2010, le Collectif Santé travail[1], la CFE-CGC appellent les sénateurs à supprimer les articles du projet de loi concernant la réforme de la médecine du travail dans le projet de loi de la réforme des retraites. Les organisations représentant les salariés des services de médecine et de santé au travail réunies en intersyndicale (CFE-CGC — CFTC — CGT-FO — CGT — SNPST) tiennent une conférence de presse à la Bourse du travail le 12 octobre avant d'appeler à défiler au sein de la manifestation nationale derrière une banderole commune. Le Collectif Santé Travail est, quant à lui, reçu par des députés et sénateurs le lendemain et tient une conférence de presse avant d'appeler à manifester devant le Sénat « Contre le projet de loi portant réforme des retraites et plus particulièrement pour la suppression des articles 25 et 26 relatifs à la prévention de la santé au travail ». Les représentants des médecins du travail sont auditionnés par la Commission des affaires sociales du Sénat, mais sans réellement s'imposer dans les débats. Le SNPST souligne ainsi non sans ironie :

> « La commission des Affaires sociales du Sénat a si bien entendu le SNPST lui expliquer que le chapitre IV de l'article 25 quater sur les services de santé au travail intitulé ″pluridisciplinarité″ de la loi sur les retraites avait un contenu dont le titre adéquat serait ″aide à la gestion des conditions de travail pour les employeurs″ que c'est devenu le titre du chapitre dans la loi. C'était si conforme à leur idée qu'ils l'ont compris au premier degré. Quel aveu ! » (« Aveu de détournement santé travail », *Le Journal des professionnels de la santé au travail*, n° 40, novembre 2010, p. 1)

Le texte, pratiquement identique à celui de l'Assemblée nationale, est adopté par le Sénat le 27 octobre. C'est finalement un recours au Conseil constitutionnel entrepris par « au

1 Qui réunit alors l'association SMT, Ban Asbestos France, le Syndicat des médecins du travail des mines et des industries électriques et gazières CGT (SMTIEG-CGT), le SNPST, l'Union des familles laïques (UFAL) et l'Union syndicale Solidaires.

moins soixante sénateurs et soixante députés », élus de l'opposition au gouvernement UMP, qui aura raison des articles portant sur la médecine du travail :

> « Le Conseil constitutionnel a jugé que les articles 63 à 75 de la loi relatifs à la réforme de la médecine du travail, ajoutés par amendement, n'avaient pas de lien avec le projet de loi initial. Ils constituaient donc des "cavaliers législatifs". À ce titre, le Conseil les a déclarés contraires à la Constitution. » (Communiqué de presse du Conseil Constitutionnel, Décision n° 2010-617 DC du 09 novembre 2010 - Loi portant réforme des retraites)

Le lendemain, le 10 novembre 2010, les sénateurs centristes sous la présidence de Nicolas About[1] représentent le texte à l'identique. Les médecins du travail, toujours sur la défensive, poursuivent leur mobilisation :

> « De nombreux adhérents du SNPST ont interpellé les députés et les sénateurs de leur région en automne 2010 et cet hiver 2011, et les ont alertés sur la nuisance de la réforme annoncée sur la santé au travail. Cette mobilisation locale en maintenant le questionnement a contribué au report inespéré de la loi et à une formalisation d'opposition politique et syndicale prévenant une indifférence qui aurait facilité sa promulgation. Bravo à toutes ces interventions. Selon nos informations le projet du sénat ne repasserait à l'assemblée qu'à la fin de l'été. Il n'est donc pas temps de baisser les bras et il faut prévoir de nouvelles interventions près de nos parlementaires pour infléchir une loi régressive sur la santé au travail. » (« Actualités syndicales », *Le Journal des professionnels de la santé au travail*, n° 44, mars 2011, p. 3)

Le projet de loi qui est déclaré acceptable par les confédérations syndicales qui voient d'un bon œil la gestion paritaire des services interentreprises alternant entre représentants des salariés et des employeurs est remis à l'ordre du jour du Sénat, avec un premier débat le 28 janvier 2011.

En réaction, un meeting unitaire se tient pour la première fois le 10 février 2011 à la Bourse du travail de Paris à l'initiative de la Fondation Copernic. Cette initiative d'une organisation non professionnelle parvient à réunir les collectifs et syndicats de médecins du travail (la SMT, *Sauvons la médecine du travail*, le *Collectif de Bourg-en-Bresse*, le SNPST). Un représentant du SNPST note : « cette première est remarquable tant les petites différences de point de vue ou la non-synchronisation de tactiques avaient empêché jusqu'alors une synergie »[2]. Des organisations syndicales (Solidaires, CGT-IET, CFE-CGC), des partis

1 Médecin de formation, Nicolas About est élu président du groupe Union centriste du Sénat en juillet 2009 (jusqu'en janvier 2011).

2 Gérard LUCAS, « Santé au travail : une réforme régressive, une maladie aggravée », *Le Journal des professionnels de la santé au travail*, n° 46, novembre 2011, p. 1

politiques (PS, PCF, Front de Gauche, NPA, Les Verts, LO) et des associations citoyennes (la FASE, l'UFAL, la Fondation Copernic) sont également présentes :

> « Hormis le différend sur la gouvernance paritaire alternée des services, un large consensus critique de cette loi s'affirme sur la perte d'indépendance des médecins du travail, sur la diminution des moyens pour la santé au travail, sur le déni des atteintes à la santé au travail persistantes ou émergentes avec les nouvelles organisations de travail. » (Gérard LUCAS, « Santé au travail : une réforme régressive, une maladie aggravée », *Le Journal des professionnels de la santé au travail*, n° 46, novembre 2011, p. 8)

En juin 2011, le texte du Sénat est soumis à l'Assemblée nationale dont les députés de droite retirent les éléments de gestion paritaire et alternée des services interentreprises, qui la faisait accepter par une partie des syndicats et des partis politiques de gauche. Les représentants de la CFE-CGC, dépités du peu de cas qui est fait de la réforme de l'institution qui les emploie, notent : « Le texte est passé devant 10 députés !!! et bien sûr accepté sans modification si ce n'est le rajout du dépistage des addictions !! Un débat convenu avec un rapporteur qui avait oublié ce qu'était un médecin et ce qu'était le dialogue social ! »[1] L'intersyndicale propre aux services interentreprises (CFE-CGC - CFTC - CGT-FO - CGT – SNPST) demande le retrait de la proposition de loi et appelle à un rassemblement devant l'Assemblée nationale où elle tient une conférence de presse le 30 juin 2011. Mais la loi est définitivement votée le 8 juillet 2011.

2.2 Composer avec la pluridisciplinarité

Membres d'une profession à la syndicalisation élevée[2] jusqu'à la fin des années 1970, le décrochage s'accentue ensuite, 20 % du corps médical est syndiqué en 1989[3], les médecins du travail, population médicale vieillissante sont eux-mêmes particulièrement syndiqués[4]. Bien que les médecins du travail puissent adhérer à des syndicats confédérés de salariés, ils disposent également de deux structures syndicales qui, jusqu'au début des années 2000, leur sont strictement réservées (le SNPMT et le Syndicat général des médecins du travail [SGMT]). L'ouverture des ces syndicats en 2004/2005 aux autres salariés des services interentreprises, est assez original dans le champ de la santé qui accorde souvent la primauté

1 HHttp://www.cfecgc-santetravail.fr/?page_id=1738, consulté le 30 mars 2017.
2 Patrick HASSENTEUFEL, *Les Médecins face à l'État*, *op. cit.*, p. 203.
3 Bénédicte VERGEZ-CHAIGNON, *Le monde des médecins au XXe siècle*, Bruxelles, Complexe, 1996, p. 245.
4 À défaut de données précises sur le sujet, nous estimons qu'environ un tiers du groupe est syndiqué au milieu des années 2000.

au groupe professionnel au détriment de la branche d'activité[1]. Si, au niveau des directions des syndicats, cette stratégie peut viser à accroître le poids respectif de leurs organisations alors même que les effectifs de médecins du travail sont en déclin, elle n'est pas forcément du goût de leurs adhérents. Même s'ils résistent difficilement à une réforme qui les marginalise, les médecins du travail sont majoritairement opposés au recrutement de préventeurs non médicaux qui incarnent la « pluridisciplinarité » et la remise en cause de leur métier tel qu'ils le pratiquaient jusqu'alors. Que leurs syndicats, supposés défendre leurs intérêts, admettent, dans leurs rangs, ces autres intervenants peut être vu comme une forme d'acceptation de la réforme, voire comme une capitulation. Mais finalement l'histoire de ces deux syndicats ne permet-elle de comprendre un tel positionnement, au-delà même des questions de démographie de groupe ?

2.2.1 Des syndicats de médecins entre indépendance et encadrement

Le Syndicat général des médecins du travail (SGMT), créé en 1951, est affilié à la Confédération générale des cadres (CGC). Six ans plus tard, en 1957, la revue *Le médecin de France*, propose que ce syndicat s'affilie à la Confédération des syndicats médicaux français qui, créée en 1949[2], était jusqu'alors une « coquille vide » du fait de l'hostilité de la médecine libérale dominante envers la médecine salariée. De nombreux débats s'en suivent sur l'éventuelle double affiliation confédérale d'un syndicat de médecins du travail. Le syndicat autonome des médecins du Nord fusionne finalement avec la confédération, créant le Syndicat national professionnel des médecins du travail (SNPMT)[3]. Bien que parfois réunis en intersyndicale, le SGMT et le SNPMT, principaux syndicats de médecine du travail, développent cependant des conceptions différentes du métier de médecin du travail, l'une attachée à l'identité médicale et l'indépendance professionnelle et l'autre plutôt fondée sur une identité de cadre.

Le SNPMT est reconnu comme représentatif au cours des négociations de la convention collective des services interentreprises conclues en 1976. En tant que syndicat majoritaire chez les médecins du travail, l'atout du SNPMT est de n'appartenir à aucune

1 Comme le rappelle Blandine Barlet, habituellement, « le milieu de la santé se syndicalise davantage par groupe professionnel que par branche ou par domaine d'activité ». Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 123.

2 Pierre DELAUNAY, « Historique du SNPMT », *Médecine et travail*, n° 168, 1996, p. 64.

3 Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire*, *op. cit.* Voir notamment le chapitre 5 dont sont tirés les éléments de cadrage présentés ici.

confédération de syndicats de salariés, ce qui est important aux yeux des médecins du travail, très soucieux de leur « neutralité » comme conseillers des employeurs et des salariés. Leur positionnement est ici proche de celui des magistrats étudiés par Violaine Roussel qui évitent « à tout prix les interférences entre activités judiciaires et engagement politique relevant du dangereux "mélange des genres" susceptible de jeter le discrédit sur leur activité professionnelle »[1]. Comme nous l'avons précédemment évoqué, ce syndicat est traversé par le courant critique de la médecine du travail[2] :

> « Très honnêtement au départ [le SNPMT] était assez corporatiste. Au départ. Et progressivement dans les années 1970, dans les années 80, il a assumé son angle professionnel. Avec une volonté de relativiser complètement l'aspect corporatiste. Une grande critique. D'ailleurs maintenant une grande partie du bureau national, du conseil syndical est passé par l'association Santé et médecine du travail » (entretien avec Serge Masson, médecin du travail, 61 ans, fonction publique)

Comme le montre Pascal Marichalar, le SNPMT, réunissant des médecins qui « revendiquent de se gouverner eux-mêmes »[3], est particulièrement attaché à l'indépendance médicale. En 1968, il rejette l'autorité du conseil de l'Ordre des médecins et commence à réclamer que les médecins du travail soient associés à la gestion des services interentreprises aux côtés des employeurs et des salariés. Charles-Pierre Hitier qui préside le syndicat de 1975 à 1985 est un ardent défenseur de l'indépendance des médecins du travail. Très attaché au rôle défini par la loi de 1946 d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail », il considère que les enjeux économiques ne doivent pas interférer avec la pratique médicale. Il se méfie cependant des contraintes attachées au statut de salarié de ces médecins qui peuvent être licenciés par leurs employeurs. C'est d'ailleurs au cours des années 1970 que le syndicat développe son activité contentieuse en soutien aux adhérents rencontrant l'opposition des employeurs à leurs pratiques.

Au début de l'année 2005, le SNPMT s'ouvre à un collectif d'infirmières membres du Groupement des infirmier(e)s du travail (GIT)[4] et devient Syndicat national des

1 Violaine ROUSSEL, « Les changements d'ethos des magistrats », *in* Jacques COMMAILLE et Martine KALUSZYNSKI, *La fonction politique de la justice*, Paris, la Découverte, coll. « Recherches », 2007, p. 44.

2 « Pour l'histoire du SMT, ce qui est différent de l'histoire du SMG puisque c'est un syndicat de libéraux, on a été confronté au fait que très vite on était en contact avec d'autres réseaux collectifs de médecins qui portaient eux un projet syndical autonome, donc c'est [entre autres] l'ancêtre du SNPST » (entretien avec Dominique Huez, médecin du travail, 67 ans, A-SMT)

3 Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire*, *op. cit.*, p. 251.

4 Association professionnelle fondée en 1986, réunissant 2000 membres en 1993, reconnue comme représentative par les instances nationales. Voir Anne CARRIERE, « Quelle histoire que celle du GIT ! », *Les 15 ans du GIT*, Journées d'étude du GIT, 25 et 26 septembre 2003.

professionnels de la santé au travail (SNPST) afin d'intégrer la « pluridisciplinarité ». Ceci se fait notamment sous l'impulsion de Serge Masson[1], un ancien adhérent du SMG qui *« espérai[t] beaucoup une recomposition justement de la médecine générale par équipes pluridisciplinaires. Qui ne se faisait pas, qui était bloquée par les oppositions entre le libéral et l'hôpital »*. Ce médecin promeut la formation d'équipes médicalisées avec des infirmières en santé au travail *« pour recentrer le travail de médecin du travail sur la santé et pas sur la question de la gestion des emplois et des risques »* :

> « Le SNPST m'a toujours [il cherche ses mots] soutenu quand même. Je suis resté élu au conseil syndical et au bureau national. Et même aujourd'hui je pense que de fait c'est devenu la doctrine du SNPST. En sachant que j'ai proposé la promotion d'équipes médecin-infirmière en santé au travail dès l'année 2002 au fur et à mesure de la baisse de la démographie. Bien sûr ça a jeté un froid parmi le SNPST. D'ailleurs ça a cassé un peu le SNPST, une certaine dynamique. Parce que les gens voulaient garder leur pouvoir, travailler seuls comme médecins. Donc c'était extrêmement difficile. Une position de fait minoritaire, mais qui engageait un peu pour le national une position qui était toujours très tendue avec leurs propres électeurs. Donc c'était très difficile. » (entretien avec Serge Masson, médecin du travail, 61 ans, fonction publique)

Les dirigeants syndicaux, issus des courants de médecine critique, soutiennent l'élargissement du groupe des préventeurs quitte à susciter des tensions avec leur propre base. Mais si les représentants du SNPST revendiquent une mission commune à tous les professionnels de services de santé au travail, c'est à condition que ceux-ci bénéficient tous de la même indépendance professionnelle que les médecins afin de les préserver « de toute pression dans le milieu de travail qui est un lieu habituel de conflits d'intérêts »[2]. Le SNPST et la CGC ont ainsi intenté, sans succès, des recours au Conseil d'État sur la question de l'indépendance des IPRP[3]. Le conseil d'État a jugé l'indépendance des IPRP était suffisamment garantie par les dispositifs prévus[4].

1 Cf. chapitre 3, 1.2.1, p.179.

2 SNPST, *Pour une nouvelle prévention de la santé au travail*, février 2008, Toulouse, p.4.

3 « Depuis un peu plus de deux ans, six textes relatifs à la pluridisciplinarité et à la réforme de la médecine du travail ont fait l'objet d'une contestation par le SNPST. En ce qui concerne la pluridisciplinarité, il s'agit du décret du 24 juin 2003, de l'arrêté du 24 décembre 2003 sur l'habilitation des IPRP, et de la circulaire du 13 janvier 2004, qui ont donné lieu à un recours en Conseil d'État. Ces trois requêtes ont été rejetées par le Conseil d'État. La circulaire du 20 juin 2005 relative au dispositif d'habilitation des IPRP, qui a fait l'objet d'un recours gracieux, est actuellement en cours d'examen au ministère. » Michel HAMON, « Contentieux », *Le Journal des professionnels de la santé au travail*, n° 19, novembre 2005, p. 2.

4 Compte-rendu de la réunion nationale des IPRP et IST des services interentreprises, 13 avril 2005

Pour Pascal Marichalar[1], si le SGMT, le second syndicat professionnel, revendique un nombre similaire d'adhérents que le SNPMT (1 000 en 2007)[2], son activité syndicale est de moindre ampleur. Son appartenance à la CGC façonne fortement le positionnement syndical. Les médecins sont considérés comme des cadres connaissant eux aussi les contraintes de leur statut subordonné :

> « Par son appartenance à la Fédération nationale CGC des médecins et membre 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. » (SGMT, « Syndicat général des médecins du travail », *Espace Médecin du travail*, 1997 n n ° 8, p.2)

La défense de l'indépendance professionnelle se fait dans l'acceptation de l'organisation des services, tout en revendiquant que leur gestion soit paritaire entre employeurs et salariés. Dans le même temps, « les membres du SGMT n'expriment pas de réticence à évoquer les conséquences des questions de santé au travail en termes de production »[3] marquant en cela leur appartenance au *salariat de confiance* que constitue le groupe des cadres. D'ailleurs, le syndicat n'est non plus opposé à la notion d'aptitude qui lui semble conforme à la mission de la médecine du travail d'éviter l'altération de la santé du salarié du fait de son travail tout en maintenant un objectif de performance de l'entreprise.

Si l'on en croit la présentation qui en est faite sur leur site Web, le syndicat s'investit au niveau européen pour défendre l'aspect médical du modèle français de prévention. De 1995 à 2005, l'Espagne a par exemple connu une démédicalisation de ses services de prévention qui se sont ouverts à un marché du travail interdisciplinaire[4] :

> « L'Union est membre de la Fédération européenne des Médecins salariés et du Comité permanent des médecins de l'UE. Par ces organismes, nous intervenons auprès des instances européennes pour défendre la conception française de la Médecine du Travail. Nous avons ainsi évité certaines orientations qui auraient

1 Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire*, *op. cit.*, p. 266.

2 « 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. Cité dans : *Ibidem*, p. 256.

3 *Ibidem*, p. 270.

4 Daniel LA PARRA, « Les transformations des métiers du risque en Espagne, 1995-2005 : de la médecine du travail à la prévention des risques », *in* Catherine OMNÈS et Laure PITTI, *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXe siècle : la France au regard des pays voisins*, Rennes, PUR, 2009, pp. 67-76.

> remis en cause notre existence. » (http://www.cfecgc-santetravail.fr/?page_id=14, consulté le 18 mars 2017)

Bien que le SGMT devienne le Syndicat général des médecins et des professionnels des Services de Santé au Travail (SGMPSST)[1] en 2004, et intègre *a priori* les préventeurs non médicaux, cette ouverture ne semble être que de façade. Bernard Salengro, médecin du travail présidant le SGMT dans les années 1990 puis secrétaire national de la CFE-CGC en charge de la santé au travail à la fin de la décennie[2], répond ainsi à une interview :

> « - La réforme introduit la pluridisciplinarité, qui pourrait favoriser la prévention…
> - Là encore, l'affichage est bon. Mais derrière, on se rend compte que la réforme comprend des risques. Nous n'avons par exemple aucune garantie concernant la formation des intervenants en prévention des risques professionnels. Par ailleurs, ces derniers n'auront de compte à rendre qu'à l'employeur, mais pas au médecin, ni au salarié. » (Bernard SALENGRO, « L'employeur aura moins de médecins dans les pattes », *Le Journal du Net*, octobre 2004, consulté le 1er juillet 2009)

Pour le SGMPSST, le médecin du travail doit rester au centre du dispositif de prévention. La « pluridisciplinarité » conduirait essentiellement à une prévention « au rabais » (*« pour l'employeur, le coût sera moindre »*) d'autant que la réforme implique moins de prestations du médecin du travail pour chaque salarié qui ne le verra plus annuellement.

Si un temps le SNPST semble plus actif que le SGMPSST, la baisse démographique de la population médicale ne semble pas jouer en faveur du premier dont l'audience devient minoritaire face à des syndicats confédérés qui ont une plus grande audience auprès des préventeurs non médicaux et des divers salariés des services interentreprises :

> « Lors des élections professionnelles, le SNPST a obtenu 13 % des voix selon les chiffres officiels du ministère du Travail. Ce résultat, à l'évidence, insuffisant met en cause l'avenir du syndicat. La CFDT et CFE-CGC représentent 51 % des voix. » (SNPST, *Rapport moral 2015*, novembre 2015)

1 Sur leur site Web, les représentants du syndicat précisent que celui-ci est communément appelé « CFE-CGC Santé au Travail ». Voir http://www.cfecgc-santetravail.fr/?page_id=14 consulté le 18 mars 2017.

2 Il préside également l'INRS de 2001 à 2005. « 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. » Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire*, *op. cit.*, p. 278.

Face à une « pluridisciplinarité » qui s'impose jusque dans leurs syndicats, quelles formes de mobilisation reste-t-il aux médecins du travail pour s'opposer à une réforme qui les marginalise ?

2.2.2 Quant-à-soi critique et résistances individuelles

Au-delà de l'expression d'un mécontentement professionnel à l'échelle nationale, comment s'expriment les réticences médicales au sein des services interentreprises où s'opèrent les « expérimentations » ? Comment les médecins du travail résistent-ils « sur le terrain » au recrutement et à la collaboration avec des préventeurs non médicaux ? Selon James C. Scott, « chaque domaine de résistance publique à la domination est suivi de près par l'ombre d'une sœur jumelle infrapolitique qui s'efforce d'atteindre les mêmes objectifs stratégiques, mais dont la discrétion est mieux adaptée pour résister à un adversaire qui remporterait probablement toute confrontation ouverte. »[1] Nous allons voir que les formes de résistances inégalement réparties selon les générations médicales.

La structure démographique du groupe des médecins du travail joue pour beaucoup dans ses capacités de résistance aux réformes de l'institution. Daniel Minguet considère ainsi la réforme inévitable et ne se sent que partiellement concerné (*« Comment je vois l'avenir ? Je suis plus très jeune, là pour moi il n'est pas devant. »*) :

> « - Et au quotidien, comment ça se passe, ce changement ?
> - Pour le moment, il est assez bloqué. Les médecins sont plutôt, freinent des quatre fers. Joue aussi la pyramide des âges de la profession, il y en a quand même beaucoup qui se disent : "De toute façon, ça va changer, mais c'est pas pour moi, c'est pour les autres, les plus jeunes." Et malheureusement, on a assez peu de plus jeunes, on a beaucoup de vieux. » (entretien avec Daniel Minguet, médecin du travail, 60 ans, SI3)

À l'instar des médecins hospitaliers étudiés par Nicolas Belorgey chez qui « la résistance aux réformes managériales n'est pas à trouver dans une ancienneté facilement assimilée à de la "ringardise" par les réformateurs, mais dans la possession d'un capital important dans le champ du soin, autrement dit dans le fait d'y être un *established* plutôt qu'un *outsider* »[2], les dispositions à l'expression d'un mécontentement sont inégalement

1 James C. SCOTT, *La domination et les arts de la résistance : fragments du discours subalterne*, Paris, Éditions Amsterdam, 2009, p. 200.

2 Nicolas Belorgey distingue deux types de soignants selon la reconnaissance sociale dont ils bénéficient : « d'un côté des established, bien reconnus professionnellement et socialement, établis dans la région et/ou dans le métier depuis relativement longtemps, et dotés d'un certain capital social ; de l'autre des outsiders, moins bien reconnus tant professionnellement que socialement, d'une arrivée plus récente, moins bien dotés

réparties chez les médecins du travail. La « prise de parole »[1] est plus coûteuse aux médecins du travail les plus jeunes. Nous le voyons en comparant l'attitude diamétralement opposée de médecins du travail, interviewés en mars et avril 2009, face à leurs directions respectives alors même qu'ils sont opposés à la diffusion de nouvelles normes de gestion et défendent une prévention clinique.

Alain Martineau, la petite soixantaine, exerce au SI4 dans un centre éloigné du siège avec deux collègues (médecin du travail et ergonome) dont il partage l'approche clinique. Délégué de secteur[2] et membre du bureau national du SNPST, il est très investi dans la réforme de la médecine du travail. Marié à une médecin du travail, il n'a jamais eu l'intention de s'installer en médecine générale et a toujours pratiqué cette spécialité. Il s'y est intéressé en rencontrant un médecin du travail lors d'un stage interné puis a fait sa thèse sur l'entreprise de construction automobile, surveillée par ce médecin. Il a ensuite passé le CES de médecine du travail en 1976 et, après quelques années d'exercice, est retourné travailler pour une vingtaine d'années dans l'entreprise qu'il avait étudiée. Plusieurs infirmières travaillaient sous sa direction. Après un licenciement économique, il part exercer en services interentreprises. Il a choisi le service dans lequel il travaille actuellement pour le cadre de vie et pour se rapprocher de sa région d'origine. Pour lui, son origine ouvrière (ses parents sont ouvrier spécialisé et mère au foyer) et l'entourage syndical qu'il a connus étant jeune ont développé son intérêt pour *« défendre le point de vue de la santé dans le milieu de travail »*. Cette culture a déterminé son orientation professionnelle et son engagement militant. Fort de son mandat syndical, Alain Martineau parle sans hésitation (c'est l'un des enquêtés qui s'exprime avec le plus de facilité) des conflits d'intérêts qui peuvent exister entre les médecins et les directions des services de santé au travail. Par sa position syndicale, Alain Martineau affirme ne pas *« passer inaperçu »* auprès de sa direction. En mars 2009, il qualifie ses échanges *« d'intéressants »* avec le *« jeune directeur, nouveau dans le secteur de la santé au travail »* qu'il informe de la réglementation en vigueur dans les SST. Comme membre de la CMT, il contribue aux échanges portant sur la mise en place d'expérimentations au sein du service.

---

en capital social ». Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, la Découverte, coll. « Textes à l'appui. Série Enquêtes de terrain », 2010, p. 235.

1 Albert O HIRSCHMAN, *Défection et prise de parole : théorie et applications*, Paris, Fayard, coll. « L'Espace du politique », 1995.

2 Les services interentreprises étant généralement divisés en secteurs géographiques, les délégués de secteur sont des médecins du travail élus par leurs pairs pour les représenter dans les différentes instances du service, notamment la Commission médico-technique (CMT).

Comme nous l'avons vu précédemment, la situation est très conflictuelle au sein du SI3 en 2009. Année au cours de laquelle les administrateurs et les médecins s'opposent sur la création d'équipes « pluridisciplinaires ». C'est dans ce contexte que nous rencontrons Laurent Mercier et Olivier Marek, deux jeunes médecins du travail qui après une expérience hospitalière difficile, vivent la réforme alors en cours de négociation comme une remise en cause de leur métier. Alors même que leur origine populaire pourrait faire penser le contraire, ces médecins du travail vivent leur statut sur le mode du déclassement et de l'échec.

Olivier Marek, est tout d'abord réticent à l'enregistrement de l'entretien puis accepte en précisant qu'il se censurera. Ce médecin de 40 ans, né d'un père mineur et d'une mère inactive a commencé une carrière hospitalière avant de se tourner vers la médecine du travail qu'il pratique depuis dix ans au SI3. Après s'être réorienté en médecine générale, il passe le « concours européen » pour devenir médecin du travail. Ce n'est qu'interrogé sur la manière dont ce choix a été vécu par son entourage, qu'Olivier Marek, soulignant les réactions négatives de sa famille, ses amis et maîtres de stage, évoque son internat en cardiologie : *« tout le monde pensait que j'allais faire une spécialité du style, cardio, etc. Parce que c'est vrai que j'avais fait une spécialité de cardio que j'avais arrêtée. J'ai abandonné. Voilà. »* Face à ces critiques, Olivier Marek défend la valeur de ses choix et de son parcours professionnel. Au cours de l'entretien, il fera de nombreuses références à sa pratique de médecin généraliste et défend un rôle d'écoute des salariés. Les médecins du travail ne participant pas aux négociations et ne pouvant être force de propositions sur leur propre activité professionnelle (*« Après notre rôle, il dépendra de ce que décideront les partenaires sociaux. S'ils ont vraiment la volonté de faire bouger les choses »*) traversent selon lui *« un moment de grand doute »* et font *« comme d'hab »* tout en ayant l'impression de tourner à vide.

Après une laborieuse demi-heure d'entretien dans une ambiance crispée[1], une fois le dictaphone éteint, Laurent Mercier annonce qu'il peut enfin parler ouvertement, arrêter de contrôler les termes employés et expliquer comment les choses fonctionnent réellement.

1 Avant de commencer l'entretien, Laurent Mercier (cf. chapitre 1, 1.2, p.54) qui a rapidement donné son accord à Olivier Marek entre deux visites médicales pour nous rencontrer demande à ce que l'objet de l'entretien soit réexpliqué. Après avoir présenté notre mémoire de Master 2, nous lui demandons l'autorisation d'enregistrer l'entretien qui restera confidentiel. Il accepte sous réserve que celui-ci ne soit pas diffusé. Laurent Mercier parle d'une voix lente, répond brièvement aux questions et nous regarde rarement dans les yeux. Il nous déconseillera à plusieurs reprises d'enregistrer les médecins qui se censureraient par absence de confiance.

Comme il l'explique alors, il existe une *« dichotomie »* entre les directions des services interentreprises, choisies par les employeurs, et les médecins du travail qu'elles emploient. Leurs intérêts sont contradictoires avec d'un côté des directions soucieuses de satisfaire les exigences des employeurs adhérents – et donc finançant le service – et de l'autre des médecins soucieux d'éviter les altérations professionnelles de la santé des salariés. Selon Laurent Mercier cette scission serait d'autant plus facile que les directions, n'étant pas composées de médecins, ne pourraient comprendre le quotidien du travail médical. Lui-même a plusieurs fois été convoqué par son directeur lui exprimant son mécontentement suite à des visites d'entreprise et son souhait de maintenir de bons rapports avec des employeurs adhérents, parfois membres du conseil d'administration. Il précise qu'il ne l'aurait pas spécifié s'il avait été syndiqué, car selon lui les directions des services peuvent refuser que des syndicats y soient représentés, signe qu'il anticipe une éventuelle discrimination syndicale. Nous comprenons alors mieux sa gêne pendant l'enregistrement :

> « - Et comment ça se passe avec la direction du service, ici ?
> - C'est-à-dire ?
> - Quelles sont vos relations ? Quelle est l'ambiance ?
> - Ouais. Ben bonnes, voyons [petit sourire puis il se met à rire].
> - [L'enquêtrice, gênée :] Non, mais je ne sais pas, enfin c'est un peu pour savoir, c'est un peu pour balayer, vous voyez, tout ce que vous pouvez faire... pour essayer de comprendre.
> - Ouais. Ben [il reste silencieux un court instant] bonnes. » (entretien avec Laurent Mercier, médecin du travail, 38 ans, SI3)

Pour Laurent Mercier, dans la santé au travail, « *tout semble beau sur le papier »,* mais c'est « *un miroir aux alouettes »* ; il ajoute : « *Vous avez vu, en bas [dans le hall d'accueil du siège], c'est tout beau. Ils font de belles affiches bleues. Mais ça ne sert à rien »*. Il considère avec défaitisme que l'administration des services interentreprises se fasse sur un mode managérial, « *comme une entreprise »*. Il évoque à quelques reprises la proximité des directions de services avec le MEDEF[1] et le fait que, selon lui, ces directeurs de service profitent de la pénurie médicale pour remplacer les médecins du travail par des professionnels beaucoup plus dépendants des employeurs. Les médecins seraient éloignés du rapport interindividuel entretenu avec le salarié par la réalisation d'enquêtes de type épidémiologique. S'il remet fortement en cause la gestion des services interentreprises, cette critique ne

1 Deux ans auparavant une « affaire » de financement occulte de l'organisation patronale par la médecine du travail avait été dévoilée. Voir : David SERVENAY, « Médecine du travail : l'autre caisse noire du Medef. Comment l'argent de la santé des salariés finance les comités locaux du patronat. Une enquête Rue89/France Inter », *L'Obs avec Rue 89*, 07/11/2007.

s'exprime pas ouvertement. Bien qu'elles ne soient pas dicibles, nous pouvons cependant deviner derrière cette posture critique des formes de résistances individuelles qui ne se jouent pas dans l'espace collectif, mais dans celui quotidien du travail. Faire « *comme d'hab »*, selon l'expression d'Olivier Marek, et ainsi préserver les anciennes pratiques de travail constitue une forme de résistance infra politique.

L'illusio de ces médecins sur leur utilité sociale, déjà altérée par le scandale de l'amiante, est remis en cause par une réforme où le métier de médecin est sévèrement critiqué. Mais pour Alain Martineau ce sentiment est accru chez les médecins les plus jeunes :

> "Quand on lit les rapports annuels des médecins. Il y a quatre ou cinq médecins qui parlent de souffrance au travail dans leurs rapports annuels, dans leurs conclusions. C'est que des jeunes. C'est quand même inquiétant... Ça veut dire que les gens ne sont pas bien. Et des jeunes. Les autres vont s'en aller. En tout cas ils vont résister, ils vont pouvoir." (entretien avec Alain Martineau, médecin du travail, 61 ans, SI4)

Ces jeunes médecins du travail qui ont fui les conséquences du *New Public Management* à l'hôpital et avaient envisagé autrement une activité choisie par confort se retrouvent confrontés à l'implantation de dispositifs de gestion similaires au sein des services interentreprises et n'ont pas toujours les ressources collectives et militantes pour l'affronter. Ils partagent avec les salariés des secteurs flexibles et précaires étudiés par Annie Collovald et Mathieu Lilian « des attentes contrariées à la réalisation de soi dans le travail »[1]. Bien que leur scolarité leur ait parfois effectivement permis de vivre une ascension sociale, elle ne leur a toutefois pas permis d'atteindre le statut escompté. De plus, la rationalisation managériale qui s'implante dans les services disqualifie les pratiques cliniques, sortes de refuges pour pratiquer leur métier de médecin, et place ces médecins en porte à faux avec le poste occupé. Mais inversement aux salariés précédemment évoqués une plus grande distance les sépare de leurs délégués syndicaux.

Les médecins de la génération précédente, et surtout les membres de son courant critique, ont pu vivre l'ascension sociale que pouvait représenter leur carrière d'une manière

1 Annie COLLOVALD et Mathieu LILLIAN, « Mobilisations improbables et apprentissage d'un répertoire syndical », *Politix*, 2009, vol. 2, nº 86, p. 124.

satisfaisante[1] notamment grâce à la reconversion professionnelle de capitaux militants[2]. Cette forme de capital et la position sociale qu'elle leur a permis de conquérir "constituent une opportunité de reconnaissance pour des individus vivant un déclassement produit du décalage entre les aspirations liées à une scolarisation prolongée et la réalité de la position (sociale et professionnelle) occupée"[3] dont les plus jeunes ne bénéficient pas toujours. Ce qui distingue ces médecins, c'est également un rapport au métier conditionné par les possibilités d'échapper à la dégradation des conditions de travail (surcharge de travail, contrôle accru de celui-ci, dégradation de la santé des salariés…), notamment par le départ en retraite. Mais, quel que soit l'âge des médecins du travail, la loyauté obligée n'empêche pas des formes de quant-à-soi critique.

Conclusion

Pour cerner les coulisses des politiques de prévention de la santé au travail qui relèvent traditionnellement d'un domaine de négociation sociale entre organisations syndicales et représentants des employeurs, nous étudions les mobilisations des professionnels concernés et de leurs propres employeurs pour influencer sur ces négociations. La réforme de la prévention de la santé au travail ne se joue pas seulement sur une scène nationale, mais aussi localement au sein des services interentreprises. L'"expérimentation" de la pluridisciplinarité dans ces services, promue par les entrepreneurs de réforme et coordonnée par le CISME est reconnue par les pouvoirs publics, car elle repose sur de nouveaux dispositifs de gestion conformes à ceux employés par le *New Public Management* dans les instances publiques. De plus, les représentants des employeurs s'organisent pour exister à un échelon régional, niveau décisionnel intermédiaire où se négocient à travers ces instruments quantitatifs transversaux les orientations des politiques de santé au travail ; négociations qui "échappent dans une large mesure au contrôle exclusif des professionnels"[4] puisque d'autres

1 « Ce ne serait pas parce qu'ils sont dominés socialement que les médecins salariés ou généralistes issus de milieux modestes adhèrent plus volontiers aux principes de la médecine sociale, mais parce que ceux-ci leur ont permis la réalisation d'une carrière représentant une certaine ascension sociale, ce qui fait qu'ils la perçoivent comme satisfaisante malgré leur position marginale dans la profession. » Marc LORIOL, *L'impossible politique de santé publique en France*, Toulouse, Erès, coll. « Actions santé », 2002, p. 81.

2 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. 91, nº 3, pp. 103-132 ; Pascal MARICHALAR et Laure PITTI, « Réinventer la médecine ouvrière ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2013, 1/2, nº 196-197, pp. 114-131.

3 Frédérique MATONTI et Franck POUPEAU, « Le capital militant. Essai de définition », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2004, vol. 5, nº 155, p. 9.

4 Daniel BENAMOUZIG et Frédéric PIERRU, « Le professionnel et le « système » : l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du Travail*, 2011, vol. 53, nº 3, p. 329.

préventeurs, des agents des services déconcentrés de l'État, membres du patronat local y prennent également part. Si des médecins siègent dans ces instances, beaucoup s'opposent à cette réorganisation du travail. Mais leur mobilisation qui se fait essentiellement au niveau national auprès des élus se révèle inefficace. Tenus à l'écart des négociations qui affectent pourtant directement l'exercice de leur métier et de leur rôle, les médecins du travail voient leurs arguments très peu pris en compte. Bien que mobilisant des modes d'action similaires, les différentes organisations professionnelles qui cherchent à représenter les intérêts propres aux médecins du travail se positionnent sur plusieurs plans selon des rapports au métier différenciés, entre défense de leurs intérêts corporatistes et volonté d'un rattachement à la santé publique, ce qui n'unifie pas les prises de positions du groupe. De moins en moins nombreux, les médecins du travail se trouvent marginalisés par une "pluridisciplinarité" présente jusque dans leurs syndicats. Ils résistent alors localement individuellement dans leurs pratiques de travail.

Conclusion de la partie I

L'ouverture des études médicales aux femmes et aux étudiants de milieux populaires et des classes moyennes entre les années 1960 et 1980 favorise la constitution d'un « corps » de médecins du travail aux pratiques de travail hétérogènes, avant que la réforme de 1982 ne referme cette fenêtre d'opportunité. Les membres du courant critique de cette génération, ayant confronté leurs pratiques à des disciplines non médicales telles que l'ergonomie au moment où « un renversement des perspectives scientifiques s'opère en physiologie du travail : de l'adaptation de l'homme au travail, à l'adaptation du travail à l'homme »[1], non seulement se mobilisent pour porter sur la scène publique les problèmes de santé au travail, mais remettent également en cause de l'évaluation de l'aptitude au fondement de la mission qui leur est impartie.

Le travail d'enquête qu'ils mènent avec des chercheurs d'institutions publiques et les mobilisations qu'ils portent avec les associations de victimes contribue à la prise en compte des effets sanitaires néfastes des risques professionnels dont le scandale de l'amiante est le plus emblématique. Dans un contexte de « crise sanitaire »[2], celui-ci contraint les pouvoirs publics, qui avaient délaissé ces questions à la gestion paritaire, à réformer le dispositif de prévention de la santé au travail. Malgré l'attachement syndical à un suivi médical régulier des salariés, la proposition patronale d'un recours à la « pluridisciplinarité » pour assurer la prévention trouve un certain écho au sein d'instances étatiques qui privilégient une approche épidémiologique aux « anciennes » pratiques cliniques. Comme dans d'autres secteurs, les pouvoirs publics cherchent également à rationaliser la gestion des services interentreprises.

Les représentants des employeurs, familiers des outils du *New Public Management* et de la normalisation, s'adaptent à ces nouveaux impératifs et diffusent au sein des services interentreprises de nouveaux dispositifs gestionnaires, précédant les obligations légales en la matière. L'expertise qu'ils font valoir en matière de prévention du risque professionnel qui repose sur l'encadrement de préventeurs non médicaux, non seulement assoit le maintient d'une direction patronale des services de santé au travail, mais leur assure le mandat de prévention auparavant détenu par les médecins, professionnels au statut protégé. Dès lors peut-on considérer que la réforme de la médecine du travail participe, comme d'autres, « de stratégies visant à renforcer les contrôles, en général, et le contrôle managérial en particulier

1 Philippe DAVEZIES, « L'aptitude médicale dans le système de santé au travail : origine interrogations et débats », *art. cit.*

2 Voir par exemple la « crise de la vache folle » à la même époque. Séverin MULLER, *A l'abattoir*, *op. cit.*

(via les instruments gestionnaires), sur de puissants groupes professionnels délivrant les biens collectifs »[1] ? C'est ce que nous allons étudier dans le chapitre suivant.

Si les tentatives pour déconfiner les questions de santé au travail sont fructueuses quant il s'agit de faire reconnaître la dangerosité de certains produits provoquant des maladies professionnelles en mobilisant les victimes sur un registre de santé publique, elles le sont moins lorsqu'il s'agit d'étendre le débat à des revendications corporatistes et de publiciser le fonctionnement des dispositifs de prévention de la santé au travail. De plus, les syndicats et collectifs de médecins du travail n'arrivent pas à unifier leurs revendications (une partie d'entre eux revendiquent le rattachement aux instances de santé publique, d'autre sont attachés à conserver des pratiques de travail similaires). Mais si une majorité de médecins du travail souhaite le maintien d'une médicalisation de la prévention de la santé des salariés, ils se trouvent rapidement marginalisés face à une « pluridisciplinarité » dont le principe est acquis depuis les accords des années 2000.

1 Philippe BEZES et al., « New Public Management et professions dans l'État », *art. cit.*, p. 297.

Partie II

L’intégration d’une prévention professionnelle

Au début de l'enquête, de nombreux médecins nous demandent, amers, si nous étudions la *« mort de la médecine du travail »*. Certains apprécient que leur spécialité soit étudiée avant de disparaître et l'un d'entre eux interroge ironiquement s'il s'agit d'une recherche en préhistoire. Au-delà de la pénurie médicale, ces médecins craignent une « mort qui serait celle des perdants de la compétition entre professions, une mort par prédation »[1]. Comme nous le verrons dans le prologue qui ouvre cette partie, les médecins du travail redoutent leur substitution par des préventeurs non médicaux soutenus par leurs directions. Mais comment ces médecins, membres du « prototype de la profession »[2], peuvent-ils craindre des groupes professionnels, aux statuts moins protecteurs, encore non institués[3] ?

Bien qu'ils soient subordonnés à leurs employeurs, les pratiques professionnelles des médecins du travail sont *a priori* protégées par leur statut professionnel. Or au cours des « expérimentations » qui s'opèrent dans les services interentreprises, ces médecins sont amenés à partager le travail de prévention avec d'autres groupes qui n'appartiennent pas tous aux professions de santé et ne bénéficient pas d'un tel statut. Leur recrutement de ces nouveaux groupes professionnels est encadré par des dispositifs de gestion, promus par les directions de services, qui tout en rationalisant le travail participent à « diviser, spécialiser, et hiérarchiser les activités »[4]. Par ces dispositifs, les directions de services interentreprises ne cherchent-elles pas à renforcer leur contrôle sur les prérogatives professionnelles ?

Si l'on considère *a priori* que la logique managériale de l'encadrement est incompatible avec la logique professionnelle, la diffusion d'outils de gestion dans les services interentreprises peut être lue comme une « déprofessionnalisation » au sens où l'organisation s'approprie la logique professionnelle en contrôlant davantage le travail. C'est ce que montre Mike Saks lorsqu'il replace l'analyse des groupes professionnels dans un contexte plus large

1 Charles GADEA et André GRELON, « Est-ce ainsi que les professions meurent ? », *in* Didier DEMAZIÈRE et Charles GADÉA, *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, la Découverte, coll. « Recherches », 2009, p. 127.

2 Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, *op. cit.*

3 En l'absence de réglementation et de codification formelles, les groupes professionnels sont des ensembles flous soumis à des changements continus, caractérisés à la fois par des contours évolutifs et une hétérogénéité interne. Didier DEMAZIÈRE et Charles GADEA, *Sociologie des groupes professionnels*, *op. cit.*

4 Valérie BOUSSARD, « Introduction. Qui fait la gestion ? A propos des figures du manager et du professionnel », *in Au nom de la norme : les dispositifs de gestion entre normes organisationnelles et normes professionnelles*, Paris, L'Harmattan, 2005, p. 14.

de rationalisation gestionnaire[5]. Nous comprenons alors déjà mieux les craintes des médecins du travail.

Au final, comme le conclut Pascal Marichalar, l'« action "pluridisciplinaire", qui entraînerait des besoins de "coordination", aurait[-elle] pour effet de renforcer le contrôle des directions de service sur la définition "légitime" de l'activité médicale et sur sa pratique »[1] ? Pour le dire autrement, les directions de services interentreprises cherchent-elles à transférer la prévention légitime des activités médicales aux activités non médicales et d'ainsi se réapproprier le contrôle de la prévention ? Il s'agit dans cette deuxième partie de délimiter le contrôle du travail opéré grâce aux dispositifs de gestion et d'étudier la division du travail entre les préventeurs des services pour cerner l'autonomie des professionnels.

Nous interrogerons, dans un premier temps, la compatibilité entre les nouveaux dispositifs de gestion portés par les directions de services interentreprises à la faveur de la réforme et une logique professionnelle. Comment les médecins du travail s'approprient-ils, ou pas, ces dispositifs pour conserver la maîtrise de la division du travail, centrale pour leur autonomie ? Si ces outils contribuent à contrôler leur travail, leur participation à leur élaboration leur permet-elle de maîtriser celui des nouvelles recrues (chapitre 3) ? Ensuite nous étudierons en tant que telle la division du travail de prévention entre les différents groupes professionnels exerçant au sein des services interentreprises. Quelles tâches les médecins délèguent-ils aux nouveaux arrivants ? Réussissent-ils à conserver la maîtrise de l'activité de prévention ? Tout d'abord notre attention se portera sur la division du travail médical entre médecins et infirmières. Nous cernerons les enjeux d'une prévention paramédicale (chapitre 4). Puis nous étudierons la division du travail entre médecins et professionnels en charge de « l'action en milieu de travail », autrement dit l'intervention en entreprises (chapitre 5). Les IPRP restent relativement indépendants des médecins du fait de leur qualification élevée et prétendent au diagnostic des situations de travail. « L'ouverture » des services est l'occasion pour d'anciennes secrétaires médicales d'étendre leur sphère de légitimité et de s'extraire de l'autorité médicale en accédant au nouveau d'ASST. Elles ont alors plus de mal à leur redevenir subordonnées. Bien que ces groupes soient plus directement

5 « As a result of looking in this way at the wider occupational division of labour, the professionalization process can no longer be seen with the same sense of inevitability as conveyed in previous work on this subject. » Mike SAKS, « The limitations of the Anglo-American Sociology of the Professions : a critique of the current neo-weberian orthodoxy », *art. cit.*, p. 19.

1 Pascal MARICHALAR, *Médecin du travail, médecin du patron ?*, *op. cit.*, p. 170.

supervisés par les directions des services, les médecins perdent-ils pour autant toute maîtrise du travail délégué ?

Prologue. L'échec d'une négociation : enquêter en contexte conflictuel

Le SI4 est un service interentreprises créé en 1953 qui en 2010 emploie une soixantaine de personnes (dont vingt médecins) pour surveiller un peu moins de 65 300 salariés au sein de 7100 entreprises adhérentes[1]. Après avoir réalisé trois entretiens avec des médecins du SI4 entre mars en avril 2009, le directeur nous suggère, en février 2010, de prendre le service comme terrain d'enquête avant de revenir sur cette proposition au mois d'octobre suivant. L'analyse de la « fermeture » de ce terrain et des neuf mois de négociation qui l'ont précédée, autrement dit la redéfinition « comme matériau potentiel [de] tout événement qui prend place au cours de l'enquête »[2], nous apprend beaucoup sur le contexte très conflictuel de la réforme.

La première médecin du service rencontrée est Odile Moyon. Cette femme de 55 ans a été médecin vacataire à l'université pendant quinze ans avant de faire une formation pour devenir médecin du travail. Elle a bénéficié de la première vague de « régularisation » des titres de médecins du travail, mise en place en 1998. Face à la pénurie de médecins du travail, cette loi permettait de régulariser la situation de médecins employés dans des services de médecine du travail sans avoir le certificat correspondant. Ils devaient suivre deux cents heures d'enseignement théorique avant de valider leurs connaissances par une épreuve écrite et la soutenance d'un mémoire. Ce dispositif était ouvert à tous les médecins déjà en poste ou détenant un contrat de travail avec un service de médecine du travail[3]. Odile Moyon a donc trouvé un poste au SI4 où elle exerce toujours actuellement. Elle a choisi de changer d'orientation professionnelle, car elle en avait *« ras-le-bol de la médecine générale »*. Pourtant ce changement a été difficile, car les relations avec les salariés sont différentes de celles qui existent à titre individuel entre un médecin et son patient, ceux-ci sont obligés de venir voir un médecin du travail à qui ils sont assignés alors qu'ils choisissent le médecin

1 Comme pour les services interentreprises présentés par la suite ces données ont été arrondies afin de préserver l'anonymat des enquêtés.

2 Muriel DARMON, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, 2005, vol. 58, p. 98. Comme pour Muriel Darmon, « ce refus de terrain n'est ni le premier ni le dernier de la trajectoire d'enquête, commencée en DEA, mais c'est certainement le plus violent. Il se situe à un moment crucial de la constitution du terrain, à la fin de la première année de thèse » p. 100.

3 Pascal MARICHALAR, *L'engagement dans le travail. Une ethnographie des médecins du travail*, ENS-EHESS, 2007, p. 34.

généraliste qu'ils vont consulter. Cette médecin accorde beaucoup d'importance aux relations qu'elle entretient avec les salariés qu'elle reçoit en consultation, elle considère la discussion comme primordiale, et dit avoir une approche assez psychologique des salariés rencontrés. Depuis la réforme de la médecine du travail de 2004, elle considère qu'il est ainsi plus difficile d'établir un contact avec les salariés qui sont suivis tous les deux ans, mais apprécie d'avoir plus de temps pour aller en entreprise.

Au cours de l'entretien, Odile Moyon dit sans ambages que les relations avec la direction sont mauvaises :

> « - Et comment ça se passe avec la direction du service ?
> - Pas bien [elle fait une mine désappointée et se met à rire]. Non parce qu'avant, c'est un petit service où on est vingt médecins donc jusqu'à cinq ans, il y avait un conseil d'administration avec un président et une, donc au niveau du service il y avait une secrétaire de direction et au niveau des médecins, il y avait, ce qu'on appelle le médecin coordonnateur. Donc ça tournait, c'était un petit service pépère qui tournait comme ça. Et puis, il y a eu le changement de président, qui a mis une directrice [elle cherche ses mots] qui a pris d'autres gens. Donc l'administratif s'est beaucoup développé, on a été en conflit avec eux. Il y a une directrice qui est partie, une deuxième directrice qui est partie et là, depuis mai 2008, on a un directeur qui veut tout réformer donc ça se passe pas très bien.
> - Et il veut réformer dans quel sens, en fait ?
> - Il n'y a que l'argent qui compte pour lui, il veut faire une entreprise rentable [elle insiste sur le mot]. On essaye de lui dire que la médecine du travail n'est pas une entreprise, on est une association et qu'on n'est pas là pour rentabiliser.
> - Et c'était aussi le même problème qu'il y avait avant avec les autres directeurs ?
> - [Elle reste silencieuse un court instant] c'était un problème relationnel un peu, c'est… Parce que le service, il y avait les médecins et les secrétaires médicales. Donc on travaillait en binôme, chaque médecin avait une secrétaire attitrée. Et puis donc il y a eu la loi de 2004 où il a fallu donc des IPRP. Donc ils ont pris un IPRP et ils ont formé une secrétaire médicale pour être, faire des formations de secourisme santé au travail et essayer de valoriser les secrétaires. Donc il y a eu un peu… la direction a monté les secrétaires contre les médecins donc il y a eu pas mal de problèmes internes. Ce sont des problèmes qui ne sont toujours pas résolus. » (entretien avec Odile Moyon, médecin du travail, 55 ans, SI4)

Deux problèmes paraissent être à l'origine des désaccords. D'une part, le pouvoir plus important accordé au conseil d'administration et à la direction alors que ces derniers ont des objectifs divergents de ceux des médecins. D'autre part, le recrutement ou la formation de nouveaux préventeurs personnifiant la transition de la médecine du travail à la « santé au travail ».

Au cœur de ce conflit se trouve la médecin coordinatrice, représentante des médecins auprès de la direction, qui a un rôle extrêmement difficile à tenir tant les relations entre médecins et direction sont tendues :

> « le service a décidé de ne pas [elle se reprend] le conseil d'administration a décidé de ne pas renouveler ce poste de médecin coordonnateur parce que c'est… On est le fusible. C'est vraiment insupportable… On voit de ces mails, c'est : "non", "non" à tout. Donc voilà, le projet, ça serait plutôt d'avoir des médecins référents par sujets, en fait. Ça ne va pas être plus facile pour ces médecins référents, mais en tout cas, ça va répartir un peu. Il n'y aura plus un seul médecin qui va se prendre de plein fouet, ça ne sera plus seul contre tous [elle se met à rire]. » (entretien avec Brigitte Moreau, médecin du travail, 59 ans, SI4)

Brigitte Moreau, médecin coordinatrice du SI4, est une femme d'une soixantaine d'années qui exerce la médecine du travail depuis un peu moins de trente-cinq ans. Préparant un CES de psychiatrie et hésitant sur son orientation professionnelle, elle s'est dirigée vers un CES de médecine du travail sur les conseils de son oncle lui-même médecin. Elle a exercé pendant vingt-cinq ans dans un service interentreprises où elle s'occupait des salariés de grandes entreprises avec les *« avantages du service autonome »* que sont pour elle le temps et de la considération. Elle évoque à plusieurs reprises une de ces entreprises où, suivant *« le modèle anglo-saxon »*, elle était considérée comme un cadre comme les autres et était assistée d'une infirmière. Une fois son mari à la retraite, elle quitte finalement ce service, ne s'entendant pas avec ses collègues : *« on n'avait vraiment pas la même vision des choses. Mais il faut dire aussi, moi j'avais des grosses boîtes, eux ils se tapaient des toutes petites boîtes, le nez dans le guidon. Ils avaient l'impression que je la ramenais. J'ai dit : "Non. Je ne la ramène pas. Je n'ai pas le même exercice que vous, c'est tout. Écoutez, les grosses entreprises, vous les avez. Moi je vais aller voir ailleurs". »* Brigitte Moreau, qui par comparaison considère que ses conditions de travail se sont dégradées, arrive au SI4 où *« on pare au plus pressé, on fait des visites médicales en série »*.

Médecin coordonnatrice depuis un an, elle vit difficilement son rôle de *« fusible »* entre les deux parties. Elle s'entend bien avec la direction et précise que sans ça, elle serait restée moins longtemps à cette fonction qu'elle a prévu de quitter le mois suivant l'entretien. Après avoir démissionné, elle conservera des fonctions de *« relations extérieures »* au sein de la fédération régionale des services de santé au travail. Elle est très critique à l'égard des ses confrères qui ne partagent pas son soutien à la réforme en cours et mettent beaucoup de mauvaise volonté à rendre compte mensuellement de leur activité en milieu de travail :

> « Je reçois, il y a un tiers des médecins qui m'envoie quelque chose et c'est tellement synthétique que ça n'a aucun sens. "Bah voilà, ce mois-ci, j'ai visité tant d'entreprises. J'ai fait tant de fiches d'entreprises. J'ai fait tant d'études de postes". Point. Tout est comme ça. Après, il y a le Code du travail. Alors, quand ça arrange, on dit : "Attendez, moi je suis cadre autonome, j'ai de comptes à rendre à personne." Mais quand ça n'arrange pas, on oublie complètement qu'il y a des comptes à rendre : "Non, je n'ai pas de comptes à rendre. C'est secret. Secret médical. Secret professionnel. Secret de fabrique." Secret. Secret, secret, secret [elle souffle fortement]. » (entretien avec Brigitte Moreau, médecin du travail, 59 ans, SI4)

Deux représentations de l'autonomie professionnelle s'opposent ici, d'une part la subordination légitime du fait du statut de salarié et d'autre part l'indépendance revendiquée du corps médical. Ces enjeux se cristallisent autour de l'évaluation du travail auxquels les médecins résistent fortement comme l'explique Alain Martineau, militant au SNPST :

> « Et puis après elle a introduit des choses un peu rigides. Enfin tout ce qu'on voit partout dans toutes les entreprises. Des protocoles, des choses comme ça, des reportings, des agendas partagés. Ce qui fait que les IPRP qui sont là aujourd'hui n'ont plus du tout la maîtrise de leur... enfin ils ont résisté. Mais en tout cas ça a été un moment de tensions extrêmement important. […] Et puis après il y a quand même eu des tensions très importantes entre les médecins et la responsable IPRP. Parce qu'elle a été quand même largement mise de côté, rejetée, voire agressée quelques fois par les médecins. Parce que voilà, elle voulait y aller à fond. Elle voulait forcer. Peut-être qu'elle n'avait pas le choix aussi. Et puis bon après tout elle a été embauchée pour ça. Et là c'est pareil, ça n'a pas fonctionné c'est clair. » (entretien avec Alain Martineau, médecin du travail, 61 ans, SI4)

Brigitte Moreau refuse que nous assistions à une réunion mensuelle organisée pour les médecins du travail au motif que les relations entre collègues sont tellement conflictuelles qu'elle préfère ne pas faire venir une observatrice extérieure. C'est pourtant le directeur du service qui nous téléphone en février 2010 pour collaborer avec eux et éventuellement consacrer notre thèse au SI4. La veille, l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) est venue faire un rapport sur le mal-être au travail et préconise un accompagnement à la réforme, bien qu'Alain Martineau, en tant que représentant syndical, ait demandé un nouveau diagnostic. Pour cet ancien directeur de clinique arrivé deux ans auparavant, ces problèmes sont liés à la fois au fort taux de syndicalisation qu'a connu le service et au fait que celui-ci a été dirigé par un médecin pendant 25 ans, ce qu'il qualifie d'*« autocratie »*. Puis des directions plus administratives se sont succédé avec beaucoup de problèmes. Il va demander un accompagnement à un cabinet professionnel, mais souhaite

également lire notre mémoire[1] après avoir consulté, par l'intermédiaire de la médecin coordonnatrice, la synthèse d'une dizaine de pages transmise aux enquêtés. Cette proposition fait alors partie d'une stratégie de dialogue avec les salariés du service, le directeur voulant *« reconstruire la confiance »*, comme nous l'apprendrons neuf mois plus tard. L'enquête sociologique pouvant être perçue comme un substitutif gratuit ou un complément au travail des consultants.

Nous rencontrons le directeur et le directeur adjoint, responsable des ressources humaines, du SI4 au mois de mars pour présenter un projet de thèse. Le directeur souhaite moderniser le service en embauchant un IPRP supplémentaire ainsi qu'une assistante chargée de la communication. Changer l'image du service est très important pour lui : le logo va être modifié et il est envisagé que le siège déménage dans de nouveaux locaux. Il perçoit à l'inverse les médecins du travail dans une position dogmatique d'immobilisme et pense qu'ils se félicitent du changement de ministre du Travail[2] qui va retarder la mise en place de la réforme. Bien qu'ils évoquent quelques points de consensus, dont l'indépendance médicale, pour les deux directeurs, les médecins sont campés sur leurs positions et ils ont personnellement l'impression d'être dans une *« maison de fous »*. Nous convenons de l'envoi d'un écrit présentant la démarche de recherche destiné aux salariés du service afin qu'ils consentent à l'enquête.

En juillet, contacté par téléphone, le directeur du SI4 accepte toujours un démarrage de l'enquête au mois de septembre, mais précise que la décision ne dépend pas de lui. Le climat est très tendu dans le service, il a voulu prendre un stagiaire en psychologie du travail, mais celui-ci a été refusé par l'équipe. Bien qu'il dise refuser que nous soyons suspectée de connivence avec la direction, il souhaite connaître la présentation de notre travail afin *« faire au mieux »* pour que les salariés du service acceptent l'enquête. Nous insistons dans notre courrier, destiné à réaffirmer notre indépendance vis-à-vis de la direction du service, sur la neutralité de la démarche :

> « Concernant mon objet d'étude sur lequel beaucoup de prescriptions sont faites, notamment dans le cadre de la réforme de la santé au travail, l'observation est une méthode très adaptée pour prendre en compte le point de vue des acteurs directement concernés. Dans ce cadre, la démarche sociologique, en tant que

1 Suite aux réticences des enquêtés à parler par crainte des représailles et par souci d'anonymat nous envoyons une version dans laquelle les extraits d'entretien et les descriptions d'enquêtés ont été supprimées.

2 Nous nous rencontrons le 23 mars 2010, la veille Éric Woerth est devenu, pour dix mois, ministre du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique au sein du gouvernement de François Fillon (UMP).

> travail scientifique, garantit la neutralité du chercheur par rapport aux intérêts sociaux. Celui-ci n'est pas dans une démarche prescriptive, mais descriptive et analytique. Cette approche assure son indépendance par rapport à d'éventuels commanditaires extérieurs pouvant chercher à orienter le contenu de son travail. Je me suis intéressée au SI4 en y rencontrant des médecins du travail pour mon Master 2 et j'aimerais développer cette collaboration au sein d'un service situé dans une zone d'activité intéressante pour la prévention en santé au travail. Étant allocataire, je réalise ma thèse en toute indépendance financière et scientifique. Cette volonté d'indépendance se corrèle à un souci de préservation de l'anonymat des enquêtés. Je m'engage à ne pas divulguer mes observations et analyses au cours de l'enquête et à ne pas transmettre les propos des enquêtés au sein du service. L'anonymat des personnes rencontrées sera scrupuleusement préservé tout au long de l'enquête et notamment dans les versions écrites de mon travail. » (extrait de la lettre adressée aux salariés du SI4, 19 juillet 2010)

Sans nouvelles du directeur suite à cet envoi, c'est après plusieurs relances effectuées au cours du mois de septembre que nous apprenons finalement de la bouche de son subordonné qu'ils étaient tous deux partants pour l'étude jusqu'à la fin août, mais que la situation du service s'étant dégradée, ils ont préféré ne pas transmettre la lettre aux salariés.

Les 7 et 8 septembre 2010, des amendements sur le projet de réforme de la médecine du travail sont déposés au cours des négociations de la loi sur la réforme sur les retraites, suscitant une vive opposition médicale[1]. Par ailleurs plusieurs *« procédures »* sont alors en cours avec des médecins du travail du service comme il nous le sera appris à demi-mot par la suite. Le directeur adjoint propose d'éventuellement faire des entretiens avec des *« administratifs »*, les IPRP et deux ou trois médecins choisis par eux.

Début octobre, après avoir négocié un entretien (que nous pensons « sociologique ») avec le directeur adjoint, celui nous reçoit en présence du directeur du service :

> « Le rendez-vous est pris pour 14 h, j'arrive légèrement en avance au siège où la réceptionniste me fait patienter dans la salle d'attente. Le directeur adjoint arrive avec cinq minutes de retard et "badge" à une machine située près de la porte d'entrée. Nous nous saluons et il me fait patienter. Il revient me chercher vers 14 h 15. Après avoir monté les escaliers, il va chercher ses affaires dans son bureau tout en me disant : "on va faire ça dans le bureau [du directeur]", je l'attends en pensant qu'il a choisi cet endroit, car il est équipé d'une grande table. En y entrant, je suis accueillie, à ma surprise, par le directeur du service qui m'invite à m'installer.
>
> Nous nous retrouvons dans une configuration similaire à celle de notre premier rendez-vous, ce qui ne me place pas dans une situation favorable pour négocier de nouveau l'enquête. Je décide de ne pas sortir mon magnétophone et de

1 Groupement national Sauvons La Médecine du Travail, « Les élus de la nation doivent s'opposer à la mainmise du Medef sur la santé au travail », *Communiqué n° 12*, 27 septembre 2010.

commencer par discuter de la situation d'enquête avant d'éventuellement enchaîner sur un entretien sociologique, difficile avec ces deux personnes réunies.

Le directeur se tourne vers moi pour me demander le motif de ma venue, je sollicite des éclaircissements sur leur refus de transmettre ma lettre aux salariés du service. Dans la situation actuelle, il leur semble impossible de faire mon enquête sans être assimilée à un espion de la direction par les médecins du travail ou que ceux-ci me manipulent pour arriver à leurs fins. Ils me décrivent l'ambiance extrêmement difficile que connaît actuellement le service de santé au travail. Avec l'un des sept membres du bureau national du SNPST[1] dans le ser*vice la situati*on est très conflictuelle, celui-ci liguant un groupe de médecins contre eux.

Les directeurs me précisent qu'ils ont licencié deux médecins du travail, l'un pour inaptitude : "elle sortait du travail en larme", le second pour harcèlement après qu'un salarié ait porté plainte. Selon eux, il y a des mesures à suivre en pareil cas et le directeur a réuni la commission consultative qui a opté pour le licenciement. Le directeur adjoint souligne qu'il s'agit d'une procédure normale en entreprise. Plus tard, le directeur me montre un bandage qu'il porte à l'avant-bras droit et me dit, en riant, "ils [sous-entendu les médecins du travail] m'ont frappé !" puis ajoute qu'il s'est fait cette blessure à force de signer des licenciements. Il précisera plusieurs fois qu'heureusement qu'ils ont encore de l'humour pour supporter la situation, mais que ça se passe mal.

Selon lui, la médecine du travail est une institution surprotégée, sans normes pour orienter le travail des médecins et entourée de la protection du droit du travail : "c'est l'État dans l'État !". Son projet est de moderniser la santé au travail, mais les médecins, dogmatiques, ne veulent rien entendre. Il souhaite améliorer les dispositifs de prévention et attribuer de vraies missions aux services en passant par des "leviers" tels que la qualité ou la certification. Pour lui si les services n'ont pas de missions claires, ce sera peut-être un jour la fin de leurs missions. Pour le directeur adjoint, des problèmes annexes concernant le système d'information et le déménagement de l'administration viennent alourdir l'ambiance, en plus de problèmes de risques psychosociaux.

À plusieurs reprises, le directeur évoque l'utilisation par les médecins de leurs propres outils dans ce conflit, brandissant le risque de souffrance au travail et l'éventualité de mobiliser l'ARACT sur ces questions. Il y voit une "instrumentalisation" du conflit qui rendrait la seule direction fautive. Selon lui, ce sont les salariés du service administratif qui pourraient porter plainte contre les médecins du travail pour harcèlement. Ces personnes reviennent "la tête à l'envers" des différents centres où ils côtoient les médecins. Le directeur adjoint n'ose lui-même plus aller dans les centres extérieurs, même si le directeur le reprend : "il ne faut pas dire ça", il convient que la situation est très tendue. Il fait également allusion au suicide de la Dr. Marie-Magdeleine Gresse[2] qui a eu lieu deux semaines auparavant et semble désapprouver la médiatisation de cet

1 Il s'agit d'Alain Martineau.

2 Cette médecin du travail, suivant des salariés d'une chaîne de télévision en souffrance, s'est suicidée accusant son employeur de l'y avoir poussée. « Pour Olivier Gosselin, médecin psychiatre qui travaillait avec elle, Marie Magdeleine Gresse s'était sans doute "surinvestie dans sa fonction" et a pu "programmer un suicide sacrificiel" pour "alerter l'opinion". » REILHAC Gilbert, « Plainte après le suicide d'un médecin du travail en Alsace », *Capital.fr*, 1er octobre 2010. La famille à laquelle s'est associé le SNPST a porté plainte contre x pour harcèlement moral.

événement selon lui récupéré pour porter des revendications. Il évoque la possibilité que des suicides se produisent au sein de son propre service.

Ces directeurs disent eux-mêmes connaître une perte de sens dans leur travail, car ils ne s'occupent plus de la santé au travail des salariés tellement ils sont focalisés sur ce qui se passe en interne du service. Le directeur me dit envoyer des lettres stéréotypées et vides de sens, "qui veulent tout et rien dire", aux employeurs.

Le directeur est en désaccord avec le "paritarisme" des conseils d'administration des services, car alors les employeurs ne vont plus vouloir y participer bénévolement. Il me donne l'exemple de deux présidents de ces instances qui ont démissionné et s'inquiète que leur propre CA "lâche". Selon le directeur adjoint, si on impute aux employeurs la responsabilité de la santé au travail alors il faut leur donner la possibilité d'en organiser la prévention.

Selon le directeur adjoint le comble est que la France dispose de moyens importants en santé au travail, vu le nombre de services et de médecins, mais qui ne sont pas utilisés efficacement. Pour le directeur, "de toute façon", la prévention va être harmonisée avec celle des autres pays européens par influence de la directive de 1989. Selon lui, 10 % des salariés comprennent ce qui se passe, les délégués du personnel et les syndicats qui se "déchaînent", mais les autres sont perdus face aux enjeux de la situation actuelle.

Le directeur me propose de réfléchir et les recontacter d'ici deux ou trois semaines pour rediscuter la possibilité de mon enquête, voir si la situation s'est apaisée : "on est en plein dans la crise". Je ne me fie pas trop à cette réponse polie, l'attente peut durer longtemps. Je leur demande combien de personnes sont présentes dans le pôle administratif : huit personnes, dont sept préventeurs. Ils s'y comptent également. Je pensais qu'un pôle prévention était distinct du pôle administratif. Une responsable technique vient d'être recrutée pour superviser l'organisation du travail.

Selon les directeurs, les IPRP constituent eux-mêmes une corporation naissante avec ses propres revendications. Ils souhaitent instaurer des conventions avec les services pour bénéficier d'une "autonomie", que les médecins n'ordonnent plus leurs missions, mais qu'employeurs ou salariés puissent les contacter directement.

Je demande la liste des salariés du service avec qui faire des entretiens, que le directeur adjoint s'était engagé à me fournir. Le directeur me répond qu'ils vont trouver une dizaine de noms. Je souhaite contacter ces personnes par moi-même et demande leur numéro de téléphone, mais le directeur adjoint préfère que je lui envoie un mail de 4/5 lignes qu'ils transféreront aux salariés concernés, me mettant en copie. Je sors du rendez-vous gagnée par un grand sentiment de frustration et d'impuissance. » (Observation réalisée le 13 octobre 2010)

Comment analyser cet échec ? Nous voyons que les relations entre les professionnels de ce service interentreprises sont tellement conflictuelles qu'elles empêchent toute recherche ethnographique. Cette situation « extrême » nous renseigne sur le contexte dans lequel l'enquête se déroule. Analyser les disputes, controverses ou conflits permet de dévoiler les raisons d'agir des acteurs. « Les grandeurs deviennent particulièrement saillantes dans les situations de disputes, telles qu'on peut les observer dans de nombreuses occasions de la vie

quotidienne. Caractérisés par une inquiétude sur l'évaluation des personnes, ces moments sont propices au repérage des modes de qualification. »[1]

Apparaissent ici les enjeux du conflit qui opposent les médecins du travail à leur direction. La réorganisation de la prévention de la santé au travail passe par l'introduction de dispositifs de gestion du travail, signe pour les médecins d'un renforcement du caractère subordonné de leur statut. Certains médecins, à l'instar de Brigitte Moreau, acceptent cette subordination et s'emparent de ces dispositifs permettant de diviser le travail de prévention entre médecins et préventeurs non médicaux jusqu'à présent relativement absents des services interentreprises. D'autres médecins du travail s'opposent quant à eux au recrutement de préventeurs non médicaux au sein des services qu'ils considèrent subordonnés aux directions de services. En effet, une partie des préventeurs nouvellement recrutés, cherchant à légitimer leur présence, se réapproprient les outils de gestion promus par les directions de service.

1 Luc BOLTANSKI et Laurent THÉVENOT, *De la justification : les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991, p. 26.

Chapitre 3

Intégrer les professionnels par les dispositifs de gestion

> « Bien sûr le service a changé, le service s'est structuré. La gestion qui était un peu familiale est devenue une gestion beaucoup plus administrative et organisée structurellement, hiérarchiquement plus organisée. » (entretien avec Jean-Pierre Maillard, médecin du travail, 61 ans, SI1)

Nous nous intéressons aux dispositifs de gestion en tant qu'« assemblages d'acteurs, d'objets et techniques, de règles et procédures diverses, organisés pour mettre en forme et suivre les activités d'une organisation. Ils permettent à la fois de définir ce qui doit être fait ou considéré comme important, de mettre en relation les différents protagonistes, de cadrer leurs interventions comme de les tracer et de les vérifier. On retrouve dans les dispositifs les plus anciens comme les plus récents, une volonté de réguler et contrôler les activités de travail. »[1] C'est pourquoi nous choisissons de prendre au sérieux ce que le renouvellement de ces dispositifs dit[2] de la réorganisation du travail au sein des services interentreprises.

1 Valérie BOUSSARD, « Introduction. Qui fait la gestion ? A propos des figures du manager et du professionnel », *op. cit.*, p. 12.

2 Sandrine GARCIA et Sabine MONTAGNE, « Pour une sociologie critique des dispositifs d'évaluation », *art. cit.*

Si l'on s'éloigne d'une définition fonctionnaliste des professions et que l'on affirme « l'indétermination initiale des formes d'action »[3] des professions, l'analyse se concentre alors sur des groupes professionnels en relation avec d'autres, venus du marché et/ou de l'État, porteurs d'autres modes de rationalisation des échanges[4]. Selon Haroun Jamous qui a étudié la transformation de la profession médicale au moment de la réforme de 1958 instituant les CHU et le temps plein hospitalier[5],

> *« le concept de profession, lui-même, n'exprime que la prépondérance d'un terme d'une dualité qu'il est nécessaire de mettre au centre de l'analyse. […] cette dualité, cette contradiction, sont inhérentes à tout processus de production comportant une importante marge d'indétermination où alternativement, et parfois même conjointement, s'opposent l'effort de rationalité d'une part, la valorisation de l'indétermination de l'autre ; le souci de codifier et techniciser un processus de production, mais en même temps celui de continuer à se réserver sa maîtrise. Deux efforts antinomiques ou dans l'acte de codification, existent les germes d'un renoncement et la possibilité d'une emprise par autrui. »*[4]

Les dispositifs de gestion portés par les directions des services interentreprises peuvent alors être lus comme un procédé permettant de redéfinir l'activité de prévention et de s'en réapproprier la maîtrise.

Dans ce chapitre, nous verrons tout d'abord que dans les services interentreprises, les deux logiques, professionnelle et gestionnaire, commencent par s'opposer. La diffusion de nouveaux dispositifs de gestion est guidée par le CISME qui diffuse des référentiels de « bonnes pratiques » auprès des services et « conduit le changement » selon une approche managériale normalisatrice, déjà étudiée à l'hôpital[5]. La majorité des médecins s'oppose vivement à l'introduction de ces nouveaux dispositifs de gestion qui encadrent, entre autres, le recrutement de préventeurs non médicaux. Comme à l'hôpital, ces médecins craignent et « anticipent une dilution de leur expertise médicale face à l'expertise d'autres professionnels de santé et un renforcement du contrôle extérieur sur leurs pratiques médicales »[6]. Les caractéristiques mêmes des opposants, les plus intégrés professionnellement, montrent qu'il existe un antagonisme entre les logiques managériale et professionnelle.

---

3 Lucien KARPIK, *Les avocats : entre l'État, le public et le marché : XIIIe-XXe siècle*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque des sciences humaines », 1995, p. 16.

4 Magali ROBELET, *Les figures de la qualité des soins*, *op. cit.*, p. 30.

5 Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

4 Haroun JAMOUS, « Professions ou systèmes auto-perpétués ? », *op. cit.*, pp. 15-16.

5 Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression*, *op. cit.*

6 Magali ROBELET, « La profession médicale face au défi de la qualité », *art. cit.*, p. 84.

Cependant, nous verrons ensuite que ces nouveaux dispositifs de gestion, portés par quelques médecins, finissent par s'implanter dans les services interentreprises, s'articulant aux logiques professionnelles. Du fait de leur statut, les médecins contrôlent la division du travail de prévention. Ils doivent être inclus dans les nouveaux dispositifs de gestion pour que ceux-ci puissent exister dans les services interentreprises. La diminution de l'autonomie des professionnels ne relève alors pas tant d'une déprofessionnalisation que d'une intégration de la profession dans une organisation du travail régie par de nouveaux dispositifs de gestion[1].

1 Contrôler et évaluer une profession à statut

Selon une approche weberienne, les professions sont considérées comme des acteurs collectifs du monde économique qui sont parvenus à fermer leur marché du travail et à établir un monopole de contrôle de leurs propres activités de travail[2]. Dans ce sens, un contrôle du travail des professionnels opéré par d'autres qu'eux est considéré comme une « déprofessionnalisation » et l'on oppose souvent logiques professionnelle et gestionnaire. La réforme opérée par « expérimentations », négociée au sein de chaque service interentreprises, cristallise les tensions entre opposants et promoteurs de la réforme, principalement les médecins du travail à leurs directions. L'inclusion de nouveaux dispositifs de gestion et d'évaluation du travail dans les services interentreprises renforce-t-elle le contrôle de ces directions sur le travail médical ? La question se pose d'autant plus que si ces professionnels sont subordonnés de par leur statut de salariés, le contenu de leur travail est statutairement protégé.

1.1 Des directions qui étendent leur contrôle par les dispositifs de gestion

Le contrôle du territoire administratif de la prévention « est celui de la subordination légitime, c'est-à-dire qu'en vertu de leur statut de salariés, la plupart des médecins acceptent que ces aspects soient soumis à l'autorité de leur employeur »[3]. Il s'opère traditionnellement par le recueil annuel de rapports d'activité où c'est principalement le nombre de visites médicales effectuées qui est surveillé. Qu'en est-il pour les préventeurs nouvellement recrutés au sein des services interentreprises ? Nous pouvons cerner les critères d'efficacité du service

1 Philippe BEZES et al., « New Public Management et professions dans l'État », *art. cit.*
2 Claude DUBAR et Pierre TRIPIER, *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin, coll. « Collection U. Série Sociologie », 1998, p. 107.
3 Pascal MARICHALAR, *Médecin du travail, médecin du patron ?*, *op. cit.*, p. 35.

rendu en observant ce qui est évalué du travail des préventeurs. Mais l'évaluation se contente-t-elle d'enregistrer le travail effectué ? En quoi est-elle un outil de contrôle, voire de transformation, de ce travail ?

1.1.1 Une évaluation quantitative du travail

Dans leur introduction à un dossier sur l'évaluation paru dans les *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* Sandrine Garcia et Sabine Montaigne proposent de dépasser la critique de l'évaluation et pour développer une sociologie des dispositifs associés en suggérant d'« analyser les pratiques et les dispositifs d'évaluation comme les productions d'un champ constitué autour d'un nouvel enjeu, la lutte pour imposer de nouveaux critères de performance [...] et surtout la croyance dans la valeur de ces nouveaux indicateurs. »[1] Pour les directions de services interentreprises, la performance se mesure dans le service rendu aux entreprises adhérentes :

> « La démarche compétence nous a aussi beaucoup aidée, je l'ai dit, à développer les indicateurs d'activité, à travailler sur les rapports d'activité. À aujourd'hui pouvoir lister, pour un adhérent, tout ce qui est fait par les uns, par les autres. » (entretien avec Christian Durand, directeur, 50 ans, SI1)

L'évaluation du travail des préventeurs n'est pas une nouveauté au sein des services interentreprises. Elle s'opère par le biais des rapports d'activité, obligation réglementaire prévue par le Code du travail. Les représentants des médecins exposent ces rapports en commission de contrôle et au conseil d'administration du service. Ils sont ensuite envoyés aux DIRECCTE où les médecins-inspecteurs, qui s'intéressent aux nombres de visites effectuées, d'inaptitudes déclarées et aux observations des médecins, compilent statistiquement et en transmettent les résultats à la direction générale du travail et au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Alors que la performance de l'activité des services interentreprises, mesurée par les rapports d'activité annuels des médecins du travail, reposait principalement sur le nombre de visites médicales réalisées et le nombre d'aptitudes déclarées, avec le recrutement de préventeurs non médicaux elle se fonde également sur le nombre « d'interventions » effectuées en entreprises. Comme nous le verrons par la suite (cf. 2.1.1), au SI1 les IPRP sont

1 Sandrine GARCIA et Sabine MONTAGNE, « Pour une sociologie critique des dispositifs d'évaluation », *art. cit.*, p. 11.

évalués sur le *« taux de mise en œuvre des préconisations »* qu'ils font aux adhérents. Évaluation qui se fonde sur le rapport d'activité collectif des IPRP :

> « Par exemple un rapport d'activité, donc on l'a pour l'équipe.
> - Ça, c'est au niveau du service [des IPRP] ?
> - Au niveau du service oui. Donc par secteur d'activité avec le nombre d'études menées, taille de l'entreprise, par thème, donc ensuite par médecin. Voilà donc c'est ce que je vous disais, on a 47 médecins qui ont travaillé [avec les IPRP] sur 52. Voilà avec trois médecins qui à eux seuls font 20 % des demandes. Les domaines d'intervention et ensuite par type de thème. D'où vient la demande ? Quel secteur d'activité ? Quel acteur ? Et des choses particulières en termes de matériel, en termes de formation. Par domaines d'intervention, ensuite nous avons activités, groupes de travail et enfin nous avons une analyse qualitative sur le taux de mise en œuvre des préconisations puisque l'on fait une enquête auprès des adhérents. Et qui tourne autour de 40 % [de taux de réponse]. Et là on est à 90 % presque de mise en œuvre des préconisations, ce qui est plutôt pas mal. Voilà. Avec un bon niveau de satisfaction des adhérents, 82 %.
> - D'accord et ça vous le faites à partir des rapports de chacun ?
> - Non, non. On a conçu un outil informatique. Enfin voilà il y a eu tout un travail. Alors ça, c'est pour le service Prévention des risques professionnels [PRP], mais demain la même chose pour les ASST, on est en train d'y travailler. L'idée c'est d'avoir ce même niveau de détail et d'analyse pour tous. » (entretien avec Christian Durand, directeur, 50 ans, SI1)

Dans la routine d'une procédure stabilisée, la présentation statistique des résultats tend à occulter les enjeux de définition du phénomène mesuré, chacun interprète les résultats selon une logique qu'il suppose partager avec les autres. Il suffit parfois d'une situation méritant d'être explicitée pour que la discussion mette au jour des conflits d'interprétation sur les questions traitées, voire interroge la pertinence des modes de recueil des données[1]. Dans tous les cas, on peut voir s'opérer alors un travail d'argumentation pour justifier autrement le résultat.

Dans le rapport cité précédemment par le directeur du SI1, l'équipe de préventeurs non médicaux justifie le peu de retour qu'ils ont des entreprises adhérentes ce qui nuance la pertinence des chiffres présentés :

> « Le taux de retour est de 38,09 % (aucune relance n'est effectuée si l'entreprise ne répond pas aux questions). Il est à noter que suivant le type d'étude, il arrive que l'envoi d'un questionnaire ne se prête pas à la situation. L'envoi de ce document n'est donc pas systématique. Par ailleurs, pour l'année 2010, de nombreuses études se termineront en 2011, le questionnaire lié à l'étude sera ainsi

1 Marion GILLES, « La quantification de la « santé au travail » en entreprises. Enjeux, tensions et usages », *in* Mateo ALALUF, Pierre DESMAREZ et Marcelle STROOBANTS, *Mesures et démesures du travail*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, coll. « Sociologie et anthropologie », 2012, p. 212.

> comptabilisé sur l'an prochain. […] L'étude réalisée par le SI1 a paru intéressante et utile à 81,25 % des adhérents ; 18,75 % n'ont pas répondu à la question. » (Rapport annuel, Service Prévention des risques professionnels, SI1, 2010).

Selon Sylvie Monchatre, les processus de normalisation favorisent une « abstractisation du travail »[1]. La mise en forme des résultats de ce dernier, et par-delà les attentes de la direction, se fait en référence à la figure centrale du client (ici l'adhérent) à qui le travail doit s'adresser mais en oublie les nécessités du travail concret. La direction du SI1 demande ainsi aux IPRP de privilégier la quantité d'entreprises suivies à la durée des prestations fournies, sans doute pour assurer une continuité de service malgré la diminution de visites médicales effectuées. Selon Catherine Ingouf, recrutée en 2009 : *« l'injonction qu'il y avait quand je suis arrivée, c'était : "Il y a 9 000 entreprises adhérentes. Il faut répondre à tout, il faut aller partout. Donc vous n'avez pas le temps de passer plus de deux jours dans une entreprise". »* Ces injonctions, qui ne sont pas sans rappeler celles des « visites à la chaîne » ne s'accordent pas toujours avec le travail effectivement effectué par les préventeurs non médicaux.

Au SI1, les IPRP doivent justifier qu'ils ne réalisent pas plus d'études que François Imbert, le premier hygiéniste du service recruté vingt ans auparavant, lorsqu'il travaillait seul. Invoquant des arguments qualitatifs face à une demande quantitative, ils font valoir le développement de nouvelles tâches et arguent de la diversité de leur travail invisibilisée par son évaluation quantitative :

> « C'est vraiment quantitatif. Mais j'essayais d'expliquer au directeur l'autre jour que quand on met une croix, en disant : "voilà j'ai fait une étude". On met une croix, qu'est-ce qu'il y a derrière ? Et si cette croix, ça correspond à une sensibilisation qu'on a faite auprès de 50 salariés, une croix peut aussi correspondre à une étude de poste pour un salarié. Donc on est intervenu dans une entreprise, mais derrière ce qu'on a fait, la réalité de ce qu'on a fait elle est vraiment multiple. Et qu'est-ce qu'on va compter ? Notre objectif c'est la prévention des risques. Donc est-ce que c'est une entreprise qui compte ou c'est les salariés ? Là c'est une vraie question aussi qu'on doit se poser. Parce que forcément au niveau du conseil d'administration, ils n'envisagent pas forcément les choses comme ça. Ou ils ne se posent pas ce genre de questions. » (entretien avec Catherine Ingouf, ergonome, 50 ans, SI1)

C'est notamment Catherine Ingouf, ergonome ayant une pratique plus clinique que ses collègues hygiénistes qui porte cette critique. S'il lui arrive fréquemment de réaliser des

1 Sylvie MONCHATRE, « Ce que l'évaluation fait au travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011, vol. 189, nº 4, p. 44.

interventions d'une demi-journée sur des postes de travail spécifique, l'analyse du travail lui demande parfois beaucoup plus de temps. Notamment quand il s'agit de *« faire prendre conscience à une direction qu'il faut changer de point de vue sur le travail »* pour des cas de risques psychosociaux. Les nécessités du travail de prévention ne s'ajustent pas toujours aux exigences de productivité portées par la direction, notamment quand il s'agit d'un travail clinique qui peut nécessiter une intervention longue pour se réaliser et se prête moins aux exigences de quantification. Si les injonctions à « faire du chiffre », relativement anciennes dans les services interentreprises, concernent tous les préventeurs *in fine* le contrôle du travail ne porte pas uniquement sur la quantité de prestations fournies, mais également sur leur contenu.

1.1.2 Du contrôle de la forme au contrôle du contenu

L'évaluation peut relever « selon les cas » d'un dispositif de contrôle ou d'un outil de connaissance de la réalité sociale[1]. Mais ces deux aspects ne s'opposent pas ni même ne sont dissociables. Au contraire tout dispositif d'enregistrement donne à la fois accès à la connaissance et au pouvoir, comme le démontrait Michel Foucault avec le panoptisme[2]. Selon une approche foucaldienne, « la plupart des outils de gestion, dont la visée est effectivement d'exercer du pouvoir (de contrôler des résultats, des flux ou des personnes), supposent aussi la production de savoirs *ad hoc* indissociables de la façon dont la question a été posée. »[3] L'extension du territoire administratif de la prévention questionne le périmètre du contrôle des informations détenues par les préventeurs en santé au travail concernant l'état de santé des salariés et les risques auxquels ils sont exposés dans les entreprises.

L'outil informatique est au centre du dispositif permettant le contrôle de la division du travail entre les préventeurs par les directions de services :

> « [le comité de pilotage transverse] permettait de faire le lien entre les différents comités de pilotage pour travailler les aspects transfert de compétences, transfert d'informations, continuité de l'action. Donc par exemple on a créé un outil informatique qui permet d'avoir pour une entreprise la totalité de ce qui a été fait

1 Sandrine GARCIA et Sabine MONTAGNE, « Pour une sociologie critique des dispositifs d'évaluation », *art. cit.*

2 Michel FOUCAULT, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

3 Ève CHIAPELLO et Patrick GILBERT, *Sociologie des outils de gestion. Introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion*, Paris, la Découverte, 2013, pp. 76-77. « Étudier les outils de gestion comme des "dispositifs" signifie qu'on englobe dans l'étude un grand nombre d'éléments hétérogènes : des agencements matériels, des formats d'information, des procédures d'utilisation, des représentations morales sur ce qui est bien, des théories scientifiques... ».

> par les différents acteurs et de trouver les modes de collaboration pour éviter que plusieurs personnes ne traitent la même demande, que l'un intervienne après l'autre… enfin voilà qu'on ait de l'efficacité, encore une fois du transfert d'informations, de compétences. » (entretien avec Christian Durand, directeur, 50 ans, SI1)

Du fait de la confidentialité des données recueillies par les préventeurs, dont certaines sont couvertes par le secret médical, les médecins supervisent l'outil informatique. C'est ce que m'explique Richard Monnier qui s'en occupe au SI1 :

> « - Et c'est souvent des médecins qui s'en occupent [de l'informatique] dans les autres services ?
> - Alors oui toujours, c'est obligatoire. La confidentialité de la base est sous la responsabilité d'un médecin. Les informaticiens ne peuvent intervenir sur la base et avoir accès à des notions sensibles qu'avec l'accord du médecin référent. Donc c'est très ennuyeux parce que c'est une grosse responsabilité. Ce qui fait que je n'arrive pas à trouver quelqu'un qui veuille me remplacer. C'est... j'ai beaucoup de mal. » (entretien avec Richard Monnier, médecin du travail, 62 ans, SI1)

Ce médecin de 62 ans dont le père était comptable et la mère au foyer, s'est lancé dans la médecine après un baccalauréat littéraire et avoir hésité avec des études de philosophie bien qu'il ait également toujours aimé les sciences naturelles : *« moi j'estime que la médecine c'est une branche de la philosophie »*. Également détenteur d'un certificat de médecine agricole, il obtient le CES de médecine du travail en 1976. Après l'armée, il fait des remplacements en médecine générale et prévoit de s'installer. Mais fatigué par d'importants problèmes de santé, il délaisse les gardes pour un poste de médecine du travail trouvé par petites annonces : *« il y a un poste qui s'est libéré et je me suis dit : "tiens pourquoi je ne ferais pas de la médecine du travail ?" Et puis je suis resté. »* En 1978, il change de région et reste 15 ans dans un service interentreprises. Détenteur d'un *diplôme de réparation juridique du dommage corporel*, il est alors également expert de médecine légale.

Syndiqué à la CFE-CGC, il est délégué du personnel et siège au CA. Médecin coordonnateur, il est en conflit perpétuel avec son directeur qui, craignant être remplacé par lui, *« en voulait aux médecins parce que les médecins avaient pratiquement son salaire et lui il ne trouvait pas ça justifié. Donc il nous embêtait tout le temps. Moi il me remboursait pas mes frais de déplacement »,* au point de changer de service pour arriver au SI1 en 1993. Il y trouve de bien meilleures conditions de travail : une bonne ambiance et les cotisations des entreprises sont calculées sur la masse salariale plutôt qu'à la visite effectuée (son précédent directeur poussant les médecins à assurer un maximum de visites médicales et les employeurs

n'envoyant pas leurs salariés pour ne pas payer). Il s'investit également au sein de la Société régionale de médecine du travail dont il est trésorier pendant quelques années et fait toujours partie de son conseil d'administration.

En tant que responsable de l'informatique[1], il a toujours été impliqué dans les démarches de services : *« Il y a une commission informatique et je la préside si vous voulez et donc c'est vrai que vis-à-vis de la direction et tout ça, ça me permet de dire ce que je pense. »* Arrivant au sein du SI1, où l'usage de cet outil se développe à partir de 1995, il est invité à la « commission informatique » dont il prend la tête suite à un conflit avec le précédent responsable et devient « super administrateur » du logiciel médical. La commission qui réunit trois médecins, trois assistantes et deux personnes du service informatique (maintenance) — un informaticien consultant extérieur au service se déplace également deux fois par semaine — définit le thesaurus du logiciel médical (précisant les items de l'examen clinique, des risques prévus…) et les requêtes pour trouver ces données. *« Je veux que l'informatique soit à notre service, au service du médecin. Et qu'on ne soit pas esclaves de l'informatique. Qu'on ne rentre pas n'importe quoi, mais des choses utiles. Ça prend du temps. »*

L'accès aux données change selon le statut du salarié du service interentreprises. Tout ce que le médecin rentre dans le dossier médical est confidentiel. Chaque « ligne » du dossier médical peut n'être vue que par le médecin qui l'a saisie. Lorsque le salarié le demande explicitement, mais aussi lorsque ces informations sont jugées « sensibles » par les médecins comme pour les cas de tentatives de suicide, d'Interruption volontaire de grossesse (IVG) ou de séropositivité que Richard Monnier me donne en exemples[2]. Les antécédents médicaux personnels et familiaux sont transmissibles aux médecins qui suivent le salarié. Les assistantes médicales, dont certaines saisissent ces données, ont accès au dossier médical. L'infirmière, peut y avoir accès par délégation du médecin. Par ailleurs les assistantes saisissent dans le logiciel interne au service interentreprises les convocations aux visites médicales (notant la présence des salariés) et les rendez-vous. Le personnel administratif a accès aux noms des salariés des entreprises adhérentes pour gérer les cotisations.

1 *« Je me suis toujours intéressé à l'informatique. Au début des années 1980, il y a eu les premiers PC. J'avais fait partie du club microtel c'était des informaticiens de la poste qui donnaient des cours. Alors moi j'ai de la chance parce que j'ai suivi toute l'évolution des logiciels. Ça, c'est important. J'aime bien bricoler les ordinateurs. »* (entretien avec Richard Monnier, médecin du travail, 62 ans, SI1)

2 Des informations pouvant être discriminantes pour les salariés sont jugées particulièrement confidentielles.

Comme pour les dossiers médicaux papier dont la forme est décidée collégialement, la généralisation de l'informatique dans les services interentreprises au début des années 2000 amène une première harmonisation de la structure des logiciels définie avec les professionnels. Le format d'enregistrement de l'information la détermine partiellement. L'enjeu est alors de savoir quelle est la place des professionnels dans la définition des formes d'enregistrement. Comme me l'explique Richard Monnier, les médecins cherchent des repères pour trouver *« une certaine cohérence entre nos items et ceux qui existent ailleurs »*. Ils se réfèrent notamment au thesaurus de la caisse d'assurance maladie et à l'Institut des données de santé qui « a pour mission d'assurer la cohérence et de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie »[1].

Du fait de la pénurie médicale, les médecins sont de moins en moins disponibles pour contrôler l'emploi de l'outil informatique et externalisent ce rôle :

> « Mais là maintenant le temps médical est trop précieux. Le service ne peut pas se permettre d'avoir un médecin qui fasse que de l'informatique. C'est sûr. On est plus efficace comme médecin puisqu'on manque de médecins. Donc petit à petit au lieu que ce soit nous qui le fassions, ça va être des gens de l'extérieur. » (entretien avec Richard Monnier, médecin du travail, 62 ans, SI1)

Hélène Ducan, directrice du SI2, attribue la réticence des médecins à employer l'outil informatique à leur âge avancé, comme elle l'évoque très rapidement, ils s'opposent avant tout à l'informatisation des dossiers médicaux. Les médecins craignent un contournement du secret médical et une remise en cause de leur prérogative professionnelle. De même au SI1, en 2011 le logiciel médical n'est pas encore fusionné avec celui des préventeurs non médicaux :

> « On a développé un nouveau module informatique et il a été présenté hier. Donc ça y est, là il va être généralisé. On espère beaucoup progresser. L'idée c'est qu'on tape un numéro d'adhérent et qu'on ait pour lui tout ce qui a été fait à la fois pour les médecins et les PRP. Donc pour l'instant les médecins font leur truc de leur côté, la "pluri" c'est fait. Ces logiciels ne communiquent pas aujourd'hui. C'est prévu, mais il ne faut pas aller trop vite. Donc ça va se faire tout simplement. C'est pas un problème technique, c'est un problème... si on va trop vite, on va bloquer les choses. » (entretien avec Christian Durand, directeur, 50 ans, SI1)

Le directeur du SI1 me précise ensuite : *« Je suis obligé à chaque fois de travailler sur les processus si je veux être efficace. Parce qu'un salarié sur deux est un salarié protégé. […] Si vous voulez moi j'ai un rôle, comme en clinique, c'est l'autorité de compétence. C'est la*

1 http://www.institut-des-donnees-de-sante.fr/institut/la-loi/ consulté le 30 juin 2016.

conviction, c'est pas le pouvoir disciplinaire. C'est ça qui fonctionne. » La réticence médicale au partage de l'information repose non seulement sur la protection d'informations confidentielles recueillies sous couvert du secret médical mais aussi sur des enjeux importants de contrôle du travail. Comme nous le verrons dans les deux prochains chapitres, les médecins qui connaissent, au moins partiellement, les situations de travail dans les entreprises délèguent aux préventeurs nouvellement recrutés dans les services interentreprises leurs interventions. En détenant l'information sur les risques professionnels présents dans les entreprises adhérentes, il devient possible d'établir les priorités d'intervention à leur place. Il s'agit là en effet d'une déprofessionnalisation de l'activité. Dans cette perspective, c'est bien un registre professionnel qui peut être mobilisé par les médecins pour justifier leur opposition à la réforme telle qu'elle se dessine.

1.2 Une opposition « professionnelle »

Les médecins du travail ne sont pas opposés à une réforme de la médecine du travail en soi, qu'ils appellent même de leurs vœux, mais ils résistent à une plus grande ingérence de leurs directions dans leurs pratiques professionnelles. Ce sont notamment les médecins du travail opérant un cadrage clinique de leur activité qui défendent avec le plus d'ardeur leur autonomie professionnelle face à la mise en place de nouveaux dispositifs de gestion rationalisant l'activité de prévention. Haroun Jamous l'avait précédemment identifié, la référence à une définition clinique de la médecine constitue un système de défense face à des professionnels porteurs d'une définition plus rationalisée de l'activité et du savoir médical[1].

1.2.1 Des médecins opposés aux procédures d'objectivation

Souvent, les médecins du travail connaissent la normalisation gestionnaire des pratiques de travail par l'observation des entreprises dont ils ont la charge. Comme nous l'avons vu précédemment, un tel processus « d'harmonisation » des pratiques de travail entre les services interentreprises guidé par des dispositifs de gestion s'engage lors de leur réforme. Bien que ces dispositifs s'appliquent *a priori* davantage aux pratiques des nouveaux préventeurs qu'à celles des médecins, ces dernières n'échappent pas pour autant à la normalisation que ce soit par la formation médicale continue ou par l'obligation d'évaluation des pratiques.

1 Haroun JAMOUS, « Professions ou systèmes auto-perpétués ? », *op. cit.*, pp. 38-39.

Encadré 3.1 : Confrontation d'un représentant de l'AFNOR et de médecins du travail

Les journées d'une société de médecine du travail régionale qui ont lieu en 2011 à la Chambre de Commerce et d'Industrie d'une grande ville de province portent sur le thème « Normes et recommandations en santé au travail ». Lors de la séance « Normalisation en santé au travail », intervient M. R., responsable de l'action régionale à l'Association française de normalisation (AFNOR)[1] sur « Essais, normalisation, certification... : définitions, élaboration, enjeux » ; M. B. de l'INRS sur « La nouvelle approche et l'internationalisation de la normalisation » et la Dr. S., ancienne MIRTMO ayant ouvert un cabinet de conseil mobilisant la démarche qualité pour prôner un travail collectif intégrant les salariés sur « Démarche qualité dans les SST ».

Suite à cette dernière présentation, le débat est ouvert. Les trois intervenants sont présents à la tribune ainsi que Philippe Martin (MIRTMO), Nicole Mandin (MIRTMO), Serge Masson (médecin du travail) et le Pr. T (Professeur des universités — praticien hospitalier [PU-PH] de pathologies professionnelles). Rapidement M. R., très énervé, critique la présentation de la Dr. S. Le débat est houleux, la salle, composée quasi exclusivement de médecins (170 participants sont inscrits dont sept non-médecins), prend la défense de cette dernière en s'indignant des termes employés par M. R.

M. R. [s'adressant au Dr. S.] : dans votre intervention santé/sécurité au travail je comprends effectivement que votre expérience vous amène sur ce terrain-là. En revanche la première partie de votre intervention, et ça fait 20 ans que je n'avais pas entendu autant d'inepties, de contre sens qui manifestement montrent votre ignorance [chuchotements indignés dans la salle]. Et encore mes paroles ne vont pas au bout de ma pensée [rires].

Dr. S. : Allez-y, allez-y ! [brouhaha]

M. R. : Autant je vous le répète, la partie santé-sécurité, risques psychosociaux, etc. c'est votre métier.

Dr. S. : J'ose espérer que vous n'allez pas remettre ça en cause, que je rende perceptibles les risques psychosociaux, cher monsieur.

M. R. : Voilà. Mais vous êtes arrivée dans un champ de votre domaine d'incompétence [exclamations offusquées] en abordant les démarches qualité. Ça n'a rien à avoir avec...

Dr. S. : Vous nous avez parlé de gestion de risques, monsieur. Et vous nous avez parlé uniquement de gestion de santé alors que moi j'ai essayé de le faire glisser sur la prévention et la protection de la santé. Et j'ai voulu montrer justement par les définitions qu'il y avait que nous ne pouvions pas parler le même langage [quelques applaudissements].

M. R. : C'est assez étonnant. On a rencontré ça il y a relativement longtemps. Il y a une vingtaine d'années. Fort heureusement dans [la région], en ce qui concerne la santé par exemple, il y a un groupe de travail extrêmement intéressant qui a été animé par [il nomme la personne]. Je ne sais pas si certains la connaissent ici, au CHU. Mais qui porte quand

1 « Créée en 1988, Association française pour l'amélioration et le management de la qualité devient en 2004 le groupe Afnor suite à une fusion avec l'Association française de normalisation. » Pascal MARICHALAR, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *art. cit.*, p. 46.

même un autre discours sur ce qu'est réellement une démarche qualité. Ça n'est pas ce [incompréhensible] là, c'est autre chose. C'est une dynamique, c'est une respiration. Non, mais c'est vraiment entré dans autre chose que ce que j'ai pu rencontrer là [le brouhaha se fait plus important]. S'il vous plait ! Essayez de travailler quand même avec des consultants compétents, mais là j'en ai trop entendu au travers de votre présentation !

Dr. S. : Je suis là en tant que médecin que mes pairs ont...

M. R. : Je suis désolé. Là franchement il faut quand même que quelqu'un vous le dise. Après vous vous ferez votre opinion, je ne vais pas développer effectivement ça, mais c'est quand même relativement choquant !

Serge Masson : Je vous entends bien ! Je vois bien tout l'écart qu'il y a entre ces démarches qualité et je me demande s'il n'y a pas une particularité française sur ce sujet-là. Je vous rappelle que dans les années 82, 83 ont été votées les lois Auroux et les cercles de qualité. Pourquoi ? Parce qu'en France on veut tout universaliser, nationaliser. Et que de faits, au lieu de faire un système de qualité, de donner du pouvoir pour dire aux gens qui travaillent sur leur travail ! On a hiérarchisé ça, au fait que ça a été complètement récupéré. Et tout ce qui était dynamique de travail a été balayé et repris par des organisations hiérarchisées qui ont perdu la notion du travail réel, de dire le travail réel des salariés. Il faut bien comprendre ça pour comprendre comment vous êtes arrivés au sein de toutes vos organisations avec des démarches qualité complètement surfaites et externes qui, de fait, ne saisissaient pas la réalité du travail. Simplement entre nous, moi je trouve qu'il y a des démarches qui arrivent à de bons résultats, mais c'est relativement rare.

M. R. : Non vous êtes restés sur une vision archaïque des démarches qualité, ce n'est pas ça [rires]. Fort heureusement nous, ou d'autres organismes, travaillons en France avec 30 000 entreprises qui ont quand même, fort heureusement, une autre vision des choses. À la fois de l'homme dans l'entreprise et de l'organisation. C'est pourquoi, quand vous mettez en avant l'uniformisme... Ou même j'allais dire, des objectifs que vous avez présentés que je réfute complètement un par un. C'est absolument complètement en décalage. Est-ce qu'on peut voir un cadre dans l'entreprise qui réellement mette en place une démarche qualité ?

Serge Masson : Écoutez je vais vous dire, justement sur une démarche qualité qui fonctionnait bien. De mon point de vue, de ce que j'observe moi c'est relativement rare. Parce que de fait, autrement, elles passent, il y a des éléments externes qui passent et qui de fait donnent souvent à la hiérarchie, à l'organisation quelque chose de nouveau, mais de figé et qui n'est pas adapté à l'évolution des salariés. Moi ce que je dis, c'est souvent ce qu'on voit, dans une des entreprises que je suis qui a 400 salariés, une administration ! Ils étaient extrêmement déçus parce que de fait ils n'avaient pas l'argent pour avoir un consultant pour faire le document unique. J'ai dit « Ouf. Heureusement on va pouvoir s'y mettre pour de vrai dans la durée ». Et je peux vous assurer que la démarche qui a commencé comme ça, enfin les salariés, les agents s'approprient cette démarche de document unique avec des étapes, etc. Et c'est extrêmement important que ce ne soit pas un consultant externe. Le fait que ce soit l'entreprise qui s'approprie le déroulement. Et ça, cette démarche est possible dans une administration publique malgré tous les changements qu'il y a. Mais je vous assure que des consultants externes, même de qualité sont des gens de passage qui ne permettent pas l'appropriation, de la maîtrise du vécu du travail, de la réalité du travail.

Pr. T : Par rapport à la discussion entre les deux philosophies. Si je puis me permettre, je crois comprendre maintenant un peu mieux les deux positions. Et donc je dirais par rapport à la démarche qualité qui a été mise en place dans les hôpitaux, c'est donc effectivement une démarche qui a suivi des démarches qui étaient déjà mises en place dans les entreprises. Et en particulier sur les normes International standard organisation (ISO) qui n'existent pas dans les hôpitaux. Et donc dans ce sens je rejoins ma collègue. Parce qu'est-ce qu'on peut finalement appliquer au milieu de soin, un milieu qui prend en charge l'homme avec toutes ses variables, toutes ses nuances, est-ce qu'on peut appliquer, disons un même système d'évaluation de la qualité qu'on applique en entreprise ? Et c'est là tout le problème. Et moi je pense que ce n'est pas possible. Et donc je comprends la qualité du travail des qualiticiens et la démarche de progrès. Je comprends la roue de Deming. Mais ce que je dis c'est que ce n'est pas possible. Je vais vous donner un exemple. Si vous prenez l'exemple des hôpitaux. Si dans l'hôpital on va évaluer la prise en charge d'un soin, de la qualité donnée dans un soin au patient et bien dans cette démarche-là, vous ne prenez pas en compte s'il y a eu, par exemple, un sous-effectif en personnel, s'il y a eu des déclarations de maladies professionnelles. Donc le côté risque professionnel, il n'est pas inclus au jour d'aujourd'hui dans la démarche d'accréditation, d'analyse de qualité des soins. Et donc on est deux mondes complètement à part. Pour l'instant on ne peut pas se rejoindre. C'est ça le problème.

Nicole Mandin : Moi je vous interroge. Si effectivement au niveau de la qualité et des normes, tout ce qui était toyotisme avait fonctionné correctement, pourquoi on aboutit maintenant au lean manufacturing ? On aurait vu les dégâts, on a vu les dégâts que ça a donnés. Que ce soit, même s'il y avait des choses correctes effectivement, on arrive maintenant à une organisation du travail qui est encore pire. Le lean manufacturing, actuellement au niveau de l'entreprise on voit les dégâts que ça peut faire. C'est quelque chose d'extraordinaire. Ces systèmes d'organisation par les métiers, on ne s'y retrouve plus. Maintenant ce n'est pas des normes, mais on a étudié au niveau de la qualité.

Philippe Martin : Déjà ce n'est pas la qualité, c'est plus le système

Nicole Mandin : C'est le système, mais...

Philippe Martin : Le lean management est arrivé dans le secteur tertiaire et c'est une énorme imbécillité.

Nicole Mandin : Tout à fait.

M. B. : Et il y a aussi la pollution du lean par les Français.

Philippe Martin : Le lean, la lutte contre la mauvaise graisse. Le lean management a envahi le secteur tertiaire et c'est une catastrophe humaine. Le retour sur investissement n'est généralement pas là du tout.

M. B. : Là il faudrait faire des comparaisons internationales parce que ce que disait Serge c'est vrai. Ce n'est pas la qualité, c'est autre chose. Il est possible que les Français aient une vision extrémiste des méthodes de management et des outils. Ça avait été très bien montré par la philosophe Simone Weil sur l'application du taylorisme dans les années 20, 30 en France. Fayol tout ça, le chronométrage. On avait une façon de faire toujours un peu plus que la norme en France. Et une vision un peu de foi du charbonnier de ce type de méthode du management. Peut-être qu'il y a nécessité d'avoir un peu de recul sur ces

techniques. Le lean a certains effets positifs qui sont quand même assez incontournables. Comme par exemple chez Peugeot où on a discuté d'autre chose que du lean à partir du moment où vous commencez à faire de l'ergonomie. Faire de l'ergonomie, mais en acceptant le lean. C'est un fait, c'est comme ça. Mais il y a quand même lean et lean. Et on peut quand même imaginer qu'il y ait des branches au sein de ce type d'approches. Je partage complètement ton idée de lean, on vit ça à l'hôpital c'est complètement délirant. Surtout sur des objectifs qui ne sont pas clairs. Mais peut-être qu'on pourrait avoir des versions un peu plus grosses du lean si on peut dire, un peu plus de gras.

Pr. T : Je pense qu'on est aussi sur, effectivement, deux modèles d'homme au travail différents. Et d'un côté on est sur un modèle qui est basé sur le fait qu'on va se méfier de l'homme au travail et de l'autre on fait confiance à sa subjectivité pour compenser. Effectivement il naît de sa créativité pour aboutir au résultat. À partir du moment où on est sur une culture où il y a des choses à contrôler parce qu'on ne fait pas confiance, on n'aboutit pas du tout aux mêmes résultats.

(Observation réalisée le 13 octobre 2011)

Dans l'exposé de M. R., responsable à l'AFNOR, les normes ISO et la démarche qualité sont présentées comme des outils de prévention de la santé au travail. Or Dr. S. renvoie son interlocuteur à une gestion du risque distincte de la prévention de la santé des salariés. Dans le débat qui les oppose ensuite, M. R. revendique la légitimité du « passage par des *procédures* » alors que la médecin se réclame d'une « *incorporation* légitime des compétences »[1]. En effet, comme la montré Nicolas Dodier, les médecins du travail « revendiquent la légitimité d'une forme d'élaboration de la connaissance irréductible aux exigences des procédures d'objectivation standardisées, administratives ou scientifiques »[2]. Ce faisant ils défendent la légitimité d'un jugement clinique. Au cours du débat présenté ci-dessus, les médecins expliquent l'inefficacité de démarches qualité réalisées par des consultants extérieurs à l'entreprise par leur détachement du travail réel et du vécu des salariés. Pour nombre de médecins du travail, les informations pertinentes sont recueillies grâce à leur présence longue au sein des entreprises et les entretiens individuels réalisés au sein du cabinet médical. Ils *« prennent en charge l'homme avec toutes ses variables, toutes*

1 Nicolas Dodier met en exergue « deux régimes de validation des représentations de l'action : le passage par des procédures, et la référence à une incorporation légitime des compétences. » Nicolas DODIER, *L'expertise médicale*, *op. cit.*, p. 142.

2 Nicolas DODIER, « Représenter ses actions. Le cas des inspecteurs et des médecins du travail », *in Les formes de l'action. Sémantique et sociologie*, Paris, Ed. Ehess, 1990, p. 141.

ses nuances ». Notons également que les médecins « retournent la situation » en analysant à leur tour et selon un cadrage clinique les effets sanitaires des dispositifs de normalisation[1].

Ces médecins, en revendiquant une « incorporation légitime des compétences », cherchent à préserver cette prérogative et remettent en cause l'évaluation de la santé au travail par l'encadrement. Ils ont recours à des « dispositifs de qualité personnelle » (le diplôme, la référence à une méthode clinique, la confiance interpersonnelle, l'éthique professionnelle)[2] pour évaluer leur pratique professionnelle. Eliot Freidson qui a étudié la particularité de l'activité clinique montre que le clinicien ne juge toute autre évaluation de son travail légitime que si elle provient d'une personne dotée d'une expérience personnelle similaire à la sienne. Son travail étant singulier et concret, il lui incombe une grande responsabilité personnelle qui est au fondement de son autonomie professionnelle[3].

Pascal Marichalar montre que l'indépendance professionnelle, vis-à-vis de la hiérarchie par exemple, est fondée sur l'interdépendance avec d'autres professionnels et institutions[4]. Participent au débat présenté ci-dessus, des médecins « established » dont certains sont dotés d'un fort capital militant. Nous reconnaissons ici Nicole Mandin[5]. Cette conception professionnelle de la prévention est défendue par des médecins à l'approche clinique appartenant au courant « critique ».

À travers le portrait de Serge Masson, promouvant un mode d'évaluation de la pratique professionnelle s'intégrant à ces dispositifs, nous comprendrons davantage pourquoi ces médecins s'opposent à la diffusion de dispositifs de gestion au sein des services interentreprises. Fils d'agriculteurs et membre d'une fratrie de sept enfants, Serge Masson qui est né en 1950, fait ses études secondaire dans un établissement privé catholique à vocation ecclésiastique qu'on appelait petit séminaire. Il qualifie son éducation dans la période qui précède mai 1968 de « *naïve mais exceptionnelle* » :

> « Alors c'est un établissement assez exceptionnel dans la mesure où pendant 4 ans il n'y a eu aucune sanction. Présence ou pas aux cours, il y avait une forme de solidarité qui était organisée entièrement par des entretiens d'équipes hebdomadaires. Des équipes de cinq ou six, c'était l'équipe qui faisait la

1 Magali Robelet note que « toute règle ou tout outil technique qui fait irruption dans la pratique du clinicien fait alors l'objet d'un travail d'interprétation au même titre que les savoirs académiques. » Magali ROBELET, *Les figures de la qualité des soins*, *op. cit.*, p. 43.
2 *Ibidem*, p. 44.
3 Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, *op. cit.*, p. 188.
4 Pascal MARICHALAR, *Médecin du travail, médecin du patron ?*, *op. cit.*, p. 144.
5 Cf. chapitre 1, 1.1.2, p. 52.

> régulation. C'était autour de l'équipe que s'organisaient les absences, les remplacements, la communication des cours, la remise en cause, les questionnements. Et en mai 68, c'était la terminale, il y a eu le mouvement de mai 68. Que vous ne connaissez pas, vous êtes trop jeune. Et bien nous au séminaire, on a été les premiers à rentrer dans ce mouvement. On est rentrés extrêmement rapidement, on a eu les informations. Il faut savoir qu'en terminal par exemple, avec des professeurs plutôt ouverts, on a eu des week-ends de travail avant 68 sur Camus, sur Sartre, sur Nietzsche. Et pour nous le mouvement en mai 68 c'était pas : "plus de si, plus de si, plus de ça". C'était la remise en cause complète de l'éducation. C'est-à-dire qu'on avait une critique de notre éducation, des orientations de notre éducation, y compris littéraire et philosophique, qui était certainement très avancée. Et donc avec des délégations on allait voir les autres lycées privés et les lycées publics pour leur dire : "Mais pourquoi vous ne vous mettez pas en grève ? C'est vachement important". Il y a des prises de parole. La remise en cause d'un ordre établi qui est complètement figé et pas du tout conforme à l'humain. Et puis on a vécu ça aussi juste après ce qu'on appelle le concile Vatican II, qui était dans l'église catholique où il y avait un espoir de remise en cause d'un certain nombre de dogmes qu'on appliquait moins à la lettre. J'ai vécu ça aussi très particulièrement puisque dès la 3ème je ne croyais plus. Je n'avais plus la foi. » (entretien avec Serge Masson, médecin du travail, 61 ans, fonction publique)

Après quelques mois au grand séminaire au sein d'une classe très soudée (pratiquement tous les élèves de terminale poursuivent leur formation cette année-là), il se réoriente finalement en médecine, mais rétrospectivement il pense avoir été très marqué par cette expérience :

> « Moi je suis rentré à la fac de médecine un peu par hasard ou du moins en un choix par défaut. Mais cette expérience de régulation par l'équipe m'a paru extrêmement intéressante. Non dénuée de danger parce que de fait on se faisait avaler les couleuvres nous-mêmes. Donc toute la question sectaire, toute la question de gourou, on était prévenu. Une éducation qui nous a prévenu de ce genre de trucs. Dans les années 70, tout en sympathisant avec l'extrême gauche, je ne pouvais pas rentrer dans leur fonctionnement, je refusais leur sectarisme, leur dogme. Ce n'était pas possible. Que ce soit même au parti communiste... Donc ce qui est assez amusant c'est que 30 ans, 40 ans après quand j'ai contribué à créer avec les différentes sociétés de médecine du travail, le SNPST et l'A-SMT, l'association E-pairs pour l'évaluation des pratiques professionnelles, ça se base sur le travail d'équipe. C'est un retour, une continuité, dont je prends conscience a posteriori. L'esprit critique, le besoin d'évaluation et la confiance dans la construction collective. »

Il obtient le CES de médecine du travail en 1978 et pratique quelques mois avant de s'orienter en médecine générale, qu'il exerce en cabinet en tant qu'associé pendant 12 ans, dans la dynamique du SMG critique de la médecine libérale et du paiement à l'acte, et proposant des initiatives d'équipes. Il évoque également son expérience de médecin généraliste « *où j'avais*

été confronté à pas mal de gens dont la pathologie était due au travail ou était en interaction avec le travail très fort et je voyais qu'il y avait des manques là-dessus ». En 1989, désespéré par l'absence d'évolution des conditions d'exercice de la médecine générale, sollicité par une fonction publique et souhaitant retrouver du temps pour sa famille, il se met à la médecine du travail en temps partiel :

> « j'ai proposé de faire ça à temps partiel pour d'abord quitter un surinvestissement en médecine libérale qui était très très coûteux. Et assez rapidement d'ailleurs ce surinvestissement en médecine générale je l'ai trouvé en quelques années en médecine du travail. »

Après avoir adhéré directement au SNPMT, *« qui était un syndicat professionnel santé au travail qui avait plutôt une bonne analyse de la situation. Et que je trouvais un peu timoré »*, il prend petit à petit des responsabilités en médecine du travail. Après s'être engagé dans l'enquête Enquête santé travail et vieillissement (ESTEV) avec Nicole Mandin, en 1992 il s'investit dans la formation d'un réseau interrégional de médecins de prévention de son ministère. En 1997, il propose la fusion de ces groupes régionaux en un groupe national dont il devient le porte-parole et siège au comité consultatif d'hygiène et de sécurité de ce ministère.

Il continue en outre à exercer une demi-journée par semaine dans un centre de planification familiale où il poursuit une réflexion collégiale et défend une pratique clinique :

> « je faisais des IVG et je m'étais mis à faire depuis 1981 des vasectomies. La vasectomie c'est la stérilisation des hommes. avec une équipe de quatre confrères et des conseillères conjugales. On compensait l'absence de légalité par des réunions mensuelles supervisés avec un psychanalyste. Le problème d'illégalité était le même pour les stérilisations féminines dont le nombre évalué à 60 000 dans les années 80 était passé à moins de 30 000 à la fin des années 90 justement par crainte des risques judiciaires. La France était le seul pays européen qui n'avait pas de législation là-dessus. En réfléchissant régulièrement ensemble sur les demandes de vasectomie, on est arrivés à l'idée que de fait, c'est le patient qui décide et que, sauf vraiment opposition parce qu'on pense que ce serait non assistance à personne en danger que de le faire, on accompagnait le patient, on l'informait et c'est lui qui décidait. Le comble c'est que notre petite équipe a été actrice de ce principe dans la loi sur la contraception volontaire du 3 juillet 2001, alors que depuis des années les spécialistes gynécologues et urologues français s'opposaient sur des critères médicaux, sociaux et familiaux sans consensus. Avec le soutien de l'association des centres d'IVG et la complicité d'une député

> socialiste, un relais improbable a pu émerger par l'ex ministre de la santé[1] et le président du groupe socialiste à l'assemblée nationale[2]. »

Ce sont autant d'expériences qui renforcent la confiance en l'analyse et la construction en équipe.

En parallèle, Serge Masson poursuit son engagement au SNPST où, bien que minoritaire, il se fait élire au conseil syndical d'année en année, puis au début des années 2000 au bureau national où on lui demande de prendre la rédaction en chef du journal des médecins du travail. « *Et donc tout en étant minoritaire parmi la médecine du travail, j'ai porté un peu la parole* ».

Défendant une conception clinique de la prévention, Serge Masson perçoit le rôle du médecin du travail comme étant celui de l'alerte (qu'il appelle *« dévoilement »*) et de l'accompagnement des salariés. Il s'oppose à ce que les médecins soient *« gestionnaires du risque »* pour les employeurs :

> « Les observations cliniques de santé au travail sont essentiel pour prendre en compte l'humain dans la prévention des organisations de travail. Mais la restitutions n'est pas facile et les chiffrages moyens demandés par les partenaires sociaux n'est pas toujours pertinent. Quand il y a deux ou trois personnes qui sont en grande difficulté de santé sur une population de 50, 60 personnes, ce n'est pas le pourcentage qui compte. C'est qu'au-delà de ces deux ou trois personnes, les mêmes symptômes sont en train de se développer chez d'autres personnes autour. Et pour les mêmes conditions de travail. C'est ça qui est intéressant. Même si j'ai toujours défendu le développement de l'épidémiologie, il faut savoir et pouvoir interpeller au-delà de moyennes. »

Fort de ces convictions, défendant *« la santé au travail et non la gestion des risques »*, il milite contre les orientations prises par la réforme de la médecine du travail :

> « il y a eu les protocoles d'accord de 2000 qui étaient signés par la CFDT et la CGC avec le patronat. Où là j'ai compris qu'il y avait une grande confusion qui était faite entre ce qui était la santé au travail et ce qui était de la gestion des conditions de travail. Donc cette grille de lecture à partir de la directive européenne de 89 m'a parue évidente et j'ai eu beaucoup de difficultés... Me paraît encore évidente aujourd'hui. Et n'est pas encore partagée. J'ai fait par exemple des opérations de séduction des députés y compris de droite, par rapport à cette analyse-là, mais il n'y a pas de suite. Donc voilà avec évidemment la compréhension que [il soupire] le MEDEF a surfé là-dessus et utilisé ça. Cette confusion sémantique dans l'interprétation de la directive de 89 et que les

1 Claude Evin est alors élu député, membre du PS. Il a également été ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale entre 1988 et 1990 dans le gouvernement de François Mitterrand.

2 Jean-Marc Ayrault, alors député PS, préside le groupe socialiste à l'Assemblée nationale depuis un an.

> gouvernements dits “de gauche” en 2000, ne voulaient pas percevoir cela. Et encore moins de droite bien sûr. Ce qu’on a précisément analysé dans les années 2000 c’est que de fait, toute la tentative d’application des directives européennes c’est d’impliquer les services de médecine du travail dans la gestion des risques pour les employeurs. Si on se met à faire ça, on est dans un compromis défavorable, on ne pourra plus dire la santé au travail. On va partir de normes, de références. Autant la gestion des risques qu’ils font, qu’on la connaisse pour la traiter, pour traiter la santé par rapport à ça. Autant c’est surtout pas à nous de la faire. Même si on peut dire là il nous semble qu’il y a des choses qui ne sont pas vues pas faites, qui sont mal faites, etc. C’est pas à nous de la faire. »

En 2006, alors impliqué dans la formation médicale continue par le biais de son syndicat, Serge Masson profite de la loi de 2004 obligeant déontologiquement et réglementairement les médecins à évaluer leurs pratiques professionnelles[1] pour contribuer à la création de l’association E-pairs, « Association fédérative des groupes de pairs pour l’évaluation des pratiques professionnelles en médecine du travail ». *« Avec l’idée de recentrer les pratiques professionnelles sur la question du dévoilement et de l’accompagnement de la santé au travail et pas autre chose. […] On a fait ça par groupes d’analyse de pratiques entre pairs qui ne se résument pas en des discussions de comptoir, mais en des discussions uniquement sur des cas cliniques précis et le réel et l’analyse, la littérature. »* Dans le recours à des « dispositifs de qualité personnelle », « l’émetteur légitime du jugement sur la qualité des soins est ici le médecin ou éventuellement les pairs. »[2]

Le SNPST et l’A-SMT font partie des membres fondateurs de l’association[3]. L’évaluation des pratiques professionnelles se fait sous forme de Groupes d’analyses des pratiques entre pairs (GAPEP). Elle ne se fait ainsi pas en fonction de référentiels prédéfinis, mais à partir du jugement des confrères. Les groupes de pairs réunissent régulièrement autour d’une thématique, cinq à douze professionnels dans des réunions de 2 h 30. « Chaque médecin ou infirmière devra, à tour de rôle, être animateur et rapporteur, et présenter au moins une fois une situation de travail (cas clinique par exemple) ; chaque réunion donne lieu à compte-rendu pour tracer les débats (rédaction tournante) »[4]. Ce compte-rendu est également évalué par des confrères d’autres services qui renvoient des commentaires. En 2011 de 200 à 220 médecins du travail sont concernés. Un groupe d’infirmières en santé au travail est alors

1 Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie, JORF n° 0190 du 17 août 2004.
2 Magali ROBELET, *Les figures de la qualité des soins*, *op. cit.*, p. 45.
3 Les autres membres associatifs fondateurs sont la *Société de Médecine du Travail du Val de Loire* et la *Société de Santé au Travail de Poitou-Charentes*.
4 Voir http://www.e-pairs.org/DPC.EPP.GAPEP.html, consulté le 19 août 2016.

également en train de se constituer. Ils sont répartis en 25 GAPEP dans sept régions différentes.

L'évaluation des pratiques professionnelles est coordonnée par la Haute Autorité de Santé et par la Formation médicale continue. Selon le décret du 14 avril 2005 : « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques »[1].

Dans ce cadre gestionnaire, la création d'un organisme professionnel d'évaluation (et de formation) ne se fait pas sans critiques. Ainsi au 30e Congrès national de médecine et santé au travail ayant lieu à Tours en 2008, une séance est prévue sur « l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ». Il est notamment déclaré que :

> « L'EPP est une occasion unique de construire collectivement une réflexion sur le métier de médecin du travail au 21e siècle. C'est au demeurant une finalité formative orientée sur l'amélioration continue des pratiques et qui repose sur la confrontation d'un usage avec un référentiel lui-même issu directement de la médecine basée sur les preuves (evidence based medicine). De telles recommandations sont à l'heure actuelle moins nombreuses en médecine du travail que dans d'autres spécialités médicales, en raison probablement de la complexité singulière de l'exercice en santé au travail. Il ne faut pas voir dans ces référentiels un carcan supplémentaire. »[2]

Bien qu'il soit annoncé dans cette présentation que « chaque médecin choisit librement ses modalités d'évaluation et son organisme agréé », « la pertinence d'une évaluation centrée exclusivement sur l'activité clinique du médecin alors que sa mission inclut une action en milieu de travail et de surcroît, dans un contexte de pluridisciplinarité »[3] est cependant questionnée.

Face aux injonctions à l'évaluation et l'harmonisation des pratiques professionnelles, les médecins du travail les plus dotés en capital militant interrogent et « détournent » les dispositifs d'évaluations pour les adapter à des exigences professionnelles. Mais qu'en est-il

1 Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles, JORF n° 88 du 15 avril 2005. Depuis le développement professionnel continu, initié par la loi HPST en 2009 et effectif depuis le 1er janvier 2013, associe la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles en un « dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ».

2 Compte-rendu de la séance sur l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) rédigé par la Dr. Brigitte Biardeau de l'ACMS sur http://www.camip.info/Evaluation-des-pratiques.html, consulté le 20 août 2016.

3 *Ibidem.*

des autres praticiens de terrain qui n'ont pas accès aux mêmes arènes pour contester le bien-fondé d'une évaluation gestionnaire de leur travail ?

1.2.2 Ne plus rendre de comptes

Au sein des services interentreprises, la contestation de la réforme d'une manière générale et de l'évaluation des pratiques en particulier, ne prend pas toujours la forme d'une opposition frontale. Elle s'opère également par le biais même des outils de gestion et d'évaluation, en l'occurrence les rapports d'activité, par lesquels certains médecins refusent le principe même de l'évaluation en refusant d'y contribuer.

La critique médicale de l'évaluation apparaît dans un contexte de surcharge de travail qui rend de plus en plus difficile d'assurer les missions imparties. Les médecins s'inquiètent des désajustements entre les obligations réglementaires auxquelles ils doivent répondre et les conditions de réalisation de leurs missions :

> « La rigidité de cette réforme et l'obligation d'une justification comptable de notre temps portent préjudice à la qualité de notre travail, nous obligeant à des choix. Un médecin étant juridiquement responsable de ses actes, ces choix ne lui permettent en aucun cas de remplir pleinement la totalité de ses missions. En conclusion, la dégradation de nos conditions de travail nuit à notre rôle de préventeur. » (« Conclusion de l'ensemble des médecins », rapport d'activité annuel du SI1, 2005)

Lors d'un déjeuner en octobre 2012, Isabelle Marchand, médecin du travail du SI1, me dit ainsi ne plus *« sortir »* de rapports annuels depuis 2004, car *« de toute façon ils ne sont pas lus* [par la DIRECCTE *»* au sein de laquelle elle a effectué l'un de ses stages. Dans la région étudiée, les internes y sont en effet chargés de lire les rapports d'activités de l'ensemble des médecins du travail et de compiler tant les données quantitatives que les commentaires qu'ils contiennent. Ayant nous-même voulu synthétiser l'activité médicale dans la région avec l'aide d'un médecin-inspecteur, nous avons été confrontée aux lacunes des données ainsi recueillies, trop peu de médecins envoyant leurs rapports à l'institution. D'autres médecins du SI1 arrêtent de rédiger des rapports annuels d'activité en justifiant leur décision par le fait qu'ils ne représentent pas la réalité de leur travail. C'est ainsi que lors d'une réunion de médecins à laquelle nous sommes conviée, Karine Mace nous explique qu'elle a arrêté d'écrire ses rapports d'activité depuis quelques années. Faisant état d'un dysfonctionnement du logiciel mais aussi et surtout d'un manque de temps des médecins pour

y saisir les conclusions des visites médicales, elle estime que les chiffres produits sont inexacts. Mais au-delà de ces considérations objectivables, c'est surtout par esprit de « contestation » qu'elle justifie son inaction. Il s'agit pour elle de montrer que les médecins du travail n'ont pas les moyens de travailler. Cette manière de « tirer au flanc »[1] dans la remise des rapports est une résistance infrapolitique à l'évaluation managériale de l'activité.

Le refus généralisé de rendre compte du travail effectué aux institutions de contrôle peut prendre diverses significations selon les « représentations sur l'usage possible du document qu'imagine le salarié qui le rédige »[2]. Nous devinons, chez Isabelle Marchand, la plainte d'un travail qui n'est pas considéré à sa juste valeur (les rapports sont lus par un interne qui ne dispose pas encore de la qualification requise pour être jugé professionnel). D'autres médecins considèrent illégitime de « réduire » à son évaluation quantitative, un travail qu'ils estiment plus complexe.

Mais bien qu'un certain nombre de médecins contestent l'évaluation quantitative de leur activité, celle-ci est opérée par le biais du logiciel interne où l'activité est saisie, si ce n'est par les médecins eux-mêmes (certains contestent l'usage de l'informatique), du moins par leurs assistantes. L'encadrement dispose ainsi d'une mesure quantitative générale de l'activité médicale du service. Les directions de service, via les médecins coordonnateurs, ont accès au nombre de visites médicales effectuées par catégories et à la part d'activité déclarée dans le « tiers-temps ».

Nous avons pu recueillir les rapports d'activité rendus par quatorze médecins du SI2 sur seize à leur direction en 2010. L'analyse de ces matériaux nous amène à cerner les usages des professionnels de ces outils d'évaluation. Cinq rapports ne font l'objet d'aucun commentaire général en fin de rapport, les données quantitatives saisies dans le logiciel de suivi de l'activité sont éventuellement complétées de quelques données factuelles (formations suivies, matériel à disposition, liste des collaborateurs du médecin...). Un médecin ne rend pas un rapport de forme standard[3] et huit médecins ont rédigé un commentaire allant de quelques lignes à une à deux pages. Ces commentaires nous renseignent sur la manière dont les

1 James C. Scott l'identifie comme une forme de résistance infrapolitique. James C. SCOTT, *La domination et les arts de la résistance*, *op. cit.*

2 Cédric LOMBA, « Avant que les papiers ne rentrent dans les cartons : usages ethnographiques des documents d'entreprise », *op. cit.*, p. 35.

3 Pour rendre compte de ses multiples engagements à sa direction, Bernard Maillet a remis le projet de service « innovant » qu'il a participé à rédiger à la demande du directeur adjoint de la DIRECCTE ainsi qu'une synthèse écrite conjointement avec d'autres médecins du travail.

médecins jugent leurs situations de travail et s'il en résulte une forme de contestation. Pour Austin Sarat, Richard L. Abel et William L. F. Felstiner[1], la concrétisation d'une protestation se fait à travers différentes phases. Les protagonistes doivent tout d'abord réaliser qu'une situation est problématique et la désigner comme telle, reprocher ensuite en identifiant les causes et les coupables et en leur imputant la situation, et enfin réclamer en exprimant le grief ainsi que des revendications à l'entité perçue comme responsable.

La majorité des médecins du travail présente la dégradation de ses conditions de travail. Ils évoquent leur charge croissante de travail due aux départs à la retraite non remplacés de leurs collègues et à l'augmentation des effectifs de salariés suivis. Ils *réalisent* l'allongement et la complexification de leurs visites médicales et l'impossibilité d'assurer leurs missions d'action en milieu de travail qui en découle. Ne pouvant assurer l'ensemble des visites médicales qui leur sont demandées, ils expriment l'impossibilité de répondre aux obligations légales qui leur sont faites.

Une partie de ces médecins décrit la détérioration des conditions de travail des salariés et les problèmes de santé, tant mentale que physique, associés. Bien qu'ils attribuent la complication des situations vécues par les salariés à des causes structurelles telles que la dégradation du tissu social et économique, ils insistent sur le fait que la souffrance vécue par les salariés qu'ils perçoivent en visite médicale contribue à l'augmentation et à l'allongement de ces visites. En corrélant la dégradation des conditions de travail et de santé des salariés à l'augmentation de leur propre charge de travail, les médecins dénoncent l'insuffisance des moyens qui leur sont impartis pour assurer leur mission de prévention.

Ils *reprochent* aux pouvoirs publics et aux responsables de l'organisation interne du service interentreprises ce manque de moyens[2]. La plupart des médecins *réclament* une réforme nationale de la médecine du travail et quelques-uns *réclament* plus spécifiquement le recrutement d'infirmières pour endiguer la « pénurie médicale ». Catherine Michaud, dont

1 Austin SARAT, Richard L. ABEL et William L. F. FELSTINER, « L'émergence et la transformation des litiges : réaliser, reprocher, réclamer », *Politix*, 1991, vol. 4, n° 16, pp. 41-54.

2 Les conclusions communes rédigées par les médecins du travail du Collectif de Bourg-en-Bresse suivent la même tendance. En 1994, dans leur première conclusion, ils constatent une « détérioration générale des conditions de travail » qui « entraîne des conséquences sur la santé des individus ». Les conclusions suivantes décrivent également l'état de santé dégradé des salariés. Mais progressivement le contenu de ces écrits évolue pour inclure une analyse de la prévention pratiquée en santé au travail et une critique de son organisation. COLLECTIF DES MÉDECINS DU TRAVAIL DE BOURG-EN-BRESSE, *Rapport annuel 2003. Conclusion commune de santé au travail. Bilan de dix ans d'écoute clinique, d'analyses et d'actions collectives, de mise en visibilité sociale et d'alerte*, Bourg-en-Bresse, 2003, p. 42.

nous faisons le portrait ci-après, est la seule médecin du travail du SI2 rencontrée souhaitant la mise en place d'une « démarche de progrès ».

Les médecins s'entendent *a minima* pour défendre leur indépendance médicale, mais rencontrent davantage de difficultés à s'accorder sur des propositions de réorganisations du travail, tant au niveau des services interentreprises que plus généralement (cf. chapitre 2). Alain Martineau l'explique en ces termes :

> « Au niveau des collectifs défensifs il n'y a pas de problème, quand il faut se mettre tous contre la direction entre guillemets. Faut qu'il y ait du sens quand même, mais quand il faut défendre l'indépendance des médecins, là tout le monde est capable. C'est clair. Après s'il s'agit de faire des projets par exemple sur l'intégration des infirmières, là ça a été très compliqué. » (entretien avec Alain Martineau, médecin du travail, 61 ans, SI4)

Ces dissensions amoindrissent la résistance médicale à l'implantation de nouveaux dispositifs de gestion au sein des services interentreprises. D'autant plus qu'une partie des professionnels participent effectivement à leur instauration.

Les critères d'évaluation du travail choisis par les directions des services interentreprises apparaissent dans les dispositifs de gestion qu'elles promeuvent. Les dirigeants des services sont attentifs à assurer leurs services à un maximum d'adhérents. Tout en continuant de quantifier le nombre de visites médicales effectuées, les rapports d'activité dénombrent également les « interventions » des préventeurs non médicaux auprès des adhérents. Par ailleurs, le contrôle de l'activité de prévention, opéré par le biais de l'outil informatique, étend les possibilités panoptiques du fait de la double nature d'un outil de contrôle du travail pouvant devenir un outil de connaissance de la santé des salariés. Mais encore faut-il que les médecins acceptent de partager des informations protégées par le secret et l'indépendance médicale. Au contraire ceux-ci revendiquent une incorporation légitime des compétences et refusent *a priori* leur transfert par le biais de procédures d'objectivation. Notamment les médecins « established » et ceux dotés d'un fort capital militant qui portent cette critique au sein des services entreprises et en dehors. Leurs confrères résistent également en ne rendant plus compte de leur travail ou en dénonçant la dégradation de leurs conditions de travail au moyen des outils d'évaluation de ce travail. D'autres médecins qui se reconnaissent davantage dans l'usage de procédures d'objectivation, investissent au contraire ces dispositifs et participent de la division du travail de prévention.

2 Une « intégration » de la profession par l'encadrement

Par les nouveaux dispositifs de gestion qu'elles mettent en place, les directions des services instaurent une nouvelle division du travail sur laquelle les médecins ont moins de contrôle[1]. Cette perte de pouvoir dans leur sphère d'activité s'apparente pour les médecins du travail les plus *established* à une remise en cause de la position dominante dans la division morale du travail. En effet, ainsi que l'ont montré les travaux d'Eliot Freidson[2], le contrôle de la division du travail est primordial pour maintenir la position dominante d'une profession instituée. La légitimité de cette nouvelle organisation est donc loin de s'imposer à tous comme un « allant de soi ». Pour la rendre effective, des alliés sont à trouver, des adhésions sont à construire parmi les médecins du travail qui seront en charge de la mettre en œuvre dans leur activité quotidienne. Pour faciliter cette diffusion des réformes au sein des services, des médecins vont donc être conviés à participer à diverses arènes (comme les recrutements des préventeurs non médicaux). Au-delà d'un échange formel, il s'agit aussi de faire de ces moments, des lieux d'enrôlement : les médecins du travail s'opposeront d'autant moins aux réformes qu'ils auront contribué à leur mise en forme.

En comparant l'appropriation différenciée de ces dispositifs dans deux services interentreprises, nous étudierons comment s'y opère la division du travail et la place respective qu'y prennent les professionnels et leurs directions. Nous verrons tout d'abord que, quel que soit le poids de ces outils, la participation des médecins est essentielle. Comme le souligne Blandine Barlet, « les revendications au nom de l'indépendance médicale perdent [...] sensiblement de leur pertinence, dès lors qu'elles ont été pensées par des membres de leur groupe professionnel. »[3] Ensuite nous verrons que les médecins les plus enclins à s'en emparer sont ceux qui les intègrent à une logique professionnelle.

2.1 Des médecins nécessaires par leur statut professionnel

D'après Eliot Freidson, la division du travail est réglée par la profession dominante qui doit sa position de prestige et d'autorité à l'influence politique et économique d'une élite

1 Si les médecins sont historiquement les seuls préventeurs des services interentreprises, il y déléguaient une partie du travail aux secrétaires chargées des examens complémentaires et du travail administratif, ainsi qu'aux préventeurs non médicaux recrutés avant les années 2000.
2 Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, *op. cit.*
3 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 245.

qui répond d'elle[1]. Bien que les médecins du travail composent un segment dominé de la médecine, leur appartenance au corps médical légitime les recrutements de nouveaux préventeurs s'ils s'y associent. Si les préventeurs non médicaux et les assistantes estiment que les médecins sont ménagés par les directions[2], c'est surtout que ces dernières ont besoin des professionnels historiques des services pour redistribuer les tâches. Nous allons voir par l'étude de deux services interentreprises que, dans certains cas, les dispositifs de gestion peuvent permettre de mobiliser des professionnels *a priori* défavorables.

« Si les interactions entre les principaux acteurs et les caractéristiques personnelles de ceux-ci permettent de saisir les modalités concrètes de l'appropriation ou du rejet des projets réformateurs par les soignants, une grande partie du phénomène est due à des facteurs contextuels. »[3] Nous verrons que les liens noués entre les services interentreprises et les instances patronales de la santé au travail (notamment les fédérations régionales de services interentreprises) contribuent également à l'appropriation ou au rejet de ces dispositifs.

2.1.1 Des médecins inclus dans la démarche compétence au SI1

Selon nous, la qualité des relations professionnelles au sein des services est l'un des facteurs contribuant à l'acceptation ou au refus des dispositifs de gestion[4]. Comme nous l'avons évoqué précédemment, Christian Durand, le directeur du SI1, est particulièrement attentif à ce que la mise en place de la réforme dans le service soit graduelle. Il amène ainsi les médecins à s'approprier peu à peu les nouveaux dispositifs de gestion du service ou tout du moins à déléguer une partie de leur travail aux préventeurs non médicaux[5].

C'est en 2007 que le SI1 entame une démarche d'amélioration continue qui fait passer le service d'une organisation professionnelle du travail où chaque médecin est relativement autonome à une organisation collective, coordonnée par sa direction, amenant les médecins à déléguer une partie de leur travail :

1 Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, *op. cit.*, p. 58.

2 « Au-delà du statut de "pivot" que leur confèrent les textes, pour beaucoup d'acteurs rencontrés, la façon dont les médecins sont toujours "ménagés" par la direction tient avant tout au pouvoir que leur confère leur situation démographique. » Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 246.

3 Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression*, *op. cit.*, p. 168.

4 « Dans les cas où [les négociations] se soldent par la cession d'un droit d'entrée à l'enquêteur, il peut être intéressant de s'en servir de levier pour mettre en lumière certaines des lignes d'autorité qui structurent le terrain. » Muriel DARMON, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère », *art. cit.*, p. 99.

5 Blandine Barlet note également qu'« il n'est pas rare que les directions refusent de se positionner sur des conflits entre médecins, ou entre médecins et IPRP. », ce qu'elle qualifie de « mode de management "consensuel" » Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 247.

> « [Il soupire] alors bon. Pour passer d'une fédération de PME à une entreprise puisque c'était ça un peu le challenge. Quand je suis arrivé, on avait 52 médecins qui cohabitaient avec leurs assistantes, avec des modes de fonctionnement assez différents. Nous sommes passés par une démarche compétence il y a quatre ans. Qui nous a permis, donc ça a été pour nous le moyen de conduire le changement. En fait nous devions partir sur une démarche qualité, mais la démarche qualité elle est au service d'un projet. Et nous n'avions pas une vision partagée du projet. Les difficultés que nous avons c'est que nous n'avons pas de demande explicite de nos adhérents. Voilà, c'est le propre de la santé au travail. Vous mettez dix adhérents dans la salle, vous avez dix demandes différentes, dix attentes différentes d'un service de santé au travail. Vous mettez dix médecins dans la salle, vous avez dix pratiques professionnelles différentes. Donc on a un spectre d'interventions et un spectre de demandes qui est très large aujourd'hui. La démarche compétence nous a permis de nous faire accompagner par une consultante externe et de nous intéresser : "quelles sont les attentes de nos adhérents ? Quelles sont les attentes internes ? À partir de là quelles sont les compétences dont on a besoin ? Quelles sont celles qu'on a, qu'elles sont celles qui manquent ?" Et je dirais de définir des stratégies d'organisation. Donc ça s'est traduit pour nous à la définition d'un organigramme, à la définition de toutes les fiches métiers. » (entretien avec Christian Durand, directeur, 50 ans, SI1)

La réforme de l'institution n'est pas tant portée par ses adhérents que par les dirigeants des services interentreprises. La direction du SI1 n'arrivant pas à créer de consensus autour d'une définition commune de la prévention au sein du service alors qu'« il ne peut exister de système de management de la qualité digne de ce nom, dit en substance la norme, que si les directions fixent le cap stratégique, le rapportent aux besoins des clients, avant de planifier les actions à mener, d'organiser des revues de direction... »[1], c'est un autre outil de gestion générique, une « démarche compétence », qui est retenue.

Il est essentiel pour Christian Durand que les médecins du travail participent à la division du travail. Afin de la mener à bien, il enrôle progressivement les professionnels en incluant d'abord les plus convaincus :

> « Demain avec le recrutement du responsable du pôle [pluridisciplinaire], nous allons toujours avoir les médecins référents parce que c'est très important d'avoir un médecin qui s'engage dans l'accompagnement d'un métier et qui fasse le lien entre ce nouveau métier et les médecins. Ça, c'est pour nous essentiel. Donc demain nous aurons les médecins référents de ces nouveaux, enfin de ces métiers, le responsable de la "pluri" et moi pour demain réguler la totalité. »

Bien qu'elle se situe à une échelle moins centralisée, la « conduite du changement » menée par le directeur du SI1 suit une logique similaire à celle adoptée par l'Agence d'audit des

1 Denis SEGRESTIN, *Les chantiers du manager*, *op. cit.*, p. 174. Nous citons ce sociologue des entreprises pour expliquer ce qu'est la démarche compétence car il décrit de façon synthétique cette pratique normative.

établissements de santé dans les hôpitaux, décrite par Nicolas Belorgey : « faire accepter aux hospitaliers un certain projet, défini essentiellement par d'autres qu'eux, mais reformulé dans des termes qui précisément, le rendent apparemment acceptable. »[1] :

> « Parce que l'accord de principe on peut toujours l'avoir, mais il faut surtout une réelle adhésion de l'ensemble du personnel. Et donc au départ notre président avait pensé à une démarche de progrès. Ce qui est bien logique parce que lui venant du monde patronal, pour lui c'est démarche de progrès. Après avec des contacts qui ont été pris avec des structures comme l'ARACT, etc., on lui a dit qu'il pouvait y avoir une démarche compétence qui était un peu le même principe, mais avec une plus nette participation active des salariés. Et avec une prise en compte des souhaits des salariés. Pas que ce soit uniquement dans le sens vertical du haut vers le bas. » (entretien avec Jean-Pierre Maillard, médecin du travail, 61 ans, SI1)

Après avoir validé un Diplôme universitaire de technologie (DUT) de gestion du personnel, il est cinq ans salarié d'une structure patronale pour y effectuer du conseil juridique. En tant que secrétaire général adjoint de cette structure, il y côtoie le secrétaire général par ailleurs directeur du service de santé au travail qui y est hébergé. Il s'oriente ensuite vers les Ressources humaines, tout d'abord dans l'industrie (à la production puis au siège) puis à des postes de directeur des ressources humaines (DRH) en cliniques pendant huit ans. Après y avoir appris *« les recettes pour bien travailler avec [les médecins] »* et validé un Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) de gestion, il arrive au SI1 en 1999 pour *« passer d'une fonction de DRH à une fonction de directeur »*. L'expérience en « ressources humaines » du directeur du SI1 ainsi que son âge expliquent, selon nous, son inclination pour le management des compétences plus ancien que celui par la qualité.

Si la définition des compétences se fait localement au sein de chaque service interentreprises, le recours au benchmarking, favorisé par la *Démarche de progrès* portée par le CISME, unifie les divisions du travail instaurées dans ces services. La création de nouveaux groupes professionnels de préventeurs en santé au travail est décidée nationalement et diffusée dans les services par le biais de cette démarche d'amélioration continue qui incite les directions à superviser la délégation médicale du travail de prévention :

> « - Et pour les infirmières, comment ça se passe justement ? Comment vous avez pris la décision d'intégrer des infirmières ?
> - Dans la démarche compétence, dès le départ, nous avons eu en perspective la possibilité d'intégration des infirmières. Donc à chaque fois que nous avons défini

1 Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression*, *op. cit.*, p. 134.

> un métier, on s'est dit qu'un jour il y aurait des infirmières et qu'il fallait réfléchir. [Il cherche ses mots] L'idée c'est qu'il n'y ait pas de périmètres dans lesquels plusieurs personnes interviennent. C'est ce qu'on a voulu éviter. Donc nous avons fait ensuite il y a un an et demi un groupe projet qui s'appelle "intégration d'infirmières". Toujours piloté par monsieur Maillard [le médecin du travail] responsable de l'intégration des nouveaux métiers. C'est vraiment lui qui a piloté la démarche depuis trois ans. Donc première chose on a capitalisé tout ce qui a pu être fait ailleurs. Et puis à partir de là je dirais, on a défini une fiche métier qui est aujourd'hui bien sûr rédigée. On a défini des critères d'expérimentation, ce sur quoi on évaluerait l'expérimentation. Nous avons fait un appel à candidatures qui se termine demain. Pour une décision du CA le 24, donc jeudi prochain. Pour enclencher trois recrutements d'infirmiers dans un premier temps. » (entretien avec Christian Durand, directeur, 50 ans, SI1)

Selon les règles classiques du management par projets, la division du travail de prévention se décompose en plusieurs phases (exploration des hypothèses et évaluation des contraintes, décisions, mises en œuvre et recherche de solutions pratiques, ajustements) permettant l'évaluation permanente des projets en fonction des objectifs de départ[1]. Ce cadrage de la réalité sociale par l'emploi d'outils de gestion qui spécifient les acteurs impliqués et leur rôle[2] est opéré par la direction du service et des représentants médicaux. Au sein du SI1, différents « comités de pilotage », regroupant un médecin référent, le médecin « en charge de l'intégration des nouveaux métiers » et le directeur du service, définissent le travail de chaque « métier ». Ils se renseignent sur la division du travail choisie dans d'autres services interentreprises, rédigent des « fiches métier » et établissent des critères d'évaluation de l'expérimentation. Leur proposition est ensuite validée par la commission médico-technique[3], la commission de contrôle et le conseil d'administration. Suite aux premières embauches auxquelles ces personnes participent et en fonction des problèmes rencontrés l'organisation initialement prévue peut être corrigée avec les professionnels concernés pendant un an.

Le SI1 ne fait pas figure de précurseur dans la constitution de ces nouveaux groupes professionnels, si ce n'est qu'un hygiéniste y exerce depuis les années 1990, comme dans quelques services interentreprises, et qu'un groupe d'ASST se soit constitué avant la

1 Denis SEGRESTIN, *Les chantiers du manager*, *op. cit.*, pp. 242-243.
2 Sarah GHAFFARI et al., « Généalogies des outils de gestion. Introduction », *art. cit.*, p. 7.
3 La commission médico-technique est un lieu où les professionnels, par la voix de leurs représentants, participent à la définition des projets prioritaires pour le service. Selon Catherine Ingouf, qui au SI1 s'efforce d'y représenter ses collègues IPRP, nombre d'entre eux désertent cette instance où la voix des médecins du travail est prépondérante. Nous n'avons malheureusement pas pu accéder à cet espace de négociation.

reconnaissance légale de leur fonction en 2011[1]. Le recrutement de préventeurs non médicaux se développe à partir de 2007, année de mise en place de la démarche compétence, avec l'embauche d'une deuxième hygiéniste. Dans le cadre de ce dispositif de gestion porté par la direction, les médecins déterminent les « compétences » qui leur semblent complémentaires aux leurs. Ils « choisissent » de bénéficier également du soutien d'un ergonome, d'un toxicologue et d'un psychologue. Une ergonome est tout d'abord recrutée en 2009 puis une hygiéniste. C'est à l'occasion de l'ouverture d'un poste de responsable de l'équipe « pluridisciplinaire » qu'une psychologue est recrutée en 2012.

La rédaction des fiches métiers[2], loin d'être une technique neutre, est intimement associée à la modification de l'organisation du service interentreprises. Sa mise en œuvre bouleverse l'appréhension de l'activité professionnelle. Comme le rappelle Sylvie Monchatre, « la compétence [qui] ne signifie rien d'autre, étymologiquement, que "ce qui convient" […] permet de hiérarchiser, de distribuer, d'affecter et réaffecter les individus dans des places qui bougent »[3]. Le pilotage de cette technologie, *savante pour les gestionnaires,* les autorise à modifier les principes de la division du travail, à imposer une logique de compétence au détriment d'une logique de qualification enfin à définir les critères d'évaluation des différents professionnels.

Chacune des fiches métiers spécifie la nature des liens entre les différents membres de l'institution. L'ensemble des préventeurs est subordonné au directeur du service interentreprises. S'il est rappelé que les médecins du travail dépendent *« hiérarchiquement et administrativement »* de ce directeur, leur indépendance médicale et technique, instituée par le Code de déontologie, est cependant soulignée. Les IPRP dépendent quant à eux *« fonctionnellement, hiérarchiquement et administrativement »* du directeur du service en tant que responsable du « pôle pluridisciplinaire » (dans l'attente du recrutement d'un responsable de ce qui deviendra le « pôle de prévention des risques professionnels »). C'est également le cas des ASST qui dépendent néanmoins *« opérationnellement »* des médecins du travail et des IPRP après validation du médecin du travail surveillant l'entreprise dans laquelle elle intervient. Cette structure hiérarchique rend les préventeurs non médicaux qualifiés

1 Article L4622-8, Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, JORF n° 0170 du 24 juillet 2011

2 Au SI1, chaque fiche métier est structurée par un même plan : Finalité du métier ; Description des activités ; Position dans la structure ; Responsabilités ; Principales conditions d'exercice ; Compétences professionnelles requises ; Qualités requises ; Evolution possible vers d'autres métiers.

3 Sylvie MONCHATRE, « D'une pratique à son instrumentation », *Formation Emploi*, 2007, nº 99, p. 6.

indépendants des médecins mais subordonne les « assistantes » à l'ensemble de ces préventeurs qualifiés.

La compétence est liée « aux objectifs poursuivis (ou au résultat attendu) plutôt qu'à la nature des tâches à effectuer (aux moyens à mettre en œuvre) »[1] en s'appliquant à saisir les capacités que les travailleurs peuvent mettre au service d'un résultat. Au SI1, la première partie de la fiche intitulée *« finalité du métier* » comprend tout d'abord le *« rôle — objectif de la mission »* puis une partie dénommée *« critères de pertinence »*. Au-delà de diviser un métier qui constituait un ensemble cohérent auprès de divers groupes professionnels, la démarche compétences les réagence et promeut de nouvelles « compétences » présentées comme nécessaires à la mission des services de santé au travail. Apparaissent pour les préventeurs non médicaux des compétences liées à l'*« organisation et conduite de projets »* et à la *« communication »*. Face à ces injonctions à l'organisation du travail par « projet », les médecins du travail ne sont pas en reste. Pour leur part, ils sont enjoints à « l'utilisation de l'outil informatique », la « capacité d'adaptation organisationnelle » et le « respect des procédures internes » qui les intègrent au nouveau dispositif de gestion du travail.

Les critères de l'évaluation du travail sont définis par la rédaction de « fiches métiers ». Pour les médecins, il est noté que *« les indicateurs chiffrés actuels ne permettent pas d'apprécier l'efficacité de l'action de prévention »*[2] et surtout rappelé que les médecins ont des obligations de moyens et non de résultats. Alors que les critères d'évaluation du travail médical ne sont pas définis, ils le sont pour les autres catégories de préventeurs. La mise en place d'une procédure d'évaluation des compétences disqualifie le métier incorporé en ne lui attribuant pas de critères d'évaluation au profit de compétences valorisées, pouvant être chiffrées et catégorisées, qui servent davantage une logique managériale.

Les critères d'évaluation du travail des préventeurs non médicaux du SI1 soulignent que la mission qui leur est impartie est de répondre à la demande des adhérents. Bien que les IPRP aient pour critère spécifique le « taux de mise en œuvre des préconisations » et que les ASST soient quant à elles jugées sur l'« accueil et information des adhérents », nombre de critères leur sont communs :

« - Conformité du niveau d'accompagnement, conforme à la mission
- Crédibilité (auprès des demandeurs et autres acteurs)

1 Denis SEGRESTIN, *Les chantiers du manager*, *op. cit.*, p. 100.
2 Fiche métier – médecin du travail, version du 4 février 2008, SI1.

> - Qualité de la prise en charge de la demande : délais de prise en charge - analyse de la demande (compréhension du contexte - des enjeux - de l'environnement humain...) - adaptation de la communication au contexte
> - Niveau de collaboration avec les médecins et les autres intervenants de la Santé au Travail » (Fiche métier – Hygiéniste, version du 3 novembre 2008, SI1 ; Fiche métier - Ergonome, version du 3 novembre 2008, SI1 ; Fiche métier - ASST, version du 6 janvier 2011, SI1)

Le recrutement de préventeurs non médicaux de la santé au travail opéré par le biais de nouveaux dispositifs de gestion induit la redéfinition de la prévention de la santé au travail. Mais si les médecins acceptent finalement une « démarche compétences » dans la configuration du SI1, tentant peut-être de réduire la portée normative du dispositif en contrôlant la rédaction des procédures au sein du service[1], il n'en va pas de même au SI2 où ils rejettent un outil de gestion du même type, la procédure qualité, proposée par la direction.

2.1.2 Des médecins excluant les procédures qualité au SI2

Notre entrée au SI2 par l'intermédiaire du médecin du travail Bernard Maillet (pour rappelle il rédige une proposition d'un projet de service auprès de la DIRECCTE pour la réforme alors en cours) souligne le poids du corps médical dans le processus réformateur. La diffusion d'un dispositif de gestion de type démarche qualité, promu par la direction pour mobiliser les professionnels autour d'un projet d'établissement[2] y sera d'ailleurs de courte durée.

Au SI2, la division du travail de prévention ne s'inscrit pas directement dans une démarche d'amélioration continue bien que le travail des préventeurs non médicaux puisse être proche de ceux d'autres services interentreprises. Bernard Maillet, tuteur des deux hygiénistes recrutées, est opposé à la démarche qualité promue par la directrice. Tout en participant aux négociations nationales de la réforme, il supervise la division du travail entre médecins et préventeurs non médicaux :

> « Développer des compétences d'IPRP dans les SST dans le domaine de la formation et de l'animation, à côté des compétences "médicales, techniques, et organisationnelles", pour "apprendre à faire" dans les entreprises. Cet apprentissage peut concerner soit des regroupements de petites entreprises, soit les acteurs internes des plus grosses. Il s'agit d'aider les entreprises à être acteur et pilote de leur propre projet. C'est l'intervention pluridisciplinaire qui est la garantie de cette évolution des SST. Il ne faut pas réduire l'intervention

1 Magali ROBELET, « La profession médicale face au défi de la qualité », *art. cit.*, p. 84.
2 *Ibidem*, p. 82.

> pluridisciplinaire à une prestation de service prescrite par le médecin ou le directeur. Il s'agit d'une nouvelle dynamique pour construire ensemble, SST et entreprise, une action de prévention que l'entreprise, employeur et salariés, pourront s'approprier. » (Contribution à un écrit collectif, Bernard Maillet, 2008)

La création du « pôle prévention », en 2005, qui se fait par le recrutement d'hygiénistes, tout d'abord stagiaires de Bernard Maillet (il encadre également des « internes »), est assistée par un enseignant de la formation des hygiénistes recrutés. Comme au SI1, c'est par l'intermédiaire d'un consultant extérieur que débute la division du travail :

> « Je pense qu'on a réussi d'une façon assez bien la mise en place de notre pôle prévention. Là on l'a fait d'une façon collaborative. On a fait ça avec l'IUT X parce qu'on s'est dit on n'est pas du tout les préventeurs, on a besoin de savoir quelle serait cette nouvelle compétence qu'on va introduire dans notre service qui serait un IPRP. Donc on a commencé. On a eu un apprenti pour commencer et le pauvre, il a... c'était pas du tout réussi, mais ça n'était pas sa faute. Ce n'était pas notre faute non plus, mais on ne savait pas quoi en faire. Parce que c'était tout nouveau, on ne savait pas vraiment comment... [elle s'esclaffe] qu'est-ce qu'on fait avec ce garçon ? Il était d'une gentillesse totale, mais il manquait, c'est normal c'était un jeune homme apprenti, mais il ne savait pas du tout. C'était très flou et très dur pour lui et pour nous. Mais ceci dit on a construit sur nos erreurs. Toujours. Et si on ne le fait pas bon, il faut construire sur ses erreurs. Et cette erreur-là nous a amenés à lier carrément un partenariat avec l'IUT X. On a travaillé avec l'un de leurs professeurs qui est ergonome, professeur et conseil et qui travaille avec les municipalités et avec les services de santé au travail. Donc il avait une bonne compréhension de notre métier, de ce qui était demandé et comment il voyait l'introduction. Avec lui on a vraiment construit le pôle et puis on a mis en place des apprentis de l'IUT X qui ont progressé dans leur formation et qui aujourd'hui, vous les avez rencontrées. On a mis en place aussi avec lui, toutes les procédures qui sont bien bien définies pour le pôle prévention. » (entretien avec Hélène Ducan, directrice, 65 ans, SI2)

Si l'introduction de nouveaux dispositifs de gestion dans les entreprises est habituellement suivie par des consultants extérieurs (de l'ARACT au SI1, de l'IUT au SI2), la prise en charge interne de la division du travail au SI2 se solde par un premier échec. Le recours aux conseils d'un intervenant extérieur au service pour réorganiser le travail favorise le recrutement de deux nouvelles hygiénistes. Le métier d'ergonome de ce consultant et le partage de références communes avec les médecins du travail du service, étroitement associés à la réorganisation du travail par l'intermédiaire de l'un de leurs représentants Bernard Maillet, a sans doute favorisé cette collaboration.

Ayant validé sa licence en *Hygiène Sécurité Environnement*, le premier apprenti côtoie quelque temps comme technicien une seconde apprentie issue de la même formation, Laura

Irberry, recrutée en 2006. Puis il quitte le service. Une troisième apprentie, Anaïs Issaoui, est recrutée en 2008. Suite à un baccalauréat scientifique et à un DUT *Hygiène Sécurité Environnement*, Anaïs Issaoui et sa collègue Laura Irberry (aujourd'hui les deux hygiénistes à temps complet du SI2), effectuent l'une après l'autre une licence *Gestion de la production industrielle*, option *Hygiène et sécurité - Management et ingénierie des risques* comme apprenties techniciennes au sein du service, suite à quoi elles décident de suivre toutes deux une formation de niveau bac+5 d'*hygiéniste du travail et de l'environnement* en alternance au CNAM afin de se perfectionner. Anaïs Issaoui qui vient de terminer sa formation au moment de l'enquête trouve qu'elles ne sont pas assez formées en *« communication »* et manquent d'assurance face aux employeurs et aux médecins. Ce sentiment d'illégitimité à intervenir au sein des entreprises est, nous l'avons vu, partagé avec les médecins du travail qui commencent à exercer. Mais s'ajoute à celui-ci un sentiment d'illégitimité vis-à-vis des médecins eux-mêmes.

Peut-être pour compenser ce sentiment, dans le cas d'une création *ex nihilo* d'un pôle de prévention non médicale au SI2, les hygiénistes s'investissent elles-mêmes beaucoup dans cette création de postes. Elles s'appuient l'une sur l'autre pour élaborer leurs pratiques professionnelles et retravaillent sans cesse leurs « protocoles d'intervention ». Elles consacrent près de la moitié de leur temps de travail à cette organisation. Très investie, Anaïs Issaoui passe environ dix heures de plus que ses 39 heures réglementaires au travail.

Ces IPRP attendent beaucoup de la réforme et des textes législatifs pour structurer leur pratique, à la manière de celle des médecins guidée par le Code du travail. Ainsi Anaïs Issaoui écrit dans son mémoire de fin d'études portant sur le rôle des hygiénistes dans les services interentreprises : *« Les changements intervenus dans la dernière décennie et l'attente d'une nouvelle réforme mettent les SIST* [*Service interentreprises de santé au travail*] *dans une position délicate. L'emploi de nouvelles compétences est en cours, mais l'organisation des services se fait en interne et généralement de manière individuelle. »*[1] En l'absence d'un cadre juridique précis, les préventeurs débutants trouvent généralement localement dans les dispositifs de gestion des procédures qui cadrent leurs pratiques de travail.

Au SI2, les deux hygiénistes formalisent leur travail à partir de procédures élaborées par leur enseignant. Elles s'appuient d'autant moins sur le dispositif de gestion de la qualité

1 Anaïs Issaoui, *mémoire de fin d'études portant sur le rôle des hygiénistes dans les services interentreprises*, mars 2011.

du service, que son introduction sera de courte durée. En l'absence d'un soutien médical, ce nouveau dispositif de gestion du travail périclite. La division du travail avec des préventeurs non médicaux, largement contrôlée par les professionnels eux-mêmes, échappe en partie à la supervision de la direction qui aurait pu s'opérer par le dispositif de gestion de la qualité. Cet échec souligne l'enjeu de contrôle accru du travail médical sous-tendu par un tel dispositif.

Bien que l'introduction d'une « démarche qualité » au SI2, portée par la directrice du service, Hélène Ducan, soit mal perçue des médecins, le principal point positif pour l'évolution du SI2 est selon elle le respect des normes relatives au management de la qualité. L'attestation de la certification ISO 9000 est d'ailleurs encadrée à la sortie de son bureau. Bien que le CISME, anticipant les réticences médicales, s'abstienne d'employer le terme polémique de « qualité » pour qualifier le dispositif de gestion qu'il promeut et qu'il ne pousse pas les services interentreprises à obtenir de certification ISO, le parcours professionnel de la directrice explique qu'elle soit une fervente promotrice du management par la « qualité ». Formée au journalisme, Hélène Ducan est conseillère en relations publiques *« pour de grandes structures »* pendant 25 ans. Elle envisage cette activité non pas comme *« juste presse, c'est vraiment la stratégie totale de communication »*. Elle y suit plusieurs formations de management, puis ayant besoin de compléter son activité, elle devient, pendant dix ans, animatrice à temps partiel d'un « club qualité » promouvant ce type de management auprès des entreprises du département. Elle qualifie cette expérience de très *« structurante »* et *« intéressante »*. Le « club » est géré par un groupement patronal dont les bureaux se trouvent au sein du SI2 et on lui propose de compléter son temps de travail en devenant assistante du précédent directeur du service, qu'elle remplace à son décès. Elle prend la direction du service en 2002, au début de la « réforme ».

Face aux inquiétudes médicales, Mme Hélène Ducan argumente que l'objectif n'est pas de définir le contenu du travail, mais d'en formaliser l'organisation. L'ISO 9000 normalise l'organisation de pratiques qui restent théoriquement spécifiques à chaque entreprise. Elle souligne au passage l'imposition d'une réorganisation du travail par le dispositif :

> « Donc ça c'est une chose assez dure à définir [elle se reprend] à vivre en ce moment, parce qu'on a fait du progrès, ça n'a pas été accepté par tout le monde parce que c'était un référentiel du CISME. Tout le monde n'est pas pour le CISME. [Elle soupire et s'esclaffe], mais c'est ça la vie. On n'a jamais 100 % de personnes qui adhérent. Mais après coup je pense que les gens étaient assez

> satisfaits avec le travail qui était rendu parce que c'était leur travail. Et c'est ça qu'il faut vraiment qu'on essaie de faire comprendre. Personne ne dit : "il faut faire ça, ça et ça". Il dit simplement que vous êtes obligés de faire ça, ça et ça et comment vous le faites ? Et de mettre ça noir sur blanc pour que tout le monde sache comment vous faites. » (entretien avec Hélène Ducan, directrice, 65 ans, SI2)

Le passage de la formalisation écrite du travail effectué à l'exécution de ce travail formalisé par l'écriture sont bien sûr autant d'opérations de traduction permettant d'imposer de nouvelles normes de travail.

Hélène Ducan déplore que la démarche soit portée uniquement par la direction et non par les médecins alors qu'en principe les systèmes-qualité doivent être pris en charge par l'ensemble des salariés, ne serait-ce que par l'investissement de représentants de chacun des métiers, toutes hiérarchies confondues[1]. Mais justement, « le système d'assurance qualité modifie l'équilibre des relations de travail, ne serait-ce qu'en associant l'ensemble des personnels au "travail d'organisation", c'est-à-dire à un type de tâches jusque-là réservé à l'encadrement. »[2] Les médecins voient ainsi leurs prérogatives remises en cause. La majorité des médecins du service s'oppose à la mise en place de ce dispositif de gestion. De plus, les IPRP, très proches de Bernard Maillet lui-même opposé à la mise en place du dispositif, n'ont pas voulu participer :

> « Au début on a eu pas mal de réunions. Et puis comme on a eu beaucoup de critiques, on a espacé les réunions. On a essayé de faire condensé, de travailler plus par mails. L'animatrice faisait plus des comptes-rendus mail qu'on validait, ce qui a diminué les réunions. Je ne voudrais pas dire de bêtises, mais si on se réunissait les derniers temps une fois tous les deux mois, c'est bien un maximum. Et encore si le sujet n'était pas clos, du coup on annulait le comité de pilotage. » (entretien avec Catherine Michaud, médecin du travail, 51 ans, SI2)

Le « comité de pilotage » qui traite de différents sujets devant faire l'objet d'une réflexion en termes de qualité (procédure d'adhésion, archivage, fiches d'entreprise et dossiers médicaux) réunit les représentants des différents métiers : une secrétaire, un chauffeur, le comptable, le responsable informatique, une personne des services généraux et une médecin du travail, Catherine Michaud que nous présentons ci-après.

1 Denis SEGRESTIN, « L'entreprise à l'épreuve des normes de marché. Les paradoxes des nouveaux standards de gestion dans l'industrie », *art. cit.*, p. 556.

2 Franck COCHOY, Gilbert de TERSSAC et Jean-Pierre GAREL, « Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes Iso 9000 », *Revue française de sociologie*, 1998, vol. 39, n° 4, p. 673.

C'est notamment lorsqu'il est question d'appliquer une telle démarche aux dossiers médicaux que l'opposition médicale se fait plus vive :

> « Ça a posé problème quand on a commencé à parler dossier médical parce qu'on est quelques-uns à penser que l'informatique ce serait bien, mais des gens plus anciens que nous sont contre. Enfin contre ça. Et, je pense, n'ont pas voulu que ça se fasse...
> - Oui quand ça a touché au médical, là ça a...
> - Là ça a commencé à chauffer [elle rit]. Mais bon... »

Bien que la certification soit obtenue, la démarche est désinvestie dans la pratique à défaut de « forces vives » pour la porter. Non seulement les médecins du travail sont dans leur grande majorité opposés au dispositif mais de plus, comme nous le verrons ensuite, la seule médecin investie quitte le service en démissionnant. Par ailleurs, et bien qu'il ne fasse pas particulièrement alliance avec les médecins envers lesquels il est plutôt critique, Jacques Péan, le président du service, provoque le licenciement économique de la personne préposée à la démarche qualité au motif qu'il cherche à maintenir les comptes du service à l'équilibre. Il semble juger inopportune la présence d'une salariée portant une démarche promue par le CISME, organisation avec laquelle il est en concurrence au niveau régional pour le contrôle des fédérations de services interentreprises (cf. chapitre 2).

Pourquoi les nouveaux dispositifs de gestion sont-ils acceptés au SI1 et refusés au SI2 ? S'il est difficile de parler des dispositifs de gestion en général et de mettre sur un même plan deux dispositifs différents, les configurations variées dans lesquelles se situent les deux services permettent de comparer l'efficacité relative de l'implantation d'une logique gestionnaire en fonction du dispositif mobilisé. Tout d'abord le SI1 semble bien implanté au sein de la fédération régionale de dirigeants de services interentreprises qui est l'une des plus anciennes du pays. De plus, le directeur qui a l'habitude de travailler avec des médecins après avoir exercé en clinique fait très attention à ne pas froisser les médecins du travail et à intégrer leurs représentants qu'ils ont eux-mêmes élus à la mise en place du nouveau dispositif. Au SI2, la situation est différente. Il existe une discordance entre la directrice du service, proche du CISME et le président, très présent, qui est beaucoup plus critique envers l'organisation qui promeut l'introduction de nouveaux dispositifs de gestion dans les services interentreprises. La direction promeut un dispositif « qualité », particulièrement impopulaire chez les médecins. Le dispositif de gestion fondé sur les compétences est mieux accepté par des professionnels pour qui la valorisation du métier est importante alors que le passage par

des procédures questionnant la « qualité » de ce travail est plus difficile à accepter. Par ailleurs les médecins du SI2 se sont accaparé le contrôle de la division du travail, qui aurait pu fonder le recours à un tel dispositif. En définitive, l'implantation de tels dispositifs ne peut se faire sans la participation de membres du corps médical. Mais qui sont les médecins qui s'investissent activement dans de tels dispositifs ?

2.2 Quels médecins s'emparent des dispositifs de gestion ?

À l'instar de Brigitte Moreau, médecin coordinatrice du SI4[1], certains médecins du travail s'emparent des nouveaux dispositifs de gestion promus par le CISME pour encadrer la réorganisation du travail au sein des services interentreprises. Pour eux, les normes de contrôle du travail promues par les managers ne constituent pas un danger pour leur autonomie professionnelle mais au contraire, sont intégrées à l'idéologie professionnelle[2]. Dans un premier temps nous restituerons les parcours professionnels de médecins qui s'approprient des dispositifs normatifs qui ne sont pas forcément perçus comme opposés à une logique professionnelle. Dans un second temps nous considérerons les effets sur les carrières des professionnels de l'investissement dans ce type de dispositif de gestion. Cela nous permettra de mettre au jour des disparités fortes au sein d'un groupe professionnel loin d'être unifié dans une même conception du service à rendre.

2.2.1 Des médecins séduits par la double nature de la norme

Les directions de services interentreprises favorisent le développement de procédures en mobilisant les dispositifs de gestion présentés ci-dessus, au sein d'un « monde industriel » où « l'espace mesurable est projetable sur une feuille de papier où se joue une partie de l'épreuve, grâce à la confection de grilles, d'états, de graphiques, de schémas, d'organigrammes, de cadrages, de comptabilités, de tableaux de bord. L'articulation spatiale des objets suppose une capacité de définition armée d'une mesure »[3]. Nous voyons à travers le cas de Brigitte Moreau, ainsi que de ceux présentés ci-après, que les médecins les plus enclins à s'emparer des dispositifs de gestion promus par les directions de services interentreprises opèrent un cadrage plus « administratif » que « clinique » de leur activité et tendent à privilégier le passage par les procédures plutôt que l'incorporation légitime des compétences.

1 Cf. partie II, Prologue, p.159
2 Valérie BOUSSARD, « Introduction. Qui fait la gestion ? A propos des figures du manager et du professionnel », *op. cit.*, p. 34.
3 Luc BOLTANSKI et Laurent THÉVENOT, *De la justification*, *op. cit.*, p. 257.

Désigné par ses confrères pour être leur représentant auprès de la direction, Jean-Pierre Maillard participe activement à la démarche compétence du SI1. Arrivé en 1980 au SI1[1], il y exerce toujours à temps complet. Spécialisé dans le transport routier et l'addictologie, il s'occupe principalement d'entreprises de transport qui composent un tiers de son *« effectif »* complété *« d'un petit secteur géographique »*. Peu après son arrivée, il devient délégué du personnel sur proposition d'un délégué du SNPMT. Sans être lui-même syndiqué, il en est sympathisant. Ce rôle le socialise à la conciliation entre médecins et direction. Il propose par exemple que les médecins organisent eux-mêmes leur participation aux congrès régionaux de médecine du travail et se charge de l'administrer :

> « C'est surtout un rôle d'interface avec la direction. Donc il faut faire en sorte qu'il y ait des systèmes des protocoles, des procédures qui conviennent aux deux parties, qui conviennent à l'ensemble des médecins. Ce qui n'est pas toujours facile parce que mettre tous les médecins d'accord c'est très difficile. Tous d'accord, d'ailleurs tous complètement c'est jamais possible. Mais une grande majorité oui, ils fonctionnent comme ça. Et puis d'un autre côté pour que ça fonctionne aussi avec la direction. » (entretien avec Jean-Pierre Maillard, médecin du travail, 61 ans, SI1)

Après 25 ans, laissant alors sa charge de délégué de secteur, il devient le représentant médical de la démarche compétence au sein du service interentreprises sur proposition de son collègue délégué syndical. Bien que ne s'étant pas proposé, il accepte cette fonction pour laquelle il fait consensus entre ses confrères et la direction. Une fois la démarche compétence proprement dite terminée, il devient médecin *« référent nouveaux métiers »*. Il fait ainsi partie du comité de pilotage de la formation ASST au sein de la fédération régionale des services interentreprises puis préside le groupe de travail chargé de l'intégration des infirmières, mais refuse ensuite de se charger de leur suivi. Le plus difficile dans cette fonction est, pour lui la gestion des récriminations de ses confrères.

> « - Et comment ça a été vu le fait que cette démarche compétence démarre au sein du service ?
> - Oh là là ! Au début il y a eu des réticences ! De tous les niveaux. De la part de beaucoup d'assistantes qui se demandaient un peu où est-ce que ça allait les emmener. Et puis de pas mal de médecins aussi. Et puis progressivement, parce que ça ce sont des effets de groupe, et bien ça s'est amenuisé. Et puis il y a toujours eu un consensus, c'était pas forcément un consensus j'allais dire hyper actif, mais il n'y a jamais d'opposition formelle à ce que l'on passe à l'étape supérieure. En fait les gens attendaient de voir. Ils le croiraient quand ils l'auraient

1 Cf. chapitre 1, 1.1.1, p.49.

> vu. Après ils l'ont vu, etc. Et ils ont vu que le service a changé énormément, que des embauches diverses s'étaient créées, qu'un nouvel organigramme se faisait. »

La trajectoire de Jean-Pierre Maillard illustre le passage d'un professionnalisme de métier, contrôlé par les travailleurs à un professionnalisme de l'organisation, introduit et gérés par des acteurs extérieurs. En s'imposant comme porte-parole, les médecins qui servent d'intermédiaire traduisent dans ses grandes lignes la réforme dans des principes recevables par les différentes parties et contribuent à négocier les nouvelles règles avec la direction. Jean-Pierre Maillard se présente en praticien expérimenté, capable de compromis entre les valeurs et normes du métier et les exigences de celle-ci. Participant à la réflexion sur le nouveau cadre de travail, il est « naturellement » désigné pour accompagner ses collègues dans la mise en œuvre du travail pluridisciplinaire en mobilisant des principes qui fassent sens pour eux. Ce nouveau positionnement sert également ses intérêts personnels. Il acquiert une reconnaissance dans la nouvelle organisation et se voit doté d'un statut équivalent à celui de médecin coordonnateur (cf. *infra*, 2.2.1).

Fille d'un commercial et d'une secrétaire comptable, Catherine Michaud est une médecin de 51 ans. Initialement médecin généraliste, elle fait beaucoup de remplacements en début de carrière, car, suivant son mari haut fonctionnaire, elle déménage souvent et ne peut s'installer. Arrivant en région parisienne, elle remplace un généraliste une journée par semaine, ce qu'elle complète pendant trois ans par une vacation de quatre jours par semaine comme médecin scolaire. Elle est par ailleurs détentrice d'un DU de santé publique, effectué *« par intérêt personnel »* : « *je trouvais que c'était très intéressant, parce que ça ouvrait beaucoup l'esprit. C'est très vaste comme sujet. C'est des sujets un petit peu de réflexion donc il donne une ouverture d'esprit qu'on n'a pas forcément dans son activité un petit peu cloisonnée. »* En 2001, ses enfants ont alors 15, 12 et 7 ans, elle entreprend une « formation exceptionnelle » de médecine du travail (cf. chapitre 1, 1.3) qui lui semble être « *un bon compromis entre médecine générale et médecine préventive parce qu'on reste quand même un bon rôle de conseil ici en région parisienne où beaucoup de personnes n'ont pas de médecin traitant »*. Par l'intermédiaire d'une amie médecin, elle est recrutée au SI2 à 80 % pour réaliser la partie pratique de sa formation en même temps que quatre autres collègues de promotion qui la suivent. La pratique s'apprend « sur le tas » :

> « [Le docteur Maillet] nous a donné un petit bout de formation juridique, etc. pour démarrer. Puisque les cours, moi je suis arrivée en septembre 2001, mais les cours

> ont été retardés. Le début c'était février, je crois, 2002, ou quelque chose comme ça. Donc il fallait quand même qu'on ait un petit peu de bases pour pouvoir se débrouiller. Et donc on a suivi des médecins, je ne sais pas, huit, quinze jours et après on était lâchés. Après c'est venu sur le tas. » (entretien avec Catherine Michaud, médecin du travail, 51 ans, SI2)

Catherine Michaud retient surtout les aspects très techniques de sa formation. Si au cours de l'entretien, elle met l'accent sur la dimension juridique de celle-ci, elle la complète par un DU de radioprotection. Cette spécialisation la conduit à prendre en charge une grosse entreprise, filiale d'un groupe industriel européen du secteur aéronautique et spatial civil et militaire, où les travailleurs sont exposés à de la radioactivité. Elle apprécie particulièrement de suivre cette entreprise où la surveillance du travail s'accorde davantage avec son cadrage « administratif » de l'activité.

Si elle affectionne le tiers-temps (*« J'aime bien l'aspect aller dans les entreprises, enquêter pour faire des choses comme ça. Ça m'a plu »*), elle n'éprouve pas de difficultés à réaliser ses visites médicales :

> « Maintenant sur le type de visite médicale j'ai beaucoup de collègues qui se plaignent d'avoir des problèmes extraordinaires. Non. Je pense que si on prend les choses, on y arrive. De temps en temps, il y a des problèmes, des conflits. Il y a des choses qui ne sont pas évidentes à gérer parce que vraiment quand on est entre le salarié et l'employeur, hein... Mais globalement non, je n'ai pas de difficulté particulière dans ce genre d'activité. »

Elle attribue les difficultés d'une partie de ses collègues face à la surcharge de visites médicales à leur approche sociale de la médecine vis-à-vis de laquelle elle se montre relativement critique :

> « Je pense qu'il y a aussi des problèmes de bien définir sa tâche. Est-ce qu'on est médecin, est-ce qu'on est assistante sociale ? Qu'est-ce qu'on fait là ? Où est-ce qu'on met la frontière, la limite... ? Je pense qu'il y en a certains qui passent un peu la limite.
> - Qui transforment un peu leur activité, qui... ?
> - Qui jouent l'assis... [elle se reprend] la veine sociale. Il y en a qui outrepassent là vraiment leur domaine d'activité. C'est clair. Parce qu'ils n'ont pas à... Il faut savoir déléguer. Il y a des gens compétents pour faire des choses. Mais il y en a qui ne savent pas déléguer donc c'est sûr qu'ils sont submergés, automatiquement. Surtout que ce sont des choses qui prennent énormément de temps. Donc oui, on n'arrive pas à faire le reste, faut faire un choix. »

Catherine Michaud est insatisfaite de ses conditions de travail au SI2, en effet, elle effectue 30 % de son temps de travail en centre fixe, 30 % en camion et 20 % en entreprises, ce qui la fatigue. Elle a néanmoins accepté de compléter son activité en effectuant 1/5e de son temps de travail dans un autre service interentreprises de la région parisienne depuis trois ans afin d'exercer en centre fixe sur une journée. Bien qu'elle concilie les visites médicales demandées, elle se sent lasse d'un secteur géographique étendue :

> « Le service interentreprises c'est un petit peu fatiguant. Moi j'avais à un moment donné un domaine géographique assez vaste. On se déplace le matin à un endroit, l'après-midi à un autre. On change tout le temps quoi... On a quand même un effectif qui est important donc on a l'impression d'un petit peu papillonner et de ne pas aller au fond des choses. »

Finalement, profitant de la pénurie de médecins du travail, elle recherche un emploi qu'elle valorise davantage. Elle explique ainsi sa démission du SI2 pour aller exercer à temps plein dans un service autonome d'une entreprise de l'industrie automobile qu'elle a trouvé via un cabinet de recrutement :

> « Ça reste de l'industriel, c'est ce qui m'intéresse quand même. C'est un travail où il y a plus, à mon avis, de projet en transversal. On travaille plus sur des thèmes, des choses comme ça. C'est ça qui m'a donné envie. C'est aussi l'envie d'être sur un milieu particulier parce que là avec le service interentreprises, c'est un petit peu fatiguant ».

La « double nature des statistiques médico-administratives, à la fois outils de gestion et outils épidémiologiques »[1] peut permettre leur appropriation par les professionnels, notamment médecins. Alors qu'en tant qu'outils de gestion, ces statistiques sont souvent rejetées au nom de l'incorporation légitime des compétences, leur définition comme outils épidémiologique peut favoriser leur acceptation, notamment auprès de ceux pratiquant un cadrage administratif de leur activité, ce qui est le cas de Catherine Michaud.

La spécialisation en transport routier et addictologie de Jean-Pierre Maillard l'amène à évaluer régulièrement des aptitudes de sécurité : *« je prends mon exemple parce qu'évidemment je le connais bien, c'est celui des postes de sécurité »*, qui relèvent d'un cadrage administratif (cf. chapitre 1, 2.1.2). Lorsque nous abordons l'évolution du métier de médecin du travail au cours de l'entretien, Jean-Pierre Maillard insiste sur l'importance qu'a prise la « tra-

1 Nicolas DODIER, *L'expertise médicale*, *op. cit.*, p. 246.

çabilité » dans les pratiques de prévention. Il juge plus marginal le développement des risques psychosociaux :

> « Aujourd'hui on a des exigences, enfin la société a des exigences de traçabilité, de relation entre une nuisance et ses effets possibles. Des choses qui étaient beaucoup plus ignorées il y a de ça 10 ou il y a de ça 20 ans. Alors aujourd'hui on trace même des produits qu'il y a 20 ans on aurait dit : "oh c'est rien du tout ce produit là" alors qu'aujourd'hui on en fait la traçabilité. C'est vrai qu'entre-deux il y a eu tous les problèmes. Il y a eu les problèmes de l'amiante, il y a eu les problèmes des éthers de glycol, il y a eu les problèmes de tout ce que vous voulez. Et on est beaucoup plus pointus et exigeants par rapport à ces choses-là. Donc ces questions de traçabilité, les questions de responsabilité sont devenues beaucoup plus prégnantes aussi. Parce que ça, ça fait partie de l'évolution globale de tous les métiers y compris les métiers médicaux, quels qu'ils soient. Qu'elle soit de soin ou préventive. Donc tout ça a beaucoup changé. C'est vrai qu'après il y a eu les risques psychosociaux, les histoires de harcèlement… C'est un peu retombé ça. Ça c'était un peu galvaudé, ça s'est essoufflé. Mais encore maintenant il faut quand même savoir gérer. Quand les gens lancent la notion de harcèlement, il faut savoir la part du vrai du faux. Mais les psychosociaux ça c'est une vraie problématique de l'époque. Enfin qui apparaît maintenant. Les TMS bien sûr, sans les oublier. Etc. donc on pourrait les multiplier à l'infini. Donc ce qui fait que tout ça a fait changer complètement la perception du métier. Les gens sont plus exigeants. Les entreprises veulent être plus garanties, entre guillemets. C'est-à-dire qu'elles réclament de la santé au travail au sens large qu'il y ait des experts qui viennent, qui disent : "vous êtes dans les clous, vous êtes pas dans les clous. Etc. Qu'est-ce qu'il faut faire". Indépendamment évidemment toujours de ce fameux certificat d'aptitude qui quelque part les couvre enfin juridiquement parlant. Donc voyez tout ça fait que la santé au travail n'a plus rien à voir avec celle qui j'ai connue, enfin peu de choses à voir avec celle que j'ai connue quand je suis arrivé en 80. » (entretien avec Jean-Pierre Maillard, médecin du travail, 61 ans, SI1)

Cependant pour Jean-Pierre Maillard, le développement du cadrage administratif de la prévention de la santé au travail passe surtout par sa délégation aux préventeurs non médicaux. Il reste attaché à une pratique médicale autonome :

> « Pourquoi il faut plus de temps ? Parce qu'il faut discuter plus avec les gens et parce que les dossiers sont plus longs à remplir. Et puis il y a souvent plus de recherche, etc. Donc là où avant on serait passé avec un petit sonomètre, faire en une demi-heure des relevés de bruit, maintenant on envoie un IPRP qui le fait bien mieux que nous. Qui le fait d'une manière plus longue et détaillée et qui sort un rapport équivalent à une dizaine d'heures de travail.
> - Oui c'est toutes les pratiques qui ont changé.
> - Les pratiques ont changé. Elles se sont professionnalisées si je puis dire. Alors pas sur le plan médico-médical. Sur tout ce qui sort de l'exercice médical pur. »

Tout comme Jean-Pierre Maillard, Catherine Michaud est favorable à l'espacement des visites médicales et s'investit davantage dans la prévention du risque industriel, visible dans les secteurs d'activité qu'elle privilégie, que dans celle des risques psychosociaux :

> « Moi je suis pas franchement opposée à l'espacement de visites selon un certain type d'emploi. C'est sûr que pour tout ce qui est tertiaire, j'ai pas besoin de voir les gens tous les deux ans. Ça ne rime à rien. Sachant qu'il y a toujours la possibilité que les gens viennent s'il y a un souci. » (entretien avec Catherine Michaud, médecin du travail, 51 ans, SI2)

Le recours à des dispositifs de gestion pour organiser le travail s'ajuste mieux à un cadrage administratif, plutôt que clinique, que nous retrouvons dans les deux profils étudiés. Mais au-delà d'ajustements aux pratiques de travail, l'investissement dans l'élaboration de dispositifs de gestion est également lié à des enjeux de parcours professionnels.

2.2.2 Favoriser sa position dans un espace de concurrence ?

Daniel Benamouzig et Frédéric Pierru avancent que l'intégration de la médecine dans des institutions plus bureaucratisées va de pair avec une stratification de la profession médicale[1]. En effet, « les changements impulsés ne peuvent s'opérer sans la participation active d'une partie des professionnels concernés qui ont ainsi l'occasion de transformer leur position au sein d'un espace de concurrence »[2]. Les médecins du travail s'emparant des dispositifs de gestion proposés par les directions de services interentreprises font-ils eux-mêmes partie d'une élite gestionnaire, située à la jonction entre clinique et gestion, qui conserve ainsi une part de contrôle de la profession ?

L'ensemble des médecins du pôle administratif ont des responsabilités hiérarchiques de médecin « coordonnateur » ou sont engagés dans l'introduction de dispositifs de gestion. Ils valorisent de travailler avec des professionnels « pluridisciplinaires ». Selon la typologie de Françoise Piotet[3], Brigitte Moreau et Catherine Michaud tendent vers le type « acteur de la DRH » dont l'investissement se traduit par une reconnaissance forte de la hiérarchie de l'entreprise. L'une vient d'un service interentreprises fonctionnant comme un service autonome et la seconde démissionne de son poste actuel pour une entreprise de l'industrie.

1 Daniel BENAMOUZIG et Frédéric PIERRU, « Le professionnel et le « système » », *art. cit.*, p. 332.
2 Sandrine GARCIA et Sabine MONTAGNE, « Pour une sociologie critique des dispositifs d'évaluation », *art. cit.*, p. 11.
3 Françoise PIOTET, « Médecins du travail », *op. cit.*

En tant que représentant du personnel Jean-Pierre Maillard s'engage depuis des décennies dans l'organisation interne du SI1. Il valorise cet investissement qui lui apporte la confiance du directeur qui compte sur sa présence au sein du service :

> « À titre de DP [délégués du personnel] on avait quand même des réunions et des contacts plus fréquents avec la direction, que ce soit le président ou le directeur. On a eu l'occasion de s'occuper de projets qui ont perduré, qui sont devenus un peu des institutions dans le service. » (entretien avec Jean-Pierre Maillard, médecin du travail, 61 ans, SI1)

La mise en place d'une démarche compétences au SI1, bien que lui demandant beaucoup d'investissement, est l'occasion pour Jean-Pierre Maillard de se placer dans une position stratégique au sein du service. Il participe ainsi au comité de pilotage de la formation ASST au sein de la fédération régionale à laquelle son service interentreprises est rattaché. Son rôle dans l'introduction d'un nouveau dispositif de gestion au sein du service peut être lue comme une manière de renouveler l'intérêt d'un métier discrédité :

> « - Du coup, on n'a pas trop abordé, vous...
> - [Il s'exclame] Moi ?! Moi je suis un médecin en fin de carrière. Mon avenir est derrière moi [en riant]. Non, c'est ce que j'aime à dire, en plaisantant, devant mon directeur pour... Et puis il me dit toujours : "Mais non, mais non. Vous resterez encore longtemps". Comme j'ai 61 ans et que je suis en plein dans la réforme des retraites, est-ce que je partirais dans trois ans, dans quatre ans, dans cinq ans ? Tant que je trouve de l'intérêt dans le métier. Peut-être encore là quelques années. »

Le cas de Catherine Michaud est tout autre. Au SI2, le dispositif de gestion n'est pas porté par les médecins, mais par une animatrice spécialement recrutée. Catherine Michaud est la seule médecin à participer à la démarche de progrès lancée par la direction *« parce que c'était quelque chose qui permettait de réfléchir sur le fonctionnement démocratique du service. En tous cas moi c'est dans ce sens-là que je voulais l'appréhender »*. Considérant que « les médecins salariés issus de milieux sociaux aisés auraient ainsi plus tendance à percevoir leur pratique atypique comme un échec »[1], nous pouvons également émettre l'hypothèse que cet investissement revalorise la pratique professionnelle considérée de médecin du travail de cette femme de haut fonctionnaire. Catherine Michaud fait partie des groupes travaillant sur les archives et le dossier médical *« parce qu'il n'y avait pas suffisamment de volontaires* [elle rit] *»*. Elle ajoute ironiquement *« Dossier médical, on était deux quand même »*, un jeune médecin du travail algérien venant d'être recruté y participant également. Isolée face à des

1 Marc LORIOL, *L'impossible politique de santé publique en France*, *op. cit.*, p. 81.

confrères réfractaires au dispositif, elle n'est pas plébiscitée par ses collègues comme a pu l'être Jean-Pierre Maillard.

Bien qu'elle ne l'aborde pas directement au cours de l'entretien, les tensions que Catherine Michaud a connues au SI2 ont dû contribuer à sa démission. Des dires de Bernard Maillet qui l'a suivie lorsqu'elle était en formation, leurs relations sont conflictuelles. Une autre médecin du travail dans une situation similaire a déjà quitté le service. Dans la configuration particulière dans laquelle se trouve le SI2, l'investissement de Catherine Michaud dans le dispositif de gestion ne lui a en aucun cas permis une ascension professionnelle. Il semble au contraire qu'exclue par ses pairs, elle ait préféré quitter les services interentreprises pour se réorienter en service autonome.

Les médecins s'approprient les dispositifs de gestion lorsqu'ils s'articulent à une logique professionnelle. Au SI1, l'intégration du corps médical dans une division du travail encadrée par un nouveau dispositif de gestion s'opère par la définition des « compétences » professionnelles plutôt que le questionnement de la « qualité » du travail fourni. Mais ces dispositifs ne pourraient se diffuser au sein des services sans le soutien de médecins qui les ajustent à une logique professionnelle. Les médecins qui cadrent administrativement leur activité y trouvent un moyen de revaloriser leur pratique et se les approprient plus facilement. Mais bien qu'ils s'accordent à une logique professionnelle, ces dispositifs sont également contraignants pour l'encadrement[1]. Bien que des exceptions existent comme au SI2, les nouveaux dispositifs de gestion des services interentreprises, largement maîtrisés par leurs directions, encadrent le recrutement et la division du travail avec des préventeurs non médicaux et renforcent le contrôle des directions sur le travail de prévention.

Conclusion

Les directions redéfinissent le contenu des pratiques de travail pour répondre aux objectifs de prévention qu'elles se donnent par la rationalisation de l'activité de prévention. Les médecins résistent, notamment les cliniciens revendiquant une incorporation légitime des compétences. Ils sont cependant de moins en moins nombreux et la nécessité d'une division du travail s'impose. Celle-ci est encadrée et cautionnée par les médecins du travail qui

1 Cédric LOMBA, « Avant que les papiers ne rentrent dans les cartons : usages ethnographiques des documents d'entreprise », *op. cit.*

investissent une logique professionnelle, celle du passage par des procédures, dans les dispositifs de gestion. Les médecins du travail, en mobilisant des prérogatives professionnelles spécifiques, parviennent à protéger le contenu strictement médical de leur travail de toute intrusion externe et en contrepartie acceptent non seulement de voir s'implanter de nouveaux dispositifs de gestion mais aussi de déléguer une partie des activités de prévention qu'ils contrôlaient jusqu'alors qui peuvent être vues comme connexes. Ce compromis permet l'entrée des nouveaux préventeurs à qui les dispositifs de gestion vont s'imposer. Les professionnels historiques des services, en tout cas une partie d'entre eux, sont alors intégrés à l'encadrement de la prévention qu'ils partagent avec les directions de services interentreprises. Il ne s'agit pas alors d'un processus de déprofessionnalisation mais d'une redéfinition des rôles professionnels des médecins du travail. Comme précédemment à l'hôpital, notons dans ce processus, « la tendance à l'éclatement de l'acte médical qu'implique la volonté de faire prévaloir la logique coût/profit sur la logique science/service en brisant les idéologies professionnelles et l'unité des professions hospitalières. L'isolement progressif, à l'intérieur de ce qui était considéré pendant longtemps comme l'acte médical, de diverses fonctions, une fonction technique, une fonction administrative, une fonction soins a été l'instrument de l'instauration d'une organisation hospitalière. »[1] Dans les services interentreprises, ces différentes fonctions se répartissent entre les différents préventeurs selon leurs disciplines et leurs statuts professionnels. Comment le travail de prévention s'en trouve-t-il transformé ? Et comment se redéfinit précisément la place des médecins du travail au sein dans une position hiérarchique qu'ils n'ont pas toujours désirée ?

1 Antoinette CHAUVENET, « La qualification en milieu hospitalier », *art. cit.*, p. 191.

Chapitre 4

Le partage d'un mandat professionnel

> « C'est une révolution culturelle pour le médecin qui a l'habitude de travailler tout seul. Le Code du travail c'est : le médecin assume personnellement l'ensemble de ses missions. C'est plus le cas là. C'est plus le cas. » (entretien avec Gérard Maurin, médecin du travail, 59 ans, SI1)

Le mandat de prévention auparavant détenu par les seuls médecins du travail est transféré à l'ensemble des préventeurs des services interentreprises, sous le contrôle de leurs directions. Mais comment cette division du travail s'opère-t-elle ? De manière similaire à de nombreuses réformes au sein de la fonction publique où il existe une politique d'assèchement régulier des recrutements de titulaires[1], la réforme de la médecine du travail corrélée à une « pénurie » de médecins du travail reconfigure les conditions de travail des professionnels qui font face à une extension de leurs missions et à une intensification de leur charge de travail. Si les effets de ces restructurations sur l'emploi sont souvent questionnés, c'est souvent moins le cas des pratiques quotidiennes de travail alors qu'elles s'en trouvent également affectées[2]. En médecine du travail, le suivi sanitaire annuel des salariés est remis en cause notamment par manque de main-d'œuvre médicale. Or, c'est à l'issue des « visites » que les médecins

1 Fanny DARBUS et Fanny JEDLICKI, « Folle rationalisation de l'enseignement supérieur et de la recherche », *Savoir/Agir*, 2014, nº 29, p. 25.

2 Marie RAVEYRE et Pascal UGHETTO, « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières », *Revue française des affaires sociales*, 2003, nº 3, pp. 95-119.

délivrent le certificat d'aptitude ou d'inaptitude, central dans la mission de l'institution. Dès lors, comment le travail se réorganise-t-il au sein des services interentreprises ? Quelles tâches sont déléguées aux préventeurs non médicaux qui y sont progressivement recrutés ? C'est en interrogeant la nature « paramédicale » des différents groupes professionnels de préventeurs présents au sein des services interentreprises que nous allons comprendre les enjeux de cette division du travail.

Bien qu'ils puissent collaborer avec des professionnels extérieurs (inspecteurs du travail, préventeurs de la CRAM…) ou internes à l'entreprise (des infirmières [cf. encadré 4.2] ou ingénieurs sécurité par exemple), les médecins, assistés de leur secrétaire, pratiquaient jusqu'alors seuls le travail de prévention au sein des services interentreprises. L'arrivée de nouveaux préventeurs questionne la nature médicale des tâches effectuées et déplace la frontière entre des actes définis comme médicaux et d'autres qui ne le seraient pas. Or comme le souligne Eliot Freidson, ce n'est pas sur des critères techniques que nous pouvons les définir, mais « ce qui [est circonscrit et spécifique] en revanche, c'est le *contrôle* que le médecin exerce sur la division du travail »[1]. Avant d'étudier cette division du travail entre médecins et préventeurs non médicaux dans le chapitre suivant, nous allons dans celui-ci concentrer notre analyse sur le partage du travail entre médecins et infirmières afin de cerner la spécificité d'une prévention médicale de la santé au travail. Dans un premier temps nous reviendrons sur la remise en cause de la pratique quotidienne des médecins du travail, centrée sur le suivi systématique des salariés au cours de consultations annuelles et verrons si leur surcharge de travail les incite à déléguer certaines tâches à d'autres professionnels. Puis dans un second temps, nous étudierons la mise en place d'une division du travail médical entre médecins et infirmières, membres d'une profession paramédicale.

1 La remise en cause d'un mandat médical

Bien que les médecins du travail restent très attachés au suivi régulier des salariés au sein du cabinet médical qui constitue leur principale activité professionnelle, la diminution de leurs effectifs et la surcharge de travail qui en découle les conduisent à l'exercer de moins en moins. Comment, dès lors, se réorganise le travail au sein des services interentreprises ?

1 Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, Paris, Payot, coll. « Médecine et sociétés », 1984, p. 58.

1.1 Un mandat professionnel à l'épreuve du déficit médical

Historiquement les médecins du travail sont « focalisés sur la visite annuelle systématique »[1], notamment en services interentreprises. Comme le note Françoise Piotet dans son enquête effectuée en 1996, près de 80 % des médecins du travail y exerçant consacrent la moitié ou plus de leur temps de travail aux visites médicales[2]. De fait, l'ensemble de l'activité des médecins du travail en service interentreprises s'articule autour des consultations. Mais la pénurie médicale et la réforme de l'institution qui induisent une surcharge de travail réorganisent l'activité médicale des services interentreprises, qui n'est plus centrée sur le suivi systématique de la population salariée. Le mandat médical de prévention s'en trouve-t-il remis en cause ?

1.1.1 Une remise en cause législative de la visite systématique

La population de médecins du travail étant vieillissante, nombre de ses membres quittent les services interentreprises au cours des années 2000. À leurs départs à la retraite, leurs « secteurs » sont redistribués à leurs confrères. Ainsi le SI1, après avoir employé 37,2 « équivalents temps plein » (ETP)[3] de médecins en 2000 puis 46,9 en 2005, salarie de nouveau environ 37 ETP de médecins en 2012 (cf. graphique 4.1)[4]. Au sein du service, un médecin à temps plein devait théoriquement suivre 2 580 salariés en 2005 et 580 de plus en 2012.

Face à la surcharge de travail occasionnée pour les médecins du travail restant dans les services interentreprises, en 2005, les effectifs maximums à ne pas dépasser pour un médecin exerçant en service interentreprises à temps plein sont fixés par une circulaire à 450 entreprises et 3 300 salariés, ces médecins ne doivent pas effectuer plus de 3 200 examens médicaux dans l'année[5].

---

1 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, nº 188, p. 55.

2 Françoise PIOTET, Mario CORRELA, Claude LATTES et André MOISAN, « Enquête sociologique. Entre profession et métiers : les médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles*, 1997, vol. 58, nº 1-2, p. 28.

3 De nombreux médecins du travail exerçant à temps partiel, leur temps et leur charge de travail sont souvent comptés en « équivalent temps plein », ce qui permet leur comparaison.

4 Gérard Maurin m'indique en entretien que *« si on suit la courbe de l'âge »* le SI1 emploiera environ 30 Équivalent temps plein (ETP) de médecins en 2015, *« sans compter des départs qui pourraient, pour d'autres raisons, survenir. »*

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

Encadré 4.1 : Mesurer l'activité d'un service par ses archives

Les comptages réalisés à partir des rapports annuels d'activité du SI1 permettent de cerner l'évolution générale de l'activité médicale. Les données quantitatives mobilisées présentent la répartition des visites médicales selon la catégorisation du Code du travail de 2000 à 2012. Ces rapports, produits par le médecin coordonnateur du service, comptabilisent les visites effectuées et saisies par les médecins ou leurs secrétaires dans un logiciel interne. Bien que la catégorisation des visites et les modes de saisie puissent varier d'un médecin à l'autre, ces données sont plus représentatives que celles produites par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) que nous pensions utiliser initialement. En effet ces statistiques administratives régionales, dépendantes du nombre de rapports médicaux reçus et de leur mode de saisie qui varient fortement selon les années (les internes sont en charge de ce travail et la saisie n'est pas harmonisée d'une année à l'autre), comportent de trop nombreux biais pour être mobilisées. Nous l'avons vu[1], de nombreux médecins du travail ne remettent plus leurs rapports annuels ce qui rend les données lacunaires.

Justifiées par la pénurie médicale, des mesures sont mises en place pour éviter la surcharge de travail des médecins restant dans les services. Le principe du suivi médical systématique des salariés est ainsi remis en cause par le décret du 28 juillet 2004[2] espaçant la périodicité des visites médicales obligatoires qui d'annuelles deviennent biennales. Les médecins du travail sont également incités à passer cent cinquante demi-journées par an à réaliser des « actions en milieu de travail ». Ce principe est surtout réaffirmé face au peu de médecins qui le réalisaient en pratique :

> « Il y a eu la première loi sur l'action en milieu de travail qu'on appelait à l'époque le tiers temps, c'était en 1979, qui donnait obligation pour les médecins du travail de passer le tiers de leur temps en milieu de travail. Je vais te dire que moi quand j'ai commencé, même jusqu'en 2005, le tiers-temps n'a jamais été fait nulle part. À part quelques rares médecins qui osaient dire à leur direction : "Je mets la priorité sur l'action en milieu de travail. Mes visites médicales, si je n'ai pas fait mon quota en fin d'année, tant pis". Mais c'est vrai que dans les services, la priorité a toujours été donnée aux visites. Et à la fin de l'année, on allait regarder : "Vous avez fait votre secteur ? Vous avez vu tout le monde ? Vous n'avez pas vu tout le monde, comment ça ?". Et quand il manquait de temps, ce n'est pas sur les visites qu'on rognait, c'était sur l'action en milieu de travail. »

1 Cf. chapitre 3, 1.2.2, p.190.

2 L'article R. 241-49 du Code du travail est ainsi rédigé : « Art. R. 241-49. — I. - Chaque salarié bénéficie d'examens médicaux périodiques, au moins tous les vingt-quatre mois, en vue de s'assurer du maintien de son aptitude au poste de travail occupé. Le premier de ces examens a lieu dans les vingt-quatre mois qui suivent l'examen d'embauche prévu à l'article R. 241-48. » Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le Code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État), JORF n° 175 du 30 juillet 2004

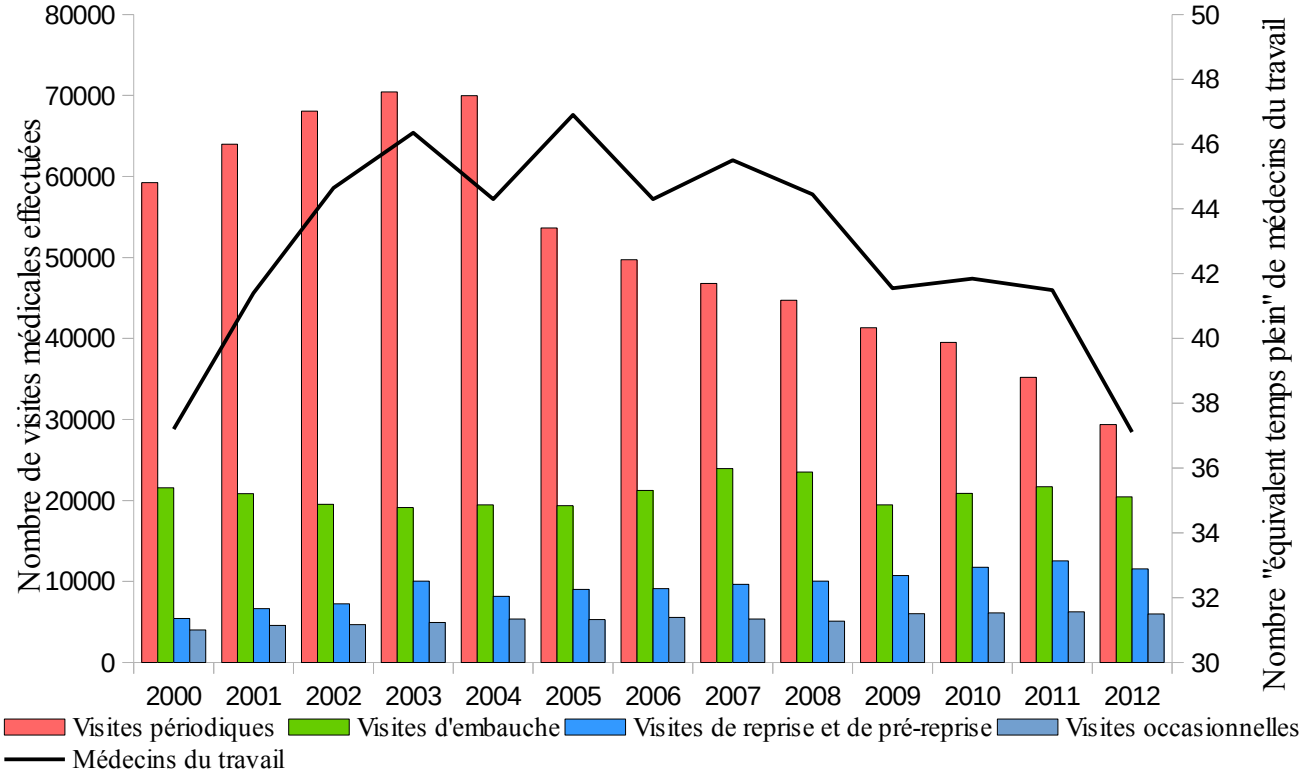
(entretien avec Chantal Mermet, médecin du travail, 53 ans, service interentreprises)

Le décret prévoit cependant que les salariés classés en « surveillance médicale renforcée » soient vus tous les ans. La catégorie est prévue pour les salariés affectés à certains travaux comportant des exigences ou des risques, les salariés venant de changer de type d'activité ou d'entrer en France, les travailleurs handicapés, les femmes enceintes et les jeunes mères, ainsi que les travailleurs de moins de dix-huit ans. Mais la définition de ces critères est suffisamment floue pour que des employeurs s'en servent pour maintenir un suivi régulier de leurs salariés, contrepartie attendue de leur cotisation :

« - 2004, ça a changé beaucoup de choses ?
- Ça a changé, on a beaucoup plus de temps pour aller en entreprise. Mais alors le revers de la médaille c'est qu'on a beaucoup moins de temps pour faire les visites médicales. Et les employeurs qui veulent tout, ils veulent bien le tiers, mais ils veulent aussi les visites médicales, râlent. Mais à juste titre puisque la réglementation n'a pas changé, en fait, et que le seul petit point qui avait changé, c'était SM/SMR donc surveillance médicale simple et renforcée. Donc les gens qui n'étaient pas en surveillance médicale renforcée, on les voyait tous les deux ans sauf comme c'est à l'initiative de l'employeur, il y a plein d'employeurs qui nous disent : "moi, je mets tout le monde en SMR comme ça, au moins, je sais pourquoi je paie". C'est intelligent ça. Du coup, on a moins de temps pour aller en entreprise. On avait en théorie, enfin le législateur a pensé qu'il y aurait peu de gens en SMR et que donc on aurait vraiment beaucoup de temps pour aller en entreprise, qu'on arriverait à faire nos cent cinquante demi-journées de tiers tout en continuant à pouvoir faire des entreprises [elle se reprend] des visites pour les gens en SMR. Mais vous avez des employeurs qui ne jouent pas le jeu. » (entretien avec Brigitte Moreau, médecin du travail, 59 ans, SI4)

Les comptages réalisés à partir des rapports d'activité du SI1 montrent une diminution de 25 % des visites médicales pratiquées au sein du service de 2000 à 2012. Les visites médicales périodiques décroissent de moitié sur la période. La réforme de 2004 a eu un effet important sur l'évolution de ces visites. Après une augmentation de 18,1 % de 2000 à 2004, celles-ci ont brutalement baissé de 23,3 % entre 2004 et 2005 et fléchissent continûment depuis (cf. graphique 4.1).

Graphique 4.1 : Nombre de visites médicales et de médecins du travail au SI1



Lecture : En 2010, 39 533 visites périodiques ont été effectuées au sein du service qui employait alors 41,8 « équivalents temps plein » de médecins du travail.
Champ : Visites médicales effectuées au sein du SI1.
Source : Rapports annuels du SI1 [2000 – 2012].

Bien qu'ils voient les salariés moins fréquemment, les médecins du travail du SI1 se trouvent de plus en plus dans l'impossibilité d'assurer l'ensemble des visites médicales selon leur périodicité légale, et ce quand bien même leur recrutement reste important au sein du service jusqu'au milieu des années 2000, ce qui n'est pas le cas de tous les services interentreprises. En 2009, *« parce qu'on n'y arrive pas »* comme l'explique Pascal Montant, le médecin coordonnateur, la CMT du SI1 établit avec l'accord du Conseil d'Administration un ordre des visites médicales prioritaires. Les visites d'embauche, de reprise et celles effectuées à la demande de l'employeur ou du salarié sont assurées en priorité et les visites périodiques, assurées en fonction du temps restant, deviennent secondaires.

Les visites « non périodiques » sont jugées prioritaires au sens où l'évaluation de l'aptitude y semble plus cruciale, que ce soit lors des visites d'embauche afin d'établir l'aptitude du salarié à son nouveau poste de travail ou lors des visites de reprise après arrêt de travail et

des visites « occasionnelles » (souvent organisées en cas de problème) pour réévaluer cette aptitude (cf. chapitre 6). De plus, l'espacement de l'évaluation régulière de l'aptitude est justifié par les réformateurs par la valorisation d'un suivi « collectif » opéré par les préventeurs non médicaux[1].

1.1.2 Une pratique centrée sur les visites médicales

Lorsque nous les interrogeons au début de l'année 2009 sur la périodicité des visites médicales, les médecins du travail ont dans l'ensemble encore le temps d'effectuer des visites médicales systématiques. Majoritairement favorables au maintien d'un suivi régulier des salariés en consultation médicale, tous n'accordent pourtant pas la même importance au suivi annuel.

Le cabinet médical est pensé comme un lieu d'écoute où le salarié peut se livrer, sous couvert du secret médical ; chose impossible lors des visites sur le lieu de travail. La connaissance des situations de travail ne repose cependant pas uniquement sur le « colloque singulier »[2], mais plutôt sur le croisement des informations délivrées par plusieurs salariés qui sont autant de sources d'information. C'est pourquoi les médecins voient souvent l'ensemble des salariés d'une entreprise les uns à la suite des autres. Au-delà de l'aspect pratique pour l'employeur, cette organisation permet de comparer les informations recueillies.

Beaucoup des médecins du travail rencontrés insistent sur l'importance de la visite en cabinet médical comme moment privilégié de recueil des propos des salariés, loin des oreilles de l'employeur. Selon Chantal Mermet[3], *« on ne remplacera jamais le dialogue avec le salarié »*. Cet entretien est un élément que de nombreux médecins du travail jugent central dans leur pratique :

> « Ça nous inquiète parce qu'on sait que notre spécificité de médecin du travail va disparaître. Et on ne voit pas bien comment, comment on va être... [elle marmonne]. Pour nous, il y a une part médicale qui, disons que l'entretien singulier avec le salarié, personne d'autre qu'un médecin ne peut le faire. Et on

1 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail: les groupes professionnels à l'épreuve de la « pluridisciplinarité »*, Thèse de sociologie, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, France, 2015, p. 249.

2 « L'origine de l'expression "colloque singulier" […] est attribuée à l'écrivain et médecin Georges Duhamel, qui, en 1935, voulait souligner que la rencontre clinique est une rencontre particulière et à caractère unique de deux individus singuliers : le médecin et le malade ». Aline SARRADON-ECK, « "Qui mieux que nous ?" Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins », *in* Géraldine BLOY, François-Xavier SCHWEYER et Claudine HERZLICH, *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, coll. « Métiers Santé Social », 2010, p. 266.

3 Cf. chapitre 1, 1.1.1 , p.49.

> peut aller tant qu'on veut dans l'atelier, il faut y aller c'est bien, il faut s'occuper du bruit, il faut s'occuper de tout ça, oui, mais ça ne suffit pas. On ne remplacera jamais une visite d'atelier, toutes les mesures de tout ce qu'on voudra, par le dialogue avec un salarié. Un entretien avec un médecin soumis au secret médical, auquel il peut parler en toute confiance. Il sait qu'il n'ira pas... Donc c'est vrai que ça pose d'énormes problèmes de savoir comment les informations vont remonter. Parce que, ce que je vous disais au début, quand on va dans un atelier, quand on va dans une entreprise, c'est aussi avec dans la tête ce que nous ont dit les gens. Et on sait bien que dans un atelier, quand on y va, on va cacher, on va ramasser plein de choses : "Attention le médecin arrive ! Alors attention vous faites surtout pas ça, vous mettez bien les sécurités, vous cachez. Tel produit, vous ne sortez pas les bouteilles". Si on y va en toute naïveté : "Il n'y a pas de problème ici, tout est bien". Alors que si on a en tête tout ce qu'ont pu nous dire les gens de leur quotidien, de ce qu'on leur fait faire, de ce qu'ils manipulent, les conditions de travail ou de leur chef, comment... Et ça, c'est des choses on peut passer à côté complètement. Et c'est vrai que ce qui fait la richesse de ce métier c'est justement la connaissance, et au fil du temps parce que c'est vrai que les gens, c'est pas quand on les voit la première fois qu'ils vont nous raconter tout ça. Parce qu'il faut quand même une certaine confiance. Et c'est au fil du temps, à revoir les gens, quand ils nous connaissent, quand nous on les connaît, qu'on finit par avoir une connaissance de l'entreprise. » (entretien avec Chantal Mermet, médecin du travail, 53 ans, service interentreprises)

La valeur accordée à la visite en cabinet médical est emblématique de la logique purement professionnelle que revendiquent les médecins du travail. Tel qu'il est présenté par nos enquêtés, le discours des salariés revêt un caractère tabou que les médecins préservent par le biais du secret médical. Les médecins ont « la licence d'acquérir, et dans une certaine mesure de garder secrets, des savoirs coupables, ou pour le moins potentiellement embarrassants et dangereux »[1]. Les règles de la profession médicale viennent ici limiter la subordination salariale des médecins du travail[2] et font de l'interaction au sein du cabinet médical un espace préservé d'autonomie professionnelle.

Les médecins les plus réticents à l'augmentation de la périodicité des visites médicales sont ceux qui centrent leur pratique sur le suivi de salariés en souffrance, notamment ceux qui ont un secteur composé d'entreprises de service où les salariés sont particulièrement exposés aux risques psychosociaux. Olivier Marek[3] comme son collègue Laurent Mercier[4] est hostile à

1 Everett HUGHES, *Le Regard sociologique*, Paris, EHESS, coll. « Recherches d'histoire et de sciences sociales », 1996, p. 101.
2 Françoise PIOTET, *La révolution des métiers*, Paris, PUF, coll. « Le Lien social », 2002, vol.1/, p. 290.
3 Cf. chapitre 2, 2.2.2, p.144.
4 Cf. chapitre 1, 1.2, p.54. Ce médecin surveille exclusivement des établissements du secteur associatif où les risques psychosociaux sont les principaux risques identifiés du secteur. Sa pratique se fonde essentiellement sur l'entretien au cours de la consultation médicale.

l'espacement des visites médicales. Réduisant le nombre d'entretiens en cabinet, il leur apparaît en effet comme une remise en cause de leur pratique professionnelle :

> « Nous on est un espace d'écoute. J'en discutais avant-hier avec des collègues, je leur disais, c'est vrai que l'on rencontre des difficultés, notre rôle c'est celui qui est codifié par la réglementation. C'est-à-dire prévenir toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail. Enfin, ça me parait être clair. Mais en pratique c'est être un espace d'écoute pour les gens qui sont dans le cadre de leur milieu de travail. Être un [il cherche ses mots] comment dire ? On a un rôle de prévention qui n'est pas négligeable. On voit nombre de gens chez qui on fait des diagnostics auxquels un médecin généraliste n'aurait pas pensé parce qu'on interroge systématiquement les gens sur leur état de santé. Nous quand on voit quelqu'un, lorsque l'on sent qu'il y a un problème, on essaie de prendre le temps, d'explorer un peu le problème, d'approfondir. Quitte à le reconvoquer, mais toujours à prendre le temps. On est vraiment dans une démarche de prévention. Prévention primaire. Et éviter, par exemple quand on voit des gens chez qui on détecte des signes d'alerte qui pourraient nous faire suspecter qu'il y a une dépression réactionnelle, par exemple à une situation de travail, on agit. Et malheureusement, dans les années à venir, je pense qu'on va être confrontés, ça va être l'enjeu majeur dans les entreprises. » (entretien avec Olivier Marek, médecin du travail, 40 ans, SI3)

Les médecins attachés aux visites médicales font référence à une identité professionnelle de médecin, mais peuvent se distinguer selon le public dont ils attendent la confiance. Pour Olivier Marek et Laurent Mercier, les visites garantissent avant tout qu'ils assurent leur mission de prévention comme cela est attendu de la part des employeurs. Mais pour d'autres médecins, c'est par rapport aux salariés que doit se construire la confiance qui fonde leur identité professionnelle.

Alain Martineau[1] considère que *« la médecine du travail c'est parler du travail avec les gens »*. L'entretien médical est la principale source d'informations de ce médecin qui pratique une « clinique médicale du travail », pour connaître les situations de travail et l'état de santé des salariés qu'il suit. Il estime que le maintien des visites médicales régulières permet de construire et de préserver la confiance des salariés qui, longue à acquérir, constitue l'assise de la pratique professionnelle des médecins du travail :

> « - Mais justement [les salariés] parlent facilement ou pas ?
> - Je crois que ça dépend beaucoup de... [il cherche ses mots]. Il faut être là depuis longtemps [il se met à rire]. C'est ce que j'ai envie de dire. Il faut être là depuis longtemps. Et moi, ce n'est pas mon cas pour l'instant. Parce que moi, les gens que je vois ici ce sont des gens que je n'ai jamais vus avant... Bien que le médecin

1 Cf. chapitre 2, 2.2.2, p. 144.

> qui était avant moi avait une pratique aussi qui était assez, je pense que les gens avaient confiance et qu'ils parlaient. Mais enfin après c'est quelqu'un d'autre. Vous ne savez jamais. Vous arrivez en face d'un médecin, vous ne savez pas du tout comment il est, vous ne savez pas quelle philosophie de l'affaire il a. [il cherche ses mots et souffle fortement] parce que quand on regarde les histoires, par exemple, de chauffeur poids lourd. Ça, c'est tout à fait caractéristique. Parce qu'il y a une réglementation pour les chauffeurs poids lourds par rapport à leur permis tous les cinq ans. Ce n'est pas le boulot du médecin du travail de faire passer la visite médicale des poids lourds tous les cinq ans. D'accord ? Maintenant il peut se passer des choses entre temps. Le gars, il peut avoir eu un problème, un infarctus, un truc qui fait que peut-être ça va poser problème. Donc c'est vrai que là, ça, c'est des choses extrêmement difficiles pour les salariés. Le gars, il va vous parler que si vous, à la limite, vous lui donnez l'avis d'aptitude d'abord et que vous discutez après. En gros. J'ai des collègues qui l'ont fait ça. Pour établir une relation, alors on est plus dans la réglementation parce que ce n'est pas du tout réglementaire, mais pour pouvoir discuter avec l'employeur. Moi je connais des gens qui écrivaient "apte", qui donnent le papier au salarié quand il arrive, donc là il en fera ce qu'il voudra, et qui après discutent. » (entretien avec Alain Martineau, médecin du travail, 59 ans, SI4)

Pour Alain Martineau l'obtention de cette confiance qu'il juge essentielle se heurte à l'objectif même de la visite : la délivrance (ou non) du certificat d'aptitude. Ce militant du SNPST est d'ailleurs partisan de la suppression de l'avis d'aptitude pour que les salariés ne se censurent pas au cours des consultations par crainte d'être déclarés inaptes.

D'autres médecins qui cherchent ailleurs leur légitimation professionnelle préfèrent espacer les visites en cabinet. Ces médecins, qui travaillent le plus souvent avec de gros établissements en termes d'effectifs, valorisent davantage l'action en milieu de travail et de ce fait, sont les plus enclins à remettre en cause l'annualité des visites médicales. Parmi nos enquêtés ils se retrouvent essentiellement dans le pôle administratif (cf. chapitre 1). C'est le cas, par exemple, de Danielle Meyrac, Brigitte Moreau, mais aussi de Patrick Mahe lorsqu'il affirme préférer l'observation des conditions de travail physiques et relationnelles sur le lieu de travail à la visite médicale en cabinet. Estimant que *« ça ne sert à rien de rester dans son bureau à aligner des visites systématiques »,* il est donc favorable à leur espacement pour chaque salarié *:*

> « Et l'idéal, enfin tous les médecins ne penseront pas ça, mais en pratique on aimerait que [les visites systématiques] ça soit tous les cinq ans. Surtout pour les gens de bureaux qui ont 25 ans. On les a vus une fois, c'est bon, à l'embauche. S'il y a un problème, on est tout à fait libre de les faire revenir. Ou on dit souvent aux gens, moi c'est ce que je dis très souvent : "Vous pouvez demander une consultation à votre médecin du travail comme n'importe quel spécialiste. Pas

> tous les huit jours parce que le patron va coincer. Mais la porte est toujours ouverte. C'est pas parce que je vous dis à dans deux ans, si tout va bien, que vous n'avez pas le droit, s'il y a un souci de venir me voir à l'occasion, il y a un problème professionnel". Moi je leur dis souvent : "Si votre petit chien, ça ne va pas ou votre copain, ça va pas, moi je ne peux rien pour vous". Non, mais je leur dis sérieusement. Parce qu'il y en a, c'est vrai qu'ils sont enclins à se répandre un peu. Je suis pas contre, mais il ne faut pas tout confondre. Ce n'est pas tout de recevoir le fardeau des gens, mais le plus important c'est ce qu'on peut faire pour eux. Moi je ne suis pas psy. » (entretien avec Patrick Mahe, médecin du travail, 50 ans environ, service interentreprises)

Comme Patrick Mahe le reconnaît lui-même, une telle position n'est pas partagée par tous les médecins et il continue d'ailleurs de consacrer la moitié de son temps à cette activité médicale. Bien que les médecins du « pôle administratif » construisent leur identité professionnelle en creux par rapport aux médecins « classiques », la part médicale de cette identité n'est pas complètement reniée puisqu'ils continuent d'accorder une part importante de leur temps à ces entretiens. Soumis à l'obligation d'évaluation de l'aptitude, ils attendent d'un changement de législation l'autorisation de moins pratiquer ces visites médicales. Mettre l'accent sur les actions en milieu de travail est pour eux le signe d'une volonté de redéfinir le champ d'intervention de la médecine du travail.

Si les médecins valorisant l'action en milieu de travail acceptent une remise en cause du systématisme des visites médicales, ceux fondant leur identité professionnelle sur la relation de confiance établie avec l'employeur ou le salarié, cherchent au contraire à préserver cette pratique. Ces diverses positions conduisent-elles à des configurations différenciées dans le partage du travail avec les autres préventeurs recrutés dans les services interentreprises ?

1.2 Des réticences médicales à diviser le travail

Les médecins qui ont l'habitude d'être les seuls professionnels des services interentreprises à détenir le mandat de prévention sont réticents à partager leur travail avec les membres de groupes professionnels avec qui ils n'ont pas l'habitude de travailler. S'ils restent loyaux à l'institution, c'est davantage dans la préservation de leurs anciennes pratiques de travail que le suivi enthousiaste d'une réforme gestionnaire. Comme l'a identifié Blandine Barlet, la division du travail suit cependant « une évolution négociée et lente »[1]. À mesure que leurs confrères partent à la retraite, que le déficit médical se creuse et qu'ils se trouvent

1 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 257.

surchargés de travail, les médecins se mettent progressivement à collaborer avec les préventeurs non médicaux.

1.2.1 Ne pas réformer le travail

De même que le médecin traitant est pensé comme « pivot du parcours de soin »[1] depuis les réformes de rationalisation du système de santé, initiées en 2000, le médecin du travail est désormais présumé être le centre d'une équipe pluridisciplinaire au sein des services interentreprises. Si les professeurs de pathologie professionnelle négociant la réforme prévoyaient le terme de « pilote »[2], aucun lien hiérarchique n'est finalement transcrit dans le Code du travail où « les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire »[3]. Tout comme les médecins traitants « pivots » du parcours de soin sont supposés détenir une connaissance globale de l'état de santé du patient, les médecins du travail auraient une connaissance globale de « leur »[4] secteur qui leur octroierait une place centrale au sein de l'équipe et leur donnerait autorité pour déléguer une partie du travail de prévention aux préventeurs non médicaux et paramédicaux.

Or la mise en place de telles « équipes » au sein des services interentreprises rencontre la réticence des médecins. Au-delà d'oppositions frontales à leur direction, c'est dans les pratiques qu'ils résistent. C'est ainsi qu'en 2010, sur les 52 médecins du SI1, 47 médecins du SI1 avaient fait appel aux IPRP, mais que 10 d'entre eux avaient formulé, à eux seuls, 50 % des demandes[5]. Mis à part une minorité de médecins convaincus qui travaille régulièrement avec les IPRP, leurs confrères justifient leur absence de sollicitation par leur surcharge de travail ou par une pratique qui ne nécessite pas le recours à des professionnels non médicaux.

La rencontre de deux médecins du SI3 où la réforme a suscité de vives tensions entre les professionnels et leur direction nous permet d'appréhender les freins à la constitution de telles équipes. Françoise Mialon et Michel Mura exercent tous deux dans l'un des centres

1 Aline SARRADON-ECK, « "Qui mieux que nous ?" Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins », *op. cit.*

2 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 234.

3 « Les missions des services de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire. » Article L. 4622-8, Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, JORF n° 0170 du 24 juillet 2011

4 L'emploi par les médecins du travail de pronoms possessifs pour désigner le public ou les entreprises auprès desquels ils interviennent est le signe d'une appropriation professionnelle forte de cette activité.

5 Rapport d'activité du pôle prévention, SI1, 2010.

annexes du service qui réunit six médecins, dont deux en cumul emploi-retraite[1]. Françoise Mialon évoque son sentiment d'avoir contribué à créer le métier et d'être ainsi légitime avec ses collègues pour affirmer que leur rôle n'est pas de gérer les risques à la place des employeurs, signe par ailleurs d'un attachement à l'indépendance professionnelle. Les médecins de ce centre s'entendent bien, ils partagent des moments de sociabilité et d'échanges informels, déjeunent ensemble une fois par semaine et se tiennent plutôt à l'écart du siège du service. Michel Mura, qui me reçoit en *« temps masqué »* précise :

> « Le service a connu des soubresauts, il y a quatre, cinq ans. Où on nous a mis un médecin coordinateur qui n'avait pas l'assentiment de ses pairs [il parle très bas et lentement] donc il y a eu des clashs. Avec une prise en main du patronat local. Donc il y a eu des gros coups durs, ça a laissé des traces. Alors nous en secteur extérieur, on est assez tranquilles. Enfin assez tranquilles, on bosse bien. Le centre a du pouvoir c'est sûr donc on ne les voit pas. Mais il n'y a plus la flamme qu'il y avait. Il n'y a plus l'élan parce que c'est aussi ceux qui s'étaient le plus impliqués, qui se sont le plus battus qui se sont faits le plus casser. » (entretien avec Michel Mura, médecin du travail, 59 ans, SI3)

Françoise Mialon qui en parle elle aussi difficilement avance que les décisions sont imposées sans concertation, *« ou plutôt avec une fausse concertation »*, la mise en place de la Commission médico-technique (CMT) ayant été difficile et compliquée.

Bien que selon Françoise Mialon[2] les médecins du travail aient commencé à aller dans les entreprises à reculons, notamment par manque d'expérience, et étaient vus comme des *« empêcheurs de tourner en rond »*, c'est sa génération qui a ouvert la porte d'entrée des entreprises. Elle accorde beaucoup d'importance aux Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) où les salariés peuvent investir les questions de santé et de sécurité, où ils entendent qu'elle leur tient le même discours qu'aux employeurs et où elle soulève les problèmes entendus en visites médicales. Elle déplore l'augmentation de la périodicité de ces visites, car elle sent moins *« la température des entreprises »*. Dans la

1 Comme son nom l'indique, ce dispositif permet de cumuler les statuts de salariés (souvent à temps très partiel) et de retraités. Il est valorisé au sein de services interentreprises qui manquent de médecins.

2 Née en 1952, Françoise Mialon est la fille d'un employé (en quincaillerie puis au service comptabilité d'une entreprise) et d'une femme au foyer précédemment couturière. Elle attribue à ses origines *« modestes »*, son orientation professionnelle. Il devient de plus en plus complexe pour elle d'assurer des remplacements de médecine générale à la naissance de sa première fille (elle en a deux), son mari, responsable de secteur d'une société de distribution des eaux, étant très pris. Elle anticipe d'éventuelles difficultés à *« retrouver une clientèle »* lorsque son mari envisage un temps une mutation. Son voisin, lui-même médecin du travail, lui conseille cette spécialité *« très intéressante, où il y avait plein de choses à découvrir »* dont les horaires réguliers lui permettront de s'occuper de sa fille. Après avoir obtenu le CES, Françoise Mialon présente sa candidature au SI3 où elle est embauchée quelques mois plus tard, en 1981. Elle qualifie de *« chance »* le fait d'avoir trouvé un emploi là où elle réside, *« sinon ça aurait été compliqué au niveau familial ».*

description qu'elle fait de ses pratiques de travail, nous discernons l'attitude d'une médecin expérimentée convaincue d'avoir la bonne définition de son métier. Selon elle *« le système tel qu'il existait était bien »,* mais a manqué une coordination nationale pour mutualiser les études réalisées par les praticiens de terrain.

Après avoir été élue au CE, Françoise Mialon est secrétaire du CHSCT du SI3. Ayant été syndiquée au SNPST, elle ne se retrouve plus dans les propositions du syndicat en matière d'aptitude et d'abandon des visites médicales et ne renouvelle pas son adhésion. Elle avait fait grève en 2004, se déplaçant à Paris, mais pas récemment. Délaissant les formes organisées de mobilisation, elle se replie sur les interactions avec ses collègues au sein du service. Elle discute beaucoup de la réforme avec ces derniers et considère que les médecins doivent rester vigilants sur l'application de la loi, relativement notamment au pouvoir des directions de service pour définir les actions de prévention prioritaires et à l'indépendance des « pôles techniques » où les préventeurs non médicaux sont réunis à l'écart de toute subordination médicale.

Suivant principalement des entreprises industrielles, Françoise Mialon concentre son activité sur la prévention du risque chimique. Il y a certaines choses qu'elle *« ne peut pas lâcher »* comme les produits cancérigènes, les Cancérogène, mutagène et reprotoxique (CMR). Elle a par exemple mis deux ans à faire installer une aspiration pour protéger des soudeurs des fumées toxiques dans une entreprise, mais y est finalement parvenue. Le tertiaire, qu'elle trouve plus simple, l'intéresse moins. Alors que nous pourrions penser que cette médecin se rapproche de ceux du « pôle administratif » précédemment décrit, elle ne fait que ponctuellement appel aux préventeurs non médicaux et continue avant tout de pratiquer son travail à l'identique, contournant ainsi la réforme.

À l'arrivée des IPRP et des ASST dans le service, elle fait souvent appel à eux, moins ensuite (deux à trois fois par an) notamment quand elle juge que l'intervention des IPRP ne va contribuer à améliorer les conditions de travail. Par exemple si les mesures effectuées sur un poste de travail se situent sous les valeurs limites d'expositions, l'employeur n'est pas légalement obligé de réduire l'exposition des salariés aux situations dangereuses. De plus, si elle estime avoir déjà les mesures appropriées dans une situation donnée, elle ne refera par intervenir les préventeurs non médicaux pour un poste similaire. Elle délègue ces mesures,

mais conserve l'analyse des situations de travail accordant de l'importance au contrôle médical du travail.

Françoise Mialon ne sait par ailleurs pas quoi penser des équipes « pluridisciplinaires » qui se mettent en place en 2011. Tout en se disant qu'il *« n'y a pas trop le choix »*, elle attend d'avoir le retour de ses collègues médecins et ne s'y investit pas. Étant à la retraite dans un an, elle attend surtout de faire « défection »[1] tout en ayant continué à pratiquer le métier tel qu'elle le connaissait. Le départ à la « retraite » prend alors la connotation d'une mise à l'abri[2]. Au SI1, Dominique Miceli[3] qui est lui aussi en fin de carrière et envisage également une reconversion a une attitude similaire : *« moi j'attends un petit peu et je le ferais plus tard. Je vais voir comment vont passer les autres »*. Cette posture attentiste qui « freine » l'effectivité de la réforme est possible pour un groupe professionnel vieillissant dont de nombreux membres vont bientôt quitter l'institution.

1.2.2 Déléguer le travail à une profession paramédicale

Dans sa pratique, Michel Mura[4] établit une dichotomie entre d'une part, une délégation du travail aux infirmières et d'autre part, celle aux IPRP et ASST. Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, au sein des services interentreprises, la prescription à des préventeurs non médicaux échappe davantage aux médecins que celle à des professions paramédicales. Michel Mura fait peu appel aux IPRP et ASST du SI3 et a davantage recours au service toxicologie ou à un ingénieur ergonome de la CRAM, boycottant les préventeurs non médicaux de son service :

> « C'est une question délicate ça. C'est-à-dire que [il soupire] c'est un peu lié au fait que la situation de la santé au travail, il y a quinze, vingt ans étaient beaucoup les trucs classiques que je vous citais : le bruit, les poussières, les toxiques, etc. Et qu'à l'époque effectivement je prescrivais de temps en temps des prélèvements que moi-même je faisais, mais aussi des prélèvements plus complets, plus techniques que faisaient ces ingénieurs. Aujourd'hui les questions de santé psychiques ont envahi le monde du travail. Tout ce qui est risques psychosociaux, etc. Donc je fais beaucoup moins appel à ces personnes. Y compris sur les TMS. Quand on a dit TMS, on a tout et rien dit, ça recoupe aussi tous des facteurs psychosociaux. Donc je ne les fais pas intervenir parce que ce n'est pas simple.

1 Albert O HIRSCHMAN, *Défection et prise de parole : théorie et applications*, Paris, Fayard, coll. « L'Espace du politique », 1995.

2 Selon le Littré, en escrime, la « retraite » correspond à un « mouvement arrière, par lequel on se met hors de l'atteinte des bottes que porte l'adversaire », http://www.cnrtl.fr/definition/retraite/substantif, consulté le 3 août 2017.

3 Cf. chapitre 6, 3.2.1, p. 373.

4 Cf. chapitre 1, 2.2.2, p. 79.

> C'est long, c'est compliqué. Il faut à la fois pouvoir répondre rapidement, mais pas non plus être dans le temps, ils ne sont pas forcément disponibles ou c'est pas forcément eux qui seront à même d'intervenir. Ils ne sont pas à côté. Je crois qu'il y a aussi une fonction de proximité. Donc éventuellement je vais échanger avec mes collègues. » (entretien avec Michel Mura, médecin du travail, 59 ans, SI3)

Les pratiques professionnelles de ce médecin ont évolué. Alors qu'il a défendu l'ouverture à d'autres disciplines de l'hygiène industrielle pour appréhender les conditions de travail des salariés au sein des entreprises, il s'est ensuite tourné vers des pratiques plus cliniques, comme de nombreux médecins du travail critiques (cf. chapitre 1). Ces pratiques de prévention, plus éloignées d'une mesure quantitative du risque, favorisent au contraire la collaboration avec des infirmières.

Michel Mura, que son adhésion à l'association SMT a préparé à cette alternative, envisage de travailler avec elles. Membre d'une commission sur leur intégration, il est volontaire pour accueillir une infirmière en 2011 :

> « On est en train de former des équipes de santé-travail avec le recrutement d'infirmières du travail, d'assistantes santé-travail […] Ça part sur des bonnes bases. C'est une équipe médicale avec un projet médical. Après il faut voir à l'usage. Moi je reste quand même très clinique du travail. Là vous reconnaissez d'où je viens disons, l'association SMT, entre guillemets, etc. Je ne conçois pas une infirmière comme étant, comment dirais-je, une sous-traitante de ce que je ne veux pas faire. De ce que je n'ai pas envie de faire. Ou une personne qui va remplir que des cases, des questionnaires ou autre. D'abord ce n'est pas intéressant pour elles. Elles ne restent pas en général. Elles sont en souffrance. Même si le médecin, d'un point de vue hiérarchique, c'est lui qui dans l'équipe aura une... En même temps l'infirmière aura toute sa place. Oui, bien sa place dans cette relation, dans le rapport santé-travail. C'est pas qu'une exécutante. » (entretien avec Michel Mura, médecin du travail, 59 ans, SI3)

Dans ce cadre, la division du travail reste contrôlée par le médecin. Si l'acte médical lui-même échappe à la subordination[1], le travail délégué à une profession également régie par le Code de la santé publique reste contrôlé par les professionnels. Il est alors plus simple pour des médecins attachés à l'indépendance du travail des préventeurs (vis-à-vis de leurs supérieurs hiérarchiques) de collaborer avec des professions paramédicales.

1 « La protection de la santé au travail étant d'ordre public, la surveillance médicale doit être partiellement exclue de l'échange contractuel pour relever d'une logique statutaire. » Patrick CHAUMETTE, « Salariat, déontologie et intérêt général à propos du statut des médecins », *in* Jean-Luc BODIGUEL, Christian-Albert GARBAR et Alain SUPIOT, *Servir l'intérêt général*, Paris, PUF, coll. « Les voies du droit », 2000, p. 264.

Le manque de main-d'œuvre médicale favorise également la délégation d'une partie du travail à d'autres professionnels. Suite au départ de ses confrères, et bien qu'il espère le recrutement de deux nouveaux médecins, en 2012 Michel Mura sera le seul médecin restant du centre annexe. Surchargés de travail, les médecins les plus jeunes se voient peu à peu contraints de déléguer une partie de leur activité pour assumer leurs obligations réglementaires. Ce sont notamment des infirmières qui prennent en charge le suivi régulier des salariés.

2 Un suivi paramédical

Construite sous l'égide de la profession médicale, la profession d'infirmière est qualifiée de profession paramédicale[1]. Dans le processus de délégation d'une partie du travail des professions médicales à des catégories subalternes, « à chaque fois, la catégorie inférieure procède de la supérieure ; elle se définit par rapport à elle, et non l'inverse. Elle se trouve non seulement dans une relation de subordination, mais aussi d'inclusion. Ces catégories ne sont pas leur propre référent : c'est la catégorie supérieure qui joue ce rôle. »[2] Lorsqu'il s'intéresse à la division du travail à l'hôpital, Everett C. Hugues[3] montre que l'augmentation régulière du nombre de tâches à accomplir s'accompagne d'un renforcement des frontières entre les postes et que chacune de ces frontières est à la fois un espace de coopération et un espace de conflit. C'est ainsi que toute transformation de la pratique médicale repose la question de savoir qui, du médecin ou de l'infirmière, assurera les nouvelles tâches, quelles tâches seront déléguées et quelles autres seront conservées. Aux yeux des infirmières, ce sont bien les médecins qui sont responsables de l'évaluation de l'aptitude des travailleurs, mais ils n'ont plus le temps de les rencontrer dans leur ensemble et ils délèguent aux infirmières le suivi sanitaire de la population salariée.

Mais peu à peu, au cours du processus de professionnalisation du groupe des infirmières, « l'introduction du "rôle propre" reconnaît à l'infirmière le droit d'exercer indépendamment du médecin des activités dont elle a la complète maîtrise du fait de sa formation et des diplômes qui l'y habilitent. »[4] Cette autonomisation de la profession s'est

1 « Le terme "paramédical" désigne des métiers que la division du travail régie par la profession s'est subordonnée ou qui ont subi son attraction. » Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, *op. cit.*, p. 59.

2 Nicolas JOUNIN et Loup WOLFF, *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*, Centre d'études de l'emploi, 2006, p. 9.

3 Everett HUGHES, *Le Regard sociologique*, *op. cit.*

4 « Les soins relevant du rôle propre sont alors définis comme "liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie […] visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de

construite et s'est négociée. En outre, ainsi que les différents travaux sur les professions de soin (médicales ou paramédicales) le montrent, le lieu d'exercice pose cette question de manière différente : l'infirmière libérale n'est pas l'infirmière du bloc opératoire. Dès lors, qu'en est-il pour les infirmières arrivant dans les services interentreprises dont le statut est façonné par l'histoire de la profession, mais dont le rôle reste à construire ?

Encadré 4.2 : Nommer médecins et infirmières

Comme le précise Anne-Marie Arborio à propos des « aides-soignantes », « on emploiera le plus souvent le terme au féminin pluriel pour désigner l'ensemble du groupe au détriment de la règle de grammaire qui fait coïncider le pluriel mixte avec le masculin, mais suivant l'usage courant »[1], nous procéderons de même pour parler du groupe des infirmières exerçant en services interentreprises constitué à 92,8 % des femmes[2] et pour les assistantes employées par ces services. Ce souci de conformité à l'usage courant n'est cependant pas sans poser question lors de l'étude de la division du travail au sein de services interentreprises composés d'une population médicale très largement féminine. D'autant plus que la dénomination de cette profession socialement dominante et majoritairement masculine se fait *uniquement* au masculin. Nous ne féminisons pas non plus la population des « intervenants en prévention des risques professionnels » composée d'une majorité de femmes[3].

2.1 La constitution d'une nouvelle spécialité

Les infirmières exerçant en entreprises ou services interentreprises peuvent être considérées comme les héritières des surintendantes d'usine[4] qui « devaient en effet être

la personne." » Isabelle FERONI, *Les infirmières hospitalières. La construction d'un groupe professionnel*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Nice - Sophia Antipolis, 1994, p. 415.

1 Anne-Marie ARBORIO, « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot » », *in* Didier DEMAZIÈRE et Charles GADEA, *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis*, La Découverte., Paris, 2009, p. 52.

2 Jean ALBOUY, Catherine BERSON, J.M. BRILLET, Catherine DALM, F. MASSON et Jean-Louis POMMIER, « L'exercice infirmier en santé au travail », *Documents pour le médecin du travail*, juin 2009, nº 118, pp. 221-234.

3 La population d'IPRP serait composée à 59,3 % de femmes (il s'agit d'un ordre de grandeur car l'échantillon de l'enquête n'est pas représentatif). Sandrine CAROLY, Makafui SALLAH et Aurélie LANDRY, *Tâches, objectifs des IPRP de SST et pluridisciplinarité. Analyse des résultats du questionnaire AFISST-PACTE des IPRP 2014*, PACTE - LIP, 2015.

4 « Recrutées avec un diplôme d'infirmière, les élèves surintendantes complétaient leur savoir médical initial par des cours d'hygiène industrielle et de toxicologie. Elles suivaient une formation juridique [faisaient l'apprentissage du travail administratif, étudiaient les nouvelles formes d'organisation du travail et s'initiaient à la sociologie et à l'économie politique]. » Catherine OMNÈS, « Les surintendantes d'usine : pionnières de la gestion du risque professionnel ? », *Connaissance de l'emploi*, 2007, nº 42, p. 2.

attentives non seulement aux conditions de vie hors travail de l'ouvrière [...], mais aussi aux conditions de travail, à l'hygiène dans les usines, à l'affectation des postes de travail en fonction de la situation sociale ou de la condition physique de la femme, aux conditions d'embauche... »[1]. Mais l'institutionnalisation de la médecine du travail dans les années 1940 et la création de la profession d'assistante sociale ont dépossédé les surintendantes de leur rôle et ont contribué à la disparition du groupe[2]. Depuis plusieurs décennies[3], les grandes entreprises ont l'obligation d'employer des infirmières[4]. Mais jusqu'à récemment la profession était absente des services interentreprises où les médecins exerçaient seuls. C'est au milieu des années 2000 que le recrutement d'infirmières à leurs côtés s'est peu à peu imposé. Depuis le milieu des années 1990, la « spécialité » bénéficie d'une formation spécifique. Si les formateurs sont attachés à qualifier les infirmières pour la santé au travail, à la manière des surintendantes, cette spécialisation importe aussi aux médecins qui souhaitent exercer avec elles afin de conserver une médicalisation de la prévention.

2.1.1 Se spécialiser en santé au travail

En revenant sur les conditions d'émergence d'une formation dédiée aux infirmières spécialisées en « santé au travail », nous allons voir que les professeurs de pathologie professionnelle qui non seulement créent cette formation, mais promeuvent également le recrutement d'infirmières formées au sein des services interentreprises favorisent la légitimation de la spécialité. Sa reconnaissance par l'Université contribue grandement à son institutionnalisation.

Comme l'avance Blandine Barlet, « l'idée d'approfondir le rôle des infirmières dans les services de santé au travail revient d'abord au collège des enseignants en médecine du travail. »[5] En 2007, Françoise Conso et Paul Frimat, tous deux chefs de service de pathologies

1 François ABALLÉA, « Surintendante d'usines-conseiller du travail et conseiller en économie sociale familiale : deux dynamiques professionnelles divergentes », *Revue française des affaires sociales*, 2004, n° 3, p. 211.

2 Catherine OMNÈS, « Les surintendantes d'usine : pionnières de la gestion du risque professionnel ? », *art. cit.*, pp. 3-4.

3 Pour rappel, en 2014, 3436 infirmiers exercent en « prévention et soins en entreprise ». Daniel SICART, *Les professions de santé au 1er janvier 2014*, Drees, coll. « Série Statistiques », 2014.

4 Dans les établissements industriels de 200 à 800 salariés, est présent au moins un infirmier et, au-delà de cet effectif, un infirmier supplémentaire par tranche de 600 salariés. Dans les autres établissements de 500 à 1 000 salariés, est présent au moins un infirmier et, au-delà de cet effectif, un infirmier supplémentaire par tranche de 1 000 salariés. Article R4623-32 du Code du travail modifié par le Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail, JORF n° 0026 du 31 janvier 2012

5 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 158.

professionnelles, préconisent dans leur rapport la délégation des tâches médicales à des professionnels qualifiés :

> « Les délégations ou transferts que l'on peut envisager dans un processus de coopération se font nécessairement à destination des professionnels disposant des compétences nécessaires. C'est la raison pour laquelle la mission recommande de reconnaître une qualification en santé au travail au personnel infirmier, de former en santé au travail des secrétaires assistantes, de garantir les compétences des IPRP et de développer une culture de santé publique chez les directeurs de services. » (Claire AUBIN, Françoise CONSO, Pierre DE SAINTIGNON, Paul FRIMAT, Régis PELISSIER et Jacques VEYRET, *Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail*, IGAS-IGAENR, 2007, p. 76)

Paul Frimat fait partie des premiers professeurs de pathologie professionnelle à accueillir au début des années 1990 le Diplôme Inter universitaire de Santé au Travail (DIUST), première formation proposée aux infirmières voulant se spécialiser en santé au travail. Seules les infirmières déjà diplômées peuvent accéder aux cours qui relèvent de la formation continue et sont généralement financés par leurs employeurs. Comme en médecine du travail, l'identité professionnelle prime sur la spécialisation en santé au travail.

À l'initiative d'un professeur de médecine du travail de Rouen, le projet est coordonné à partir de 1992 par une infirmière d'entreprise agroalimentaire diplômée d'un Master de santé au travail validé en Écosse. Elle constitue une équipe d'infirmières dont des représentantes du GIT, de professeurs de pathologie professionnelle, de médecins du travail et un DRH pour concevoir un programme de formation pour les infirmières d'entreprises. Les Universités de Strasbourg, Rouen et Lille soutiennent le projet et lui *« donnent leur label ».* L'institutionnalisation comme formation universitaire légitime le savoir de ces « spécialistes » en émergence et contribue à la reconnaissance de leur statut dans la division du travail.

Mais si les universités reconnaissent la formation, elles laissent cependant à l'initiative privée son montage et son financement, ce qui atténue l'effet de légitimation de la spécialité. L'association APROFOST [Association de PROmotion de la FOrmation en Santé au Travail], financée par des entreprises industrielles et laboratoires[1], est créée. Les fonds collectés servent

1 Entreprises, groupes et EPIC de l'industrie papetière, sidérurgique, chimique, d'entreprises de transformation du bois, de l'énergie, constructeurs de protections auditives, de fabrication de verres correcteurs et des équipements d'optique ophtalmique, d'instrumentation pour la mesure et la gestion du bruit et des vibrations, constructeurs automobiles et groupes chimico-pharmaceutiques ; et laboratoires spécialisés en protection et hygiène industrielle, vaccins, toxicologie et produits chimiques. Notons qu'en 2011, la coordinatrice nationale est licenciée pour raisons économiques et est recrutée par l'un des financeurs pour qui elle s'occupera du suivi des études cliniques dans un laboratoire toxicologique, ce qui souligne la proximité entre les formateurs du Diplôme inter universitaire de santé au travail

à rémunérer cette ancienne infirmière recrutée comme coordinatrice nationale de la formation et à médiatiser cette nouvelle formation par la création de *« notre logo, notre image de marque, notre papier à lettres, le paiement des auteurs des cours polycopiés, l'impression de tous les documents et de lancer notre produit qu'est la formation des infirmières et infirmiers du travail dans les trois facultés d'origine »*[1].

La formation démarre en septembre 1994 puis s'étend à partir de 1996 à d'autres villes : Besançon, Tours, Paris, Lausanne, Bordeaux, Limoges, Toulouse et enfin certaines villes du grand Ouest comme Nantes et Rennes. La validation de ce diplôme nécessite d'assister à six semaines de cours (240 heures) qui s'organisent en cinq modules portant sur « l'environnement humain, social et juridique de la santé au travail » permettant :

> « -d'identifier les relations et interactions travail et santé à travers l'étude de l'environnement de travail, des facteurs de risques professionnels, de leur mesure et de la physiologie du travail et à travers l'étude de la psychologie et la pathologie du travail des différents groupes de population au travail de son entreprise ainsi que dans l'environnement extérieur à l'entreprise ;
> - d'intégrer les aspects réglementaires, techniques et pratiques de la surveillance médicale, de l'amélioration du milieu de travail et devra avoir acquis des notions de base concernant l'adaptation du travail à l'homme, l'épidémiologie et la communication ;
> - de connaître la gestion d'une infirmerie d'entreprise, s'insérer dans les services de santé au travail et/ou dans l'entreprise » (APROFOST CONSEIL, *Diplôme Interuniversitaire de Santé au Travail -Guide d'aide à l'étudiant*, 2003, pp. 21-25)

Sans entrer dans le détail de la formation et de sa mise en œuvre, nous pouvons simplement mettre l'accent sur les similitudes entre ce programme et les préoccupations des formateurs des surintendantes d'usine qui cherchaient déjà à les doter d'une approche pluridisciplinaire fondée sur la connaissance fine des situations de travail[2]. Les étudiants du DIUST doivent effectuer trois mois de stage (deux semaines en cas d'expérience) et rédiger un mémoire. Ils sont obligatoirement encadrés par deux tuteurs, une infirmière ayant déjà validé la formation qui fait bénéficier l'étudiant de sa propre expérience et de son aide et un médecin du travail qui a davantage un rôle de supervision. Les médecins sont également nombreux parmi les responsables de formation et les formateurs, signe du contrôle de la profession médicale sur

(DIUST) et le milieu industriel.

1 APROFOST CONSEIL, *Diplôme Inter Universitaire de Santé au Travail - Guide d'aide à l'étudiant*, 2003, p. 12.

2 Catherine OMNÈS, « Les surintendantes d'usine. Attention au « facteur humain » et prévention du risque au travail (1917-1946) », *in* Catherine OMNÈS et Laure PITTI, *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXe siècle : la France au regard des pays voisins*, Rennes, PUR, coll. « Pour une histoire du travail », 2009, pp. 19-30.

cette « spécialité » paramédicale comme l'a précédemment identifié Eliot Freidson[1]. Une double logique de professionnalisation est à l'œuvre dans cette formation, l'une par la voie académique et l'autre par l'exercice professionnel. Généralement la conduite conjointe de ces deux logiques conduit à leur affaiblissement. Ici l'aspect professionnel en tant que connaissance des conditions de travail dans les entreprises est privilégié.

Une quarantaine d'infirmiers sont formés la première année ainsi que l'année suivante. Leur nombre va en diminuant jusqu'en 2000 avant de connaître un regain d'inscriptions au début de cette décennie allant jusqu'à quatre-vingts infirmiers formés en 2002. Cette augmentation anticipe le recrutement d'infirmières qui s'amorce au sein de services interentreprises suite aux « expérimentations » débutées en 2004 au sein des services « moteurs » de la réforme : « comme pour les AST quelques années auparavant, les promoteurs de la réforme souhaitent partir de compétences déjà présentes dans les services et obtenir, au terme d'un cursus de formation en alternance, des compétences nouvelles et un nouveau métier. »[2] Bien que la présence d'infirmières dans les services interentreprises ne soit pas encore reconnue par le Code du travail, ces exemples sont bientôt suivis par les services où l'absence de médecins se fait le plus sentir.

Anticipant les recommandations du rapport précédemment cité, « à partir de 2006, des filières spécifiquement dédiées aux infirmières au sein de licences plus généralistes sont ouvertes »[3] dans les trois premières universités à avoir accueilli le DIUST. Le contenu de ces enseignements, élaboré à partir de celui de ce précédent diplôme avec ajout de cours d'anglais et d'informatique, dont nous avons évoqué les enjeux de maîtrise pour saisir les données recueillies au cours de la visite médicale, est organisé pour le système LMD (Licence Master Doctorat). L'obligation de formation continue des infirmières en santé au travail sera finalement inscrite dans le Code du travail en 2012[4].

Revenir sur l'émergence de cette formation qui devient un prérequis à l'embauche d'infirmières au sein des services interentreprises, nous permet de voir qu'au-delà d'une

1 Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, *op. cit.*, p. 58.
2 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 160.
3 Blandine BARLET, « Quelle place pour les infirmières en santé au travail ? Les enjeux d'une recomposition des territoires professionnels », *Sociologie Santé*, 2012, nº 35, p. 159.
4 « L'infirmier recruté dans un service de santé au travail est diplômé d'État ou a l'autorisation d'exercer sans limitation dans les conditions prévues par le code de la santé publique. Si l'infirmier n'a pas suivi une formation en santé au travail, l'employeur l'y inscrit au cours des douze mois qui suivent son recrutement et favorise sa formation continue. » Article R4623-29, Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail, JORF n° 0026 du 31 janvier 2012

académisation des savoirs attendus d'une infirmière spécialisée en « santé au travail », une grande importance est accordée dans l'enseignement à la compréhension de l'environnement et des conditions de travail des salariés fondée sur des connaissances pluridisciplinaires, comme pour les médecins du travail. Mais au-delà de cette académisation des savoirs, quelle réception en est justement faite pas les médecins du travail, praticiens de terrains ? Les médecins du travail vont-ils reconnaître cette spécialisation et, en fonction de la légitimité qu'ils accorderont aux savoirs détenus, déléguer une partie de leur travail ?

2.1.2 Conserver une médicalisation de la santé au travail

L'idée d'une division du travail avec un métier paramédical ne fait pas consensus auprès des médecins du travail. Nombre d'entre eux s'opposent au recrutement d'infirmières qui leur apparaissent comme des concurrentes potentielles et qui, à terme, seraient susceptibles de les remplacer, d'autant plus qu'elles se spécialisent pour mieux appréhender les conditions de travail des salariés. Face à cette menace, ils refusent par exemple de déléguer les visites médicales qui à leurs yeux constituent non seulement leur activité principale, mais aussi la part la plus « médicale », donc la plus noble, de leur rôle de médecin du travail. C'est notamment la position de la CFE-CGC dont le secrétaire national en charge de la santé au travail, Bernard Salengro, déclare :

> « 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. » (BIFFAUD Olivier, BISSUEL Bertrand, « ″On revient à la médecine du travail instituée par Pétain″ Chat avec Bernard Salengro », *LeMonde.fr*, 17 septembre 2010)

Ces médecins considèrent que le recrutement d'infirmières par les services interentreprises permet de faire de la prévention à moindre coût, ce qui peut accroître le « sentiment de dévalorisation » de membres historique d'une institution qui leur semble vouée à disparaître[1].

Comme nous l'avons vu, le SNPST s'est, quant à lui, ouvert à un collectif d'infirmières du GIT en 2005. Bien que cet élargissement ne fasse pas immédiatement l'unanimité, l'idée s'impose peu à peu que la collaboration médecin-infirmière est un moyen de préserver la visite médicale et le colloque singulier. Face à l'apparition de préventeurs non

1 Scarlett SALMAN, « Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *Sociologie du travail*, 2008, vol. 1, n° 50, p. 42.

médicaux au sein des services interentreprises, les infirmières, parce qu'elles connaissent leur place et le rôle à tenir par rapport aux médecins avec qui elles collaborent depuis des décennies dans d'autres champs de la santé et que leur pratique est couverte par le Code de la santé publique, apparaissent comme des alliées si ce n'est naturelles, au moins connues. Le SNPST propose d'ailleurs de créer des équipes médicalisées, renforçant ce rapprochement entre médecin et infirmière. C'est bien ainsi que l'on peut lire les propos d'Alain Martineau, membre du bureau national du syndicat :

> « Et par rapport aux infirmières, c'est très net. Parce qu'ils [les médecins du travail] ont peur que les médecins soient remplacés par les infirmières. Ce qui va peut-être être le cas d'ailleurs. C'est possible à terme. C'est possible. On ne sait pas. Il y a un moment aussi, où il n'y aura plus… Nous, moi je pense qu'il faut des infirmières parce que sinon on va perdre la médicalisation en prévention "santé au travail". C'est-à-dire que ça sera fait effectivement par des techniciens, des gens qui iront faire des mesures, qui vous diront : "Voilà. Là, il y a trop de bruit, là il y a trop de machins. Les machines c'est comme ça. Là il faut que [il cherche ses mots] je ne sais pas, faut qu'on vous mette des trucs pour lever, pour ne pas vous pencher." Voilà. Et c'est des gens qui vont faire des mesures sans tout ce qu'on appelle la clinique médicale du travail. C'est-à-dire tout ce qui est le lien, le subjectif. Et ça encore, il y a des psychologues qui pourraient le faire. Il y a une psychologue du travail qui pourrait le faire. Bon les psychologues c'est un autre problème. Parce qu'il y a aussi des psychologues en tant qu'IPRP, aujourd'hui dans les services puisque le risque psychosocial c'est un truc important. Il y a aussi des psychologues qui peuvent aider bien sûr après. Voilà. Mais les médecins ont beaucoup été sur des stratégies défensives, de dire : "Nous, on ne veut pas que notre boulot soit piqué". Et puis aujourd'hui, on est en train de couler. Ça coule donc faut bien faire quelque chose. […] [Il cherche ses mots] Non, mais c'est normal, une profession comme ça, ça ne va pas disparaître sans qu'il y ait un minimum de stratégies de défense. C'est logique. Après ce qu'il faut voir, je pense, l'idée c'est quand même qu'on garde une médicalisation de la santé au travail. » (entretien avec Alain Martineau, médecin du travail, 61 ans, SI4)

En 2007 et 2008, les membres de l'association « S*anté et Médecine du Travail »* débattent longuement de l'introduction systématique des infirmières dans les services de santé au travail[1]. Ils fondent leurs réflexions sur l'étude des pratiques en cours dans deux services effectuant des « expérimentations » officielles. À Bordeaux, une infirmière, affectée à un médecin, interroge les salariés et remplit un long questionnaire. Elle oriente ensuite les salariés en fonction d'un « arbre décisionnel » et le médecin signe ensuite les aptitudes qu'elle a déclarées. Dans un service lillois, suivant un protocole établi par le GIT, les infirmières effectuent des visites médicales au cours desquelles elles font passer un questionnaire de santé

1 Voir : Josiane CRÉMON et Martine MANGIONE, « Recensement des équipes médicales. Compte-rendu des débats du congrès SMT de décembre 2007 », *Les Cahiers S.M.T.*, juin 2009, n° 23, pp. 63-64.

auprès des salariés. Elles dépendent de plusieurs médecins et ne sont donc pas en binômes avec chacun d'eux. Au-delà de ces deux situations, dans diverses expérimentations non officielles, les infirmières réalisent des entretiens médico-professionnels avec les salariés. Dans ce cas les membres de l'A-SMT souhaitent qu'elles soient formées en conséquence. Par ailleurs, les adhérents tiennent à ce que le statut d'indépendance des infirmières de santé au travail soit clarifié pour savoir si celles-ci travaillaient sous leur propre responsabilité ou sur délégation du médecin du travail. Ils décident de « résister » pour que les infirmières puissent bénéficier d'un « rôle propre » à condition qu'il s'effectue au sein d'une équipe médicalisée et qu'un cadre juridique de délégation des tâches soit mis en place, ce qui « représente aussi une garantie que les tâches déléguées restent dans le champ médical »[1].

La présence des infirmières est considérée comme un moindre mal, mais ce n'est pas pour autant que les relations observables en pratique sont homogènes. Le recensement des « expérimentations » fait apparaître trois types de configurations possibles qui sont autant de manières différentes de matérialiser le fruit de la négociation du travail entre médecin et infirmière. Dans le même temps, au sein du groupe même des infirmières se discute ce que doit être le rôle spécifique de ladite infirmière en santé au travail. Mais, quelle que soit la forme (par l'intermédiaire d'un questionnaire, en entretien) dans ces expériences, les infirmières assurent le suivi sanitaire des salariés qu'elles rencontrent en face à face, ce qui était jusqu'alors le travail effectué au cours des visites médicales. C'est, autrement dit, la « chasse gardée » des médecins du travail qui est déléguée aux infirmières.

2.2 Déléguer le suivi sanitaire de la population générale

Les débats sur la nature du lien de subordination entre médecins et infirmières occupent l'ensemble de la discipline. Selon Eliot Freidson le contrôle de la profession médicale sur les groupes paramédicaux repose sur plusieurs éléments. Tout d'abord, nous l'avons vu, les infirmières bénéficient d'un savoir produit ou pour le moins supervisé par les médecins. Ensuite, ceux-ci restent en charge des tâches décisives liées au diagnostic et au traitement dans lesquelles les infirmières les assistent. Enfin les infirmières sont subordonnées au sens où non seulement elles travaillent sur ordre du médecin, mais en plus, elles disposent d'une renommée inférieure à la leur[2]. Cette relation de subordination favorise-t-elle

1 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 312.
2 Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, *op. cit.*, pp. 58-59.

l'intégration des infirmières au sein des services interentreprises ? Quelles tâches leur sont-elles déléguées par les médecins ?

2.2.1 D'une délégation du sale boulot...

Nous l'avons vu, les médecins du travail adoptent initialement une position défensive face à l'embauche d'infirmières au sein des services interentreprises. Ils redoutent d'être remplacés par ces professionnelles qui pourraient leur faire une concurrence directe sur le plan médical.

C'est d'ailleurs l'interprétation faite par Danielle Meyrac, une des médecins que nous avons rencontrés. Exerçant dans le même service interentreprises depuis trente ans, Danielle Meyrac en est devenue la médecin coordonnatrice il y a une dizaine d'années[1]. Le service de santé au travail où elle exerce dispose d'un pôle technique dirigé par un ingénieur en hygiène du travail, dont feront bientôt partie deux ASST. Tout en indiquant apprécier l'introduction de la « pluridisciplinarité » dans les services interentreprises, Danielle Meyrac déplore néanmoins que la réforme n'apporte pas de solution au problème majeur que constitue la pénurie médicale. Son cas illustre parfaitement cela puisque n'exerçant officiellement qu'un emploi à 4/5^{e}, elle y consacre en réalité 45 heures par semaine, prenant sur son temps personnel celui dévolu à la coordination. Un décalage est constaté entre les discours portés par les promoteurs de la réforme et la réalité quotidienne. Si la « pluridisciplinarité » telle qu'elle a été pensée n'est pas faite pour alléger le travail des médecins et le rendre éventuellement plus attractif pour les jeunes générations et plus supportable pour les médecins en place, alors on peut comprendre que Danielle Meyrac y voit une volonté des réformateurs de substituer aux médecins d'autres types de professionnels pour concevoir et gérer la santé au travail. C'est ce qui la conduit, hors micro, à se montrer beaucoup plus pessimiste quant à l'avenir du groupe professionnel auquel elle appartient.

Le service interentreprises de Danielle Meyrac a embauché une infirmière en 2008. Elle se montre très critique envers cette décision qu'elle n'a pas contribué à prendre et n'hésite pas à afficher cette position dans des instances professionnelles de concertation sur la division du travail :

> « Par exemple, là ils [les médecins-inspecteurs] proposent une réunion sur les infirmières, travailler sur ce que vont faire les infirmières. Moi, je vais sans doute

1 Cf. chapitre 1, 1.1.1, p. 49.

> y aller. Pour dire, ce que nous on veut, on a voulu en tout cas, ce qu'on ne veut pas qu'elles fassent en tout cas. Ça, on sait, ce qu'on ne veut pas qu'elles fassent. On ne veut pas qu'elles prennent notre place.
> - D'accord. Donc vous le dites comment ?
> - Moi je le dis comme ça [nous rions]. Je ne le dirais pas comme ça en haut lieu. Je dirais que : "Non. On a plein d'autres choses à leur faire faire et elles sont très utiles, là-dedans." » (entretien avec Danielle Meyrac, médecin du travail, 61 ans, service interentreprises)

Afin de préserver l'exclusivité de la pratique de la visite médicale qui constitue leur principale activité professionnelle et de rappeler leur position dominante, « la division du travail [...] est en fait autant une question de respectabilité (et donc de rôle et d'image de soi) que de compétences ou de savoirs spécialisés »[1], les onze médecins du travail de ce service se concertent et décident de cantonner le travail de l'infirmière à du « sale boulot »[2] :

> « [Le recrutement d'une infirmière] s'est fait un peu rapidement, si vous voulez. Ce n'est pas nous forcément qui avions décidé. C'est notre conseil d'administration. Parce que comme ils voyaient qu'on manquait de médecins, ils se sont dits : "Les infirmières vont pouvoir faire des visites médicales." Parce qu'ils avaient entendu parler que dans certains services, les infirmières faisaient des visites. Mais nous, après on s'est réunis entre médecins et on ne veut pas de ça. On veut qu'elle fasse des choses très particulières que nous, on n'a pas le temps de faire, justement. Donc on veut qu'elle s'occupe, par exemple, du suivi des handicapés. C'est-à-dire qu'à chaque fois qu'on a une personne qui pose des problèmes dans l'entreprise qu'on arrive à la reclasser et bien elle va s'occuper du suivi. Pour voir ces gens-là régulièrement, voir s'il y a des problèmes, etc. C'est-à-dire pour prendre les devants en fait. Pas attendre d'être acculé, au dernier moment. » (entretien avec Danielle Meyrac, médecin du travail, 61 ans, service interentreprises)

L'infirmière, qui travaille sur délégation des médecins du travail, a alors pour rôle de participer au reclassement de salariés handicapés, d'effectuer la passation et le dépouillement de questionnaires réalisés par un médecin du travail pour un travail d'enquête et de former des secouristes des entreprises adhérentes aux soins de base[3]. Il s'agit bien ici de délégation et non de prescription, car, comme l'analysent Nicolas Jounin et Loup Wolff en étudiant les relations entre professionnels de santé dans une bureaucratie professionnelle, « il y a, dans ce lien hiérarchique plus que dans d'autres, une dimension d'englobement de l'inférieur hiérarchique

1 Everett HUGHES, *Le Regard sociologique*, *op. cit.*, p. 63.
2 *Ibidem*, p. 82.
3 Bien que nous ne l'ayons pas observée directement cette division du travail questionne la délimitation entre les attributions des infirmières et celles des assistantes médicales ou de santé au travail. Blandine Barlet note par exemple « La division du travail en ce qui concerne les examens complémentaires pose la question des frontières entre le territoire des secrétaires et celui des infirmières. » Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 293.

par le supérieur, puisque le supérieur peut faire le travail de l'inférieur, mais qu'il effectue un travail plus valorisé : qui peut le plus peut le moins, sous-entend une telle relation. »[1]. Les tâches déléguées ne sont pas considérées comme relevant de la prévention primaire et éloignent l'infirmière du cabinet médical où elle pourrait faire de l'ombre aux médecins.

Comme le souligne Isabelle Feroni lorsqu'elle examine le partage des tâches entre médecins et infirmières à l'hôpital, « le glissement de fonction s'applique essentiellement au mode opératoire de l'acte médical. L'initiative des infirmières se fait à l'intérieur d'une séquence d'activité définie au préalable par le médecin. Les médecins conservent donc la maîtrise du diagnostic et du traitement. »[2] En médecine du travail, le diagnostic de l'origine éventuellement professionnelle de certaines pathologies des salariés se fait au cours de la visite médicale, ce qui la rend si centrale dans l'activité des médecins du travail. De fait, lorsque faute de temps, les médecins finissent par déléguer les visites médicales périodiques aux infirmières, nous voyons bien qu'il ne s'agit pas pour eux de se débarrasser d'un sale boulot, mais bien au contraire de renoncer à une tâche qu'ils estiment être au cœur de leur profession.

2.2.2 … au suivi régulier des salariés

Peu à peu s'impose l'idée que le recrutement des infirmières en services interentreprises permet de pallier la surcharge de travail des médecins en assurant notamment à leur place le suivi régulier des salariés, jusqu'à ce que cette délégation soit reconnue et intégrée au Code du travail en janvier 2012[3]. En tant que membres d'une profession paramédicale, les infirmières partagent avec les médecins, la licence de recueillir la parole des salariés au sein du cabinet, sous couvert du secret médical. Les médecins du travail qui pratiquent de moins en moins de visites médicales périodiques (cf. graphique 4.1) consentent progressivement à travailler avec des infirmières, qui se forment davantage, à qui ils délèguent cette tâche. C'est alors une autre crainte qui se fait jour, celle de voir l'effectif

1 Nicolas JOUNIN et Loup WOLFF, *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*, *op. cit.*, p. 116.

2 Isabelle FERONI, *Les infirmières hospitalières*, *op. cit.*, p. 90.

3 « Sous réserve d'assurer un suivi adéquat de la santé du salarié, l'agrément du service de santé au travail peut prévoir une périodicité [des examens médicaux périodiques] excédant vingt-quatre mois lorsque sont mis en place des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles, et, lorsqu'elles existent, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes. » Article R4624-16 du Code du travail modifié par le décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail, JORF n° 0026 du 31 janvier 2012

salarié à surveiller augmenter, comme l'indique Martine Molier lors d'un échange informel avec une représentante de l'administration du SI1 [1] :

> « Au détour d'un couloir, Martine Molier discute avec une femme du pôle administratif qui a l'air de la pousser à travailler avec une infirmière ("et vous ça vous dirait ?", "Ça pourrait être intéressant"). Martine Molier dit qu'elle serait a priori motivée, mais qu'elle ne fait déjà pratiquement que des visites d'embauche et de reprise et très peu de visites périodiques. En travaillant avec une infirmière, elle aura finalement des effectifs supplémentaires ce qui ajoutera 10 % de cas problématiques (liés à la population supplémentaire à surveiller). Elle conclut la conversation en disant qu'elle y réfléchit et finira sûrement par s'y mettre. » (observation réalisée le 26 octobre 2011)

Au SI1, pendant deux ans un groupe de travail se réunit pour réfléchir à « l'intégration des infirmières » dans le service. Constitué d'une douzaine de médecins et de l'ergonome du service[2], sollicitée en tant qu'ancienne infirmière du travail et représentante du pôle PRP, ce groupe a notamment produit un protocole d'entretien à l'usage des infirmières qui permet finalement de délimiter les frontières de leurs interventions. Une fois ce travail de cadrage réalisé, deux infirmières sont recrutées au SI1 en septembre 2011[3] et, comme se plaît à le rappeler Richard Monnier, qui réaffirme ainsi l'autorité du médecin, *« travaillent sur délégation du médecin du travail, bien sûr »*. Les infirmières sont principalement chargées du suivi régulier des salariés que les médecins assuraient en cours des visites périodiques :

> « Le contenu des entretiens infirmiers et des visites médicales, dans la partie entretien c'est les mêmes. Ce qu'on va faire : on accueille la personne, on essaie de voir ce qui s'est passé depuis le dernier examen, on essaie de voir quel est son poste de travail, si ça a changé, quels sont les risques professionnels. De sa vision à lui, au salarié. » (entretien avec Richard Monnier, médecin du travail, 62 ans, SI1)

Lors du travail du groupe, il a été décidé que les infirmières ne réaliseraient pas à proprement parler des visites médicales, mais effectueraient des « entretiens infirmiers ». Il s'agit de bien distinguer deux pratiques assez proches réalisées pour l'une par le médecin pour l'autre par l'infirmière. Cette division du travail n'est d'ailleurs pas spécifique au SI1, ni même au champ de la médecine du travail (on la retrouve en psychiatrie ou en oncologie par exemple). Au-delà d'un travail administratif supplémentaire, souvent effectué par les

1 Lors d'un entretien en juillet 2014, Martine Molier qui travaille avec une infirmière depuis le 1er avril 2013 est passée à un effectif théorique de 3600 salariés. Elle-même surveille 2800 salariés et 800 salariés supplémentaires sont attribués à l'infirmière qui travaille pour elle à mi-temps.

2 En tant qu'ergonome elle participe également au groupe de travail préparant la construction d'un futur « centre fixe ».

3 Fin 2013, 7 infirmières exerceront au SI1.

assistants des médecins pour les visites médicales, et leur moindre examen du corps des salariés, la principale différence entre ces deux opérations est qu'en fin d'entretien les infirmières ne remettent pas d'avis d'aptitude, prérogative préservée du médecin du travail (à la manière de la prescription dans d'autres spécialités)[1] :

> « Au lieu que ce soit moi qui fasse leurs visites périodiques, je n'avais pas trop de retard heureusement, là elle prend ma suite. Là comme ça les gens sont vus en temps et en heure. Au lieu d'être vus par le médecin, ils ont un entretien infirmier. Alors c'est un petit peu... je ne vais pas dire de mauvaise fois, mais l'infirmière elle voit la personne, elle a un entretien infirmier. Si la personne a une contre-indication, elle ne la met pas apte, mais tout de suite, elle la réoriente. Si [la personne] n'a rien [l'infirmière] ne dit qu'elle pas qu'elle est apte, mais elle dit qu'elle a subi un entretien infirmier. Mais c'est comme si elle était apte. C'est comme si je la déclarais apte quand même. Vous ne me croirez pas parce qu'en fait elle est là pour voir s'il n'y a pas un souci pour maintenir la personne à son poste de travail. Donc... mais bon. Elles n'ont pas le droit de mettre d'aptitude donc elles disent qu'elles ont vu la personne au cours d'un entretien infirmier, point à la ligne.
> - Et elles donnent une feuille ?
> - Elles donnent une feuille bien sûr. Bien sûr. Avec son nom, le nom du médecin référent et tout. » (entretien avec Richard Monnier, médecin du travail, 62 ans, SI1)

Comme le souligne ici Richard Monnier, si une présélection de la main-d'œuvre potentiellement inapte au travail est opérée par l'infirmière, c'est au médecin que revient la décision finale de l'inaptitude. Comme le souligne Isabelle Feroni, « la question du "qui fait quoi" n'est réellement problématique que dans la mesure où la responsabilité pénale des agents peut être mise en cause en cas de faute. »[2] La délégation du travail se fait sous la responsabilité du médecin du travail[3] qui prend en charge les cas litigieux, c'est pourquoi il assure en priorité les visites médicales où l'aptitude du salarié est possiblement remise en cause comme nous l'avons vu précédemment.

1 « Cet entretien donne lieu à la délivrance d'une attestation de suivi infirmier qui ne comporte aucune mention relative à l'aptitude ou l'inaptitude médicale du salarié ». Article R4623-31 du Code du travail modifié par le décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail, JORF n° 0026 du 31 janvier 2012

2 Isabelle FERONI, *Les infirmières hospitalières*, *op. cit.*, p. 86.

3 « Le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions, dans le cadre des missions définies à l'article R. 4623-1. Elles sont exclusives de toute autre fonction dans les établissements dont il a la charge et dans le service interentreprises dont il est salarié. Toutefois, le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ou, lorsqu'elle est mise en place, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire. Pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent du code de la santé publique, ces activités sont exercées dans la limite des compétences respectives des professionnels de santé déterminées par les dispositions de ce code. » Article R4623-14 du Code du travail modifié par le décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail, JORF n° 0026 du 31 janvier 2012

Chacune des infirmières du SI1 travaille avec deux médecins affectés à un même centre et leurs assistantes qui doivent se coordonner pour planifier son travail. Ces infirmières voient entre quatre et six salariés par vacation (demie journée), réalisent les examens complémentaires (auparavant effectués par les assistantes) remplissent le dossier médical informatisé et à la fin de la vacation établissent un compte-rendu au médecin. Ainsi une fois délégué, le même travail nécessite moins de personnel, mais prend plus de temps. L'équipe composée du médecin, de l'assistante et de l'infirmière se réunit une fois par semaine pour discuter des cas des salariés et d'éventuels problèmes. Si l'infirmière détecte un problème au cours de l'entretien, elle en discute avec le médecin en réunion hebdomadaire, revoit le salarié et le redirige éventuellement vers le médecin. Selon Richard Monnier, *« sur tous les gens que voit l'infirmière il y a bien 10 % qui amènent à une concertation avec le médecin. Donc c'était à peu près aussi notre taux de dépistage [en visites périodiques]. »* En concertation avec le médecin du travail qui garde un œil sur son travail au cours de ces réunions d'équipe, l'infirmière juge quels sont les salariés en difficulté et les réoriente vers le médecin du travail afin qu'il évalue leur aptitude au travail. Depuis peu, Martine Molier s'appuie également sur la présence d'une infirmière, en dépit de ses craintes initiales.

Encadré 4.3 : Une médecin professionnellement engagée

Née en 1958, Martine Molier est fille d'un receveur des Postes, délégué syndical au sein d'une union départementale CGT. Sa mère travaillait également aux PTT comme contractuelle, adaptant son activité à celle de son mari, le plus souvent à temps partiel. La culture familiale d'engagement, marquée par le protestantisme, commence très tôt par l'action du grand-père paternel s'étant fait licencier pour avoir dénoncé le travail le 1er mai auprès de l'inspection du travail : *« défendre des droits, des conditions de travail. Donc du service public, beaucoup le service public, on n'était pas dans... Ce n'était pas la lutte des classes, ce n'était pas du tout cette optique-là ».* Dans sa famille, on aime les études, *« mais c'était normal. Enfin mes parents [...] c'étaient plutôt des intellectuels, ils faisaient mes devoirs de philo par exemple avec moi »*. Sa sœur de quatre ans son aînée fait déjà des études de médecine (et deviendra ophtalmologue), l'un de ses frères est ingénieur et l'autre chauffeur de car (elle explique cette faible ascension sociale relativement à la fratrie et malgré ses études d'aménagement du territoire par le chômage de masse des années 1980). Martine Molier obtient quant à elle son baccalauréat en 1975 :*« J'avais hésité entre trois choses : les études de médecine, les études d'histoire et les études d'assistante sociale ».*

Au début de ses d'études médicales, Martine Molier travaille en maison de retraite, *« pour financer oui et puis pour voir ce que c'était que le milieu de soin »*. À partir de la 3e année de médecine, elle effectue des remplacements comme aide-soignante puis comme

infirmière en 5e année. Elle effectue *« un petit peu de tout, peu de chirurgie »* au cours de ses stages (traitement contre le cancer, rhumatologie et dermatologie qu'elle a beaucoup aimé, cardiologie, maladies chroniques, pédiatrie, chirurgie digestive, j'ai fait gastro-endocrino, urgences, centre de rééducation). Elle travaille également une année en psychiatrie. *« J'ai très vite vu que ce n'était pas pour moi les situations d'urgence, ça me stressait plus […] j'aimais mieux des situations où je pouvais gérer à long terme […] Très vite [entre la 4e et la 5e année d'études], je savais aussi que je voulais faire de la prévention [...] j'avais été passionnée par la création d'un poste infirmière en gastro qui s'occupait des colostomisés […] J'ai toujours pensé qu'il fallait empêcher les gens d'être malades et je pense qu'en médecine de soin on soigne des gens malades et on ne fait pas assez pour la prévention du diabète, de l'hyper tension, du cholestérol alors que plein de gens n'auraient pas besoin de traitement si on faisait attention au mode de vie. […] Je continue à penser que les gens doivent se prendre en charge et que nous ont doit leur donner les moyens de se prendre en charge »*

Martine Molier rencontre son mari lors de sa première année alors que lui-même est en deuxième année de médecine. Ayant suivi les mêmes études, il passe le CES de médecine du travail, mais n'obtient pas le concours. Il pratique pendant 15 ans la médecine générale, d'abord en remplacements puis il s'installe en cabinet. Pratiquant avec des confrères qui ne *« voyaient pas forcément la médecine de la même façon que nous »*, comme le précise Martine Molier avec qui ils échangent beaucoup sur leur métier, il se réoriente en médecine du travail pour faire de la prévention.

Ils ont trois enfants durant leurs études, le second naît au cours de la première année de CES de médecine du travail de Martine Molier et la troisième entre la fin de celui-ci et sa soutenance de thèse qu'elle finance par des vacations en Protection maternelle et infantile [PMI]. Aucun service autonome de la région n'étant libre, elle effectue à partir de décembre 1987 des remplacements de longs congés maternité comme vacataire au SI1 ainsi qu'en médecine de prévention à la Mairie. Assurant la permanence téléphonique de son mari deux jours par semaine, elle travaille à temps partiel et doit rester proche de son domicile (une employée de maison assurant la permanence lorsqu'elle est absente). Elle est définitivement embauchée au SI1 en 1990 : *« Ils ne voulaient pas trop m'engager parce qu'ils trouvaient que j'étais trop politique [...] parce que j'étais très engagée dans un mouvement pour le maintien de classes à l'école. Enfin il y avait plein de choses et ils trouvaient que j'étais un peu combative. Mais pourtant dans ma vie professionnelle, ça n'a jamais paru. [L'ancien directeur du service qui était maire de la commune limitrophe] me l'a dit après qu'il n'a jamais eu à se plaindre. Je n'ai jamais eu de conflit majeur avec des employeurs. »*

Elle exerce alors à temps partiel (3/5ème) pour aider son mari et élever ses trois enfants. En 2001, alors que son mari commence l'internat, elle passe à 9/10ème pour pallier la diminution de revenus du foyer (deux de leurs enfants envisagent alors des études à l'étranger). Elle trouve finalement ce rythme de travail beaucoup plus confortable, n'ayant plus à ramener du travail à la maison.

Dès qu'elle a su qu'il y avait un syndicat de médecins du travail, Martine Molier s'est syndiqué SNPST dont elle lit les publications. Bien qu'elle se déplace peu aux réunions, elle est tout à fait en phase avec la ligne du syndicat et trouve important d'appartenir à un syndicat professionnel qui peut porter la voix des médecins du travail au

ministère du Travail. Pourtant elle préférerait se syndiquer à la CGT, *« ils sont tout à fait conscients de ce que peut être la santé au travail […] ils se battent bien-sûr sur l'emploi, pour conserver les emplois, mais pas à n'importe quel prix. Ils n'ont pas oublié qu'il y a d'autres contraintes »*. Son mari est également, selon les années, adhérent au SNPST.

Martine Molier qui aime pouvoir confronter son opinion à celle de ses pairs (sur des questions précises ou face à des dossiers difficiles) apprécie travailler en service interentreprises. Membre d'un GAPEP pendant un temps, elle n'est plus adhérente d'E-pairs par manque de temps et a l'impression d'avoir assez analysé sa pratique dans ce cadre. Elle fait partie de la société régionale de médecine du travail et, appréciant de travailler sur les RPS, se rend régulièrement aux séminaires organisés par un laboratoire d'ergonomie. Après avoir travaillé à l'harmonisation des dossiers médicaux (souhaitant enrichir les critères de pénibilité) et participé à l'élaboration d'un guide d'évaluation du risque chimique avec la toxicologue régionale au sein du SI1, elle laisse aujourd'hui la place à une autre médecin qu'elle trouve plus qualifiée sur le sujet. Elle accueille très favorablement le recrutement de préventeurs non médicaux qui lui permet de développer sa pratique d'action en milieu de travail. Elle est l'une des médecins du SI1 à faire le plus appel à eux : *« J'ai apprécié vraiment énormément l'arrivée des gens compétents en toxico, en son, en trucs qui complétaient, qui faisaient le lien avec ce que nous on peut voir en consultation, donc pour moi ça a été un grand soulagement. »* Elle semble avoir un peu délaissé ces travaux collectifs pour se consacrer à l'équipe qu'elle met en place avec une nouvelle infirmière. Elle participe *« toujours un peu »* au groupe de préventeurs d'une des banques dont elle est la médecin du travail.

Face à la surcharge de travail, Martine Molier et son assistante changent l'organisation de leur travail, *« avec l'augmentation des effectifs, de toute façon tu ne peux pas arriver à tout faire donc il faut prioriser, faire plus de choix et puis tant pis, accepter qu'il y ait des choses qui ne soient pas faites et qui attendent »*. Voyant que la médecin n'arrive pas à suivre, son assistante lui propose de diminuer le nombre de consultations effectuées par vacation, elle n'en effectue plus que huit, voire moins en fonction de la difficulté envisagée de la visite[1]. De plus son assistante ne lui transmet plus de communications lorsqu'elle est en visite :

> « En un an j'ai changé de stratégie pour plein de choses, mais sans arrêt : avant [nomme son assistante par son prénom], j'aimais bien qu'elle me passe les communications tout de suite, quand il y en avait une. Parce que, voilà, je travaillais, j'avais l'impression que c'était plus facile pour moi. Et maintenant en fait, j'ai changé de stratégie, elle me dérange beaucoup moins en consultation, d'abord ça avance plus vite, en consultation, c'est de meilleure qualité et si je ne peux pas rappeler le jour même et bien je rappelle deux jours ou trois jours après, c'est très exceptionnel et puis elle sait quand même gérer les urgences et me dire quand c'est urgent, mais du coup euh quelques fois si tu veux, t'as des gens qui

1 C'est également le nombre moyen de consultations qu'elle effectuait au cours du deuxième semestre 2011 au cours de nos observations.

> t'appellent à chaud, ça t'oblige à prendre des décisions un peu rapides trop tôt qui ne sont pas bénéfiques, alors que quand ils ont, ils t'ont appelée, tu les rappelles deux ou trois jours après et euh, si ça va vraiment pas, elle les repère et on rappelle et puis eux ils rappellent si ça va pas, mais sinon les autres, t'as déjà parfois des petits embryons de solution qui ont commencé à émerger donc c'est plutôt intéressant... d'avoir cette stratégie-là. » (entretien avec Martine Molier, médecin du travail, 56 ans, SI1)

L'arrivée d'une infirmière en avril 2013 permet d'abord de soulager Martine Molier d'une partie de sa surcharge de travail : *« on a à peine le temps de se poser pour faire [de la prévention]. Bon là maintenant je travaille avec une infirmière c'est un petit peu différent, ça change un peu l'organisation. J'ai cette chance-là. »* Mais c'est aussi l'occasion de faciliter le travail de l'assistante qui peut plus aisément satisfaire les attentes des employeurs sollicitant des visites périodiques :

> « Ça aussi c'est l'arrivée de l'infirmière parce que [elle nomme son assistante par son prénom] était tellement en difficulté, mon assistante de ne pas donner de rendez-vous, c'est épuisant de dire aux entreprises ben non je vous rappellerai le mois prochain, le mois prochain elle savait très bien qu'elle ne pourrait pas donner plus, mais ça c'est épuisant cette espèce de mensonge permanent et donc l'infirmière peut faire les visites périodiques ».

Nous pouvons ici faire l'hypothèse que si Martine Molier peut décrire de manière aussi positive la division du travail, cela tient à tout le travail qui a été réalisé en amont. C'est ainsi que les deux médecins et leurs assistantes ont participé, avec la DRH, à la sélection de l'infirmière qui allait rejoindre l'équipe. En sélectionnant une candidate ayant auparavant travaillé dans un dispensaire, elles s'assuraient qu'elle *« avait déjà une notion de comment on se présente en entreprise ».* Par ailleurs, ce que retient Martine Molier de l'entretien c'est *« son énergie, son enthousiasme. Son enthousiasme à découvrir un autre métier. Aussi à sa capacité à penser qu'elle peut être utile à quelque chose, qu'elle peut faire quelque chose, que c'est pas simplement des visites, que ça a du sens ».* Ce qui est finalement reconnu comme une qualité de la candidate c'est sa reconnaissance de la médecine du travail comme une activité ayant une utilité sociale.

Les deux médecins ont aussi été à l'origine de l'organisation du travail de la future infirmière. Elles ont pu décider non seulement que l'infirmière recevrait l'ensemble des salariés d'une même entreprise, *« par unité de travail pour qu'elle puisse justement en tirer du collectif »,* mais aussi les entreprises qui seraient concernées par cette délégation. Le choix est ainsi fait de ne lui confier que le suivi de salariés d'entreprises qu'elles connaissent, ce qui

permet aux médecins de pouvoir échanger sur les cas et de garder leur rôle de conseil. Cette restriction du périmètre d'action est aussi un moyen d'éviter la surcharge de travail de l'infirmière. Devant assurer le travail administratif de chaque dossier et les examens complémentaires des salariés, l'infirmière a besoin de plus de temps pour chacun de ses entretiens. En effet, et c'est un point qui sera souligné par Martine Molier, le travail de l'infirmière est prescrit précisément par les médecins et aucune des procédures demandées ne peut être négligée. Dans la délégation telle qu'elle a été pensée par les médecins, l'infirmière apparaît bien comme une exécutante alors que les médecins conservent leur pouvoir de décision et leur autonomie notamment dans le choix d'effectuer ou non certains examens :

> « Mes collègues ont du mal à accepter ça, qu'on aille plus vite. Moi j'en vois plus que huit maximum, mais souvent j'en ai moins que ça. Mais avant on en voyait dix, il fallait bien. Sauf que nous on a l'autonomie d'orienter notre consultation comme on veut. C'est à dire que si on ne veut pas explorer ou si on peut se permettre de dire : "là, il n'y a pas d'intérêt à explorer". Alors que l'infirmière, comme c'est un travail prescrit, il faut qu'elle explore si tu veux. On attend d'elle et c'est formalisé, elle ne peut pas dire : "je ne fais que poser des questions sur les articulations", il faut aussi que j'explore le sommeil, il faut aussi que j'explore… parce que je n'ai pas le droit de passer outre. Nous on peut s'accorder ce droit-là, on en est seul responsable quoi. On a pris la décision de ne pas aborder ça, ça nous permettait d'aller plus vite sur certaines choses. »

Le fait de devoir discuter des situations observées avec l'infirmière a obligé Martine Mollier à réinterroger et modifier sa manière de travailler. Elle a, par exemple, davantage formalisé sa pratique. Elle s'est mise à tout saisir sur informatique (l'infirmière avait du mal à la lire), à être plus synthétique (sauf dans les situations difficiles où elle prend des notes pendant que le salarié expose ses difficultés). Elle est également attentive à davantage décrire des conditions de travail et cerner les risques professionnels qu'elle connaît par cœur pour partager cette information à l'infirmière. Cela l'a aussi conduite à confronter son regard sur les situations des salariés à celui d'un tiers, *« un peu comme quand on forme un interne »*. Martine Molier et l'infirmière se réunissent une fois par semaine pour faire le point sur chacun des « dossiers » vus pendant la semaine et ceux de la semaine à venir *« pour que je puisse lui donner quelques éléments »*. Elles se réunissent également avec l'autre médecin et les assistantes une fois par mois :

> « On travaille beaucoup sur les protocoles parce qu'elle a besoin d'être rassurée un peu. Sur "Qu'est-ce que je peux faire ? Qu'est-ce que je ne peux pas faire ? Qu'est-ce que je fais si quelqu'un a une hyper tension ? Qu'est-ce que je fais si quelqu'un voit mal, si quelqu'un se plaint de quelque chose au moment où il

> vient ?" Donc on relit les protocoles qui soit ont été faits collectivement ici, soit qu'on a fait nous avec elle et on se met d'accord. Je travaille avec [elle nomme l'autre médecin par ses nom et prénom]. Donc en temps que médecin, de façon à ce que ce soit cohérent pour elle, qu'il n'y en ait pas un qui dise blanc et l'autre noir, de façon qu'elle n'ait pas à changer de pratique entre nous deux, on se met d'accord. Mais ça, ce n'est pas très compliqué. »

Martine Molier différencie clairement le rôle de l'infirmière de celui du médecin. De son point de vue, l'organisation du travail fonctionne tant qu'elle garde le pouvoir de décision et le rôle de prescripteur. Les réunions hebdomadaires où l'infirmière a « besoin » d'être rassurée sont aussi des réunions où les médecins vérifient qu'ils ont toujours l'ascendant dans la relation.

Au SI1 chaque infirmière consacre une demi-journée par semaine, par médecin, au tiers-temps. Alors que les médecins délèguent aux infirmières ce qu'ils *« n'ont pas le temps de faire »*, ils conservent les actions en milieu de travail « problématiques » comme les études de postes pour inaptitudes ou les situations conflictuelles au sein de l'entreprise. C'est sur ces situations complexes que les médecins réaffirment leur légitimité professionnelle en faisant montre de leur savoir-faire et de leur maîtrise des problèmes. Martine Molier, qui partage avec elle les fiches d'entreprise et les fiches de poste, s'est d'abord rendue sur les lieux de travail avec l'infirmière avant de la laisser y aller seule :

> « Elle fait des études de poste plus d'aménagement, dimensionnel enfin organisationnel aussi tu vois. Moi par exemple, on est allées voir des situations, elle est capable d'y aller toute seule. L'installation à des postes de travail informatique. Des gens qui ont des cervicalgies, qui ont mal au bras, elle est capable de voir ça. Il n'y a pas… Elle est capable d'aller voir un poste de nettoyage. Un chantier comme le SI1 par exemple. Comment est-ce que c'est nettoyé, enfin les techniques utilisées, les améliorations à apporter ? Par exemple, est-ce qu'il faut du matériel à l'étage ou est-ce qu'elles peuvent utiliser l'ascenseur pour le faire ? Est-ce que le matériel adopté correspond aux pathologies qu'elles ont ou est-ce qu'il faut chercher un matériel plus adapté ? Ça, elle est capable de faire des choses dans ce genre-là. Alors toujours en rediscutant des choses avec nous derrière si elle y va toute seule. Et puis il y a des choses qu'on fait ensemble quand c'est des études un peu compliquées sur l'organisation du travail. Enfin les ergonomes peuvent l'aider. Elle a accompagné un petit peu les ASST et puis les IPRP, mais ça au départ ça a été un petit peu compliqué pour les ASST, elles ont eu très peur que l'infirmière leur prenne leur travail ».

Les infirmières ont quelques contacts avec les préventeurs non médicaux, mais si elles identifient une situation qui pourrait nécessiter leurs interventions, elles en réfèrent au médecin qui en fait la demande.

Martine Molier effectue beaucoup moins de visites périodiques qui sont faites par l'infirmière, ainsi que de visites de reprise du fait du changement de législation[1]. Elle se consacre davantage aux visites d'embauches et aux visites à la demande du salarié. Le caractère récent de cette division du travail permet à la médecin d'avoir encore une connaissance fine des ambiances et conditions de travail et de pouvoir échanger avec l'infirmière :

> « J'ai encore pas assez de recul... je pense que c'est plus difficile de réactualiser des connaissances que j'avais de l'entreprise, si tu veux. Ce côté un petit peu informel de savoir s'il y a une bonne ambiance, si les conditions de travail évoluent plutôt bien, avec du matériel qui est régulièrement changé, avec du personnel qui est attentif, une maîtrise qui est attentive, les relations au sein des unités de travail […] Pour l'instant ça va, parce que pour l'instant pour moi c'est encore assez récent, donc ce qu'elle me donne comme éléments correspond à ce que je connais, mais ça reste à explorer. Je ne sais pas si je vais être capable de... d'apprécier ces ambiances de travail non pas les risques physiques trop, mais tu vois comment ça évolue… »

Le suivi général de la population salariée est de moins en moins une prérogative du médecin du travail, mais devient une mission d'infirmière. Cette tendance a d'ailleurs été renforcée par la loi du 8 août 2016 qui supprime la visite d'embauche (sauf pour les postes considérés à risque) pour la remplacer par une visite d'information pouvant être assurée par l'infirmière[2] dans la mesure où il n'y a pas de délivrance d'avis d'aptitude. Les infirmières trouvent ici un rôle d'éducation et de prévention à la santé dont la profession avait été dépossédée par la création de celle d'assistante sociale[3]. Alors que les professeurs de

1 La durée légale de l'arrêt de travail à l'issue duquel une visite de reprise doit avoir lieu était de 8 jours après accident du travail et 21 jours après maladie ou accident non professionnel avant d'être modifiée par le décret du 30 janvier 2012 n° 2012-135, article R 4624-22, *Op cit.* « Le salarié bénéficie d'un examen de reprise du travail par le médecin du travail : après un congé de maternité ; après une absence pour cause de maladie professionnelle ; après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel. » Article R4624-22, Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail, JORF n° 0026 du 31 janvier 2012.

2 Article L. 4624-1. « Tout travailleur bénéficie, au titre de la surveillance de l'état de santé des travailleurs prévue à l'article L. 4622-2, d'un suivi individuel de son état de santé assuré par le médecin du travail et, sous l'autorité de celui-ci, par le collaborateur médecin mentionné à l'article L. 4623-1, l'interne en médecine du travail et l'infirmier. Ce suivi comprend une visite d'information et de prévention effectuée après l'embauche par l'un des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa du présent article. Cette visite donne lieu à la délivrance d'une attestation. » Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels (1), JORF n° 0184 du 9 août 2016.

3 Ce rôle infirmier a été réaffirmé en 1978 alors même que les tâches techniques auxquelles les infirmières devaient faire face s'accroissaient, notamment à l'hôpital. Danièle KERGOAT, Françoise IMBERT, Hélène LE DOARÉ et Danièle SÉNOTIER, *Les infirmières et leur coordination*, Boulogne, Lamarre, 1992, p. 41.

pathologie professionnelle envisageaient dans leurs rapports[1] le remplacement d'un suivi individuel des salariés au profit d'une prévention auprès des collectifs sur les lieux de travail, celui-ci semble se maintenir.

Conclusion

La réforme de la médecine du travail s'opère par la délégation de tâches de prévention des médecins du travail à de nouveaux professionnels, IPRP, ASST et infirmières au sein des services interentreprises. Mais les médecins du travail, professionnels historiques des services, sont réticents à diviser un travail qu'ils ont pratiqué seuls durant de longues années et qu'ils ont contribué à construire. C'est notamment le mandat de prévention qui leur était attribué, fondé sur le suivi régulier des salariés au cours de visites médicales annuelles, qui est remis en cause. Mais, de plus en plus surchargés de travail à mesure que leurs confrères quittent les services, ils n'ont finalement d'autre choix que de déléguer une partie de leur travail s'ils veulent pouvoir assurer l'ensemble de leurs missions. La division du travail se matérialise selon le statut professionnel des nouvelles recrues. Malgré certaines réticences initiales, il est plus simple pour les médecins, notamment ceux défendant une approche clinique, de confier une partie de leurs tâches à des infirmières qui, comme membres d'une profession paramédicale, relèvent du Code de la santé publique plutôt qu'à des professionnels non médicaux. Alors que le suivi régulier des salariés, délaissé par les médecins, aurait pu disparaître, l'émergence d'une spécialité infirmière de santé au travail permet d'en assurer la continuité et de conserver une « médicalisation » de la santé au travail. Leur statut professionnel empêche cependant les infirmières de délivrer des avis d'aptitude ou d'inaptitude qui restent la prérogative des médecins du travail. Au sein du cabinet médical, les médecins conservent également un contrôle professionnel du travail délégué. Or il n'en va pas tout à fait de même dans la division du travail avec les préventeurs non médicaux, comme nous allons le voir dans le chapitre suivant.

1 Claire AUBIN, Françoise CONSO, Pierre DE SAINTIGNON, Paul FRIMAT, Régis PELISSIER et Jacques VEYRET, *Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail*, IGAS-IGAENR, 2007 ; Christian DELLACHERIE, Paul FRIMAT et Gilles LECLERCQ, *La santé au travail. Vision nouvelle et profession d'avenir. Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions*, ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ministère de la Santé et des Sports, 2010.

Chapitre 5

Subordinations d'une prévention non médicale

> « La plupart des médecins ce qu'ils m'ont demandé quand il y a eu la pluridisciplinarité, c'est d'être chef de la pluridisciplinarité. Mais nous on en a rien à foutre. On ne va pas être chef de gens qui ne font pas notre boulot » (entretien avec Serge Masson, médecin du travail, 61 ans, fonction publique)

La « pluridisciplinarité » qui façonne les nouvelles normes de prévention des services de santé au travail désigne à la fois les professionnels non médecins nouvellement recrutés ou reconvertis dans les services interentreprises et les dispositifs de gestion qui encadrent la réorganisation du travail en leur sein. Les premiers préventeurs recrutés sont généralement des hygiénistes et des ergonomes. On observe, au sein des services interentreprises, ce qui s'est opéré plus d'un siècle auparavant sur l'ensemble du champ de « l'hygiène industrielle [qui] connaît donc, au cours de la seconde moitié du XIX^{e} siècle, une modification de l'équilibre entre ses différentes composantes, la part purement médicale cédant du terrain devant la recherche technique des moyens de l'hygiène et de la sécurité. »[1] Par ailleurs, bien qu'il soit peu fréquent que les employeurs s'investissent dans « une politique réfléchie et concertée de gestion de la main-d'œuvre de secrétariat »[2], les directions des services interentreprises

1 Caroline MORICEAU, *Les douleurs de l'industrie*, *op. cit.*, p. 81.

2 Philippe ALONZO et Olivier LIAROUTZOS, « Secrétaires : des carrières à la traine », *in* Maruani MARGARET, *Les nouvelles frontières de l'inégalité hommes et femmes sur le marché du travail*, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », 1998, p. 66.

anticipent la reconversion des secrétaires médicales qui se trouvent dépourvues de travail quand les médecins avec qui elles collaboraient partent à la retraite. Elles peuvent alors devenir Assistantes santé et sécurité au travail (ASST) et quitter le cabinet médical pour aller visiter les entreprises adhérentes.

D'une manière générale, c'est « l'action en milieu de travail » qui est valorisée par les réformateurs comme un « nouvel » outil de prévention qui s'incarne dans les pratiques de travail des professionnels sus-cités. Celui-ci diversifie les services fournis aux entreprises adhérentes. Par ailleurs les IPRP comme les ASST, ne bénéficiant pas du statut professionnel protecteur des médecins, sont dans une position de subordination directe vis-à-vis de leurs employeurs. Selon Blandine Barlet, « une alliance s'opère donc entre les acteurs représentants les intérêts patronaux — notamment les présidents et directeurs de services, préoccupés de la satisfaction de leurs adhérents — et les IPRP, qui souhaitent que leurs interventions soient reconnues en tant que telles et non en tant que simple assistance à l'exercice des médecins du travail. »[1]

Non seulement les médecins du travail, professionnels historiques des services interentreprises, sont réticents à partager le travail de prévention avec ces nouvelles recrues, mais celles-ci cherchent également à se distancier d'un groupe dont l'efficacité des pratiques de travail est questionnée par les réformateurs. Dès lors comment se divise le travail de prévention au sein des services interentreprises ? La prévention *a priori* « non médicale » échappe-t-elle complètement au contrôle des médecins ? Après avoir cerné, dans un premier temps, les contours du groupe professionnel des préventeurs non médicaux et de celui des nouvelles assistantes, notre attention se portera ensuite sur les tâches d'« action en milieu de travail » déléguées par les médecins et sur la division du travail entre ces professionnels. Dans un troisième et dernier temps, nous questionnerons les relations hiérarchiques et de contrôle du travail qui s'instituent entre les différentes parties.

1 Justifier sa position grâce aux dispositifs de gestion

Le renouvellement des dispositifs de gestion entraîne un double mouvement au sein des services interentreprises. C'est tout d'abord à travers eux que leurs directions, soutenues par une partie du corps médical, organisent le recrutement de préventeurs non médicaux comme nous l'avons vu précédemment. Ensuite, ces nouvelles recrues s'emparent de ces

1 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, pp. 254-255.

dispositifs pour légitimer leur présence au sein des services. La rationalisation ne s'oppose pas toujours à une logique professionnelle et à partir de ces dispositifs, elles fondent non seulement leur expertise, mais justifient également leur position dans l'institution[1]. Elles constituent alors aux yeux de leurs directions, les acteurs privilégiés des transformations de l'organisation[2]. Nous allons étudier la constitution de deux groupes professionnels distincts. Celui des IPRP d'une part, dont nous verrons qu'il réunit des métiers différents (hygiénistes, ergonomes, psychologues…) et peut être traversé de conflits entre ses membres, et d'autre part celui des ASST, d'anciennes secrétaires médicales qui se reconvertissent à la faveur de la réforme.

1.1 La constitution d'un groupe professionnel d'intervenants en prévention des risques professionnels

Depuis la fin des années 1980[3], les directions des services interentreprises peuvent employer des préventeurs non médicaux qui interviennent à la demande des médecins du travail. Du fait que la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 les enjoint ensuite à mobiliser des compétences « utiles et nécessaires à la prévention et à l'amélioration des conditions de travail »[4], les recrutements se généralisent au tournant des années 2000[5]. Les préventeurs non médicaux sont alors de plus en plus présents dans les services interentreprises et se constituent en un groupe professionnel distinct de la profession médicale. Afin de s'éloigner du « caractère étroit du modèle des professions », Didier Demazière et Charles Gadéa revendiquent l'usage de la notion de groupe professionnel qui « désigne alors des ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisés par une légitimité

1 Valérie BOUSSARD, « Introduction. Qui fait la gestion ? À propos des figures du manager et du professionnel », *op. cit.*, p. 35.

2 Elisabeth DUGUÉ, « La gestion des compétences : les savoirs dévalués, le pouvoir occulté », *Sociologie du travail*, 1994, vol. 36, nº 3, p. 274.

3 « À titre expérimental et en vue de développer les actions que le médecin du travail conduit sur le milieu de travail [...], des conventions peuvent prévoir le recours, sous le contrôle du médecin du travail, 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. » Décret n° 88-1198 du 28 décembre 1988 modifiant le titre IV du livre II du Code du travail et relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail, article 13.

4 Loi n ° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF du 18 janvier 2002

5 Selon le Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels, 60 % des répondants de l'enquête ont été recrutés après l'année 2000. Voir *Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels*, *op. cit.*

symbolique »[1]. Nous allons caractériser le groupe des IPRP en revenant tout d'abord sur l'émergence de cette catégorie, puis en retraçant l'histoire de leur principale association professionnelle. Nous verrons ensuite qu'il est essentiel pour ce groupe de construire sa légitimité professionnelle face à celle des médecins.

1.1.1 L'habilitation : dénominateur commun d'une population hétérogène

L'habilitation « Intervenant en Prévention des Risques professionnels », reconnue par décret[2] en 2003, institue une dénomination commune qui cerne les contours d'un groupe professionnel de préventeurs non médicaux. Nathalie Iché, hygiéniste depuis quatre ans au SI1, m'explique qu'auparavant *« on ne parlait pas d'IPRP on parlait juste de préventeurs, de techniciens de prévention, d'ingénieurs sécurité »* :

> « Moi je suis arrivée dans mon premier service en avril 2002. La notion d'IPRP n'existait pas encore, je crois, elle est apparue juste après, en 2003, il me semble. Et du jour où c'est sorti, les services ont été fortement poussés à recruter des IPRP. On nous a demandé d'établir un dossier d'habilitation. » (entretien avec Nathalie Iché, hygiéniste, 32 ans, SI1)

Pour être habilités IPRP, les professionnels doivent établir un dossier composé d'une lettre de motivation, d'un curriculum vitæ et pour les personnes physiques, d'une lettre de leur direction, qu'ils soumettent à un collège régional composé de représentants de la CRAM, de l'ARACT et de l'OPPBTP[3]. Les conditions d'habilitation sont précisées par décret en 2003. « L'habilitation est accordée en fonction des garanties d'indépendance et de compétence présentées par la personne ou l'organisme, de l'expérience acquise dans le domaine de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail et des moyens dont il dispose pour exécuter les missions pour lesquelles il est habilité »[4]. Cependant « il n'y a pas de définition des compétences en termes de contenus ou de métiers. C'est au candidat qui demande l'habilitation de choisir la ou les compétences. »[5]

1 Didier DEMAZIÈRE et Charles GADEA, *Sociologie des groupes professionnels*, *op. cit.*, pp. 19-20.
2 Décret n° 2003-546 du 24 juin 2003 pris pour l'application de l'article L. 241-2 du Code du travail et modifiant le Code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État), JORF n° 146 du 26 juin 2003
3 Au départ illimitée, l'habilitation doit ensuite faire l'objet d'une demande de renouvellement tous les quatre ou cinq ans.
4 Article R. 241-1-4, Décret n° 2003-546 du 24 juin 2003 pris pour l'application de l'article L. 241-2 du Code du travail et modifiant le Code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État), JORF n° 146 du 26 juin 2003
5 Compte-rendu de la réunion nationale des IPRP et IST des services interentreprises, 13 avril 2005

Une circulaire du 20 juin 2005, qui n'est pas beaucoup plus précise, définit l'IPRP en tant que « personne physique ou morale, dotée de compétences techniques, organisationnelles ou médicales (hors médecine du travail), dont la mission consiste à participer à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, en complément de l'action conduite par le ou les médecins du travail. »[1] Nous excluons les personnes morales, majoritairement des cabinets de conseils et des experts indépendants, du périmètre du groupe professionnel étudié. Bien qu'elles puissent être habilitées, ces organisations ne peuvent, par définition, pas être membre d'un groupe professionnel. Et si en revanche leurs membres en font potentiellement partie, nous concentrons l'analyse sur les IPRP-personne physique qui exercent en services interentreprises. À ce titre, ils partagent un lieu de travail et ont la possibilité de former un tel groupe.

Encadré 5.1 : Qui sont les IPRP des services interentreprises ?

L'habilitation « d'Intervenant en Prévention des Risques Professionnels » classe les professionnels en trois compétences (technique, organisationnelle et médicale) mais ceux-ci ne se retrouvent pas dans cette typologie et se reconnaissent davantage dans leur métier activité d'origine[2]. Plus de deux tiers des IPRP de la région étudiée par Blandine Barlet ont demandé une double habilitation « technique » et « organisationnelle » mais aucune habilitation « médicale » n'a été demandée.

Il existe très peu de données de cadrages permettant de caractériser la population des IPRP. Une enquête, commandée par l'Association Française des IPRP de Services interentreprises de Santé au Travail (AFISST), porte spécifiquement sur les professionnels présents dans les services interentreprises sous cette appellation en 2014[3]. Ses résultats, que nous présentons ici, sont à considérer avec précaution. L'échantillon, enquêté en ligne, comprend 269 personnes sur une population estimée de 1 100 IPRP, sans que les enquêtrices sachent s'il est représentatif, aucune donnée sur la population générale n'étant disponible. La définition du terme IPRP n'est pas encore figée, elle regroupe ici des salariés aux disciplines et aux niveaux de qualifications différents. Dans l'enquête, les ASST sont comptées au sein des IPRP.

Il semblerait que les hygiénistes aient été les premiers préventeurs non médicaux à être recrutés au sein des services interentreprises, suivi de près par les ergonomes. « Les psychologues du travail apparaissent le métier le plus jeune occupant cette fonction d'IPRP [*sic*]. Les ingénieurs en prévention des risques semblent avoir un peu plus d'ancienneté que les ergonomes ou les techniciens HSE [Hygiène Sécurité Environnement]. On dénombre

1 *Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels*, *op. cit.*, p. 49.

2 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 319.

3 Sandrine CAROLY, Makafui SALLAH et Aurélie LANDRY, *Tâches, objectifs des IPRP de SST et pluridisciplinarité. Analyse des résultats du questionnaire AFISST-PACTE des IPRP 2014*, *op. cit.*

ainsi 40,5 % de techniciens en prévention/d'assistants en service de santé travail (ASST), 26 % d'ergonomes, 23,4 % d'ingénieurs et 10 % de psychologues du travail. »

La population recensée est jeune et féminisée. Alors que les femmes la composent à 59,1 %, la moyenne d'âge est de 36 ans et plus de la moitié des enquêtés ont entre 22 et 35 ans. Les IPRP sont également récemment arrivés dans leurs services respectifs. Seuls 20 % y sont arrivés depuis plus de dix ans (seuls 9,5 % de la population d'enquête est habilitée depuis plus dix ans) et 42 % depuis moins de cinq ans.

Les cadres constituent environ les deux tiers de la population enquêtée, suivis par les techniciens supérieurs (15,6 %) et les employés (14,5 %). Selon une autre enquête effectuée uniquement en région Nord–Pas-de-Calais, le niveau de formation des IPRP des enquêtés est élevé (les masters sont plus fréquents que les licences et un IPRP est titulaire d'un doctorat). Par ailleurs, 75 % des IPRP exerçant au sein des services de santé au travail ont obtenu leur diplôme après 2000[1].

Les IPRP constituent un groupe hétérogène de personnes aux âges, qualifications et disciplines différents. Cette « habilitation » les rassemble au sein des services interentreprises sous une même dénomination, bien qu'elle ait peu de sens pour les principaux intéressés en dehors d'une reconnaissance administrative :

> « Je l'ai faite avant d'arriver ici. Quand j'étais à [elle nomme son employeur précédent] j'en avais pas spécialement besoin, mais je m'étais dit "ça pourra peut-être me servir un jour" donc du coup j'ai rempli un dossier. C'est pas compliqué. Il y a des cases à remplir. Faut raconter une intervention. Faut répondre à quelques questions et puis le dossier passe dans une commission. Et l'habilitation, voilà, je l'ai eue sans problème. Mais cette habilitation elle ne veut pas dire grand-chose. Elle est souvent confondue quelques fois avec un métier. C'est pas un métier d'être IPRP. […] c'est quelque chose que j'ai fait parce qu'il y a un de mes anciens camarades de promotion avec qui j'étais en contact qui avait pris un poste en service de santé au travail qui m'avait dit : "Fais donc ton dossier maintenant parce qu'on ne sait jamais, peut-être que ça sera plus compliqué après. On ne sait pas. Même si tu n'en as pas besoin, vaux mieux. Ça ne te coûte rien et au moins tu seras habilitée". Et effectivement, quand j'ai été embauchée ici j'ai montré que j'avais l'habilitation, mais en fait, ils n'étaient pas forcément attachés à ça. Parce que ma collègue avait été embauchée ne l'avait pas, mais elle avait les compétences et l'expérience qu'il fallait. Donc du coup elle a fait son habilitation après. Mais il n'y avait aucun doute sur le fait qu'elle l'aurait. » (entretien avec Catherine Ingouf, ergonome, 50 ans, SI1)

Au-delà de l'habilitation regroupant une variété de situations professionnelles, le groupe des IPRP se formalise petit à petit au sein des services interentreprises. Au SI1 le

1 C'est également le constat de cette étude : Sophie Fantoni, Julien Kubiak, Pascal Roquet, « Les intervenants en prévention des risques professionnels [IPRP] en services de santé au travail interentreprises : coopérer pour exister ! », Communication au colloque du DIM Gestes, 10-11 juin 2013. Cité dans : Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 318.

« comité de pilotage transverse » suit le travail des IPRP (trois hygiénistes et une ergonome désignés comme tels par les enquêtés), des ASST et de la documentaliste. Ces professionnels sont encadrés de manière distincte des médecins et en partie par eux (cf. chapitre 3). Cette instance du dispositif de gestion, créée par la démarche compétence, exclut de ce groupe d'autres professionnels habilités, la formatrice de formateurs *Sauvetage Secourisme du Travail* et un chargé du maintien dans l'emploi, ce qui contribue à cerner le groupe professionnel.

Pour Nathalie Iché, ce qui distingue le groupe d'hygiénistes et l'ergonome c'est qu'ils sont *« ceux qui font vraiment, on va dire, de la prévention »*. L'usage courant du terme IPRP ne désigne alors ni des formateurs, ni des conseillers internes aux services, mais des professionnels ayant la tâche d'évaluer les risques professionnels et de conseiller employeurs et salariés sur les mesures de prévention à prendre pour les réduire. C'est d'ailleurs tout l'enjeu du titre d'intervenant en « prévention » qui attribue à ses détenteurs une fonction équivalente à celle des médecins du travail. Pour Pierre Bourdieu et Luc Boltanski, « enjeu et instrument principal de la lutte symbolique entre les classes pour la définition du monde social, c'est à dire pour la constitution des classements sociaux, la terminologie sociale (nom des classes, des professions, etc.) appartient […] à l'ordre des catégories officielles, c'est-à-dire du droit, langage autorisé et langage d'autorité »[1].

En 2012, l'habilitation sera remplacée par un enregistrement auprès de la DIRECCTE et ne concernera plus les IPRP employés par les services interentreprises qui en seront exemptés[2]. L'habilitation aura permis de réunir ces salariés sous une dénomination commune, mais semble ne plus avoir d'utilité une fois que le groupe dispose d'une place distincte dans la division du travail interne aux services interentreprises. Mais une dénomination commune n'est pas suffisante pour caractériser un groupe professionnel. La création d'une association professionnelle rassemblant une hétérogénéité de métiers, induisant une diversité de pratiques et de rapports au travail, contribue également à cette unification.

1 Pierre BOURDIEU et Luc BOLTANSKI, « Le titre et le poste : rapports entre le système de production et le système de reproduction », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1975, vol. 1, n° 2, p. 107.

2 Article L. 4644-1 du code du travail créé par la Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, JORF n° 0170 du 24 juillet 2011.

1.1.2 Une association pour structurer le groupe professionnel

Le statut d'IPRP rassemblant une diversité de métiers, il n'est pas simple de coaliser ces professionnels autour de pratiques de travail communes. L'Association Française des Intervenants en Santé au Travail (AFIST)[1] se donne le rôle de « promouvoir » et structurer le groupe professionnel « notamment à travers des échanges de pratiques professionnelles, la mise en place de retours d'expériences et la mise en commun de connaissances »[2].

Christophe Isel, âgé de 38 ans en 2011, préside cette association. Fils d'un ouvrier spécialisé et d'une « maîtresse de maison », Christophe Isel entame des études de psychologie afin de devenir éducateur spécialisé puis, après avoir suivi des cours d'ergonomie, de psychologie cognitive et du travail, valide finalement un DESS d'ergonomie spécialisé en gestion des risques professionnels. Thématique à laquelle il a été sensibilisé par l'arrêt de travail de son père dû à des problèmes de santé d'origine professionnelle. Au tout début des années 2000, Christophe Isel réalise un stage dans le cadre de son master suivi d'une première expérience professionnelle de quelques mois dans un service interentreprises. Dans le contexte conflictuel du développement de la « pluridisciplinarité » dans les services et malgré une promesse d'embauche en Contrat à durée indéterminée (CDI), il signe finalement un Contrat à durée déterminée (CDD) qui ne sera pas reconduit suite à un changement de direction effectué dans un moment de tension avec les médecins du travail. Cette première expérience professionnelle malheureuse déterminera son engagement pour structurer le groupe professionnel des IPRP.

En 2001, Christophe Isel trouve un second emploi dans son service actuel où il est intégré quelques mois après le recrutement d'un collègue ingénieur hygiène-sécurité. Il devient coordinateur du pôle technique de son service. Exerçant dans une région où les préventeurs non médicaux des services interentreprises se réunissent annuellement depuis plusieurs décennies et rencontrant régulièrement leurs pairs en formation continue, Christophe Isel et son collègue décident de les rassembler plus largement afin qu'ils se connaissent et échangent entre eux. Bénéficiant d'une *« liberté d'expression »* dans leur service avant-gardiste dans le recrutement de préventeurs non médicaux. Ils y sont six en 2008 aux côtés d'une cinquantaine de médecins du travail « surveillant » environ 140 000 salariés.

1 Précisons dès à présent qu'en 2013, l'AFIST change de nom et devient l'AFISST (Association Française des IPRP de Services interentreprises de Santé au Travail). Le sigle employé peut varier dans le corps du texte.

2 Voir la présentation de l'association sur son site Web. http://afisst.fr/lafisst/lassociation/, consulté le 5 mars 2015.

Une première réunion se tient à Lorient en 2003 à l'occasion des rencontres de la *Société de Médecine et de Santé au Travail de l'Ouest* qui ont pour thème « Communication et Services de Santé au Travail ». Pour organiser la participation des IPRP à une telle manifestation s'adressant traditionnellement aux médecins, les deux jeunes salariés téléphonent aux collègues qu'ils connaissent et commencent à établir un « annuaire » afin de recenser les préventeurs non médicaux des services interentreprises. Cette première rencontre se fait en un petit comité d'une quinzaine de personnes, mais ils sont repérés par une médecin-conseil du CISME qui leur propose son soutien pour organiser une réunion de plus grande envergure sur Paris à laquelle environ quatre-vingts personnes assisteront :

> « Le 15 octobre, à Paris, se déroulera une réunion organisée par le CISME ayant pour objectif de réunir l'ensemble des IST [intervenants en santé au travail]. [la médecin-conseil du CISME] se charge de prévenir les directeurs des services adhérents, à leur charge d'informer leurs IST. Les IST des services non adhérents sont également conviés, le service [employant Christophe Isel] prendra contact avec eux. Les thèmes abordés restent à être définis. » (Compte-rendu de la réunion des intervenants en santé au travail [IST], Lorient, 13 juin 2003)

Selon les termes de Christophe Isel, à l'issue de cette seconde journée, le « réseau » informel devient national et continue de se structurer en réunissant des groupes régionaux (existants ou en train de se constituer). Il emploie ce vocabulaire managérial pour distinguer cette organisation de l'association qui la formalisera par la suite. Comme le soulignent Luc Boltanski et Ève Chiapello, un tel dispositif se construit en opposition à l'idée de bureaucratie hiérarchisée[1]. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il s'agit ici de construire une position professionnelle hors de la subordination médicale. En effet, si sur le principe les médecins peuvent intégrer le réseau jusqu'au milieu des années 2000, celui-ci rassemble de fait les professionnels non-médecins des services interentreprises.

Le « réseau » participe de la structuration du groupe professionnel en intégrant les nouveaux IPRP. Les groupes régionaux sont animés par des « référents » locaux, des IPRP volontaires reconnus par leurs pairs, qui ont pour rôle d'identifier et d'accueillir les nouvelles recrues des services. Les réunions organisées « traitent de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les services, des modalités pratiques (moyens matériels, méthodologie d'intervention... etc.) et de sujets techniques. »[2]

1 Luc BOLTANSKI et Ève CHIAPELLO, *Le nouvel esprit du capitalisme*, *op. cit.*, p. 112.
2 Compte-rendu de la troisième réunion des référents, réseau IPRP et IST, Rosny-sous-Bois, 2 février 2006

Dans ce réseau très extensif, l'ensemble des professionnels de la prévention en santé au travail des services interentreprises, qu'ils soient habilités comme IPRP ou non, sont acceptés :

> « Le premier élément à retenir est la variabilité des populations qui caractérise chaque groupe. Alors que plusieurs groupes font l'objet de réunions entre IPRP "habilitables", d'autres se caractérisent par leur élargissement aux acteurs de la prévention : assistants techniques de prévention, assistantes sociales, juristes, documentalistes... [...]"la richesse du réseau passait également par son ouverture sur l'ensemble des acteurs de la prévention qui collaborent avec les médecins du travail. Dans ce cadre, les médecins du travail "IPRP" (qui interviennent pour d'autres) dans le cadre de la pluridisciplinarité sont — de fait — les bienvenus dans les groupes. » (Compte-rendu de la première réunion des référents régionaux des IPRP, Rosny-sous-Bois, 1er juillet 2004)

Par cette définition très floue des critères d'acceptation des membres, le réseau regroupe une population importante composée d'environ 200 personnes en 2005. Les critères s'affinent avec le temps. Alors qu'en février 2006, "un redéploiement du réseau vers l'ensemble des personnes réalisant la pluridisciplinarité"[1] est noté, les professionnels exerçant une activité préventive sont ensuite privilégiés :

> « Les groupes [régionaux] sont ouverts aux IPRP et IST exerçant dans les services de Santé au Travail des missions de prévention des risques professionnels. Dans plusieurs groupes, des formateurs (SST, Prévention des risques liés à l'activité physique [PRAP]), des documentalistes, des chargés de mission maintien dans l'emploi participent également aux réunions. » (Compte-rendu de la réunion des référents, réseau IPRP et IST en SST, Rosny-sous-Bois, 11 juin 2007)

Forts de ce succès, les responsables du « réseau » décident en 2004 de bénéficier d'une reconnaissance légale en se constituant en association. Dotés de ce statut, ils organisent plus simplement les rencontres nationales et financent un site Web doté d'un forum de discussion en remplacement de la liste de diffusion utilisée jusqu'alors. Le site recense les offres d'emploi et propose des « outils » (dossiers techniques, textes législatifs, articles de presse…) aux adhérents.

Cette création est soutenue par le CISME qui y voit un moyen de définir nationalement les « compétences » des différents intervenants en prévention des risques professionnels, par le biais des dispositifs de gestion :

1 *Ibidem.*

> « La présence de [l'adjoint au délégué général du CISME] nous a permis de faire le point sur les objectifs de l'association, son état d'avancement, mais également sur les perspectives de travail de collaboration avec le CISME. […] l'association a pour vocation de favoriser la démarche de progrès de la pluridisciplinarité. L'association permettra en outre de favoriser un travail sur les compétences et les métiers des IPRP, notamment pour élargir les offres et optimiser la qualité des services proposés aux entreprises adhérentes. » (Compte-rendu de la première réunion des référents régionaux des IPRP, Rosny-sous-Bois, 1er juillet 2004)

Alors que la convention collective de branche des services interentreprises est l'objet de négociations au premier semestre 2007, il est demandé lors de la réunion nationale de 2006 où sera situé l'IPRP dans cette nouvelle convention collective sachant que « beaucoup d'IPRP ont plusieurs casquettes : un ergonome peut-être toxicologue ou réaliser de la métrologie voire des formations. » Il est répondu que « dans la convention, chaque poste est distinct, il est donc nécessaire de dissocier chaque "casquette". Les métiers restent à définir, c'est la raison du lancement de la démarche métier. »[1]

L'habilitation comme IPRP ne définissant pas précisément les compétences nécessaires pour l'obtenir, le CISME, par le biais du responsable de son service juridique qui fait la présentation (précédant le débat mentionné ci-dessus), pousse à les établir par le biais d'une *« démarche métier »* :

> « Un guide comportant des fiches métiers est en cours de réalisation, portant sur l'ensemble des métiers des services de Santé au travail.
> Plusieurs groupes de travail ont été constitués en région réunissant des personnes ayant le même métier ou des métiers de la même famille : administratifs, IPRP et IST médecins du travail, secrétaires médicales-assistante.
> À partir d'un outil utilisé en RH, les groupes doivent rédiger des fiches détaillant les missions principales et secondaires, l'environnement du poste, le niveau de compétence, les compétences techniques essentielles, les compétences complémentaires, les aptitudes principales, l'expérience.
> Une fiche pour chaque métier sera rédigée à partir de l'ensemble des propositions et un comité de relecture sera chargé de valider les fiches.
> En ce qui concerne les métiers de la pluridisciplinarité, 2 groupes ont été actuellement réunis, chaque groupe ayant produit des fiches différentes pour les mêmes métiers. » (Compte-rendu de la réunion nationale des IPRP et IST des services interentreprises, 4 décembre 2006)

Définir les compétences des différents professionnels des services interentreprises situe les IPRP dans la division du travail de prévention assuré par ces services et contribue à

1 Compte-rendu de la réunion nationale des IPRP et IST des services interentreprises, 4 décembre 2006

caractériser des pratiques communes. « La grille est performative, car les salariées vont s'appuyer sur les aptitudes énoncées pour orienter leur activité. »[1]

Mais bien que le groupe professionnel des préventeurs non médicaux se structure sous la houlette du CISME, la création d'une association est désapprouvée par les employeurs qui craignent que les IPRP s'autonomisent en montant un syndicat :

> « Un certain nombre de directions s'y sont opposées. Alors plus ou moins ouvertement. Avec des collègues avec qui on avait des échanges : "Mon directeur ne veut pas que j'assiste aux réunions ou il m'a dit que c'est sur mon temps personnel parce que c'est un truc personnel". Et on n'avait pas anticipé ce genre de choses. Avec des directeurs qui appelaient mon directeur pour lui dire : "Qu'est-ce qu'ils foutent dans ton service ? Ils sont en train de foutre le bordel". Exactement. Des trucs comme ça. » (entretien avec Christophe Isel, ergonome, président de l'AFIST, 38 ans, service interentreprises)

Christophe Isel se défend de toute velléité syndicale même s'il reconnaît que l'association porte des revendications sur le « métier » en train de se constituer. Cette méfiance patronale souligne le souhait des directions de services interentreprises de pouvoir davantage contrôler ce groupe professionnel que celui des médecins qui bénéficient de leur propre syndicat au-delà des fédérations habituelles.

Les responsables de l'association souhaitent se défaire de l'image corporatiste qui lui est attribuée et craignent des *« problèmes administratifs, voire judiciaires »*[2] pour les animateurs d'un réseau qui n'a pas d'existence légale. Par conséquent ils créent une nouvelle structure fusionnant ces deux entités en 2007. Évitant la polémique, les rencontres organisées par cette nouvelle association privilégient les communications portant sur les aspects « techniques » du métier[3]. Afin de pallier les difficultés d'accueil d'effectifs importants et de gérer la diversité des attentes des membres, les groupes régionaux créent parfois des sous-groupes. Les responsables du réseau rappellent alors l'importance de « ne pas "séparer" les métiers et les disciplines ([dans la] nécessité d'une représentation partagée de la prévention) »[4].

1 Sarah GHAFFARI et Anne-France KOGAN, « Modeluxe, compétences et savoir-faire haute façon », *in* Sophie BRETESCHÉ et Cathy KROHMER, *Fragiles compétences*, Paris, Transvalor-Presses des Mines, 2010, p. 43.

2 Compte-rendu de la réunion des référents, réseau IPRP et IST en SST, Rosny-sous-Bois, 11 juin 2007

3 « Le travail de construction d'une identité commune, qui, selon [une ergonome membre de l'association], est la véritable raison d'être de l'association, ne s'affiche pas comme tel. Cette manière de faire permet de légitimer le déplacement des IPRP à cette rencontre vis-à-vis de leur hiérarchie » Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 329.

4 Compte-rendu de la réunion des référents, réseau IPRP et IST en SST, Rosny-sous-Bois, 11 juin 2007

Mais l'ensemble des membres du réseau ne rejoignent pas la nouvelle structure, il s'en suit une déperdition du nombre d'adhérents. Comme les recrutements se poursuivent au sein des services interentreprises par ailleurs, les IPRP ont de plus en plus de collègues avec qui échanger et la nécessité d'un espace de rencontre extérieur s'amoindrit. En 2009, les responsables de l'association à défaut d'afficher leurs revendications professionnelles cherchent une reconnaissance académique[1] et préparent un colloque doté d'un comité scientifique afin d'inviter des « personnalités reconnues », ainsi que des « fournisseurs de solutions ». Mais faute d'inscrits, l'événement est annulé. Les adhérents ne se reconnaissant pas forcément dans cette quête de légitimité.

L'AFIST qui perd son rôle fédérateur se trouve également en concurrence avec des espaces de socialisation universitaires[2]. Anaïs Issaoui, hygiéniste au SI2, reste ainsi en contact régulier avec les auditeurs du CNAM qui l'ont formée pour échanger des conseils. Elle partage son expérience professionnelle avec trois auditrices, premières recrues de leurs propres services de santé au travail. Elle échange également avec d'anciens camarades de formation et profite de réunions de travail thématiques sur des risques particuliers et de salons professionnels pour rencontrer d'autres collègues de services interentreprises :

> « Il y a des associations d'IPRP, ça existe. Une des connues, c'est l'AFIST, Association Française des Intervenants de la Santé au Travail, qui organise régulièrement aussi des réunions. Maintenant il y a un manque de temps pour y aller, ça, c'est clair. Un des problèmes que l'on rencontre c'est que nous, on est deux, on est dans notre service. On aimerait bien faire des réunions à droite, à gauche, mais on ne peut pas toutes les semaines. Voilà, on ne peut pas. Finalement c'est un réseau qui pourrait être... il était pas assez animé, il n'y avait pas assez de contacts. Pour nous, comme on n'est que deux au niveau de notre pôle, c'est plus un manque de temps. On sent que c'est les moyens là qui manquent.
> - Vous êtes adhérent ?
> - Même pas en fait. D'ailleurs on l'était, mais on l'est plus, car on n'a pas renouvelé l'adhésion. Parce que justement pas de temps. » (entretien avec Anaïs Issaoui, hygiéniste, 26 ans, SI2)

1 L'AFIST se trouve alors dans une dynamique similaire à celle de « la [Société des Ingénieurs Civils qui] remit ainsi ses problèmes corporatifs et politiques, un peu encombrants, entre les mains de la FASSFI [Fédération des associations, sociétés et syndicats français d'ingénieurs], même si celle-ci ne toucha que les associations d'anciens élèves des écoles d'ingénieurs, et se réserva le rôle noble d'"Académie des arts techniques". » Bruno JACOMY, « A la recherche de sa mission. La Société des Ingénieurs Civils », *Culture technique*, 1984, nº 12, p. 214.

2 « Jeunes et peu expérimentés, [les IPRP] disposent de ressources dans le réseau universitaire qu'ils ont conservé, mais ce réseau, s'il permet de conforter leur identité professionnelle, a un poids relativement faible sur leur lieu de travail. » Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 256.

À partir de 2007, la création de fédérations régionales à l'initiative des dirigeants des services interentreprises interpelle les membres de l'AFIST qui questionnent la nature de leurs relations. En 2010, ils cherchent à s'en rapprocher en soulignant leurs atouts au nombre desquels ils citent *« favoriser l'harmonisation des bonnes pratiques professionnelles »* ainsi que *« constituer un lieu d'échanges sur les outils d'organisation élaborés en groupes de travail pluridisciplinaires Médecins/IPRP/IST au sein des différents SST, par exemple : plaquettes métiers, fiches d'entreprise, guides de visite, etc. »*[1]. Ces organisations auraient en commun de diffuser auprès des services interentreprises des dispositifs de gestion permettant de définir le travail de prévention.

En 2011, constatant les difficultés de fonctionnement du « réseau » qui n'a plus de référents dans plusieurs régions, les dirigeants de l'association attribuent celles-ci à la concurrence des fédérations régionales. Les responsables de l'AFIST revendiquent alors leur spécificité, *« ce réseau est le seul vecteur pour rassembler les intervenants "techniques" (IPRP, IST, assistantes techniques…) toutes spécialités et métiers confondus, pour des échanges de pratiques et de savoirs »*[2].

En 2013, modifiant ses statuts, l'AFIST (Association Française des Intervenants en Santé au Travail) devient l'AFISST (Association Française des IPRP de Services interentreprises de Santé au Travail). Cette nouvelle dénomination précise l'intitulé « IPRP » qui désigne alors une population de préventeurs non médicaux à l'exclusion des infirmières et ASST[3] qui ont des places distinctes dans la division du travail, comme nous le verrons. Après avoir regroupé une grande diversité de professionnels, l'association a contribué à définir les compétences de chacun et à structurer un groupe de personnes aux métiers et aux niveaux de qualifications différents autour de pratiques de prévention communes[4]. Nous notons à travers l'histoire de cette association que c'est aussi pour construire la légitimité de leur présence face

1 Compte-rendu de la réunion des référents, réseau IPRP et des IST, Rosny-sous-Bois, 14 janvier 2010.
2 Compte-rendu de la réunion des référents régionaux IST/IPRP, CISME- Paris, 31 mars 2011
3 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 329.
4 Accord du 20 juin 2013 relatif à la révision partielle des salaires et des classifications attaché à la convention collective nationale des services de santé au travail interentreprises du 20 juillet 1976 : « Dans les SSTI, les personnels dont l'emploi conventionnel est le suivant bénéficient de l'appellation IPRP : technicien hygiène sécurité ; psychologue du travail ; ergonome ; toxicologue ; épidémiologiste ; ingénieur hygiène-sécurité/chimiste. Préalablement à l'embauche d'un IPRP, il appartient au SSTI de s'assurer que l'intéressé dispose des justificatifs attestant soit : d'un diplôme d'ingénieur ; d'un diplôme sanctionnant au moins 2 ans d'études supérieures dans les domaines de la santé, de la sécurité ou de l'organisation du travail ; d'un diplôme sanctionnant au moins 3 ans d'études supérieures dans un domaine scientifique ou dans une matière relevant des sciences humaines et sociales et liée au travail ; d'une expérience professionnelle dans le domaine de la prévention des risques professionnels d'au moins 5 ans. »

à celle des médecins que ces professionnels ont ressenti la nécessité de se regrouper lorsqu'ils étaient peu nombreux et faiblement institués dans les services interentreprises.

1.1.3 Construire sa légitimité face à une profession à statut

L'accueil des IPRP dans les services interentreprises n'est pas simple (cf. prologue), notamment pour les primo arrivants. S'ils sont soutenus par les directions de services, les médecins sont réticents à accepter des professionnels qu'ils voient comme concurrents. C'est ce que nous explique Sébastien Ivan, hygiéniste d'une trentaine d'années, recruté en service interentreprises début 2006. Détenteur d'une thèse en physique-chimie, mais ne trouvant pas de travail dans la recherche et dans la région, il se réoriente vers une formation *Hygiène, sécurité, environnement* afin de trouver un emploi technique et *« sur le terrain »* :

> « Il y a eu une période plus d'observation pendant facilement six mois où l'arrivée d'une nouvelle compétence au sein d'un service n'a pas été forcément bien vécue. Parce que nouvelle compétence, parce qu'on va enlever une partie du travail au médecin du travail qui n'aura plus forcément la suprématie, entre guillemets, sur les entreprises, sur ses entreprises. Le médecin du travail est assez attaché à son secteur, à ses [il insiste sur le mot] entreprises. Arrivée de nouvelles compétences : "Est-ce qu'il ne va pas nous enlever une partie de notre travail ?" Et puis des périodes de test pour, pour essayer de voir jusqu'où on peut aller. À la fois, à la fois dans la recherche de documents, mais aussi, je dirais, dans le comportement de la personne. Est-ce qu'il va être plus agressif, moins agressif, tolérant… voilà. [...]Et dans tous les services, les intégrations des IPRP se sont faites dans les mêmes conditions, avec une période d'observation. Et puis cette période d'observation, une fois qu'on a fait nos preuves, de six mois à un an, l'intégration s'est bien faite. » (entretien avec Sébastien Ivan, hygiéniste, 36 ans, service interentreprises)

Les IPRP doivent défendre leur légitimité face à une profession à statut qui non seulement participe à leur recrutement, mais est souvent plus qualifiée. Christophe Isel distingue les premières recrues, dont il fait partie, ayant dû justifier leur présence des plus récentes qui ne sont plus questionnées :

> « On voit la différence au niveau des IPRP entre des IPRP qui ont 25 ans, 10 ans et deux, trois ans [d'ancienneté]. C'est-à-dire moi je suis arrivé dans un système où la pluridisciplinarité, le principe même qu'il y ait d'autres compétences, il a fallu que je le défende. Que je remplissais un rôle et qu'il y avait un réel besoin de moi. Pas simplement sur les textes. Qu'il y avait un réel besoin ! Un certain nombre de collègues n'ont pas à faire face à ça. » (entretien avec Christophe Isel, ergonome, président de l'AFIST, 38 ans, service interentreprises)

La reconnaissance d'une compétence professionnelle passe notamment par la qualification qu'elle soit académique, elle est alors sanctionnée par le niveau de diplôme, ou liée à l'expérience comme nous le voyons dans les deux cas ci-dessous. Anaïs Issaoui, hygiéniste au SI2 qui a poursuivi sa formation en alternance jusqu'au master[1], se présente à chaque fois comme une collègue directe du médecin du travail de l'entreprise face à des responsables de la sécurité qui tendent à prendre les IPRP pour des prestataires extérieurs au service interentreprises. La quête de légitimité des hygiénistes du SI2 se mêle à une importante différence d'âge entre elles et les médecins, teintée de paternalisme :

> « Moi, j'ai 26 ans cette année et Laura elle a 25 ans. On est jeunes encore. On est arrivées plus jeunes. On a fait nos études ici. Mais c'est vrai qu'on est arrivées plus jeunes et du coup les médecins aussi ont tendance à nous appeler "les filles". Il y a même un médecin qui dit "les petites". Dans une entreprise, c'est quand même moyen : "bon on attend les petites". Parce qu'ils sont âgés les médecins, ils nous voient jeunes. Le fait d'être arrivées tôt aussi et puis jeunes et qu'ils nous aient formées, ça a mis cette proximité un peu affectueuse qui fait que des fois on aimerait bien avoir plus de reconnaissance professionnelle : "Attendez quand même, on est là, on bosse". Mais ça a un bon côté aussi, on s'entend bien. Mais bon. Et puis la barrière, de se dire on est professionnelle, on est là pour travailler. Ça c'était une difficulté quand même à remettre. Maintenant, ça va mieux aujourd'hui. C'est vrai qu'ils nous appelaient, parce que du coup on intervient, vaut mieux dire "Madame". Parce qu'ils disaient "Appelez Laura et Anaïs". Alors des fois : "Allô Anaïs ? Oui, bonjour Monsieur untel de telle entreprise". Je me dis : "Quand même, ils pourraient donner mon nom". Il y a moins d'incidents de ce genre-là parce que maintenant ils arrivent à dire c'est des professionnelles, c'est pas forcément "nos petites du pôle prévention". » (entretien avec Anaïs Issaoui, hygiéniste, 26 ans, SI2)

Sylvie Izans, toxicologue en fédération de services interentreprises[2], dont le titre de docteure en physique lui assure la reconnaissance des médecins, a moins de difficulté à asseoir sa légitimité lors de son passage en service interentreprises. Certains médecins du service sont même déçus de son départ vers la fédération régionale, ayant l'impression de « perdre » un bon élément :

> « Moi ça s'est vachement bien passé, mais il faut dire aussi que j'ai un profil. Enfin il faut être honnête, il y a une différence entre un IPRP débutant qui débarque et qui peut se faire casser et un IPRP qui arrive qui a déjà 40 ans avec un background, avec des gens que je connaissais parce que je faisais pas mal d'interventions à gauche et à droite.
> - Avec le CNAM notamment ?

1 Cf. chapitre, 3 2.1.2, p. 201.
2 Cf. chapitre 2, 1.2.1, p. 118.

> - Avec le CNAM, j'ai fait beaucoup de formations. Et puis des conférences comme ci comme ça. Déjà ils me connaissaient donc l'accueil il ne peut pas être le même. Moi j'ai reçu un bon accueil. Mais je ne pense pas que ce soit le cas pour tous les IPRP. » (entretien avec Sylvie Izans, toxicologue, 44 ans, fédération régionale)

C'est alors par l'intermédiaire d'outils de gestion que les IPRP non surdiplômés font reconnaître leurs « compétences » et la légitimité de leur présence, tant au sein des services interentreprises qu'auprès des adhérents :

> « Au SI2, une fiche de compétences a été élaborée grâce au site internet de l'IHIE-SSET [Institut d'hygiène industrielle et de l'environnement - Sécurité sanitaire de l'environnement et du travail] présentant la formation et indiquant les compétences d'un HYTEN [hygiéniste du travail et de l'environnement]. Cela a servi d'outil de communication au sein du service et auprès des médecins du travail. Cette fiche a été mise en ligne sur l'intranet pour l'ensemble du personnel. De plus, la communication se fait, aussi vers les adhérents, avec l'insertion d'une nouvelle fiche dans le dossier d'adhésion qui présente le pôle prévention et les activités qu'il mène au sein du service. » (Anaïs ISSAOUI, *mémoire de fin d'études*, master d'hygiène du travail et de l'environnement, 2011)

Les IPRP, dont le groupe professionnel est en train de se constituer, légitiment leur place de préventeurs non médicaux au sein des services interentreprises grâce aux dispositifs de gestion. Les hygiénistes, premiers recrutés, semblent constituer le segment central[1] de ce groupe servant de modèle idéal typique et portant la rationalisation de l'activité de prévention. « Les seuils sont défendus principalement par les "hygiénistes industriels", ingénieurs ou techniciens, qui prônent le recours à la mesure chiffrée pour objectiver les risques. Les médecins du travail relativisent au contraire l'importance des seuils, pour en faire un élément parmi d'autres de leur appréciation des risques. »[2] Mais comme tout groupe, celui des IPRP n'est pas homogène. En étudiant la diversité de positionnements de ses membres (dont des hygiénistes) et les conflits qui peuvent les opposer, nous allons appréhender les pratiques de travail portées par ce groupe.

1.2 Un conflit entre hygiénistes caractérisant des rapports différenciés à la pratique

François Imbert, hygiéniste de 53 ans, exerce depuis 20 ans environ au SI1 où la création du « pôle pluridisciplinaire » ne se fait pas *ex nihilo*. Le recrutement de jeunes

1 Anselm Leonard STRAUSS, *La trame de la négociation*, *op. cit.*
2 Nicolas DODIER, *L'expertise médicale*, *op. cit.*, p. 292.

collègues corrélé à la réforme de l'institution[1] le perturbe. Comme chez les facteurs décrits par Marie Cartier « l'arrivée dans les bureaux de ces nouvelles générations, en même temps que la direction imposait de nouvelles règles de gestion, déstabilise les "anciens" »[2]. François Imbert est très critique envers ses deux collègues hygiénistes âgées d'une trentaine d'années recrutées plus récemment, Nathalie Iché et Sonia Igier. Les problèmes d'équipe qu'il rencontre le *« préoccupent plus que le travail en tant que tel »*. Un an plus tard, la situation ne s'est pas arrangée puisqu'il a quitté le bureau qu'il partageait avec l'une d'elles pour une autre aile du bâtiment, à défaut d'avoir pu changer de « centre ». Il ne ressent pas de telles tensions avec Catherine Ingouf, sa collègue ergonome de 50 ans, ce qu'il attribue à leur proximité d'âge et leur différence disciplinaire. De fait celle-ci amenuise la concurrence entre eux.

Comme le fait remarquer Pierre Fournier, « la rencontre au travail d'individus de générations différentes du point de vue des contextes de socialisation conjoncturelle produit parfois des tensions autour des classements sociaux qu'ils revendiquent et reconnaissent »[3]. Les désaccords qui opposent ces hygiénistes aux socialisations hétérogènes provoquant des désajustements entre leurs représentations et pratiques de travail, nous renseignent plus en détail sur les compétences valorisées au sein du groupe professionnel des IPRP en train de se constituer. L'ergonome à la pratique plus clinique est plus extérieure au conflit bien qu'elle fasse partie de la nouvelle vague de recrutement[4]. En partant du renouveau générationnel, nous voudrions montrer l'importance des contextes de socialisation dans le travail. Après avoir présenté les profils des principaux protagonistes, nous reviendrons sur les relations différentes qu'ils nouent avec le corps médical, sur leur ouverture plus ou moins grande à la culture managériale avant de présenter leurs conditions d'emploi variées qui peuvent aviver leurs différends.

1 « L'évaluation prend place dans un contexte de changement organisationnel ou, tout au moins, en suscite un. Elle remet en cause des positions et tous les travailleurs n'y réagissent pas de manière identique. » Sandrine GARCIA et Sabine MONTAGNE, « Pour une sociologie critique des dispositifs d'évaluation », *art. cit.*, p. 12.

2 Marie CARTIER, *Les facteurs et leurs tournées. Un service public au quotidien*, Paris, La Découverte, coll. « Textes à l'appui », 2003, p. 55.

3 Pierre FOURNIER, « Le travail des générations : confronter des présents décalés », *in* Anne-Marie ARBORIO, Yves COHEN, Pierre FOURNIER, Nicolas HATZFELD, Cédric LOMBA et Séverin MULLER, *Observer le travail : histoire, ethnographie, approches combinées*, La Découverte, 2007, p. 122.

4 Pour une présentation plus détaillée des ergonomes exerçant en services interentreprises, voir : Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, pp. 337-353.

1.2.1 Un nouvel ensemble générationnel

Les préventeurs non médicaux exerçant en services interentreprises depuis les années 1980 sont peu nombreux, dispersés et pratiquent souvent seuls dans leur service. Ils ne constituent pas un collectif structuré d'anciens dont l'autorité serait remise en question par les « nouveaux » même si ce mécanisme peut jouer à un niveau individuel. Néanmoins le concept de socialisation générationnelle[1] nous permet d'analyser, au niveau local, la spécificité des pratiques et représentations des « nouvelles » hygiénistes par contraste avec celles d'un « ancien ». Nous pouvons inscrire ce conflit particulier dans un contexte plus général de (re) construction du métier de préventeur en service interentreprises en étudiant le positionnement de chacun à partir de leur socialisation secondaire.

Fils d'un préparateur en pharmacie et d'une comptable, se définissant *« d'origines moyennes »*, François Imbert précise que ses parents sont *« des gens qui l'un comme l'autre ont fait des études brillantes à leur époque ».* Lui-même valide un DUT *Génie de sécurité* en 1977. Il reçoit une formation technique composée de sciences *« fondamentales »* : mathématiques, physique (thermodynamique), biologie et chimie (chimie organique, chimie minérale) et de disciplines *« plus appliquées »* (électronique, électricité, droit du travail, ergonomie). Il s'agissait cependant moins d'une formation en hygiène industrielle qu'en prévention des accidents du travail, également proposée à de futurs sapeurs-pompiers professionnels. Mais, selon ses propres dires, *« par contre on n'avait rien du tout, à l'époque on ne savait pas, sur… Il y a une grande différence avec mes jeunes collègues, sur comment monter et tenir un service sécurité. Comment gérer, développer des projets, etc. Ça n'existait pas. »*

Après avoir validé son diplôme, François Imbert travaille deux ans comme technicien sécurité en entreprises et sept ans comme « technicien-conseil de prévention », un équivalent de contrôleur CRAM, en Mutualité sociale agricole. Puis il décide de *« valoriser son expérience »* et en 1989 postule au sein du service interentreprises où il exerce toujours. Premier et unique hygiéniste à être embauché par le service pendant 17 ans, il prend modèle sur des confrères, *« figures emblématiques »*, exerçant eux-mêmes dans d'autres services de médecine du travail pour élaborer sa pratique. C'est principalement seul, à l'aide de quelques stages, qu'il construit son métier et cherche à développer des compétences sur *« les grands*

1 Christelle AVRIL, Marie CARTIER et Delphine SERRE, *Enquêter sur le travail : concepts, méthodes, récits*, Paris, la Découverte, coll. « Grands Repères. Guides », 2010, p. 165.

chapitres du métier en hygiène industrielle classique », *« plus pointues »* que celles mobilisées dans son ancien poste, avant tout axé sur la communication et la formation et où il avait ressenti une *« frustration de technicité »*. Isolé, et placé dans une relation directe avec les médecins du travail qui lui prescrivent des interventions et sans l'intermédiaire de dispositifs de gestion contrôlés par la direction du service, il travaille de manière relativement indépendante. Selon lui, l'habilitation d'IPRP n'a rien changé à son métier. Cette *« existence légale »* l'a avant tout légitimé auprès de la direction et dans une moindre mesure auprès des médecins. Caractérisé par une origine sociale moyenne, une formation courte dans le supérieur et une légitimité professionnelle construite par une expérience longue et progressive, le profil de François Imbert va se trouver questionné par l'arrivée de nouveaux profils incarnés par Nathalie Iché et Catherine Ingouf.

C'est dans un tout autre contexte que Nathalie Iché se socialise au métier d'hygiéniste. Fille d'un juge et d'une cadre du secteur bancaire, souhaitant initialement devenir pompier, elle valide elle aussi, en 1999, un DUT spécialisé en *Hygiène, sécurité, environnement* avant d'effectuer une maîtrise de sciences et techniques *Identification et management des risques et de la sécurité* en deux ans. Elle est embauchée en 2002 en service interentreprises pour proposer des démarches d'évaluation des risques aux adhérents suite à l'obligation faite aux employeurs d'établir un « document unique » parue en 2001[1]. Elle occupe ce poste pendant cinq ans aux côtés d'un collègue présent depuis une dizaine d'années dans le service. Malgré sa compagnie, elle souligne le faible nombre d'IPRP présents dans la région à ce moment-là. Ils se réunissent au sein d'un groupe régional afin de mutualiser leurs connaissances. Elle cherche également une entraide professionnelle via le réseau national d'IPRP encore informel qui deviendra l'AFISST. Avec son compagnon, lui-même avocat, elle souhaite ensuite revenir dans sa région d'origine et trouve un poste à mi-temps dans un service interentreprises. Le directeur du SI1 lui propose de compléter ce temps partiel en intégrant le service, où elle exerce à temps complet depuis 2008. Elle est la seconde préventrice non médicale à être recrutée. Nathalie Iché est arrivée dans le métier au moment où les services interentreprises comment à se réformer et à recruter davantage de préventeurs non médicaux. Incluse dans un groupe professionnel en cours de structuration, sa première expérience professionnelle consiste à offrir une nouvelle « prestation » non médicale aux adhérents du service

1 Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévu par l'article L. 230-2 du Code du travail et modifiant le Code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État), JORF n° 258 du 7 novembre 2001

interentreprises qui l'emploie. Il en va autrement de sa collègue ergonome recrutée au SI1 après plusieurs reconversions professionnelles.

Catherine Ingouf, née en 1961, a tout d'abord été sage-femme pendant une dizaine d'années avant de vouloir quitter le milieu hospitalier pour le secteur industriel. Elle explique cette attirance par l'envie de retrouver une certaine ambiance qu'elle avait connue enfant dans les ateliers de l'entreprise de confection de gants de protection professionnelle de son père. Celui-ci étant chef d'entreprise, sa mère était « dispensée » de travail rémunéré. Elle passe alors un DU en gestion des ressources humaines où la rencontre d'intervenants professionnels et un stage à l'ARACT l'initient à l'ergonomie. Ayant l'objectif de devenir ergonome, mais souhaitant se confronter au monde de l'entreprise, elle trouve ensuite un poste d'infirmière du travail grâce à une équivalence obtenue suite à son expérience hospitalière. Elle choisit une formation qui bien qu'étant centrée sur l'analyse du travail réel aborde des domaines d'études variés, dont beaucoup de gestion. Devant concilier ce travail, l'éducation de ses deux enfants et la poursuite de ses études en alternance, elle met dix ans à obtenir un master d'ergonomie. Si les responsables du service des ressources humaines ont accepté de financer sa formation, ils refusent de considérer les initiatives et les activités qu'elle cherche à appliquer au sein de l'entreprise en tant qu'infirmière du travail. Elle démissionne et travaille ensuite pendant deux ans en service autonome où elle collabore activement avec une médecin du travail sur les risques psychosociaux. C'est pour elle cette expérience très formatrice qui lui permet d'obtenir en 2009 son poste actuel en service interentreprises, auquel elle postule suite au départ de la médecin à qui elle était précédemment associée. Cherchant à avoir une pratique diversifiée, elle continue à se former en psychologie du travail et clinique de l'activité.

À la différence de François Imbert, Nathalie Iché et Catherine Ingouf arrivent au sein du service en pleine réforme et participent toutes deux d'un « ensemble générationnel »[1]. Catherine Ingouf commence ainsi l'entretien que nous menons : *« Un sujet intéressant parce qu'en ce moment c'est vraiment en pleine transformation. C'est pas sans poser beaucoup de questions, mais en même temps c'est intéressant de vivre cette période-là. Enfin pour nous. Peut-être que pour les médecins c'est plus compliqué. Parce que nous on a beaucoup de*

1 « La situation de génération circonscrit, du fait de leur situation spécifique dans l'espace socio-historique, les individus dans un champ des possibles déterminé et favorise ainsi un mode spécifique d'expérience et de pensée, un mode spécifique d'intervention dans le processus historique. » « L'ensemble générationnel est plus que la simple présence décrite dans une unité historico-sociale déterminée. [C'est une] participation au destin commun de cette unité historico-sociale. » Karl MANNHEIM, *Le problème des générations*, *op. cit.*, pp. 68, 85.

choses à construire, à mettre en place ». Après que les médecins aient circonscrit par protocoles l'activité des IPRP, ces derniers se la réapproprient progressivement et pratiquement.

Des expériences socialisatrices spécifiques distinguent cependant l'attitude des deux femmes dans ce contexte de travail. Étant la seule ergonome du service, Catherine Ingouf ne peut discuter avec ses collègues de la manière de mener les interventions en entreprises, des problèmes liés à son métier et se sent parfois un peu décalée. Pour pallier cet isolement, elle a recours à une liste de diffusion spécialisée en ergonomie et discute informellement avec ses pairs à l'occasion de séminaires. Mais elle sent le même désajustement en rencontrant des ergonomes n'exerçant pas en service interentreprises. Opposée au syndicalisme du fait de son expérience familiale[1], elle adhère à l'AFIST. Au moment de l'entretien elle *« ne [sait] pas trop ce qui s'y fait, ce qui s'y passe »,* mais elle a depuis pris des responsabilités dans l'association.

Par ailleurs face à l'imprécision de son poste de travail, mais plus âgée que sa consœur et ayant déjà travaillé dans des domaines connexes, elle mobilise ses précédentes expériences professionnelles pour fonder sa pratique. Cette ressource manque à Nathalie Iché au sortir de ses études. Pour compenser ce manque d'expérience personnelle, elle se tourne alors vers ses pairs pour bénéficier de leurs conseils. Nous avons vu qu'elle participait depuis ses débuts au réseau proche de l'AFIST, elle *« tire [d'ailleurs] son chapeau »* aux initiateurs, et elle anime depuis l'un des groupes régionaux. La diversité des trajectoires professionnelles explique leur positionnement différencié face à François Imbert avec qui l'ergonome partage des années d'expérience professionnelle, ressources déterminantes dans la création de son métier et du rapport entretenu au travail.

Si celui-ci comprend que ses collègues aient besoin de lieux d'échange et d'écoute et s'investissent davantage dans la structuration du groupe professionnel, il se rend peu aux réunions de l'AFIST qui suscitent chez lui un intérêt limité. Il en tire davantage *« quelque chose sur l'air du temps »* qu'un véritable enseignement. Bien qu'il continue d'y aller une fois par an, il ne sait plus s'il a adhéré cette année et ne se souvient pas du nom du réseau. Il se

1 *« Dans l'entreprise, mon père a eu affaire à des grèves assez dures. Moi j'ai vu ça du côté de la direction, quand j'étais enfant, et j'aurais du mal à me syndiquer aujourd'hui. Mais en même temps j'ai appris à connaître les syndicats, à ne pas rejeter ça. Et j'ai appris à travailler avec des syndicalistes. J'ai compris l'apport que ça pouvait avoir. Depuis j'ai évolué heureusement. Mais j'aurais du mal à prendre ma carte dans un syndicat quand même [elle rit]. »* (entretien avec Catherine Ingouf, ergonome, 50 ans, SI1)

syndique pour la première fois en 2010 au SNPST, syndicat historique de médecins du travail, qu'il présente comme le *« syndicat professionnel des services de santé au travail »*. En pleine réforme, il attendait de ce syndicalisme professionnel, *« une dynamique de groupe qui soit saine, pas bâtie sur le conflit »,* mais ne s'y retrouve finalement pas. Il n'est pas sûr de renouveler son adhésion, le coût de la cotisation étant élevé et il trouve finalement ce qu'il cherche dans les groupes de travail « pluridisciplinaires » de son service organisés avec les médecins du travail. D'une certaine manière, et bien qu'il ne participe pas du nouvel ensemble générationnel de préventeurs non médicaux porteurs de nouvelles pratiques de travail, il bénéficie de la revalorisation de la fonction au sein des services interentreprises. Celle-ci est liée à leur recrutement massif même si elle est davantage le fait des directions que celle des médecins. Cette reconnaissance administrative ne facilite d'ailleurs pas les rapports entre ces professionnels et les médecins. Dans les conflits qui opposent les hygiénistes, transparaissent d'ailleurs des oppositions relatives aux relations entretenues avec les professionnels « historiques » des services.

1.2.2 Composer avec la domination médicale

François Imbert et ses collègues n'entretiennent pas le même rapport aux médecins du travail. Le premier les côtoie depuis près de 20 ans et valorise leur profession. Il a lui-même été *« très tenté »* par médecine et s'en est *« toujours un petit peu voulu »* de ne pas avoir choisi cette orientation qui lui a paru difficile au lycée. Sa fille aînée est elle-même interne. Ainsi il ne se reconnaît pas dans le souhait des préventeurs non médicaux de constituer un groupe professionnel autonome des médecins du travail :

> « C'est plus l'affaire de jeunes, de certains jeunes qui ont des désirs existentiels forts et qui voudraient exister en dehors du médecin du travail. Moi ça ne me chagrine pas du tout d'être un animal qui vit en osmose avec le médecin du travail. Il a besoin de moi, moi j'ai besoin de lui. Alors là, ça ne me défrise pas du tout. Mais apparemment il y a certains IPRP qui aimeraient ne plus avoir affaire à un contrôle ou l'accord ou à l'autorisation bienveillante ou pas bienveillante du médecin du travail. J'avoue que ce n'est pas ma tasse de thé. Notamment là-dessus je ne me battrai pas parce que ce n'est pas ma vision des choses. » (entretien avec François Imbert, hygiéniste, 53 ans, SI1)

Pour François Imbert si de nombreux IPRP ont été recrutés, ce n'est pas tant dû à la réforme, qu'à un changement de pratiques des médecins du travail qui se rendent davantage en

entreprises pour étudier les postes de travail, remarquent plus de risques professionnels et formulent des demandes d'études pour les IPRP.

Si François Imbert ne rencontre pas de difficulté majeure à organiser son travail avec les médecins, les IPRP ayant travaillé en entreprises privées sont déstabilisés par une organisation du travail associative déterminée pendant des décennies par l'activité de médecins habitués à une relative autonomie professionnelle :

> « on n'est pas non plus habitué à travailler en groupe projet dans les services. C'est vachement difficile. C'est extrêmement difficile. Alors quand on est IPRP avec une culture ingénieur au début c'est hyper choquant et c'est même déroutant. Puisqu'en fait on est en réunion et on réalise que tout le monde parle en même temps. Le médecin est individuel, individualiste quand même de culture médicale. Enfin il y a le secret et tout un tas de trucs. Et il ne fait pas confiance [elle rit]. Et ça rejaillit énormément sur les projets. C'est-à-dire que si c'est pas lui même qui va tout refaire du début, il ne croit pas. » (entretien avec Sylvie Izans, toxicologue, 44 ans, fédération régionale)

Bien que ce soit Sylvie Izans qui l'exprime en ces termes, cet avis est partagé par les nouvelles recrues du SI1, dont Catherine Ingouf. Ce choc est sans doute d'autant plus fort que la division du travail, pas encore stabilisée, se négocie entre les différents groupes professionnels au cours des « expérimentations » cadrées par les dispositifs de gestion[1] :

> « Enfin c'est vrai que quand on vient de l'extérieur, d'une entreprise privée comme c'est le cas de ma collègue Sonia ou moi ou la collègue qui était là avant qui est partie, il y a des choses qui choquent quand on arrive. Ça surprend. Beaucoup de choses surprennent. Sur la structure, sur le fonctionnement. Il y a, quelques fois on est à la limite de l'autogestion. Donc c'est bien d'avoir de l'autonomie, mais il y a des fois où on aimerait avoir un peu plus de cadres. C'est pas toujours facile. » (entretien avec Catherine Ingouf, ergonome, 50 ans, SI1)

Il n'est pas simple pour les professionnels arrivant dans les services interentreprises de travailler conjointement avec des médecins qui ont l'habitude d'exercer seuls ou de déléguer le travail à des subordonnés.

Selon leurs parcours les IPRP n'ont pas tous le même rapport à la culture médicale, qui en tant que culture professionnelle peut-être pensée comme un « ensemble de savoirs, savoir-faire, intérêts et idéaux auquel les aînés exposent les entrants dès les débuts de leur formation et […] qu'ils leur présentent comme le fruit d'une histoire collective et leur

1 Notons que des médecins du service (dont Martine Molier) vivent également comme une contrainte les prises de décisions latentes de la direction et le flou laissé pour ménager leur susceptibilité.

demandent de respecter »[1]. François Imbert a adapté son travail à des médecins qu'il valorise et côtoie depuis longtemps et Catherine Ingouf, qui a travaillé en étroite collaboration avec des médecins en tant qu'infirmière, dispose de ressources professionnelles pour y faire face. Mais la confrontation à la culture médicale est d'autant plus forte qu'elle se teinte de mépris social.

C'est donc Nathalie Iché qui évoque, en fin d'entretien lorsque le dictaphone est éteint, le *« poids »* des médecins aux côtés de petits IPRP et décrit le mépris qu'elle ressent en leur présence en prenant le contre-exemple de Martine Molier qui est l'une des seules médecins qu'elle tutoie et avec qui elle apprécie de travailler, se sentant respectée. Proximité qu'elle ne partageait pas avec les médecins de son précédent service qu'elle vouvoyait tous. Elle évoque également l'indifférence du médecin coordonnateur, leur référent, qui bien que très courtois ne fait jamais appel aux services des IPRP ne connaissant pas leur travail, ce qui est pour elle un signe flagrant de l'inconsidération des médecins à leur égard.

Refusant la domination médicale, les préventeurs non médicaux nouvellement recrutés investissent les dispositifs de gestion pour légitimer leur position face à une profession à statut que l'organisation du travail déstabilise. Les relations avec les médecins semblent d'autant plus conflictuelles quand les IPRP valorisent le « passage par les procédures » au détriment de « l'incorporation légitime des compétences » comme nous le voyons ci-dessous.

1.2.3 « Passage par des procédures » versus « incorporation légitime des compétences »

Arrivée en service interentreprises au début de la vague de recrutements des années 2000, quand la pratique n'est pas encore formalisée, Nathalie Iché fait rapidement appel au réseau d'IPRP et à l'AFIST pour pallier son inexpérience. La valorisation dans ce réseau de procédures d'objectivation du travail vient renforcer chez elle des dispositions acquises au cours de sa scolarité et de sa première expérience professionnelle. Suite à un stage en entreprise portant sur l'évaluation des risques effectué dans le cadre de sa maîtrise, Nathalie Iché propose ce type de démarche pendant près de cinq ans lors de son premier emploi. Elle pense qu'une harmonisation des pratiques professionnelles des IPRP est nécessaire pour que les interventions en entreprise soient similaires. Malgré l'absence de remarques, elle imagine que les employeurs jugent négativement cette diversité. Elle déplore

1 Anne PAILLET, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, la Dispute, coll. « Corps, santé, société », 2007, p. 195.

qu'il n'y ait pas de mise en commun entre les services. À son niveau, elle essaye, avec sa collègue Sonia Igier, d'être au plus près des normes et des recommandations de l'INRS en matière d'évaluation des risques. Elle est très « pédagogique » lorsqu'elle me décrit consciencieusement ses pratiques de travail au cours de l'entretien :

> « Alors c'est vrai qu'on a, pour parler du risque chimique, la plupart des prélèvements qu'on peut faire, soit en individuel sur les personnes soit en ambiant à des endroits donnés, on regarde le process, par où le produit passe, par où il est susceptible de sortir. Pour ça on utilise donc le plus souvent des pompes de prélèvement où on règle le débit avec un support de prélèvement donné. Alors le support est fonction du polluant qu'on recherche. C'est qu'il faut savoir quel produit on recherche. Donc pour ça on regarde les produits, on regarde leur composition et à partir de là on se doute un petit peu de ce qu'on va retrouver. Donc on va commander les supports qui vont convenir, on va régler le débit de notre pompe en fonction de ce qui est recommandé par l'INRS et on va faire des prélèvements. » (entretien avec Nathalie Iché, hygiéniste, 32 ans, SI1)

Cette manière de faire ne convainc pas François Imbert qui adopte une approche plus clinique si l'on considère qu'il interprète les normes en vigueur pour résoudre des problèmes particuliers. Il en appelle à son expérience professionnelle pour justifier ses propres écarts face aux recommandations et promouvoir une contextualisation de la mesure. Il renvoie ses collègues à leur statut de débutantes cherchant à se rassurer :

> « Je dirais ça c'est normal d'être, quand on est débutant/quasi débutant, d'être décontenancé par des choses un peu tordues, un peu… C'est normal. Mais par contre voilà, ce dont elles ne se rendent pas forcément compte c'est après ça, sur le même discours dire : "en dehors des grilles d'évaluation, des procédures et des protocoles, pas de salut". Non, moi je ne suis pas d'accord. Parce que justement ça prouve que là, non ça ne marche pas. Alors les protocoles ont du bon, ça permet parfois de resserrer un petit peu les boulons sur des choses. Ce qui se passe là, on est le 22, dans dix jours ça fera 21 ans que je suis dans ce métier à proprement parlé. De moins en moins les mesures pour moi veulent dire quelque chose. Les mesures sont pour moi qu'une traduction de ce que je peux constater sur le terrain. Mais constater de manière concrète. Si on a un poste de travail qui n'est pas bien installé avec des ventilations qui sont mal foutues et qu'on utilise du produit à mains nues, forcément l'imprégnation des gens elle va être forte. Donc le relevé, ça ne m'intéresse pas trop. Donc c'est vrai que j'ai tendance à étalonner ma pompe ici au lieu de le faire sur place. Un étalonnage de pompe normalement ça doit se faire avant et ça doit se faire après, je ne le fais jamais après parce que je sais que j'ai une régulation de pompe qui est bonne. Toujours est-il que je suis hors clous. Je ne fais pas les choses comme il faudrait les faire. […] L'étalonnage de fin je ne le fais pas parce que ça ne m'intéresse pas. Les systèmes sont régulés. C'est quelque chose qu'on doit faire. Pourquoi ça ne m'intéresse pas ? Parce que de deux cas de figure, en fait, deux cas de figure médians et se posent beaucoup moins. C'est ou on est bien ou on n'est pas bien. Si on est bien, qu'on soit réglé à

> 5 % près, ça ne change rien. Si on n'est pas bien, à 5 % près ça ne change rien. Si on est entre les deux, si on est à la limite du pas bien et qu'on est à 5 % près, ça veut dire qu'on n'est pas bien. Donc pour moi la messe est dite. Mais voilà on a affaire à des protocoles qui sont édictés, qui sont normalisés, qui sont mondialisés donc voilà si on fait les mesures on doit procéder de telle et telle façon. Ce qui est logique. » (entretien avec François Imbert, hygiéniste, 53 ans, SI1)

Plus tard dans l'entretien, il se compare ainsi à ses collègues : *« elles recherchent à établir des protocoles, des grilles de renseignements, d'évaluation, etc. Alors moi j'ai tendance évidemment à jouer la provoc', à partir avec un bout de papier vierge pour cueillir des données et puis voilà pour aboutir au même résultat »*. Ces pratiques de travail antagonistes sont centrales dans le conflit qui oppose les trois hygiénistes. Alors que les deux jeunes femmes se reconnaissent dans le « passage par des procédures », François Imbert y résiste en faisant valoir son expérience professionnelle et sa connaissance de la discipline, il revendique une « incorporation légitime des compétences »[1], marquant sa proximité avec les médecins. Nous retrouvons ici les oppositions entre une culture managériale promue par les directions de services, les médecins qui rejoignent l'élite gestionnaire des services interentreprises et les IPPR nouvellement recrutés qui y trouvent une assise pour légitimer leurs pratiques professionnelles et une culture professionnelle défendue par les préventeurs (souvent médecins, mais ici aussi hygiéniste) qui souhaitent non seulement préserver les pratiques de travail qu'ils ont élaborées au cours de leur carrière, mais qui tiennent aussi à leur indépendance professionnelle (cf. chapitre 3).

En tant qu'ergonome, Catherine Ingouf a une approche plus clinique qui la distancie du passage par les procédures. Seule ergonome du service, elle se tourne vers les publications d'ergonomie, telle la revue électronique *Activités*, pour légitimer sa pratique. Elle y cherche à la fois des comptes-rendus d'interventions réalisées par d'autres, mais aussi des analyses plus générales afin d'étayer son argumentation face aux responsables de la gestion du risque en entreprise.

La socialisation « en poste »[2] se fait davantage entre nouvelles venues en s'appuyant sur des procédures standardisées qu'avec leur collègue plus expérimenté. Alors qu'il souligne l'inexpérience de ses collègues, Nathalie Iché signale quant à elle que celles-ci *« bataille[nt] des fois un petit peu avec François qui a beaucoup de connaissances, mais qui ne sait pas*

1 Nicolas DODIER, *L'expertise médicale*, *op. cit.*
2 Christelle AVRIL, Marie CARTIER et Delphine SERRE, *Enquêter sur le travail*, *op. cit.*, p. 108.

forcément les vulgariser ». Comme il le reconnaît implicitement, la *« communication »* dont il se distancie a pris beaucoup d'importance dans le travail des hygiénistes.

François Imbert est par ailleurs très critique de l'attitude de ses jeunes collègues qui, pour lui, sont inexpérimentées et qui sont pourtant dispensent elles-mêmes des formations :

> « Aussi ce qui est difficile et puis moi actuellement je ne suis pas du tout dans cette démarche-là, mais je vais peut être faire un travail sur moi et puis y arriver, elles sont beaucoup dans la com ». Faire des plaquettes d'information, des montages, dispenser des formations. Moi actuellement ça me choque que quelqu'un qui ait très peu de temps d'expérience professionnelle fasse des formations à des endroits comme [il cite des écoles d'ingénieur et de management], fasse des formations à des gens sur des domaines pour lesquels l'expérience est minime. Je ne trouve pas ça bien. Mais ça ne leur pose pas de problème. » (entretien avec François Imbert, hygiéniste, 53 ans, SI1)

Il considère ses collègues hygiénistes, plus jeunes et moins expérimentées que lui, illégitimes à adopter ce rôle de formatrice. Classiquement, « dans ces relations des "anciens" aux "nouveaux" s'entremêlent des sentiments de supériorité professionnelle et d'infériorité scolaire »[1]. Nous comprenons alors d'autant mieux pourquoi il valorise par contraste sa connaissance de *« matières fondamentales »* de l'hygiène industrielle. Mais ses meilleures conditions d'emploi peuvent également alimenter ce sentiment de supériorité.

1.2.4 Des conditions effectives d'emploi moins avantageuses

Dans l'équipe des IPRP, ce ne sont pas seulement les pratiques et le rapport au travail qui diffèrent selon les hygiénistes, mais aussi les conditions effectives d'emploi. Margaret Maruani a montré que les modes d'emploi (type de contrat de travail, modalités d'accès au marché du travail et condition d'emploi) stratifient les statuts au travail et par là même participent de la définition des statuts sociaux[2]. Dans le prolongement de cette analyse, nous observons que malgré un statut d'emploi commun, les conditions effectives d'emploi (rémunération salariale, prise charge des frais professionnels, perspectives d'évolution) varient selon la génération salariée. Ces inégalités de traitement hiérarchisent les salariés au-delà d'un intitulé de poste commun et cristallisent les oppositions au sein de l'équipe.

Du fait de son ancienneté, François Imbert bénéficie d'avantages que n'ont pas ses collègues. Arrivé au tournant des années 1980 et 1990 dans le service, il a pu négocier un

1 Marie CARTIER, *Les facteurs et leurs tournées. Un service public au quotidien*, *op. cit.*, p. 53.
2 Margaret MARUANI, « Statut social et modes d'emplois », *Revue française de sociologie*, 1989, vol. 30, n° 1, pp. 31-39.

salaire plus élevé que celui de son précédent emploi, invoquant les investissements nécessaires pour un poste plus qualifié. Son évolution salariale a ensuite été renégociée. Embauchées dans un contexte de fort recrutement pour la formation du « pôle pluridisciplinaire », ses collègues ne bénéficient pas de la marge de négociation qu'il a pu avoir étant seul à son poste pendant de longues années. De plus, selon François Imbert, elles doivent faire face à un nouveau directeur *« qui verrouille tout »* et ont alors *« été embauchées, mais avec des salaires très, très [il insiste] inférieurs. Et avec des évolutions qui s'annoncent réduites au minimum syndical. Donc ça suivra la grille, point à la ligne. »*

Avant leur arrivée, le nouveau directeur jugeait plus économique d'attribuer une voiture de fonction aux salariés qui faisaient beaucoup de déplacements professionnels. François Imbert a été le seul à accepter et en bénéficie toujours bien qu'il ne fasse plus autant de route. Ses collègues qui n'atteignent pas ce kilométrage se voient contraintes d'utiliser leurs voitures personnelles pour les trajets domicile-travail et de réserver les véhicules collectifs du service pour leurs déplacements professionnels. À cet avantage en nature s'ajoute une différence d'attitude face à l'administration pour le remboursement des frais de déplacement. Alors que François Imbert a l'habitude de pratiquer la *« politique du fait accompli »*, en ne réservant pas ses hôtels à l'avance par exemple, ses collègues vérifient le budget attribué avant de partir. Il marque ainsi sa distance avec une position de déférence face à la hiérarchie. Mais l'actuelle normalisation des frais de déplacement par l'administration tend à réduire ces écarts.

À travail égal, l'hygiéniste *« canal historique »* tel qu'il se définit lui-même, bénéficie d'une reconnaissance dans les conditions salariales nettement supérieure à celle de ses jeunes collègues. Ces conditions effectives d'emploi structurent les inégalités au sein de l'équipe et nourrissent les clivages. Cet homme d'une cinquantaine d'années qui dispose d'une plus longue expérience professionnelle peut se positionner en « donneur de leçon » et souligner l'inexpérience de ses collègues hygiénistes. Mais ce qui pourrait être interprété comme une position dominante[1] relève davantage d'une stratégie de résistance face à la transformation du métier. Ses jeunes collègues introduisent de nouvelles pratiques de travail qui s'inscrivant dans le dispositif de gestion sont légitimées par la direction du service. Elles remettent en

1 Les rapports de pouvoirs ne s'additionnent pas, mais sont au contraire consubstantiels et contextuels. Laure BERENI, Sébastien CHAUVIN, Alexandre JAUNAIT et Anne REVILLARD, *Introduction aux gender studies : manuel des études sur le genre*, Bruxelles, De Boeck, 2008.

cause celles que François Imbert a élaborées pendant une vingtaine d'années dans une grande proximité de la culture médicale.

Ce conflit est le marqueur de l'arrivée d'un ensemble générationnel de préventeurs non médicaux au sein des services interentreprises qui ici se confronte à un hygiéniste ayant adapté sa pratique à celle des médecins. Plutôt que de se placer du côté de la profession établie, ils s'en démarquent en promouvant des pratiques de prévention standardisées au sein des services. Qu'en est-il pour cet autre groupe qui apparaît également à la faveur de la réforme des services interentreprises, celui des ASST, souvent composé d'anciennes secrétaires médicales, qui se reconvertissent pour intervenir elles aussi sur les lieux de travail ?

1.3 D'assistantes médicales à assistantes « santé travail » : un groupe en reconversion

Face aux départs à la retraite des médecins du travail dans les services interentreprises que deviennent les secrétaires médicales[1] ? Le secrétariat étant « un métier incomplètement défini et soumis à changement »[2], les directions de services interentreprises les poussent à se reconvertir comme ASST et à passer du soutien direct au médecin à une participation au recueil de données sur les conditions de travail au sein des entreprises adhérentes. Il est avancé par les promoteurs de la « pluridisciplinarité » que « la création du métier d'"assistant de santé au travail" renforcerait l'attractivité du métier de secrétaire médicale dans les services de santé au travail en ouvrant de nouvelles perspectives de carrières. »[3] Ce reclassement est en effet favorable à l'avancement professionnel des assistantes qui, à la manière des aides-soignantes décrites par Anne-Marie Arborio, bénéficient symboliquement de l'attribution d'un titre plus valorisant et matériellement d'une évolution dans la grille indiciaire[4]. Après avoir vu ce que représente cette évolution professionnelle pour les ASST du SI1, nous reviendrons sur la formation qui les qualifie à ce nouveau poste.

1 En 2010, « le CISME estime leur nombre à 5200 personnes ». Christian DELLACHERIE, Paul FRIMAT et Gilles LECLERCQ, *La santé au travail. Vision nouvelle et profession d'avenir. Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions*, *op. cit.*, p. 16.

2 Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, *op. cit.*, p. 75.

3 Christian DELLACHERIE, Paul FRIMAT et Gilles LECLERCQ, *La santé au travail. Vision nouvelle et profession d'avenir. Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions*, *op. cit.*, p. 44.

4 Anne-Marie ARBORIO, « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot » », *op. cit.*, p. 54.

1.3.1 Sortir du binôme médical

La création du métier d'ASST est étroitement corrélée à la pénurie médicale affectant les services interentreprises :

> « Nos nouveaux métiers ils ont été créés pour pallier à ce manque de temps des médecins pour ce qui est de l'action en milieu de travail. Parce qu'on sait que pour ce qui est du médical, on n'est pas médecin et on ne pourra jamais le remplacer malheureusement. On aimerait, mais on ne peut pas. [Elle rit] » (entretien collectif, ASST, SI1)

Comme l'explique Odile Moyon, médecin du SI4[1], des conflits apparaissent lors de ces reconversions entre les assistantes et les médecins du travail qui ordonnaient jusqu'alors leur travail[2]. Au SI1, l'encadrante du pôle « exploitation » en charge des assistantes, chauffeurs et de l'informatique négocie une rupture conventionnelle, sa charge de travail et l'évolution du cadre de travail devenant trop lourds a supporter.

Alain Martineau explique ces tensions par l'incertitude des secrétaires médicales quant à leur avenir professionnel :

> « Si vous regardez les services interentreprises aujourd'hui, le nombre de services où il y a eu des audits de demandés parce que ça n'allait pas, parce qu'il y a des conflits entre les secrétaires et les médecins. Parce que les secrétaires sont très inquiètes dans les services. Elles voient les médecins partir, elles ne voient pas comment ça va se passer après. En gros, elles se disent : "Oui, mais nous, qu'est ce qu'on va devenir ?" Aujourd'hui elles font des formations. Il y a des formations pour faire des assistantes en santé au travail. Il y a une évolution du métier des secrétaires. » (entretien avec Alain Martineau, médecin du travail, 61 ans, SI4)

Alors que les médecins s'inquiètent de la disparition de leur spécialité, les secrétaires, souvent plus jeunes, appréhendent pour leur part de perdre leurs emplois après les départs à la retraite des médecins.

Au-delà d'une incertitude professionnelle, les assistantes médicales de services interentreprises subissent également la dévalorisation d'une la prévention médicale de la santé au travail auquel elles sont rattachées. Il se joue dans cette dévalorisation une perte du sentiment d'utilité du métier comme l'exprime une ancienne secrétaire médicale du SI1 devenue ASST :

1 Cf. partie II, Prologue, p. 159.

2 « Si le métier d'"AST" est aujourd'hui plutôt bien vu par les médecins du travail, il a été accueilli par les médecins comme une émanation du management et, au départ, leur opposition a été virulente. » Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 265.

> « J'en avais un peu marre du côté juste administratif avec les adhérents. Souvent on était confrontés à des mécontentements. Ce n'était pas facile à vivre au quotidien. Parce que les gens paient et n'ont pas leurs visites donc du coup ils ne sont pas contents, c'est normal. Moi je voulais aller exprimer devant les gens le côté prévention, j'avais envie d'aller plus loin dans la démarche. En fait je ne me sentais plus trop utile derrière mon téléphone. Enfin je n'avais plus l'impression d'être utile. Juste donner des rendez-vous... » (entretien collectif, ASST, SI1)

Dans le cadre de la démarche compétence du SI1, le projet de formation de deux ASST est présenté à l'ensemble des assistantes médicales (*« ils nous avaient dit : celles qui vont se lancer elles vont essuyer les plâtres »*). Avec une collègue syndiquée et déléguée du personnel au CE, Corinne Asselin (elle-même déléguée non syndiquée au CHSCT)[1] se propose, *« pour moi ce n'est rien le bac donc j'étais contente de pouvoir évoluer »*. Elles sont privilégiées à une troisième collègue du fait de leur ancienneté dans le service. Ayant accouché au cours de l'année, celle-ci ne recandidatera pas l'année suivante[2]. Les deux premières ASST formées interviennent ensuite auprès de leurs anciennes collègues pour promouvoir ce nouveau métier. Corinne Asselin devient en quelque sorte la porte-parole des ASST au sein du service.

Fille d'un technicien d'une entreprise d'informatique et d'une employée d'un cabinet d'assurance, Corinne Asselin obtient un baccalauréat technologique en sciences médico-sociales en 1984. Elle travaille ensuite pendant 17 ans comme transitaire en douane pour une entreprise de transport international. Elle y rencontre son mari qui, rentré comme manutentionnaire après un CAP chaudronnerie, est aujourd'hui « responsable camionnage ». Attachée à une mobilité sociale ascendante réalisée par le travail, elle souligne qu'il dirige une équipe et fait ainsi partie de la maîtrise. Licenciée suite aux accords de Schengen, elle reste quatre mois au chômage avant de postuler comme assistante médicale au SI1 *« comme ça »* et d'être recrutée en 2002. Bien qu'elle s'entendait très bien avec « sa » médecin, elle vit *« beaucoup mieux »* son nouveau statut professionnel :

> « Quand on travaille à côté d'un médecin on a vraiment l'impression d'être un exécutant. Enfin moi c'est comme ça que je le ressentais. On a un hiérarchique, fonctionnel on va dire, c'est le médecin. Faut aller faire un examen, faut aller faire

1 « Les secrétaires [des services interentreprises] ne sont pas représentées en tant que groupe, ni sur le plan professionnel, ni sur le plan syndical. » Marina TIREL, *De la médecine du travail à la santé au travail : une mutation difficile. « Formes et stratégies identitaires des secrétaires médicales en Service de Santé au Travail »*, Master SIFA, Université de Nantes, 2008, p. 84.

2 L'investissement professionnel des secrétaires dépend d'une disponibilité sur le plan familial. Josiane PINTO, « Une relation enchantée : la secrétaire et son patron », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1990, vol. 84, nº 1, p. 35.

> un audiogramme, "vous me convoquerez untel". On est vraiment l'exécutante, la petite assistante. Et là on a vraiment, moi je m'éclate vachement plus parce qu'on prend nos rendez-vous, on va dans les entreprises. On est tout seul en face à face avec l'employeur. On n'a pas le droit à l'erreur c'est vrai. Mais moi je trouve que c'est super. On a un pouvoir, une autonomie dans notre travail. Même si on a des comptes à rendre, qu'on ne fait rien sans que le médecin valide. » (entretien collectif, ASST, SI1)

La création du métier d'ASST offre aux assistantes médicales la perspective de sortir d'une « relation sociale de dépendance individualisée par rapport à une position — celle de patron [ici le médecin] »[1]. En devenant une interlocutrice directe de l'employeur au sein de l'entreprise, l'assistante quitte les coulisses pour le devant de la scène[2] traditionnellement occupé par le médecin du travail.

Le passage d'assistante médicale à ASST peut ainsi être vécu comme un processus personnel d'émancipation :

> « Et puis un gros travail aussi sur soi-même pendant cette formation. Il n'y a aucun module qui le prévoit, mais c'est vrai qu'on évolue au fur et à mesure de la formation [une collègue confirme : « oui, énormément »]. On se développe complètement. On nous apprend à prendre la parole, à exprimer bien les choses, à s'organiser. [Corinne Asselin complète :] On doit aussi être en mesure de pouvoir, ici au sein du service, être chef de projet. Par exemple dans le cadre de groupes de travail qui se mettent en place, de pouvoir assurer la logistique... » (entretien collectif, ASST, SI1)

La puissance d'agir, propre aux individus constitués par les normes du monde social dans lequel ils se situent, et qui n'est ni complètement indéterminée ni complètement déterminée[3], peut ici trouver un fondement sur le changement de statut professionnel corrélé à la formation qui est proposée. Celle-ci suscite et entretient des attentes fortes chez ces assistantes qui pratiquaient auparavant un travail largement subordonné.

Pour les assistantes, « Si la dénomination et le contenu de leur emploi ont évolué, le statut, lui, n'a pas changé. Elles restent des employées, des salariées d'exécution, "elles font fonction de... sans le coefficient" […] les chances qu'ont les secrétaires de progresser statutairement sont minimes »[4]. Face aux perspectives de carrières réduites des secrétaires, la

1 *Ibidem*, p. 33.
2 Erving GOFFMAN, *La mise en scène de la vie quotidienne. Les relations en public*, Paris, les Éditions de Minuit, coll. « Le sens commun », 1973.
3 Catherine ACHIN et Delphine NAUDIER, « Trajectoires de femmes "ordinaires" dans les années 1970 », *Sociologie*, 2010, vol. 1, nº 1, p. 78.
4 Philippe ALONZO et Olivier LIAROUTZOS, « Secrétaires : des carrières à la traine », *op. cit.*, pp. 64-65.

reconversion comme ASST est une opportunité de promotion professionnelle. Les dotant d'une qualification plus importante, la formation d'ASST les fait prétendre à une revalorisation salariale. Selon Corinne Asselin *« on se bat aussi pour être reconnues avec un statut, mais ce n'est pas gagné, ce n'est pas évident »*. Les ASST du SI1, qui au moment de l'entretien viennent de passer au coefficient 200[1] et gagnent 1350 euros nets par mois, connaissent une augmentation de salaire d'environ 10 %[2].

1.3.2 Une formation dirigée

Comme l'avance Blandine Barlet, « l'implication des directeurs de service dans la formation des assistantes santé travail leur permet de participer à façonner le métier. »[3] C'est ce que recommande le rapport *La santé au travail. Vision nouvelle et profession d'avenir. Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions* dans lequel Christian Dellacherie, Paul Frimat et Gilles Leclercq proposent de « créer un nouveau métier : les assistantes médicales en santé-travail » et de « conditionner la réalisation d'actes paramédicaux par les assistantes médicales à l'application de protocoles et à la validation d'une formation appropriée. Conditionner la délégation expresse par le médecin du travail aux assistantes des actes en milieu de travail à la validation d'une formation sanctionnant une qualification en santé au travail. »[4]

Au SI1, la formation des anciennes assistantes médicales est intégrée aux dispositifs de gestion portés par les directions de services interentreprises réunies en fédération régionale (cf. chapitre 2)[5]. Pour la construire et l'assurer ils font appel au CNAM et à l'AFOMETRA,

1 « La classification la plus haute à laquelle peuvent prétendre [les assistantes des services interentreprises] est celle référencée dans le groupe 3 (Services techniques), niveau IV, coefficient 180, secrétaire médicale 3e degré. » Marina TIREL, *De la médecine du travail à la santé au travail : une mutation difficile. « Formes et stratégies identitaires des secrétaires médicales en Service de Santé au Travail »*, *op. cit.*, p. 39.

2 « Ils nous donnent 3,5 % quand on rentre en formation, ils nous redonnent 3,5 % à l'obtention de l'examen et au bout de deux ans, ils nous redonnent 3 %. » (entretien collectif avec les ASST du SI1, 22 octobre 2010)

3 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 158.

4 Christian DELLACHERIE, Paul FRIMAT et Gilles LECLERCQ, *La santé au travail. Vision nouvelle et profession d'avenir. Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions*, *op. cit.*, pp. 43-44.

5 « L'incitation à la formation continue constitue une pièce maîtresse de ce nouveau dispositif de mobilisation qu'est la formation, souvent présentée comme "innovante", construite par l'entreprise elle-même, en relation étroite avec sa stratégie et dont l'enjeu essentiel est la transformation des identités salariales. » Claude DUBAR, « La sociologie du travail face à la qualification et à la compétence », *Sociologie du travail*, 1996, n° 2, p. 189.

l'association de formation professionnelle du CISME, également « fortement mobilisé [e] dans la formation des personnels des services à la "démarche de progrès" »[1] :

> « Ici la démarche compétences a pris la décision de former, ça a pris différents noms, ça change à chaque réunion. Le nom qui a été retenu par le groupe démarche compétences est Assistantes Techniques Intervenantes en Santé au Travail (ATIST). D'autres noms ont été évoqués. Les différents directeurs des services de la région se sont mis d'accord, ici au service elles vont s'appeler comme cela, mais c'est une démarche au niveau régional. [...] Ce sont les services de la région qui ont plus ou moins défini auprès du CNAM et de l'AFOMETRA quelles étaient leurs attentes. Et le CNAM et l'AFOMETRA sont en train de faire une proposition de formation avec un contenu de formation auprès des différents services. » (entretien avec Nathalie Iché, hygiéniste, 29 ans, SI1 ; réalisé par Annie Chicoisne Janvier)

La formation « d'assistante en santé et sécurité au travail » que suivent les assistantes du SI1, délivre un certificat professionnel, équivalent bac + 2 qui est le niveau supérieur de la formation de secrétariat[2]. Elle se réalise en alternance sur dix mois à raison de 300 heures de formation et 280 heures de « mission tutorée » en service interentreprises afin de les former à trois missions : « participer à la promotion de la santé au travail et des prestations du service, en priorité auprès des Très petite entreprise (TPE) de moins de 20 salariés ; participer à un premier niveau de repérage des risques professionnels et à la définition des besoins en santé au travail des TPE de moins de 20 salariés ; participer à l'organisation et à l'administration des projets de prévention »[3]. Se dessinent ici les attentes institutionnelles dans ce nouveau rôle d'assistante dans les services interentreprises.

Les ASST sont ainsi chargées de suivre les entreprises de moins de 20 salariés alors que 80 % des entreprises suivies par les services interentreprises ont un effectif inférieur à 10 salariés. Les directions de services interentreprises mobilisent « le rôle de mise en relation, de régulation »[4] des secrétaires pour assurer une continuité de service aux entreprises adhérentes. À défaut de visites médicales, les assistantes ont pour rôle de promouvoir de nouveaux « services » auprès des employeurs, notamment ceux des plus petites entreprises prioritaires

1 Pascal MARICHALAR, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *art. cit.*, pp. 31, 46.

2 Olivier LIAROUTZOS, « La secrétaire et les autres. Une identité professionnelle en question », *Formation Emploi*, 1998, vol. 61, nº 1, p. 87.

3 Plaquette de présentation du certificat professionnel Assistant(e) en santé et sécurité au travail, CNAM, 2011-2012.

4 Olivier LIAROUTZOS, « Le métier de secrétaire en re-formation », *Les cahiers du Mage*, 1996, nº 2, pp. 43-44 L'auteur définit le rôle professionnel de la secrétaire comme celui d'« orienter et conseiller des interlocuteurs très divers et les mettre en relation avec les professionnels concernés pour faire aboutir leurs projets. »

selon les pouvoirs publics[1]. La personnalisation des échanges comme rôle central de l'assistante[2] est opérée par la première évaluation des risques professionnels. Celle-ci peut à la fois aider l'employeur à assurer ses obligations de prévention, notamment dans la rédaction du « document unique », mais aussi apporter un soutien aux médecins du travail dans la rédaction des fiches d'entreprise[3].

Il n'est ainsi pas étonnant que la direction du SI1 privilégie Nathalie Iché qui a elle-même assuré ce rôle dans son précédent poste, à François Imbert pour le suivi des premières ASST formées. Nous avons par ailleurs vu que l'ethos professionnel de cette hygiéniste était beaucoup plus conforme aux attentes managériales :

> « Je suis très gênée de la manière dont les choses se passent actuellement entre ma direction et François […] très souvent quand il y a des choses à voir on me demande à moi et pas à François. Par exemple François a dû vous parler des assistantes qui vont être formées en tant qu'ATIST. Et bien c'est à moi qu'on a demandé. Et j'ai été vraiment gênée parce que ça m'aurait semblé tellement logique qu'on demande à François parce qu'il a presque 20 ans d'ancienneté dans le service, encore plus dans le monde du travail » (entretien avec Nathalie Iché, hygiéniste, 29 ans, SI1 ; réalisé par Annie Chicoisne Janvier)

Les assistantes passent d'un face à face avec le salarié en amont des visites médicales à un face à face avec l'employeur et sont chargées d'un rôle de revalorisation des services interentreprises pour éclipser la représentation d'une médecine du travail présentée, à tort ou à raison, comme dévalorisée. Comme l'avance Blandine Barlet, « désormais, les entreprises ont d'autres interlocuteurs que les seuls médecins, et ces interlocuteurs sont des porte-parole directs du service, qui ne disposent pas d'un esprit de corps susceptible de "parasiter" cette médiation. »[4]

Massivement recrutés depuis le début des années 2000 dans les services interentreprises, les préventeurs non médicaux se constituent peu à peu en un groupe professionnel. Il est tout d'abord unifié par l'habilitation de ses membres comme « intervenants en prévention des risques professionnels » qui les réunit sous cette

1 L'axe 3 du Plan Santé au travail 2010-2014 du ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique vise à « Encourager les démarches de prévention des risques dans les entreprises, notamment les PME et TPE ».

2 Olivier LIAROUTZOS, « La secrétaire et les autres. Une identité professionnelle en question », *art. cit.*, p. 85.

3 La fiche d'entreprise, transmise à l'employeur, récapitule les risques professionnels repérés et les effectifs de salariés qui y sont exposés.

4 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 279.

dénomination. La création de réseaux d'échange de pratiques et d'une association structure également ce groupe. Ils contribuent à la valorisation des dispositifs de gestion portés par les directions de services interentreprises dont les IPRP s'emparent pour légitimer leurs pratiques de prévention face à celles instituées des médecins. La rationalisation des activités préventives est notamment portée par un nouvel ensemble générationnel de préventeurs non médicaux qui plutôt que de se placer dans une subordination médicale, revendiquent le passage par des procédures pour échapper au contrôle médical. C'est également une opportunité qui se présente aux secrétaires médicales à la faveur de la création du métier d'ASST. Mais le groupe de ces assistantes se constitue de manière distincte à celui des IPRP, leur qualification étant trop basse pour prétendre à l'habilitation des seconds. Elles bénéficient pourtant d'une promotion interne et d'une redéfinition de leur rôle plus orienté vers l'action en milieu de travail. Mais c'est en validant une licence professionnelle que les ASST peuvent éventuellement accéder au statut d'IPRP. Au SI1, malgré la volonté de certaines ASST de poursuivre dans cette voie, la direction le leur refuse. Au-delà de ces différences de qualification, la construction de ces groupes au sein des dispositifs de gestion contribue à ce qu'ils se positionnent conjointement en opposition aux médecins, qui en tant que membres d'une profession instituée, peuvent contrôler leur travail.

2 Déléguer la part « non médicale » du travail

Comment s'opère la division du travail entre médecins et préventeurs non médicaux au sein des services interentreprises ? Si pendant près de vingt ans la délégation de quelques tâches à François Imbert, seul hygiéniste du SI1, ne semble pas poser de problèmes aux médecins, il en va autrement d'une division du travail qui constitue des groupes professionnels non médicaux. Les frontières entre les postes se dessinent à la faveur de la répartition du travail. L'« action en milieu de travail » est déléguée aux préventeurs non médicaux qui ne disposent pas de la licence pour travailler au sein du cabinet médical (mis à part les psychologues). Se joue ici la délimitation entre ce qui est considéré comme la part « médicale » du travail qui s'opposerait à une part plus « technique ». Comme le souligne Blandine Barlet qui a également observé cette dichotomie dans les représentations véhiculées par ces enquêtés, celle-ci « revient à réserver au personnel médical l'utilisation de savoirs abstraits, par opposition à la dimension concrète du terme "technique", qui renvoie […]

davantage à des savoir-faire qu'à des savoirs. »[1] De manière classique en sociologie des professions, c'est du prestige et de l'autonomie des groupes professionnels dont il est ici question. Nous allons tout d'abord interroger la nature paramédicale des pratiques des IPRP, à la manière dont nous l'avons fait pour les infirmières, afin appréhender le degré de contrôle médical sur la division du travail. Puis notre attention se portera sur la division du travail interne au « pôle » non médical qui joue pour beaucoup dans la répartition du travail.

2.1 Qui analyse les situations de travail ?

Les médecins du travail tout d'abord réticents à diviser leur travail pensent initialement déléguer aux IPRP le recueil de données d'exposition des salariés pouvant les aider à établir leur diagnostic[2], ce qui les place dans une position subordonnée. D'autant plus qu'ils ne sont pas toujours à l'aise à l'idée de se rendre sur les lieux de travail. Ils font face à des préventeurs qualifiés qui revendiquent eux aussi l'analyse des situations de travail et se placent ainsi dans un rôle de conseiller des employeurs et des salariés.

2.1.1 Des médecins qui délèguent des tâches d'exécution

Le travail des IPRP est principalement organisé autour de leurs interventions en entreprises, comme celui des médecins est centré sur les visites médicales. Suite à une demande d'intervention, une étude des conditions de travail est réalisée, elle est ensuite restituée aux responsables de l'hygiène et de la sécurité et éventuellement aux salariés au sein de l'entreprise concernée. Au-delà de ces interventions, les IPRP répondent à de nombreuses demandes, principalement médicales, d'informations techniques ou réglementaires par téléphone et mails. L'évaluation de ces risques est réalisée au cours « d'interventions » en entreprises sous la supervision des médecins du travail :

> « Un rapide tour de table nous a permis de constater que les pratiques diffèrent peu sur le fond : l'intervention se réalise exclusivement à la demande du médecin, la prévisite est effectuée généralement en commun avec le médecin, l'intervention est réalisée la plupart du temps en solo, il y a rédaction d'un rapport visé par le médecin. Par contre il existe un certain nombre de dissemblances concernant notamment : les formes des rapports (conclusion rédigée en commun avec le

1 *Ibidem*, p. 237.

2 « Le diagnostic comporte deux aspects principaux. Le premier consiste à définir les catégories pathologiques reconnues scientifiquement (c'est-à-dire les maladies) qui composent la sélection à partir de laquelle le médecin désireux d'identifier l'affection d'un patient doit faire son choix. […] Le second aspect du diagnostic consiste à choisir laquelle de ces catégories correspond le mieux aux symptômes du patient. » Stanley J. REISER, « Diagnostic », *in* Dominique LECOURT, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, p. 332.

> médecin ; conclusion propre au médecin - avis), la restitution des rapports auprès des entreprises (restitution par le tandem IST/médecin ; restitution par le médecin uniquement). » (Compte-rendu de la réunion des intervenants en santé au travail [IST], Lorient, 13 juin 2003)

Le travail des préventeurs non médicaux est peu à peu formalisé par le biais de procédures incluses dans les dispositifs de gestion (cf. annexe 6). Nous voyons que généralement, le travail qui incombe aux IPRP est défini et délégué par le médecin. Celui-ci lui en laisse l'exécution, mais contrôle les résultats présentés aux membres des entreprises adhérentes, voir les délivrent eux-mêmes.

Les médecins, tout d'abord réticents à travailler avec d'éventuels concurrents ne bénéficiant pas d'un statut professionnel équivalent au leur et ainsi d'autant plus subordonnés aux directions de services, leur délèguent le recueil de données :

> « Les gens, le service de pathologie professionnelle ou Madame X ce sont des médecins ou des pharmaciens donc c'est quand même au niveau au-dessus alors que les IPRP c'est vraiment pour des mesures bien précises. Un ergonome pour une étude de poste bien précise. L'autre c'est pour des mesures aussi spécifiques, chimiques, courbes de balte, bruit ou… » (entretien avec Odile Moyon, médecin du travail, 55 ans, SI4)

Olivier Marek, médecin du travail au SI3, considère également que les médecins peuvent déléguer les tâches non strictement médicales aux IPRP. Dans un contexte de surcharge de travail où le tiers-temps est peu effectué par les médecins, il envisage la délégation de l'action en milieu de travail comme ne mettant pas en danger la profession médicale *« du moment que chacun reste à sa place »* :

> « Le tiers temps, compte tenu de notre temps médical [il cherche ses mots] il n'est pas utilisé exclusivement en milieu de travail. Et c'est pour ça que, là encore, l'apport de la pluridisciplinarité c'est un élément important. Parce que ça va nous permettre d'avoir des techniciens qui pourront aller sur place faire des premiers repérages. C'est à la portée de tout le monde, il n'y a pas besoin d'être médecin du travail » (entretien avec Olivier Marek, médecin du travail, 40 ans, SI3)

Les IPRP sont ainsi « mis en situation de subordination, le fait qu'ils apportent plus de rationalité dans les moyens, permettant de réduire leur rôle à celui de "techniciens" ou d'exécutants. »[1]

Brigitte Moreau, elle-même promotrice du travail des préventeurs non médicaux, confie aux IPRP *« ce qu'on ferait moins bien et qu'on n'a pas le temps de faire, de toute*

1 Haroun JAMOUS, « Professions ou systèmes auto-perpétués ? », *op. cit.*, p. 15.

façon ». Les médecins du travail délèguent alors des tâches non strictement médicales, qu'ils ne sachent pas les réaliser (ils s'en remettent alors à des spécialistes) ou qu'ils les jugent secondaires (et donc non prioritaire face à leur surcharge de travail). Déléguer aux IPRP un rôle « technique » (mesure de l'environnement de travail, son ambiance physique liée au bruit ou à l'empoussièrement par exemple ou l'aménagement du poste de travail en ergonomie) dénué d'une analyse de l'organisation du travail est perçu comme une aide à l'établissement du diagnostic par le médecin du travail. Si l'on opère une comparaison avec l'univers hospitalier, les « technologies médicales [...] apportent au clinicien (quand il ne s'agit pas de techniques interventionnelles) une aide à sa décision clinique. »[1] Les médecins conservent alors ce rôle noble qui fait la spécificité de leur activité ainsi qu'une position centrale au sein des services interentreprises.

Si les médecins se rendent peu disponibles pour accompagner les IPRP sur les lieux de travail au cours de l'étude[2], invoquant leur surcharge de travail, ils sont par contre systématiquement présents lors des restitutions faites auprès de la direction et des salariés ou de leurs représentants et parfois au sein du CHSCT lorsque cette instance est commanditaire. Ils conservent ainsi leur rôle de conseil des employeurs et salariés, central dans leurs attributions. Anaïs Issaoui m'explique qu'elle *« accompagne »* le médecin lors des restitutions d'études.

Les IPRP souhaitent la présence des médecins, qui connaissent davantage le contexte de travail, lors des premières visites en entreprise et des restitutions d'études :

> « On préfère en général que la prévisite ait lieu avec le médecin du travail. Mais si c'est quelque chose qui ne nécessite pas d'explication particulière ou si le médecin y a été, enfin pas le temps, on n'insiste pas. On préfère, comme je te l'ai dit la dernière fois, à choisir que le médecin soit là lors de la restitution que lors de la prévisite. Parce qu'on trouve que c'est mieux d'être à deux. Le médecin connaît l'historique de l'entreprise. Il peut apporter d'autres arguments complémentaires à ceux que nous on peut amener. Et [elle cherche ses mots] on a souvent plus de poids à deux que seul. Donc à choisir, voilà. Pour la restitution, ce n'est pas obligatoire, mais on insiste en général pour que le médecin soit présent. Et honnêtement je pense que dans 90, 95 % des cas ça se fait à deux. » (entretien avec Nathalie Iché, hygiéniste, 32 ans, SI1)

1 Magali ROBELET, *Les figures de la qualité des soins*, *op. cit.*, p. 41.

2 « La réalisation de la prévisite avec le médecin semble liée au métier de l'IPRP : cette prévisite se fait plus souvent avec le médecin du travail pour le psychologue, l'ergonome. La prévisite avec le médecin du travail est moins fréquente pour l'IHSE, le technicien de prévention et l'ingénieur chimiste. » Sandrine CAROLY, Makafui SALLAH et Aurélie LANDRY, *Tâches, objectifs des IPRP de SST et pluridisciplinarité. Analyse des résultats du questionnaire AFISST-PACTE des IPRP 2014*, *op. cit.*, p. 33.

Non seulement les préventeurs non médicaux sont confrontés au moindre prestige de leur position (selon une jeune médecin du travail rencontrée, les IPRP préfèrent qu'elle soit présente lors des restitutions pour donner plus de poids à leurs préconisations), mais ils ont aussi tout intérêt à collaborer avec les médecins du travail qui sont leurs principaux prescripteurs.

Mais la délégation d'un rôle « technique » rend les IPRP moins autonomes dans leur travail. Ainsi Catherine Ingouf est très intéressée par la psychologie du travail et la prévention des risques psychosociaux (elle a suivi des modules de formation au CNAM de psychologie du travail et de clinique de l'activité). Son savoir-faire ne lui semble pas reconnu par les médecins : *« je trouve que c'est difficile parce qu'on a l'impression de ramer pour faire comprendre en quoi on est compétent et ce qu'on peut apporter. »* Elle s'étonne que les médecins, *« des gens qui sont normalement concernés par ces questions-là »* aient du mal à comprendre son métier et distinguent ergonomie technique, organisationnelle et psychologique en lui reprochant de ne pas être assez *« technique »* sans percevoir qu'elle outrepasse ses prérogatives en réclamant un rôle plus analytique.

2.1.2 Des IPRP qui s'approprient la part diagnostic de l'activité

Les IPRP se ménagent des espaces pour tempérer le contrôle médical opéré par la division du travail. Les demandes d'intervention doivent ainsi être adressées à l'équipe de prévention non médicale qui se les répartit. Comme le précise Nathalie Iché, *« on a volontairement souhaité que les médecins ne choisissent pas l'IPRP qui va intervenir. Parce qu'il y a pas de raison, voilà tout simplement »*. Se plaignant du flou de certaines demandes, et bien que les médecins les précisent plus ou moins malgré l'outil mis en place, les IPRP rédigent des formulaires d'intervention pour prédéfinir le travail. Au SI1, il est ainsi demandé de préciser le secteur d'activité, le poste de travail et le nombre « d'opérateurs » concernés ; la motivation de la demande, si elle fait suite à un incident, un accident du travail ou une déclaration de maladie professionnelle et le délai souhaité pour réaliser l'intervention allant d'un à trois mois.

Sans les refuser, les IPRP sont réticents à exécuter des demandes uniquement « techniques » :

> « Ou alors c'est vraiment très très restreint. Par exemple on peut me demander d'aller voir un poste de travail parce qu'il y a un besoin de... Un poste de travail

> sur écran et la personne se plaint de sa souris. Voilà c'est des choses comme ça. Ou alors pour mes collègues hygiénistes ça peut être des choses vraiment très basiques. Aller faire une mesure de bruit parce qu'il y a des gens dans des bureaux qui se plaignent que la photocopieuse les dérange. Quelques fois on est un peu dépités du type de demande qu'on reçoit. » (entretien avec Catherine Ingouf, ergonome, 50 ans, SI1)

François Imbert déplore le *« manque d'envergure »* des demandes adressées aux IPRP portant sur un détail de la situation de travail qui n'est pas évaluée dans son ensemble afin d'en comprendre l'organisation. Il souhaiterait que son travail puisse *« déboucher sur des remises en cause de conception de systèmes de production »*. Il y socialise Nathalie Iché à son arrivée dans le service :

> « J'insiste sur le terme de métrologie parce que François n'aime pas trop ce terme. Dans le sens où, il a raison, on fait vraiment des études d'ambiance. Mon collègue [précédent] avait un DUT de mesures physiques, c'était vraiment de la mesure. Il y avait peu d'études concrètes du poste ou de recherches de solution. […] Depuis peu je fais une nouvelle étude parce que François m'a appris et je n'en faisais pas encore. Aujourd'hui je ne considère pas que je fais de la simple métrologie. Je fais effectivement des études plus poussées. Je pousse beaucoup plus l'analyse et je sens bien qu'il y a une meilleure qualité du travail. Par contre niveau quantité cela a diminué. » (entretien avec Nathalie Iché, hygiéniste, 29 ans, SI1 ; réalisé par Annie Chicoisne Janvier)[1]

Au SI1, le recueil d'informations sur les lieux de travail est divisé entre IPRP et ASST, ce qui légitime d'autant plus les aspirations des IPRP. C'est lorsqu'elle arrive au SI1 que Nathalie Iché devient cadre, à l'instar d'environ 70 % des IPRP[2] :

> « J'avais été recrutée pour [aider les entreprises à constituer leur document unique d'évaluation des risques professionnels]. J'en ai fait beaucoup pendant quatre, cinq ans. Et puis ici ce sont plus les ASST qui font. Mais moi ça me va bien d'être aujourd'hui plus spécialisée dans certains domaines que généraliste dans d'autres. » (entretien avec Nathalie Iché, hygiéniste, 32 ans, SI1)

1 Annie CHICOISNE JANVIER, *Les enjeux professionnels de la mutation de la médecine du travail à la santé au travail : l'autonomie relative des Intervenants en prévention des risques professionnels*, Master SIFA, Université de Nantes, 2008.

2 Sandrine CAROLY, Makafui SALLAH et Aurélie LANDRY, *Tâches, objectifs des IPRP de SST et pluridisciplinarité. Analyse des résultats du questionnaire AFISST-PACTE des IPRP 2014*, *op. cit.*, p. 9.

Du fait de leur qualification[1] élevée, les IPRP ne se définissent pas eux-mêmes comme une profession paramédicale, mais au contraire, revendiquent leur propre autonomie professionnelle.

Bien qu'elles bénéficient du recrutement de stagiaires et d'apprentis issus de leur formation pour les décharger d'une partie de leur travail, les deux hygiénistes du SI2 souhaiteraient pouvoir déléguer la mesure du risque à un technicien après avoir circonscrit la demande lors d'une première visite en entreprise avec le médecin. L'idée serait de poursuivre le stage par un contrat d'apprentissage pour bénéficier de la formation dispensée précédemment. La mesure technique serait alors déléguée à un préventeur qualifié. Mais la direction du service n'a pas les moyens de recruter un technicien supplémentaire comme elles le souhaiteraient.

Les demandes les plus intéressantes pour Catherine Ingouf sont celles qui sont *« élaborées »*, où *« on sent qu'on a vraiment une action, qu'on peut faire des choses qui font avancer la prévention »*. Les IPRP redéfinissent régulièrement les demandes qui leur sont soumises qu'ils jugent inadaptées, qu'elles soient trop restreintes ou trop vagues, c'est pourquoi les IPRP préfèrent que le problème ait été clairement identifié par le médecin du travail, sauf dans de rares cas où ils ne peuvent intervenir sur l'environnement de travail, lorsqu'il leur est uniquement demandé de fournir des Équipement de prévention individuelle (EPI) (qui relèvent pour eux davantage de la protection que de la prévention). D'un recensement du risque pouvant être commandité par les médecins, ils cherchent à tendre vers une analyse des situations de travail. Mais au-delà d'un effet d'annonce, leur position est ambiguë, car les IPRP ne peuvent complètement déléguer, à des assistantes notamment, le recueil de données sur les lieux de travail pour se concentrer sur leur analyse.

2.2 Une division du travail interne au pôle « prévention »

Au SI1, les ASST sont tout d'abord intégrées à la « pluridisciplinarité » et se socialisent auprès des IPRP, dans un rôle non médical. Au-delà de la présentation du service aux nouveaux adhérents employant moins de 20 salariés, elles effectuent une première évaluation des risques sur les lieux de travail et rédigent une première version des fiches

1 « L'enseignant qualifié est celui qui possède les titres scolaires et les habilitations officielles à exercer sa profession. Ceux-ci sanctionnent avant tout des savoirs académiques et didactiques, essentiellement disciplinaires. » Claude DUBAR, « La sociologie du travail face à la qualification et à la compétence », *art. cit.*, p. 184.

d'entreprises. La délimitation de leurs tâches est un enjeu pour la constitution de la prévention non médicale.

2.2.1 La réunion de professionnels non médicaux

Les quatre ASST du SI1 appartiennent au pôle de prévention des risques professionnels. Partageant un bureau attenant à ceux des IPRP, elles ont été *« incluses »* dans le budget attribué par la direction pour se rendre aux congrès et aux formations. Elles peuvent également faire appel à l'assistante du pôle. Celle-ci est chargée de la réception et du suivi des demandes d'intervention, de la prise de rendez-vous avec les entreprises, de préparer les interventions (plaquettes de sensibilisation, questionnaires), de la mise en page des supports et du journal du pôle interne au service.

Lors de leur formation, les ASST sont suivies par un IPRP et un médecin du service. Les médecins du travail, peu disponibles, emmènent les ASST en entreprise ou leur proposent des interventions, mais ce sont les IPRP qui les suivent régulièrement. Au-delà de quelques réunions organisées par le CNAM et de la présence au jury de soutenance, le tuteur IPRP sert d'intermédiaire avec les collègues (IPRP et médecins) pour que l'ASST trouve des interventions en entreprises en fonction des objets abordés en cours. Il est également là pour répondre à ses questions, faire le point sur ses difficultés, l'aider dans la rédaction de support de présentations, son travail personnel et la rédaction du mémoire.

Comme l'explique Catherine Ingouf, *« on est quand même vraiment en prise avec leur formation et leur métier. On en discute. Maintenant elles prennent de l'autonomie et elles mettent en place des choses sans nous. Mais au début on était très présents. »* Nathalie Iché, tutrice des deux premières ASST, s'investit beaucoup dans la mise en place de leur formation. Des habitudes commencent à se prendre lorsque Catherine Ingouf suit la troisième ASST l'année suivante, également *« coachée »* par ses collègues. François Imbert, qui comme nous le verrons s'est opposé à la création d'un « pôle » commun aux IPRP et ASST est moins présent comme tuteur de la quatrième assistante :

> « Actuellement c'est moi qui suis tuteur de la dernière qui est en formation. Qui me demande à l'heure d'aujourd'hui zéro travail d'ailleurs. Elle a déjà des collègues qui sont en place. Là-dessus ça va bien. Et on est amené dans le cadre du tutorat à les emmener sur le terrain et leur faire prendre conscience un peu de la diversité des situations et des modes de réponse. Enfin moi je le vois comme ça.

> C'est possible que mes collègues aient des réponses différentes. » (entretien avec François Imbert, hygiéniste, 53 ans, SI1)

Bien que les ASST *« s'autorégulent »* dans la répartition hebdomadaire des demandes médicales, elle se fait conjointement à celle de l'équipe d'IPRP, afin d'échanger des informations sur les entreprises et d'éviter les doublons :

> « Mais c'est vrai que des fois, ou il y a une demande qui peut être à la fois du ressort des ASST ou du nôtre en partie. Par exemple un médecin qui souhaite qu'on aide une entreprise à mettre en place une évaluation des risques de manière globale, donc là ce sont les ASST qui font, et qui en même temps aimerait qu'on mette l'accent sur tel ou tel risque. Et dans ces cas-là, on peut y aller en commun. » (entretien avec Nathalie Iché, hygiéniste, 32 ans, SI1)

Pour Corinne Asselin *« c'est un moment d'échange aussi entre nous »*, cette proximité simplifie ce qu'elle nomme le *« transfert de compétences »*. Elle me donne l'exemple de Sonia Igier se rendant dans une métallurgie, qu'elle a demandé à suivre, suite à des difficultés qu'elle avait rencontrées pour identifier les différents types de soudures et les risques afférents.

L'accueil des ASST dans le pôle « pluridisciplinaire » et leur formation pratique prise en charge par les IPRP les socialise à certaines pratiques et représentations de la prévention. Corinne Asselin le formule en ces termes :

> « Et puis on a pas mal de pratiques en commun. Enfin je veux dire de façons de voir les choses. On a la même façon de voir la prévention. On a un peu oui, la même vision des choses. Par exemple on a tous la même manière d'aborder l'évaluation des risques. Il y a des médecins qui ont le côté médical, ils vont dire : "moi j'aimerai bien qu'on aille prendre une mesure de bruit auprès d'une machine". Nous on sait bien qu'aller faire des mesures de bruit ça n'a aucun sens comme ça. Ça doit s'inscrire dans le cadre d'une étude de l'entreprise, des locaux… On ne fait pas comme ça des mesures à un instant T, ça n'a pas de sens. Et ça nous on le comprend, enfin je veux dire le fait que nous les ASST on aille dans les entreprises pour repérer le bruit et tout ça, il faut que l'on sache derrière comment les hygiénistes travaillent. Et les médecins ils n'ont pas les mêmes façons des fois de voir les choses que nous. Enfin je sais que les hygiénistes des fois ils nous disent : "pourquoi le médecin me demande ça ? Moi je ne peux rien faire." Il y a une façon d'appréhender les choses qui n'est pas vue de la même façon en fonction que l'on est médecin ou hygiéniste. » (entretien collectif, ASST, SI1)

Mettant en cause le bien-fondé de certaines demandes médicales, les ASST s'identifient aux IPRP et plus particulièrement, comme l'absence d'évocation de l'ergonome le montre ici, aux

hygiénistes. Le partage d'un même espace et du même « matériau » (ici l'observation des conditions de travail en entreprise) « a des effets en termes d'estime de soi pour les catégories [de personnels] les plus basses : elles peuvent d'une part se glorifier de ce contact avec des catégories prestigieuses et d'autre part assigner à leur travail le même objectif socialement valorisé. »[1] Alors que dans la situation décrite par Anne-Marie Arborio, l'objectif des professionnels de santé est de soigner les malades, il devient plus valorisé dans les services interentreprises de se rendre sur les lieux de travail que de rencontrer individuellement les salariés pour assurer la prévention. Lorsqu'une des ASST du SI1 décrit le contenu de leur formation, les termes *« prévention »* et *« action en milieu de travail »* deviennent interchangeables[2]. Effectuant la promotion du service auprès des entreprises adhérentes, elles valorisent surtout les interventions d'une équipe « pluridisciplinaire » de préventeurs non médicaux effectuant une prévention « primaire » jugée plus efficace en ce qu'elle est destinée à empêcher la survenue d'accident ou de maladie (cf. introduction de la partie III) :

> « Ça s'inscrit dans une cohérence, une cohésion. C'est ça de travailler en "pluri". C'est de tous intervenir à des niveaux, mais de s'assurer avant qu'on ne pouvait pas faire mieux. Puisque pour nous la philosophie c'est prévention d'abord à la source. On a tous cette culture-là ici, de prévention à la source. » (entretien collectif, ASST, SI1)

Mais cette « cohésion » ne s'est pas faite sans quelques ajustements dans la répartition de l'action en milieu de travail entre les deux équipes, comme nous allons le voir :

> « Il y a une très bonne ambiance. Il y a juste eu des petits couacs par rapport aux difficultés au départ dans l'entrée dans le métier. Justement des prises de périmètre, de place. On sentait qu'il y avait des tensions. On l'a ressenti un petit peu. Tout le monde. Mais maintenant c'est super. Au contraire je trouve qu'on arrive bien à [elle cherche ses mots] à communiquer. Chacun commence à trouver sa place. » (entretien collectif, ASST, SI1)

En se réunissant avec les ASST, les IPRP peuvent superviser leur formation et contrôler les frontières de leur travail. C'est alors là que ce discute la répartition des tâches et les prérogatives de chacun..

1 Anne-Marie ARBORIO, « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot » », *op. cit.*, p. 57.

2 *« On a un module qui est destiné vraiment à bien nous faire connaître la santé au travail. Parce que c'est vrai que des fois en tant qu'assistante médicale, on a le contact avec les adhérents, avec les médecins, mais on a surtout le versant médical et pas forcément le versant action en milieu de travail enfin prévention »* (entretien collectif avec les ASST du SI1, 22 octobre 2010)

2.2.2 Des IPRP qui délèguent leur sale boulot ?

François Imbert, qui se revendique d'une culture professionnelle plus que managériale, est réticent à la création d'un pôle « prévention des risques professionnels » réunissant IPRP et ASST, ce qui explique par ailleurs son faible investissement dans l'encadrement des ASST :

> « - Et le pôle technique il existe depuis combien de temps ?
> - Oh cette belle invention c'est [il soupire] je dirais deux ans, trois ans. Ouais c'est, bon, c'est toujours un peu la carpe et le lapin[1] encore une fois. Parce qu'on a des gens qui vont sur le terrain qui ont une autonomie, d'autres qui n'y vont pas. D'autres qui y vont, mais sans avoir d'autonomie. Ouais, ouais, ouais, pourquoi pas [il semble dubitatif]. » (entretien avec François Imbert, hygiéniste, 53 ans, SI1)

Cet hygiéniste craint, à la manière des médecins du travail, que ses prérogatives professionnelles soient accaparées par des personnes moins qualifiées et que la prévention soit ainsi dévaluée si elle est effectuée par des assistantes. Il ajoute : *« ça aussi c'est quelque chose qui a été très très chaud à une époque et puis heureusement on s'en est bien sortis. Elles ont des attributions qui sont bien différentes des nôtres. »* La réunion des ASST et des IPRP dans un même « pôle » interroge la division du travail entre ces deux groupes et la délimitation des attributions de chacun.

La recension générale des risques consistant en un premier repérage au sein des entreprises adhérentes peut être considérée comme un « sale boulot » que les IPRP délèguent aux ASST pour se concentrer sur l'analyse de ces risques. Alors que les directions de services interentreprises envisagent un temps la délégation par les IPRP de la mesure du risque professionnel aux ASST, les IPRP s'y opposent afin de conserver le monopole de ces gestes techniques. Pour Nathalie Iché, *« à un moment l'idée c'était que les assistantes fassent les mesures et que les IPRP derrière fassent l'analyse, ça me parait difficilement possible, car il y a tout l'environnement qui joue, comment le relevé a été fait, etc. Ça me gène beaucoup. »*[2] « Le niveau technique des tâches constitue sans doute un des critères de délimitation du "bon travail" et par contrecoup du *dirty work* ; il vaut surtout comme ressource argumentative pour faire valoir un monopole sur les tâches valorisées, justifié par la détention exclusive d'une

1 « Loc. Mariage de la carpe et du lapin. Alliance impossible, association de deux réalités incompatibles. "Il est occupé à des recherches nobiliaires visant à découvrir lequel des deux se mésallie, dans le mariage de la carpe et du lapin" (MONTHERL, *Célibataires*, 1934, p. 899) », http://www.cnrtl.fr/definition/mariage (consulté le 12 septembre 2016).

2 Entretien réalisé par Annie Chicoisne Janvier, mars 2008.

compétence, technique ou formelle, reconnue comme nécessaire à leur réalisation. »[1] C'est aussi une manière de rester en contact avec l'objet même du métier, ici le risque matérialisé par la pollution industrielle, à la manière des infirmières étudiées par Rannveig Dahle[2] qui réclament le travail sur le corps du malade qu'elles avaient précédemment délégué à des aides-infirmières.

En maintenant une pratique exclusive de la mesure technique des risques, les IPRP résistent à la dévalorisation de ces tâches liée à leur exécution par des professionnels moins diplômés. S'agissant du premier domaine d'intervention des IPRP du SI1 en 2010[3], il n'est pas étonnant que les « études de bruit », qui peuvent non seulement consister à enregistrer le bruit entendu par les salariés et à vérifier le respect des seuils réglementaires d'exposition, mais aussi à conseiller les responsables pour réduire l'émission sonore, soient prises systématiquement en exemple. Par ailleurs, s'opposer à la réalisation par les ASST d'une *« métrologie de premier niveau »* demandée par les médecins renforce l'argument de son inutilité et la revendication, portée par les IPRP, de systématiquement lier la mesure du risque professionnel et son analyse. Ils peuvent ainsi plus facilement s'opposer à ce que l'ensemble des professionnels non-médecins réalisent ce « sale boulot » médical.

Cette situation n'est pas sans poser problème aux ASST lorsqu'elles sont formées à ce type de mesure. C'est ce que m'explique Catherine Ingouf qui participe au comité pédagogique de leur formation :

> « La difficulté c'était l'écart qu'il pouvait y avoir entre ce qu'on leur enseignait, les compétences [elle se reprend] les connaissances vraiment importantes qu'on leur amène et le décalage qu'il peut y avoir après sur le terrain. Parce qu'on ne leur demande pas forcément de mettre en œuvre tout ça et du coup il y a des frustrations. En particulier dans ce qui concernait tous les risques d'ambiance physique avec la métrologie. Alors on leur avait, on leur explique, ils ont une formation, assez complète là-dessus. On leur explique comment se servir par exemple d'un sonomètre, etc. Mais quand il s'est agi d'aller sur le terrain, en fait

1 Anne-Marie ARBORIO, *Un personnel invisible*, *op. cit.*, pp. 120-121.

2 'Regarding nursing's own knowledge-base, the report stated explicitly that it is primarily practical and that theoretical knowledge is generated, first and foremost, by practice. […] Only nurses, the report argues, have the relevant competence to perform caring work, even tasks that, seen from the outside, might be regarded as simple routine tasks of low prestige.' « Le rapport déclare explicitement que la base de connaissances de la profession d'infirmier est principalement pratique et que des connaissances théoriques sont surtout générées par la pratique. […] Le rapport affirme que les infirmiers sont les seuls à avoir les compétences nécessaires pour accomplir le travail de soins, même les tâches qui, vues de l'extérieur, peuvent être perçues comme routinières et peu prestigieuses » Traduction de Joanne Walker Rannveig DAHLE, « Shifting boundaries and negotiations on knowledge: interprofessional conflicts between nurses and nursing assistants in Norway », *International Journal of Sociology and Social Policy*, 2003, vol. 23, 4/5, p. 144.

3 Rapport d'activité du pôle prévention, SI1, 2010.

> là il y a eu une opposition entre les médecins et les IPRP. Parce que les hygiénistes dont c'est le métier de faire des études de bruit disaient que ça ne servait à rien de faire ce que les médecins appelaient "de la métrologie de premier niveau", que c'était ridicule, que ça ne rimait à rien et que ça n'avait aucun sens. Donc que ça n'existait pas. Et les médecins disaient "si, si, ça existe". Et eux faisaient valoir que non. Et qu'on envoie les ASST faire des mesures de bruit pour faire de la métrologie de premier niveau, ça n'avait pas de sens, ça ne signifiait rien et qu'on ne pouvait rien en faire du point de vue de la prévention. Donc il a été convenu que les ASST n'iraient pas. Bon. Sauf que les ASST on leur apprend des choses et ensuite on leur dit : "Non, vous n'êtes pas capables de faire". Donc elles se sentent dévalorisées. D'un autre côté les IPRP [elle se reprend] les hygiénistes qui disent : "Nous on a fait trois ans d'études, quatre ans d'études. Et elles en un an, elles iraient faire notre boulot. Ça veut dire que..." Enfin ça a créé des discussions et des tensions déjà dans le service. Ensuite il y a d'autres services qui se sont aussi posé ce genre de questions. Donc ça a été remonté au comité pédagogique. On a essayé de voir si ce n'était pas possible finalement d'alléger certaines connaissances. En toxico aussi elles avaient des choses vraiment très denses, très touffues. C'était difficile à avaler. Certaines n'avaient pas repris d'études depuis longtemps. » (entretien avec Catherine Ingouf, ergonome, 50 ans, SI1)

En encadrant la formation des ASST, les IPRP peuvent en limiter le contenu pédagogique et ainsi mieux contrôler la division du travail interne au pôle de « prévention des risques professionnels ». Ils protègent ainsi d'autant mieux les situations acquises qu'ils sont dans une situation de rapport de force favorable[1]. La délégation d'un « sale boulot » non technique aux ASST participe de la professionnalisation[2] des IPRP.

Finalement, comme Corinne Asselin le formulait précédemment, les ASST s'accommodent de la délimitation de leurs tâches au repérage des risques professionnels au sein des entreprises. D'autant plus que celui-ci se combine à la promotion des services interentreprises et l'organisation de projets de prévention collective. Catherine Ingouf leur délègue par exemple un module de « sensibilisation » aux risques liés au travail sur écran[3] que les ASST mènent seules. « Le *dirty work* se définit non par la nature de ces tâches, mais par leur moindre prestige relatif : ainsi une même tâche relève du *dirty work* lorsqu'elle est au plus bas dans la hiérarchie des tâches d'une catégorie, mais jouit d'un certain prestige si elle est prise en charge par une autre catégorie dont les tâches sont, dans leur ensemble, moins prestigieuses »[4]. Pour ces anciennes assistantes médicales, participer de la « prévention

1 Antoinette CHAUVENET, « La qualification en milieu hospitalier », *art. cit.*, p. 202.
2 Anne-Marie ARBORIO, « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot » », *op. cit.*, p. 59.
3 Ce qui est un « sale boulot » pour cette ergonome préférant se spécialiser dans la prise en charge des risques psychosociaux.
4 Anne-Marie ARBORIO, *Un personnel invisible*, *op. cit.*, p. 121.

primaire » en se rendant sur les lieux de travail suffit à les distancier d'une pratique médicale dévalorisée dans les discours sur la réforme des services interentreprises. Si nous reprenons les éléments mis en avant par Eliot Freidson[1] pour cerner la nature paramédicale du travail, nous voyons que celui des IPRP s'en distancie. Ces professionnels sont formés à des disciplines (l'hygiène industrielle, l'ergonomie, la psychologie…) que les médecins contribuent peu à produire et leur qualification élevée participe à leur renommée. Par ailleurs ils cherchent à ne pas travailler sur ordre des médecins en revendiquant eux aussi la tâche décisive du diagnostic. Les IPRP peuvent d'autant plus se positionner de la sorte qu'ils contrôlent en partie le travail des ASST qui se rendent également sur les lieux de travail. Ils participent à l'élaboration des savoirs qui leur sont dispensés au cours de leur formation et leur délèguent un travail promotionnel et administratif qui préserve la « technicité » de leur propre travail indissociable des savoirs fondamentaux qu'ils mobilisent. La faible qualification des assistantes ne leur permet de pas de prétendre au diagnostic des situations de travail. Mais ce contrôle du travail des ASST n'est pas du goût des médecins qui souhaitent qu'elles les rejoignent au sein d'équipes pluridisciplinaires qu'ils dirigent. La mise en place de telles équipes est tumultueuse.

Une subordination aux directions de services

Les préventeurs non médicaux qui cherchent à valoriser leur présence se distancient de médecins dont la prévention est présentée comme illégitime. Ils refusent de se placer sous une subordination médicale et de se définir comme des professions paramédicales. Ce positionnement est encouragé par des directions de services qui supervisent le travail de ces professionnels à travers les outils d'évaluation présentés précédemment. Cette organisation hiérarchique souligne la place prise par les managers au sein de l'institution au détriment des médecins. Les ASST dont nous avons vu qu'elles cherchent également à se distancier d'une subordination médicale ne disposent cependant pas de la qualification requise pour une telle attitude. Leur attachement au groupe des IPRP leur permet un temps d'éviter les médecins, mais ceux-ci disputent à la responsable du pôle « prévention » le contrôle de leur travail. Après avoir étudié le positionnement spécifique des IPRP, nous reviendrons sur les conflits qui opposent l'encadrement dans l'attribution du travail des assistantes.

1 Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, *op. cit.*

2.3 La « complémentarité » plutôt que la subordination

Tels que définis au moyen des dispositifs de gestion qui encadrent la division du travail au sein des services interentreprises, les IPRP dépendent hiérarchiquement de leurs directions et non des médecins du travail. Pourtant ce sont bien ces professionnels qui prescrivent largement le travail des IPRP. Selon Nicolas Jounin et Loup Wolff « l'idée d'une "prescription sans subordination" est une vue de l'esprit qui, sur le terrain, est toujours équivoque, toujours en redéfinition, toujours objet de luttes »[1]. En effet la relation de prescription induit des instructions qui vont uniquement des médecins aux IPRP. Ainsi si statutairement les IPRP sont indépendants des médecins, dans la pratique ils dépendent largement d'eux.

2.3.1 Une hiérarchie non médicale

L'organisation spatiale des services interentreprises en « centres » et la répartition géographique des professionnels nous renseignent sur le contrôle médical de la division du travail. Pour y échapper, les IPRP revendiquent leur appartenance à un « pôle prévention » indépendant des équipes médicales. Les IPRP du SI1 mobilisent divers arguments pour rester groupés au siège du service. Catherine Ingouf, en tant qu'unique ergonome du service, le justifie par sa disponibilité à l'ensemble des médecins du travail alors que son rattachement à un centre impliquerait selon elle de privilégier les médecins dudit centre. Les trois hygiénistes peuvent quant à eux faire valoir la mise en commun de leur matériel pour être rattachés au même « centre ».

La répartition des IPRP entre différents centres se pose également au SI2. Les deux hygiénistes du service, qui se sentent très proches, partagent un bureau exigu qu'elles ont choisi au siège et ne souhaitent surtout pas être séparées dans deux centres comme l'envisage le président du service. Elles disposent également d'un bureau dans un autre centre, mais n'y apprécient pas l'ambiance et s'en tiennent à l'écart :

> « On traîne pas particulièrement dans les centres parce qu'on n'a pas de bureau. Sauf à N, mais on n'apprécie pas spécialement d'être à N non plus toutes les deux. On y va juste quand il y a une bonne raison d'y aller. […] Nous, on est là pour travailler et c'est vrai que ça dévie à N sur d'autres problèmes qui ne sont pas spécialement liés au travail. Au bout d'une matinée passée là-bas, on se dit c'est

1 Nicolas JOUNIN et Loup WOLFF, *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*, *op. cit.*, p. 107.

> pas possible, on retourne au siège travailler tranquillement. » (entretien avec Anaïs Issaoui, hygiéniste, 26 ans, SI2)

Elles font valoir l'argument de la moindre efficacité de leur travail si elles sont séparées et ne peuvent s'entre-aider. Le siège du service fait l'objet d'un projet de déménagement, elles y auraient un bureau chacune, mais pour elle il est essentiel qu'ils soient contigus.

Au SI1, le pôle « prévention des risques professionnels » réunit les IPRP et ASST, la documentaliste et les formatrices en secourisme. Le pôle est tout d'abord dirigé par un « comité de pilotage transverse » (cf. chapitre 3) auquel participe le médecin coordonnateur qui devient également leur « médecin référent ». Mais n'ayant pas l'habitude de faire appel à eux et les connaissant peu, il est peu apprécié des IPRP :

> « [Des comités de pilotage] qui ne sont actuellement pas des organes de décision d'ailleurs, où on discute, mais bon... C'est pour ça qu'on se dit qu'un responsable, ça devient vraiment indispensable parce voilà, on n'a pas... On ne sait plus... Quand il y a une décision à prendre, le comité de pilotage dit "faudra voir ça en CMT". Et puis en CMT, soit on pas le temps d'en parler, soit les décisions ne sont pas prises parce que ce n'est pas vraiment un organe de décision. Enfin la gouvernance elle est assez floue. Et c'est un peu pénible. » (entretien avec Catherine Ingouf, ergonome, 50 ans, SI1)

Les directions de services interentreprises sont vigilantes à ce que les IPRP n'exercent pas sous la coupe directe des médecins, mais dans des sous-services séparés afin de minimiser l'encadrement professionnel de leur travail. Alors qu'au SI1 c'est le directeur qui est initialement désigné comme leur supérieur hiérarchique, la directrice du SI2 y est également attentive :

> « Vraiment situer bien le pôle prévention par rapport aux médecins pour que les personnes soient un peu... Ce n'est pas au même niveau que les médecins, mais ce n'est pas les petites mains qui répondent. Ce sont des têtes penseuses qui ont leurs idées et leurs contributions à être prises en compte. » (entretien avec Hélène Ducan, directrice, 65 ans, SI2)

Alors qu'au SI1, une responsable IPRP, Valérie Itier, est recrutée en 2012 pour succéder au « copil ». Cette psychologue, également recrutée pour intervenir en entreprise, notamment sur les risques psychosociaux, est chargée de superviser l'organisation du travail du pôle, et selon le directeur plus précisément la répartition des demandes entre les IPRP ainsi que la diminution du temps passé sur chacune de ces demandes afin qu'un plus grand nombre d'adhérents soit satisfait et de contribuer à l'éventuelle répartition de la « pluridisciplinarité » dans les différents « centres » du service. Catherine Ingouf attend quant à elle de la future

responsable (qui n'est pas encore recruté au moment de l'entretien) de faire valoir la façon de travailler des IPRP à une direction qui reste sur des critères quantitatifs pour évaluer leur travail et face à laquelle ils n'arrivent pas à faire valoir leurs arguments. Mais surtout la création de cette fonction distancie les IPRP d'une subordination médicale.

La constitution d'un tel poste était, selon le directeur, impossible au moment du recrutement des autres préventeurs non médicaux,[1] car il aurait suscité un tollé chez les médecins :

> « Mais [il cherche ses mots] moi je vous dis la décision de recrutement du pôle pluri, aujourd'hui c'est une décision qui va passer. Et je pense que ça va réussir, on se donne les moyens. Il y a un an tous les médecins s'y seraient opposé et auraient vu une restriction de leur indépendance, de leur capacité de mobiliser, de s'adresser directement à quelqu'un, etc. » (entretien avec Christian Durand, directeur, 50 ans, SI1)

Bien que le médecin référent, présent en fonction de l'activité, est associé aux réunions dudit pôle, le comité de pilotage perd de son importance. Selon le directeur, soulignant par là l'absence de subordination fonctionnelle des IPRP aux médecins, *« il faut quelqu'un qui soit capable de prendre position et de l'argumenter, de la soutenir devant les médecins »*. Les médecins deviennent alors prescripteurs de demandes aux IPRP. Selon la définition qu'en donnent Nicolas Jounin et Loup Wolff, « la prescription est une relation où un individu désigne à un autre individu ce qu'il doit faire, mais sans avoir les ressources organisationnelles directes pour lui imposer de le faire. Autrement dit, il dicte l'activité d'un individu qui ne lui est pas subordonné, ce qui distingue cette relation de la relation d'encadrement. »[2]

À l'occasion de ce recrutement, le pôle « pluridisciplinaire » est rebaptisé pôle de « prévention des risques professionnels ». Une dénomination qui souligne l'attribution du mandat préventif aux IPRP et renforce la légitimité de leur travail au détriment de celui des médecins. Selon Christian Durand, *« on gagnera [il se reprend] je pense que les IPRP gagneront en cohérence, gagneront en termes d'image, de valorisation de leur métier. Enfin il y a tous ces aspects qui vont progresser. »* L'attribution du nouvel outil de prévention aux professionnels non médicaux renforce leur position au sein des services interentreprises.

1 La direction a attendu que le besoin d'un responsable soit ressenti et exprimé par l'équipe de préventeurs non médicaux, notamment les plus jeunes recrues. La création de cette hiérarchie intermédiaire est plus difficile à accepter pour l'IPRP qui a travaillé directement avec les médecins pendant 20 ans.

2 Nicolas JOUNIN et Loup WOLFF, *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*, *op. cit.*, p. 105.

Pourtant à mesure qu'ils sont reconnus comme indépendants des médecins, les IPRP cherchent toujours à travailler avec eux.

2.3.2 Se définir comme complémentaires

Comparativement aux médecins du travail, les IPRP ne bénéficient pas de la même protection statutaire vis-à-vis des employeurs :

> « Nous on intervient que si l'entreprise est d'accord. Donc si on nous met : "Attention, employeur réticent" machin, etc. On va dire : "Bah si l'employeur il ne veut pas, nous on y va pas !". Il faut qu'il y ait une volonté de l'entreprise. S'il n'y en a pas...
> - Ça ça été convenu dès le début ?
> - Il y a un protocole oui. Il y a un protocole d'intervention. Ben oui parce que déjà les médecins eux, ils sont censés pouvoir au même titre que les inspecteurs du travail, les contrôleurs du travail, rentrer dans l'entreprise comme ils le souhaitent. Nous les intervenants en prévention des risques professionnels, il faut que l'entreprise soit d'accord. Si elle ne l'est pas, elle peut nous fermer sa porte et voilà. Donc si c'est pour avoir, enfin si c'est pour faire une étude où de toute façon ils vont tout faire pour fausser les résultats ou on va se pointer plusieurs fois et comme par hasard il n'y aura pas de production ce jour-là ou on nous dira "ce n'est pas aujourd'hui qu'il fallait venir, etc., ou d'habitude ça ne se passe pas comme ça", ça ne rime à rien. Donc c'est pour ça que si on a un doute, on en rediscute. C'est vrai que ce n'est pas rare qu'on en rediscute. » (entretien avec Nathalie Iché, hygiéniste, 32 ans, SI1)

Les médecins peuvent également être confrontés aux réticences des employeurs et s'assurer leur consentement avant d'intervenir dans l'entreprise, mais en dernier recours leur statut professionnel garantit leur indépendance.

Au début des années 2000, les IPRP semblent accepter leur subordination fonctionnelle aux directions des services interentreprises[1]. Ils se préoccupent davantage de cette absence d'autonomie vis-à-vis de la profession médicale :

> « Il serait difficile de résumer tout ce qui a été dit à ce sujet [l'indépendance] lors des débats. En effet, si une bonne partie d'entre nous ne se pose pas la question de l'indépendance vis-à-vis des employeurs (ou des salariés) dans la pratique quotidienne de leur exercice, mais préfère parler d'éthique et de déontologie, il ne semble pas que cette notion soit aussi clairement définie pour tout le monde. En revanche, l'indépendance des IPRP vis-à-vis des médecins est bien plus proche de nos préoccupations de tous les jours. Beaucoup d'entre nous sont soumis à un

1 « [En 2014] Les IPRP répondants se sentent sous l'autorité des directeurs de services (83 %), du responsable de pôle pluridisciplinaire (53 %) et relativement assez peu sous l'autorité d'un médecin coordinateur (17 %). » Sandrine CAROLY, Makafui SALLAH et Aurélie LANDRY, *Tâches, objectifs des IPRP de SST et pluridisciplinarité. Analyse des résultats du questionnaire AFISST-PACTE des IPRP 2014*, *op. cit.*, p. 28.

> contrôle des médecins : choix des procédures d'intervention, perte de contrôle sur rapports d'intervention (censure, non-présentation à l'entreprise). On peut alors se poser la question du travail en équipe. Quel est notre rôle ? Sommes-nous des prestataires des médecins du travail ou sommes-nous des acteurs des services de santé au travail. » (Compte-rendu de la réunion IPRP, AFIST, 15 octobre 2003)

Mais à mesure que leur groupe professionnel se structure en tant que profession non paramédicale, les IPRP ressentent moins la nécessité d'affirmer cette indépendance :

> « Quelquefois en plaisantant, moins maintenant, on disait oui vivement qu'il y ait plus d'IPRP que de médecins. Maintenant la réflexion elle n'est plus du tout sur ça, elle est sûre qu'il y aura de plus en plus de métiers présents et qu'il y aura de moins en moins de métiers centraux. Même si on restera sur des fonctions, une certaine activité centrale, mais qui sera partagée par plusieurs personnes. » (entretien avec Christophe Isel, ergonome, président de l'AFIST, 35 ans, service interentreprises ; réalisé par Annie Chicoisne Janvier)[1]

À mesure que les IPRP s'installent dans les services interentreprises, la nécessité de se dissocier des médecins pour définir leur identité professionnelle se fait moins sentir. Alors, « la métaphore naturaliste permet de s'affirmer le complémentaire de l'autre (et pas différent). Il n'est donc pas nécessaire, ni habile, de le déprécier, il convient de passer alliance avec lui. »[2] Ainsi en définissant leur travail comme complémentaire à celui des médecins, les IPRP se placent dans une relation de prescription et non de délégation. Cette position complémentaire peut d'autant plus facilement être défendue que le groupe ne dépend pas hiérarchiquement des médecins, mais des directions de services interentreprises.

2.4 De qui les ASST sont-elles les assistantes ?

Selon Olivier Liaroutzos qui a étudié le travail des secrétaires, le terme « d'assistante » qui remplace l'expression « secrétaire de direction » souligne la position élevée de ce statut au sein de la hiérarchie des activités de secrétariat. Pour autant il ne supprime pas l'état de sujétion dans lequel se trouvent ces professionnelles. « En renforçant l'image du binôme — une assistante pour un patron — qui correspond pourtant de moins en moins à la réalité, ce terme souligne l'unique principe selon lequel une assistante est une femme qui n'existe professionnellement que par l'autre »[3]. Mais alors qu'en 2012, la loi stipule que « dans les

1 La retranscription m'a été transmise par l'enquêté. Voir également Annie CHICOISNE JANVIER, *Les enjeux professionnels de la mutation de la médecine du travail à la santé au travail : l'autonomie relative des Intervenants en prévention des risques professionnels*, *op. cit.*

2 Claude DUBAR et Pierre TRIPIER, *Sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 132.

3 Olivier LIAROUTZOS, « La secrétaire et les autres. Une identité professionnelle en question », *art. cit.*, p. 80.

services de santé au travail interentreprises, l'assistant de service de santé au travail apporte une assistance administrative au médecin du travail et aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans leurs activités »[1], un flou persiste sur la délimitation de leurs attributions. Comme l'a également remarqué Blandine Barlet au cours de sa propre enquête, ces assistantes se trouvent partagées entre les logiques portées par les médecins et celles de leurs directions[2].

2.4.1 Quelles priorités d'interventions en entreprises ?

Le travail des ASST est au centre d'enjeux importants de redéfinition des relations entretenues entre les préventeurs des services interentreprises et les entreprises adhérentes. « L'accueil des nouveaux adhérents est une activité hautement stratégique pour les services de santé au travail en cours de réforme, notamment parce qu'elle les positionne en tant que prestataire de services qui viennent se présenter aux entreprises. Cette activité permet également aux services de présenter à leurs entreprises adhérentes un visage renouvelé, qui n'est plus celui du médecin. »[3]

Au SI1, les ASST doivent contacter toute nouvelle entreprise adhérente de moins de vingt salariés pour leur présenter les « services » disponibles. Après avoir essuyé de nombreux refus suite à leurs appels téléphoniques, un questionnaire sur les besoins de prévention des risques professionnels est intégré au dossier d'inscription à partir de mai 2011. Il est proposé aux adhérents de bénéficier d'une information, d'une aide à la réalisation du document unique, d'une formation de secourisme, d'études ou d'aménagements de postes de travail. Le médecin, le pôle PRP et le pôle administratif sont destinataires des réponses. Les adhérents remplissent ce document de manières très diverses, certains envoient leur document unique en copie. Environ un tiers souhaitent recevoir une aide du service.

En octobre 2011, Valérie Itier, la responsable du pôle PRP présente cette nouvelle organisation du travail qui privilégie les adhérents volontaires en réunion de médecins du travail, soulignant que « c'est plus *facile »* et que les ASST *« ne peuvent pas aller voir tout le monde ».* Son exposé suscite de nombreux commentaires chez les médecins qui s'inquiètent que cette démarche créé de la demande chez des employeurs qu'eux-mêmes ne définiraient

1 Article R4623-40, Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail, JORF n° 0026 du 31 janvier 2012
2 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 277.
3 *Ibidem*, p. 279.

pas nécessairement comme prioritaires (au détriment d'entreprises où les salariés seraient les plus exposés) et que ces demandes soient privilégiées aux leurs alors qu'ils invalident environ la moitié des visites proposées par les ASST[1]. Face à ces inquiétudes, le médecin coordinateur tente de les rassurer en rappelant qu'il ne s'agit que d'un premier contact, Valérie Itier ajoute que les visites sont faites avec l'accord du médecin.

Les médecins les moins réticents au travail des ASST, qui conviennent qu'il est pertinent de prendre contact avec les nouveaux adhérents et de connaître les risques présents dans leurs entreprises, soulignent qu'elles doivent toutefois intégrer les équipes « pluridisciplinaires » dirigées par les médecins du travail, ce qui n'est pas encore le cas. Ceux qui connaissent le moins bien leur travail rencontrent des difficultés à formuler leurs demandes au sein du logiciel interne, certains s'en trouvent refusées. Cette organisation génère quiproquos et tensions entre les médecins du travail et les ASST qui n'ont pas toujours la même définition du travail à réaliser, comme nous le voyons ci-dessous.

Encadré 5.2 : Quiproquo sur la rédaction d'une fiche d'entreprise

Entre deux visites médicales, nous discutons avec Isabelle Marchand[2] d'un malentendu qu'elle a eu avec Corinne Asselin. Celle-ci s'est rendue dans un cabinet d'étude et, suivant le protocole, a réalisé une fiche d'entreprise et a évalué les risques auxquels est exposé un salarié de bureau alors que la médecin avait demandé à ce qu'aucune évaluation ne soit faite considérant qu'il y avait peu de risque et un seul salarié. Pour elle les priorités sont ailleurs, elle pense notamment à une entreprise de couverture et toiture qui emploie beaucoup d'apprentis. Corinne Asselin est DP au CHSCT et, selon Isabelle Marchand qui prend alors un ton compatissant, *« elle s'en est pris plein la figure par les médecins »* qui souhaitent que les ASST soient présentes dans les centres annexes. Elle ajoute qu'elle doit en avoir marre des médecins du travail. Lors de la réunion de médecins du travail du mois de novembre, suite à une CMT qui a eu lieu le matin même, une médecin demande d'un ton très virulent quand les ASST vont s'installer dans les centres annexes comme cela avait été prévu.

Quatre jours plus tard, à la fin d'une réunion de préparation de restitution avec Valérie Itier, Isabelle Marchand lui demande si elle a discuté avec l'ASST. Elle confirme que celle-ci est venue la consulter. Pour Isabelle Marchand il y a sûrement eu une incompréhension. Elle acceptait que l'ASST présente le service de santé au travail, mais sûrement pas faire une fiche d'entreprise qu'elle doit maintenant relire et envoyer à

1 Selon Richard Monnier, le problème est que ASST ne se rendent dans les entreprises que si l'employeur est d'accord (et ont peu de réponses positives) alors que si le médecin les envoie sur délégation, l'employeur ne peut refuser leur présence.

2 Cf. chapitre 6, 3.1.2, p. 369.

l'entreprise concernée. Selon sa responsable, qui insiste sur son perfectionnisme et sa conscience professionnelle, l'ASST ne comprend pas la réaction de la médecin, car elle s'est donné beaucoup de mal pour cette étude. Elle y a même travaillé en dehors de ses heures de travail, en ramenant le dossier chez elle, en pensant que c'était une demande spéciale de la médecin qui en avait besoin rapidement. Justement non, elle ne voulait pas que cette étude se fasse. La médecin voit l'ASST le mardi suivant pour en parler.

(Observations avec Isabelle Marchand, les 19 et 23 novembre 2012)

Deux ans après ce malentendu, Isabelle Marchand m'explique que pendant un moment elle n'adressait plus de demandes aux ASST : *« je n'arrivais pas à suivre et leur document est tellement lourd que le message qu'on veut transmettre ne transparaît pas ».* Les ASST suivent un modèle qu'elles transposent à tous les rapports (rappel des obligations légales, description administrative de l'activité…). Isabelle Marchand qui souhaite faire passer un message en envoyant une fiche d'entreprise à un employeur trouve que les risques essentiels sont noyés dans cette masse d'informations : *« c'est là où je trouve qu'il y a un problème, c'est qu'elles [les ASST] n'ont pas la compétence pour hiérarchiser les risques. Pour le moment en tout cas. »* Elle commence par reprendre elle-même les fiches rédigées par les ASST puis elle se rend compte que ce travail lui prend trop de temps : *« je ne vais pas me rajouter du travail que j'estime pas indispensable ».* Donnant la priorité aux salariés en difficulté, elle peut attendre trois ou quatre mois avant de reprendre les fiches d'entreprises :

> « Ce que les assistantes en santé au travail ont du mal à comprendre, c'est qu'elles font tout un travail et qu'il n'y ait pas de restitution après. Par exemple elles vivent mal le fait qu'ils soient dans mon tiroir. Mais moi je les ai parcourus, je veux dire je les ai lus en travers. Il n'y avait rien de dangereux, rien d'alarmant, ça peut attendre. Et eux ils se disent : "ben tout ce travail qu'on a fait, on l'a fait pour quoi ?" Et ben ils l'ont fait pour moi, voilà. Et ça ils ont du mal à l'accepter. »
> (entretien avec Isabelle Marchand, médecin du travail, 52 ans, SI1)

Un désajustement s'opère entre l'organisation et les pratiques de travail des ASST et les attentes médicales à leur égard. D'autant plus que ces attentes qui suivent une logique professionnelle ne correspondent souvent pas à celles portées par les directions qui cherchent à assurer une prestation à un maximum d'adhérents. Nous voyons dans l'observation ci-dessus qu'« autonomes et "autocéphales", certaines secrétaires vont jusqu'à emporter des dossiers, qu'elles jugent particulièrement intéressants, complexes et surtout longs à traiter, à leur domicile pour les compléter. Leur fierté des résultats et du travail bien fait semble moins

représenter le rêve d'être soi-même entrepreneur (se) que le désir d'être reconnu(e) à sa juste valeur, à son juste statut surtout : celui de cadre. »[1] Les ASST, en quête d'autonomie, s'investissent comme préventrices en réalisant une première évaluation des risques au sein des entreprises demandeuses. Mais ce travail n'est pas toujours bien accueilli par des médecins qui n'en ont pas forcément fait la demande et perdent du même coup la maîtrise de la définition des risques prioritaires.

Les médecins souhaitent déléguer une partie de leur travail aux ASST, ce qui les maintient dans une position d'assistance. C'est finalement cette définition de leur travail qui tend à s'imposer, comme le présente Jean Miceli, bien qu'il précise, *« ce n'est pas complètement solutionné ce truc-là, c'est l'un des points d'achoppement des difficultés qui sont toujours en train d'être élucidées ou arrangées ».* L'intégration des ASST à des équipes médicales suscite de vives tensions.

2.4.2 Résistances à la constitution d'équipes « pluridisciplinaires »

La question de la supervision du travail des ASST se cristallise au moment de la constitution d'équipes « pluridisciplinaires » au sein de plusieurs secteurs réunissant les « centres annexes »[2] du SI1. Chacune des ASST y rejoindrait des équipes composées de médecins, leurs assistantes et d'infirmières. Alors que les médecins du travail attendent avec impatience ce déménagement, les ASST refusent de quitter leur bureau commun au sein du siège et de se placer sous la subordination directe des médecins.

Alors que, comme nous l'avons vu précédemment, d'anciennes secrétaires médicales s'émancipent du binôme médical pour intégrer le statut d'ASST au sein d'un pôle de « prévention des risques professionnels » construit en opposition à un « pôle » médical ; il est difficile ensuite de leur demander de se placer de nouveau sous la subordination des médecins. Les ASST craignent de retrouver une relation hiérarchique directe et d'ainsi perdre l'autonomie qu'elles avaient ressentie en devenant ASST.

Cette question est l'un des points cruciaux de l'intervention d'un cabinet spécialisé dans la prise en charge des RPS qui intervient au SI1 sur demande du CHSCT, soulignant à quel point la prescription de l'activité des ASST est un enjeu central dans le service. En

1 Philippe ALONZO et Olivier LIAROUTZOS, « Secrétaires : des carrières à la traine », *op. cit.*, p. 65.
2 Les centres annexes sont des locaux situés hors du siège réunissant initialement des médecins et des assistantes dans diverses zones géographiques couvertes par le service interentreprises.

novembre 2012, après beaucoup de temps passé par le groupe de travail en charge des ASST qui s'est *« arraché les cheveux sur le sujet »*, il est acté lors d'une CMT que les ASST doivent rejoindre ces centres, bien qu'aucune date de déménagement ne soit fixée.

Encadré 5.3 : Conflit entre les ASST et les médecins au SI1

En décembre 2012, lors de la partie « questions diverses » d'une réunion mensuelle de médecins du travail, la discussion dérive sur le rôle du médecin référent pour la pluridisciplinarité (la question étant de savoir si celui-ci doit l'être pour l'ensemble des préventeurs non médicaux ou s'il faut qu'il y ait un médecin référent par corps de métiers) et sur les relations avec les ASST plus généralement. À ce moment-là, Valérie Itier se déplace du fond de la salle au côté du bureau qui lui fait face pour dire que les membres du pôle PRP réfléchissent à l'organisation du travail avec les médecins. La discussion qui n'est pas à l'ordre du jour durera finalement 1 h 30.

Le débat est houleux. La première médecin à prendre la parole annonce que les ASST se prennent pour des IPRP. *« C'est une histoire de pouvoir. Moi je m'en fous, je pars à la retraite, mais vous verrez quand vous serez une minorité, qui est-ce qui décide »*. Il ressort des discussions entre médecins que la première ASST à avoir été formée, par ailleurs déléguée syndicale, *« impose sa loi »* en défendant l'idée que les ASST doivent rester au siège du service. Le directeur en aurait peur.

Les réactions sont très vives lorsqu'un médecin dit que les ASST sont du côté des employeurs en faisant surtout de la promotion pour le service bien que les médecins aient insisté pour qu'elles rédigent une première version de la fiche d'entreprise. Selon lui, la démarche est différente entre une fiche d'entreprise demandée par le médecin en fonction de ce qu'il a vu de l'entreprise ou entendu lors des visites médicales ou une demande qui émane du chef d'entreprise.

Il ressort également du débat que les manières de travailler des ASST sont trop protocolaires et qu'elles devraient apprendre à s'adapter. Les demandes médicales varient en fonction du message qu'ils veulent porter auprès de l'entreprise. Quelques médecins font cependant valoir qu'il est normal qu'elles agissent tel qu'on leur a enseigné au cours de leur formation. L'un d'entre eux ajoute qu'il aimerait que les réponses soient un peu plus rapides, ce qui est possible si les ASST sont moins perfectionnistes.

Valérie Itier répond que les ASST font leur travail le mieux possible. Isabelle Marchand en convient, mais ajoute que ce n'est pas nécessaire, les médecins relisent la fiche rédigée et ne demandent pas la perfection, mais un outil pour avancer dans leur travail. Un autre médecin insiste de nouveau en disant qu'ils vont avoir de plus en plus besoin d'aide, mais qu'ils vont accompagner les ASST. Les médecins font valoir l'argument que légalement ils sont animateurs et coordonnateurs de l'équipe pluridisciplinaire. Il est pour eux nécessaire de travailler avec *« l'équipe qu'on va diriger »*. On voit clairement se dessiner ici l'enjeu d'un contrôle médical du travail de ces assistantes.

Valérie Itier dit que les ASST sont en grande difficulté et craignent de perdre la cohésion de leur pratique si elles sont dispersées dans différentes équipes. Martine Molier fait valoir que les médecins ont besoin d'un accompagnement sur la durée pour appréhender les effets de la prévention au sein des entreprises, ce qui peut-être intéressant pour les ASST et donner plus de perspectives à leur métier. Valérie Itier récapitule ce qu'elle a compris de la discussion : les médecins souhaitent que les ASST travaillent en équipe, ce à quoi ils répondent en cœur *« oui ! »*.

(Observation réalisée le 10 décembre 2012)

Les ASST craignent d'autant plus d'intégrer ces équipes que la répartition des tâches avec les infirmières n'est pas clairement définie. Elles redoutent que ces dernières s'approprient une partie de leur travail au cours de leurs actions en milieu de travail, comme l'annonce Martine Molier, elle-même en faveur de l'action en milieu de travail des infirmières et de l'intégration des ASST aux équipes pluridisciplinaires, trouvant beaucoup plus efficace d'avoir toujours affaire à la même ASST :

> « J'ai demandé [que l'infirmière] aille voir certains postes de travail. Les ASST ont cru qu'elles allaient prendre leur travail dans les entreprises. Ce n'était pas l'idée parce que l'infirmière en plus a très vite compris... Nous [elle nomme l'infirmière par son prénom] elle a très vite compris que ce n'était pas son domaine, son job, que ça n'avait pas d'intérêt, qu'il n'y avait pas de valeur ajoutée. Qu'elle était plus là pour faire le lien, les consultations, l'entretien, faire passer des entretiens ! Et que par contre elle avait des connaissances qui pouvaient aider l'ASST à faire sa fiche d'entreprise. Là il y en a une ou deux qui ont bien compris. Des ASST qui ont bien compris que ce qu'elle avait comme connaissances pouvait les aider à voir des choses en entreprise auxquelles elles n'avaient pas accès autrement. Ou tu n'as accès que parce que les gens te l'ont dit : des anomalies de fonctionnement, des process un peu curieux, que de l'extérieur tu ne vas pas voir parce qu'on ne t'a pas prévenu. Que tu ne peux savoir que par les salariés en quelque sorte. Donc il y en a une ou deux qui l'ont bien compris. J'espère que ça va un petit peu s'atténuer ça. Mais au départ je t'avais raconté déjà qu'avec les ASST c'était difficile... » (entretien avec Martine Molier, médecin du travail, 56 ans, SI1)

En juin 2014, alors que le SI1 compte six ASST, les « équipes pluridisciplinaires » ne sont toujours pas mises en place. Il est alors envisagé que le travail d'une à deux ASST soit *« affecté de manière privilégiée »* à un secteur, mais non directement à un médecin du travail. Selon Martine Molier, *« elles le vivent toujours aussi mal. Ce n'est pas très atténué. Il y en a deux qui sont très campées sur leurs positions, les premières. »* Il n'est pas anodin que les ASST les plus anciennes dans la fonction qui ont contribué à construire le métier et ont déjà

subi les conflits liés à la division du travail avec les IPRP alors qu'elles se projetaient dans un rôle proche du leur, soient les plus réticentes à rejoindre les équipes médicales :

> « [elle soupire] les deux secteurs 1 et 2 sont plus petits donc c'est plus cohérent. Ils ont pu plus facilement discuter. Nous [secteur où se trouve le siège du service et le pôle PRP] on est un gros secteur, c'est plus compliqué. Ça a été vécu peut-être un petit peu toute cette nouvelle organisation et cette sectorisation imposée, justement les ASST ont le sentiment d'avoir perdu. Ce n'est pourtant pas une guerre, mais elles ont l'impression d'avoir perdu, que tout a été gagné par les médecins pour trouver du pouvoir. Mais la loi, elle est écrite comme ça malgré tout. C'est le médecin qui est animateur. Donc l'inspection du travail nous l'a rappelé en quelque sorte en nous demandant de nous sectoriser.
> - Et les médecins ils le prennent comment ?
> - [Elle reste silencieuse] je ne sais pas trop… Ils sont lassés... je pense... de toujours avoir à retravailler ces questions-là, avec les ASST entre autres. » (entretien avec Martine Molier, médecin du travail, 56 ans, SI1)

En effet, en juillet 2014, après un an de discussions, une enquête demandée par le CHSCT du service sur les RPS et une sectorisation rendue obligatoire par l'agrément de la DIRECCTE, la décision de recruter en CDI un médecin responsable de ces équipes est actée au SI1. À l'inverse d'un médecin coordonnateur, il n'est pas élu. Ce médecin coordonne et supervise, au sein des quatre secteurs géographiques, le travail d'équipes composées de médecins, assistantes, infirmières, ASST et hygiénistes.

Deux candidatures ont été présentées en interne, mais c'est un médecin extérieur qui leur a été préféré pour sa neutralité. Selon Isabelle Marchand qui assurera cette fonction à partir de 2015 :

> « Ce n'est pas un tort, je pense, parce que là il y avait le service médical d'un côté, les services IPRP de l'autre et ils faisaient des trucs dans leur coin sans nous prévenir. Donc c'est pas plus mal, le travail doit être collectif. Et puis c'est quand même un service médical avant d'être un service d'hygiène et de sécurité donc il faut recadrer les choses. » (entretien avec Isabelle Marchand, médecin du travail, 52 ans, SI1)

Dans cette nouvelle organisation hiérarchique et bien que le médecin responsable des équipes puisse superviser la division du travail entre IPRP (la répartition des demandes médicales), Valérie Itier conserve son poste contre l'avis des médecins. Bien que faisant par ailleurs appel à ses compétences de psychologue, les médecins rencontrés lui reprochent son contournement des médecins du service dans son rôle de coordination (en prenant elle-même contact avec des employeurs ou en envoyant des courriers aux médecins traitants).

Qu'un membre de la profession médicale détienne ce poste de management intermédiaire, permet aux médecins du travail de moins en moins nombreux au sein du service, d'établir un contre-pouvoir face à une direction qui détient légalement la définition des missions de prévention :

> « Avant c'est nous qui étions plutôt prescripteurs, mais maintenant tout le monde peut être prescripteur. Les responsabilités qui étaient sur nous ont plutôt basculé à la direction, enfin aux services de santé au travail. Et donc ça il va falloir le travailler aussi. Comment on s'organise pour que ça reste cohérent ? Parce que si c'est le directeur qui a une demande d'une entreprise, il faut que ça rentre quand même dans une globalité et que ce ne soit pas une demande à côté, qui va être traitée à côté, mais qui ne servira pas à l'ensemble. Il va falloir trouver un petit peu de cohérence par rapport à ça, je pense. » (entretien avec Martine Molier, médecin du travail, 56 ans, SI1)

Bien que dans les textes les ASST assistent premièrement des médecins qui « animent et coordonnent les équipes », la loi du 20 juillet 2011 renomme les « assistantes de santé et sécurité au travail » en « assistants de services de santé au travail », ce ne sont plus des assistantes au service de la santé et de la sécurité, mais à celui des services interentreprises, dirigés par leurs directions. Comme l'indique Blandine Barlet, « un double glissement s'opère donc, des "assistantes santé travail" aux "assistantes de services de santé au travail", et de la mise en avant d'un objectif de gain de temps médical à celle d'un objectif de prestations de service aux entreprises. Les termes sont clarifiés en ce sens : les "assistantes" s'éloignent de leur mandat premier d'assistance des médecins pour embrasser une activité polyvalente sous le contrôle direct du management des services. »[1]

Lors des premiers recrutements d'IPRP et des premières reconversions d'ASST dans des services interentreprises où la division du travail était complètement à construire et les médecins encore fortement présents, l'enjeu est pour eux de défendre la présence de nouveaux groupes professionnels. Les nouvelles recrues cherchent à construire leur identité professionnelle en opposition à celle des médecins dont les pratiques de prévention sont dévalorisées. Les IPRP, avec le soutien des directions, ne définissent pas leurs pratiques comme paramédicales et les ASST se rapprochent d'eux pour éviter la délégation médicale. Mais à mesure que ces groupes professionnels se construisent, que celui des médecins du travail s'amenuise et que les tâches sont plus clairement réparties, les IPRP ont moins intérêt à

1 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 274.

s'opposer aux médecins du travail. Non seulement leur travail reste prescrit par eux, mais les IPRP peuvent également trouver du soutien auprès des médecins pour faire valoir leurs diagnostics au sein des entreprises. Les ASST, moins qualifiées, ont moins de ressources pour échapper à la constitution d'équipes « pluridisciplinaires » dirigées par les médecins à laquelle l'arrivée des infirmières a contribué. Elles sont amenées à terme à les rejoindre même si elles résistent fortement. Bien que prenant des voies détournées, le contrôle médical des activités de prévention n'a pas disparu. Les médecins, placés dans une position d'encadrement n'effectuent plus seuls ce travail, mais supervisent une prévention réalisée collectivement.

Conclusion

Le recrutement et la reconversion de professionnels non médicaux au sein des services interentreprises s'opèrent via des dispositifs de gestion encadrés par leurs directions. Ces professionnels ne disposent pas du statut protecteur des professions de santé et le contrôle administratif de leur travail est accru par rapport à elles. À défaut de travailler au sein du cabinet médical, ils investissent « l'action en milieu de travail », outil de prévention des risques professionnels auparavant considéré comme subsidiaire par rapport à l'évaluation de l'aptitude. Ainsi les directions de services interentreprises, qui obtiennent le mandat de prévention auparavant attribué aux seuls médecins, contrôlent davantage la prévention. Les préventeurs non médicaux, réunis derrière une même habilitation se constituent peu à peu en un groupe professionnel d'IPRP. Ils partagent des savoir-faire spécifiques au travail au sein des services interentreprises au sein d'une association soutenue par le CISME et cherchent à échapper à la domination médicale pour élaborer des pratiques professionnelles autonomes. C'est également le cas des anciennes secrétaires médicales qui se forment au métier d'ASST et trouvent auprès des IPRP un appui pour intervenir, elles aussi, au sein des entreprises adhérentes.

Mais le contrôle du travail s'opère également par la division des tâches et ce sont les médecins qui comme responsables des effectifs de salariés à suivre et des « secteurs » qui leur sont attribués, prescrivent et délèguent aux autres préventeurs une partie des tâches qui leur incombaient précédemment. Bien qu'une majorité de médecins du travail soit initialement réticente à partager le travail, ils délèguent tout d'abord la mesure du risque physique, ce qu'ils considèrent être un sale boulot auquel ils sont peu formés. D'autres médecins, convaincus de l'importance des interventions au sein des entreprises, valorisent la

collaboration avec de nouveaux collègues dotés de savoirs et savoir-faire différents et sont prêts à partager le diagnostic des situations de travail avec eux. La reconnaissance de cette expertise est en effet revendiquée par les IPRP. Ils arrivent d'autant mieux à la faire reconnaître qu'ils sont qualifiés dans des disciplines qui échappent au contrôle médical et qu'ils délèguent leur propre « sale boulot » aux ASST. Celles-ci sont principalement chargées du démarchage auprès des entreprises adhérentes. Elles y effectuent un premier repérage des risques professionnels pour promouvoir le nouvel outil de prévention qu'est « l'action en milieu de travail ».

Cette division du travail et les dispositifs de gestion qui l'accompagnent renforcent l'encadrement des pratiques de prévention par les directions de services interentreprises. Mais il ne faut pas non plus occulter que les médecins du travail, professionnels historiques des services, contrôlent encore en partie ce travail de prévention. Ils sont largement prescripteurs du travail des IPRP qui bien que hiérarchiquement autonomes ont besoin d'eux pour soutenir leurs analyses des situations de travail au sein des entreprises. Les ASST quant à elles, sont du fait de leur statut professionnel par essence subordonné, d'autant plus exposées aux enjeux de pouvoir au sein des services. D'importants conflits se font jour afin de savoir si elles travaillent sur ordre des directions de services interentreprises ou des médecins. Bien que réticentes à réintégrer des équipes médicales, elles rejoignent les équipes « pluridisciplinaires » dont le travail est supervisé par les médecins.

Conclusion de la partie II

Nous pouvons « voir derrière la diffusion de tout dispositif de gestion, non des acteurs empreints seulement de logique organisationnelle, mais aussi de logique professionnelle. »[1] Bien qu'une majorité de médecins du travail soit initialement réticente à la réorganisation du travail au sein des services interentreprises, la participation de certains d'entre eux dont l'idéologie professionnelle s'ajuste à ces dispositifs et qui tentent d'améliorer par ce moyen leur position dans les services interentreprises suffit à légitimer la division du travail qui s'instaure, supervisée par les professionnels. Les préventeurs non médicaux nouvellement recrutés et les assistantes en reconversion fondent également la légitimité de leurs actions sur ces dispositifs qui encadrent étroitement leurs pratiques de travail.

Bien que la définition des activités de routines des médecins du travail soit encadrée par de tels dispositifs depuis longtemps, leur statut professionnel protège le contenu même de cette activité. Le contrôle opéré par de tels dispositifs s'étend aujourd'hui à la division du travail et la redéfinition des activités de prévention considérées comme les plus légitimes qui sont attribuées aux préventeurs non médicaux. Mais bien qu'ils ne soient plus les seuls préventeurs et qu'ils partagent les tâches préventives avec d'autres, les médecins du travail gardent une position centrale au sein des services interentreprises. Eliot Freidson considère ainsi que « tant qu'une profession est indépendante des métiers avec lesquels elle est en contact dans la division du travail quand il s'agit d'évaluer et de contrôler l'aspect technique de son propre travail, sa qualité de profession n'est pas significativement affectée ni du fait de sa dépendance par rapport à l'État, ni même de ce qu'elle n'exerce pas intégralement son contrôle sur l'aspect socio-économique de ce travail »[2]. Malgré les nouvelles dispositions encadrant leur travail, les médecins du travail maintiennent ainsi leur indépendance par rapport aux préventeurs non-médicaux et aux assistants.

En tant que responsables des « secteurs » composés d'entreprises adhérentes qui leur sont attribués et du fait de leur autorité médicale, les médecins prescrivent et délèguent aux autres préventeurs une partie des tâches qui leur incombaient précédemment. Les préventeurs non médicaux acceptent plus ou moins cette subordination qui est visible dans la répartition

1 Valérie BOUSSARD, « Introduction. Qui fait la gestion ? A propos des figures du manager et du professionnel », *op. cit.*, p. 27.
2 Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, *op. cit.*, p. 35.

spatiale des équipes au sein des services. Elle ne pose pas question aux infirmières qui côtoient les médecins au sein des cabinets médicaux et partagent leur culture professionnelle en tant que groupe paramédical. Les médecins leur délèguent le suivi sanitaire de la population salariée. S'ils partagent l'accès à la parole des salariés protégée par le secret médical avec cette profession de santé, seuls les médecins sont en mesure d'évaluer l'aptitude au travail qui reste leur prérogative professionnelle. Ils se concentrent sur le suivi des salariés, dont l'aptitude peut être remise en cause.

L'évaluation de l'exposition des salariés aux risques professionnels au sein des entreprises est quant à elle prescrite à des préventeurs non médicaux. Lors de nos observations, leurs bureaux se trouvent au sein des sièges des services interentreprises, à côté de ceux des directions. Les IPRP ne constituant pas un groupe paramédical, leurs actions sont moins directement contrôlées par les médecins bien que ceux-ci les leur prescrivent pour une large part. De plus, si ces derniers contrôlent les conseils délivrés au sein des entreprises en participant aux restitutions d'enquête, cette forme d'autorité peut constituer un soutien pour des IPRP qui n'ont pas de pouvoir coercitif au sein des entreprises. Les relations sont plus conflictuelles avec les ASST qui, au SI1 par exemple, sont très réticentes à rejoindre les équipes pluridisciplinaires composées des infirmières et dirigées par les médecins. S'étant éloignées du contrôle médical en se rapprochant du pôle de prévention non médicale, elles ont construit la légitimité de leur position sur une identité professionnelle éloignée d'un rôle paramédical. Mais moins qualifiées et pratiquant un métier par essence subordonné, elles sont moins dotées que les IPRP pour ne pas quitter le siège du service et rejoindre ces équipes dans les centres « annexes ».

Il n'existe donc pas de déprofessionnalisation des anciens services de médecine du travail, mais bien une intégration des professionnels historiques de ces services à l'encadrement des nouveaux professionnels recrutés. D'autant plus que comme le souligne Everett Hughes, le médecin a un rôle spécifique. C'est lui qui prend les « décisions ultimes, avec tous les risques que cela comporte et toutes les protections que cela exige »[1]. Mais la redéfinition de la professionnalité des médecins du travail se joue également en dehors de cette division du travail, voir la favorise pour certains comme nous allons le voir dans le chapitre suivant.

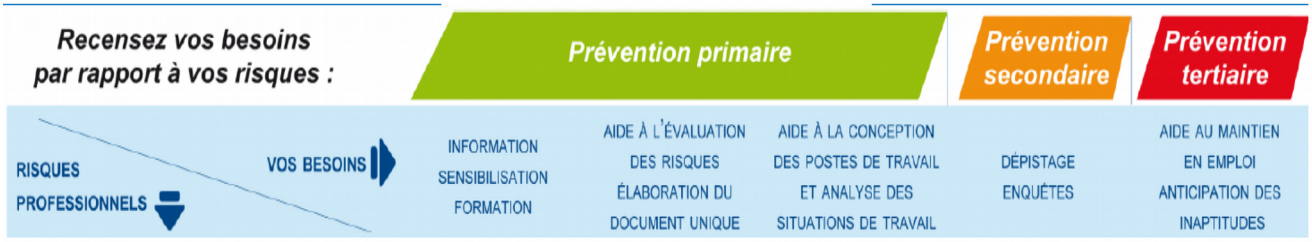
1 Everett HUGHES, *Le Regard sociologique*, *op. cit.*, p. 65.

Partie III

D’un outil à l’autre : le maintien d’un instrument

Une affiche du CISME est accrochée près de la porte dans le hall d'entrée du SI4 ainsi que dans le bureau du directeur. Un schéma y récapitule les bénéfices de l'évolution de la « médecine du travail » à la « santé au travail » qui passe d'une prévention tertiaire pratiquée « hier » à « demain » une prévention primaire en passant « aujourd'hui » par une prévention secondaire[1]. Cette typologie associe la division du travail interne aux services interentreprises à la classification de la prévention promue par l'Organisation mondiale de la santé selon laquelle la prévention primaire est destinée à empêcher la survenue d'accident ou de maladie ; la prévention secondaire vise à dépister les maladies professionnelles avant qu'apparaissent des signes cliniques et la prévention tertiaire consiste à soigner des problèmes de santé déjà bien identifiés[2]. Comme nous le verrons dans les deux chapitres de cette partie et comme schématisé ci-dessous[3] (cf. document III.1), la prévention primaire, jugée plus efficace, est pratiquée par les préventeurs non médicaux, IPRP et ASST, au cours de l'action en milieu de travail alors que les médecins sont peu à peu cantonnés à la prévention tertiaire. La prévention secondaire réalisée au cours d'enquête repose quant à elle sur un travail collectif.

Document III.1 : Division du travail entre prévention primaire et tertiaire



Source : Nadine BARRON, Blandine BOISNARD, Gérard DESNOYERS, Alain JABÈS, Colette JACQUES, Benoît MAUGUY, « Élaboration d'un projet de service : un enjeu pour les équipes et un atout pour la santé au travail », *Journées santé travail du CISME*, 18 octobre 2011[4].

1 Observation réalisée le 13 octobre 2010.

2 Pour une définition plus complète, voir : François PRÉVOTEAU DU CLARY, « Prévention », *in* Dominique LECOURT, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, p. 897. « De la promotion à la santé concernant l'ensemble des populations qu'est la prévention primaire, s'attachant à empêcher l'apparition des maladies et proposant les vaccinations de masse, elle s'intéresse aux populations à risque, groupes à risque, individus à risque et situations à risques en devenant prévention secondaire. Elle se trouve alors à la limite du diagnostic précoce ou dans la foulée du dépistage, elle tâche d'éviter la propagation des épidémies. Elle devient curative en prévention tertiaire après constat d'une situation très dégradée ou d'un désordre infraclinique retrouvé par l'investigation, le prélèvement biologique, le résultat biomoléculaire, l'imagerie morphologique, le test, etc. Elle est enfin prévention quaternaire s'occupant de réadapter l'homme malade à son milieu ».

3 Nous noterons le « code couleur » vert/orange/rouge usuel des méthodes d'évaluation des risques qui associe chacune des couleurs à la gravité du danger. Le rouge est à traiter en priorité, car plus dangereux.

4 Diaporama de présentation : http://www.cisme.org/wpFichiers/1/1/Ressources/File/JST/JST%202011/11d-DiapoJabes-Jacques.pdf, consulté le 27 juin 2017.

Dans un même mouvement, cette rhétorique évolutionniste portée par les promoteurs de la réforme disqualifie l'action médicale et promeut les pratiques des préventeurs non médicaux. Elle participe alors d'un « processus de délégitimation d'instruments d'action publique [...] au nom d'une rationalité différente, de la modernité ou de l'efficacité. »[1] L'évaluation de l'aptitude pratiquée par les médecins du travail se trouve ici discréditée. Héritière de la médecine d'assurance et d'une tradition eugéniste, l'aptitude médicale est un instrument d'abord critiqué par les professionnels eux-mêmes, notamment dans la fonction assurantielle que lui attribue un certain nombre d'employeurs qui s'estiment protégés en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle si les salariés ont été suivis médicalement[2]. Mais c'est quand les institutions européennes marquent un tournant dans les politiques préventives en valorisant l'évaluation des risques et la planification de la prévention dans les années 1990[3], que cette critique se diffuse. L'évaluation de l'aptitude comme instrument d'action publique de prévention est d'autant plus questionnée qu'elle laisse place à un autre instrument, l'évaluation des risques professionnels, plus conforme aux nouvelles exigences de rationalité.

Au cours de notre enquête, les services interentreprises sont le lieu d'une reconfiguration où se mêlent des modes de prévention anciens et nouveaux. En prêtant attention aux pratiques de travail des professionnels de ces services, nous interrogeons leur mobilisation de ces outils et les effets qu'elle induit sur leur rapport au public. En effet, la focalisation sur l'établissement de la « pluridisciplinarité » et la division du travail qui s'en suit occulte un autre phénomène explicatif tout aussi déterminant des changements de pratiques préventives que nous avons observé en nous intéressant au travail qui constitue souvent la « part oubliée des restructurations »[4], à savoir le suivi croissant pour les médecins de salariés exposés à de mauvaises conditions d'emploi et de travail (chapitre 6). Cette transformation du public reçu au cours des consultations médicales est un enjeu pour la constitution de leur métier qui redevient plus « médical ».

Par ailleurs le changement de public a aussi un effet sur l'instrument. La concentration de l'activité médicale sur un public à la santé précaire favorise la délégation du suivi régulier de l'ensemble des salariés aux infirmières au sein du cabinet médical ou aux IPRP et ASST

1 Pierre LASCOUMES et Patrick LE GALÈS, *Gouverner par les instruments*, *op. cit.*, p. 26.
2 Pascal MARICHALAR, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *art. cit.*, p. 41.
3 Vincent VIET et Michèle RUFFAT, *Le choix de la prévention*, *op. cit.*, p. 243.
4 Marie RAVEYRE et Pascal UGHETTO, « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières », *art. cit.*

lors d’actions en milieu de travail où ils mobilisent le nouvel instrument de l’aide à l’évaluation des risques. Mais dès lors comment se joue la répartition de l’autorité sur les questions de santé au travail ? Nous verrons que ce nouvel instrument de prévention n’induit pas l’établissement d’un rapport foncièrement différent entre les préventeurs et le public (chapitre 7).

Chapitre 6

Vers la fin de l'aptitude ? Concentration médicale sur un public à la santé précaire

> « Les inaptitudes que l'on fait pour "souffrance au travail" sont aussi en nette augmentation. Alors après ça dépend de la sensibilité de chacun. Il y a des médecins du travail qui ne veulent rien voir et puis : "Bon, ben débrouillez-vous. Oui, je vois bien que vous n'allez pas bien. Mais débrouillez-vous, vous n'avez qu'à démissionner." Et puis il y en a d'autres, qui disent : "Ben non, vous n'allez pas démissionner. Vous allez perdre tous vos droits. Moi, je vous mets inapte." Mais enfin globalement, il y en a de plus en plus. Même ceux qui n'en font pas beaucoup, ils en font plus qu'avant. » (entretien avec Brigitte Moreau, médecin du travail, 59 ans, SI4)

Comme l'a montré Michael Lipsky à propos des fonctionnaires subalternes[1], au-delà d'une simple application de la règle, le contact avec le public amène les agents à redéfinir, du fait de leur « pouvoir discrétionnaire »[2], le contenu concret des politiques publiques qui ne

1 Michael LIPSKY, *Street-level bureaucracy*, *op. cit.*
2 Alexis SPIRE, *Accueillir ou reconduire*, *op. cit.*

sont pas seulement imposées « d'en haut », mais aussi négociées « par le bas ». En médecine du travail, cela s'est traduit par l'aménagement de l'instrument central des politiques françaises de prévention de la santé au travail au cours du XXe siècle qu'est l'aptitude. Le statut de ce dispositif qui trouve son origine dans une approche populationnelle de la santé au travail relevant de la sélection de la main-d'œuvre[1] a toujours été ambigu pour une médecine qui a pour mission d'assurer la prévention de la santé des salariés. Le problème devient particulièrement saillant entre la fin des années 1980 et le début des années 1990 quand les effets de la crise de l'emploi se font sentir dans l'activité quotidienne des médecins du travail qui peuvent exclure de l'emploi des salariés par une simple décision d'inaptitude. Ces médecins « se trouvent dans une injonction de plus en plus forte entre droit au travail et droit à la santé »[2], ce qui souligne l'importance de leur pouvoir discrétionnaire. C'est au cours de cette période que la critique de l'aptitude s'étend parmi des professionnels qui la jugent inefficace en matière de prévention et remettant en cause leur indépendance professionnelle, et que se développe un droit à l'inaptitude protégeant les salariés déclarés inaptes.

Mais malgré les critiques, l'instrument reste central dans le fonctionnement des services interentreprises. C'est l'effet combiné de la diminution des effectifs médicaux et de la réforme du suivi régulier des salariés (cf. chapitre 4) qui concentre l'activité des médecins du travail sur des visites jugées prioritaires au sens où l'évaluation de l'aptitude y semble plus cruciale. Nous l'avons vu, les visites « non périodiques » augmentent de 22,4 % de 2000 à 2012 au sein du SI1 malgré le fléchissement du nombre total de visites (cf. chapitre 4, graphique 4.1). Corrélativement, sur l'ensemble des visites médicales, la part des « non-périodiques » est passée de 34,4 % en 2000 à 56,4 % en 2012 au sein du SI1. Cette réorganisation du travail concentre l'activité médicale sur la prise en charge d'un public à la santé précaire.

Les liens entre santé et travail sont complexes à démontrer, car si les conditions de travail déclarées se détériorent, elles n'ont pas forcément d'effet immédiat sur la santé ; étudier des visites médicales qui se distribuent différemment selon les trajectoires professionnelles et de santé peut cependant permettre de rendre compte de fortes disparités de santé selon les trajectoires professionnelles[3] et de leur prise en charge par les médecins du

1 Philippe DAVEZIES, « La prise en charge de la santé au travail en France : aperçu historique sur les fondements idéologiques de l'institution », *Médecine et travail*, 2000, n° 183, pp. 42-44.

2 Sandrine CAROLY et al., *Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS*, *op. cit.*, p. 9.

3 Corinne METTE, Nicolas DE RICCARDIS, Lucie GONZALEZ et Thomas COUTROT, « Emploi, conditions de travail et santé des 30-50 ans: des trajectoires contrastées entre 2006 et 2010 », *in France, portrait social*,

travail. D'autant plus que si la plus grande visibilité, depuis quelques années, de certaines atteintes à la santé d'origine professionnelle (maladies liées à l'amiante, TMS, RPS, etc.)[1] peut amener salariés, employeurs et médecins à davantage solliciter les médecins du travail, « le caractère professionnel des atteintes à la santé, même dans des cas avérés, est le plus souvent dénié. Les conséquences sur la trajectoire [personnelle du salarié] encore davantage »[2].

Si nous n'avons pas pu étudier de trajectoires professionnelles et sanitaires de salariés à proprement parler, l'analyse du contenu de l'activité des médecins du travail exerçant en service interentreprises[3] permet de rendre compte de sa concentration sur un public à la santé précaire du fait de l'exposition à de mauvaises conditions d'emploi et de travail[4]. Nous avons plus particulièrement suivi quatre médecins du travail du SI1[5] qui ont accepté notre présence pendant une semaine au minimum afin d'étudier la répartition de leurs activités et leurs pratiques de travail. Au gré des opportunités qui se présentaient au cours de l'enquête, ces médecins ont été choisis pour leur diversité. Si Martine Molier nous a d'elle-même proposé de la suivre dans son travail, elle nous a présenté Jean Miceli comme étant particulièrement attentif aux salariés, au point de ne pas toujours se protéger. Nous verrons que si Isabelle Marchand s'engage quant à elle de manière moins personnelle, elle investit d'autres espaces professionnels. Christèle Muret, plus jeune, était plus éloignée de ce groupe de collègues, nous l'avons rencontrée au sein de l'association Santé et médecine du travail (cf. annexe 1).

INSEE Références, 2013, pp. 111-125.

1 Thomas AMOSSÉ, Véronique DAUBAS-LETOURNEUX, Fabienne Le ROY, Karine MESLIN et Katia BARRAGAN, *Les accidents du travail et problèmes de santé liés au travail dans l'enquête SIP. (In)visibilités et inscriptions dans les trajectoires professionnelles*, CEE, 2012, p. 9.

2 *Ibidem*, p. 149.

3 Comme l'indique Pascal Marichalar, les médecins exerçant en service autonome se concentrent beaucoup plus sur les cadres, professions intellectuelles, techniciens ou encore contremaîtres que ne le font les médecins des services interentreprises. Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire*, *op. cit.*, p. 101.

4 « Le processus d'effritement de la condition salariale prend sa source d'abord dans le développement du chômage de masse et la précarisation de l'emploi, celle-ci rejaillissant sur la précarisation du travail lui-même – au sens où l'activité de travail elle-même devient plus intense, plus dangereuse et dégradante pour la santé. » Stéphane BEAUD et Marie CARTIER, « De la précarisation de l'emploi à la précarisation du travail », *in* Stéphane BEAUD, Joseph CONFAVREUX et Jade LINDGAARD, *La France invisible*, La Découverte., Paris, 2006, p. 562.

5 Le service étudié est implanté dans un département où l'offre de service prime sur les autres secteurs d'activité. Selon l'Insee, au 1er janvier 2013, 64,4 % des établissements y relevaient du secteur « Commerce, transports et services divers » (et 21 % étaient spécifiquement dédiés à l'automobile). En 2011, ce secteur emploie environ 38 % des salariés du département, devant celui « Administration publique, enseignement, santé, action sociale » qui en emploie 33 % et l'industrie 18 %. Cette même année, les personnes en emploi sont majoritairement employées et ouvrières (ces deux catégories représentent chacune environ 27,5 % du nombre total d'emplois), les professions intermédiaires occupent ensuite 24,3 % des emplois et les cadres et professions intellectuelles supérieures en occupent 12 %.

En suivant ces médecins et en discutant avec eux, nous notons tout d'abord que la concentration de leur activité sur des salariés à la santé plus précaire et au bout du compte plus dégradée transforme leurs pratiques de travail. Nous verrons en effet, qu'ils gèrent de plus en plus les fins de carrières difficiles des salariés en mauvaise santé ou les « accidents de parcours » liés à la difficile conciliation des conditions de santé, de travail et d'emploi pour certains salariés. Finalement ces changements de pratiques et le rapport que ces médecins entretiennent avec un public plus précaire modifient leur rapport au métier et leur permet pour une part d'entre eux de requalifier une identité professionnelle mise à mal.

1 La rencontre d'un public à la santé précaire

Comme dans d'autres institutions de service au public[1], les médecins du travail sont confrontés à une précarisation du public qu'ils prennent en charge. Si les médecins ont tendance à supprimer l'existence sociale du malade[2], les médecins du travail ne peuvent complètement se défaire de ces attributs sociaux dont le travail est un marqueur fondamental qui de plus participe fortement des inégalités sociales de santé[3]. Les causes de la précarité sont souvent cherchées dans les formes d'emploi[4], mais il faut également les mettre en rapport avec le rôle fondamental du rapport santé-travail[5]. Valentine Hélardot montre que les mutations conjuguées de l'emploi et du travail renforcent les effets pathogènes du travail et complexifient sa conciliation avec des enjeux de santé pour une part croissante de salariés[6]. Selon elle, la précarisation des salariés est liée au développement des contrats atypiques, à la

1 Nous pensons par exemple aux Caisses d'allocations familiales et aux services d'urgences des hôpitaux étudiés par Vincent Dubois et Jean Peneff. Vincent DUBOIS, *La vie au guichet*, *op. cit.* ; Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*, Paris, Métailié, 1992.

2 Erving GOFFMAN, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit, coll. « Le sens commun », 1968, p. 396.

3 Serge VOLKOFF et Annie THÉBAUD-MONY, « Santé au travail : l'inégalité des parcours », *in* Anette LECLERC, Didier FASSIN et Hélène GRANDJEAN, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », 2000, p.

4 Robert CASTEL, *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*, Paris, Gallimard, coll. « Folio. Essais », 1999, p. 646.

5 Annie THÉBAUD-MONY, « Le rapport santé-travail : instrument et enjeu de la précarisation sociale », *in* Béatrice APPAY et Annie THÉBAUD-MONY, *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, IRESCO, CNRS, coll. « Actions scientifiques fédératives de l'IRESCO », 1997, pp. 555-575.

6 « Les ouvriers sont tout particulièrement confrontés à l'instabilité de l'emploi, à la faiblesse des revenus et à une pénibilité du travail qui se traduit notamment par un nombre élevé d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Malgré la persistance de ces caractéristiques structurelles, la morphologie de la population ouvrière et ses conditions d'activité se sont transformées depuis les années 1970 : plus âgés (73 % des ouvriers ont plus de 30 ans), plus diplômés, ils, et surtout elles, sont plus souvent sous statut précaire et/ou à temps partiel. Les ouvriers travaillent aussi désormais davantage dans le secteur tertiaire (51 %) que dans l'industrie (29 %) et davantage dans des petites entreprises que dans les grandes. » Cédric LOMBA et Julian MISCHI, « Ouvriers et intellectuels face à l'ordre usinier », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 10 avril 2013, nº 196-197, p. 4.

reconfiguration des relations salariales s'éloignant du modèle salarié/employeur, à l'intensification du travail ainsi qu'à la sollicitation des subjectivités individuelles par le néo-management[1]. Elle note que « l'intensification du travail ravive des enjeux classiquement connus quant à la santé et à la sécurité des salariés sur les lieux de travail. […] Outre les sollicitations corporelles et mentales directes [elle] atteint également la santé en réduisant les marges de manœuvre laissées aux salariés dans la réalisation concrète du travail »[2]. Les salariés qui cumulent emplois précaires et mauvaises conditions de travail[3] sont les plus exposés.

1.1 Des publics spécifiques : entre entrée dans l'emploi et suspension du travail pour raisons de santé

Les médecins du travail consultent systématiquement, avant chaque vacation, leur planning afin d'anticiper la nature des visites programmées. En effet, la catégorisation des visites médicales prévue par le Code du travail a des effets concrets sur l'activité médicale, tant sur son organisation que sur le contenu même des visites (s'ensuivent la manière de mener et le contenu de l'entretien). Plusieurs types de visites médicales permettent aux médecins du travail de rencontrer ces publics spécifiques. Les visites d'embauche sont celles où ils rencontrent les salariés aux formes d'emploi les plus instables alors que les visites de reprise après un arrêt de travail les placent face à un public dont la santé a été dégradée, du fait du travail ou non.

1.1.1 Les visites d'embauche : faire face à l'instabilité de l'emploi

En visite d'embauche, les médecins du travail rencontrent les salariés aux formes d'emploi les plus instables (CDD, missions d'intérim...)[4] qui sont très majoritaires dans les flux d'embauche et dont le développement participe au fort taux de rotation de l'emploi[5]. Mis

1 Valentine HÉLARDOT, « Précarisation du travail et de l'emploi : quelles résonances dans la construction des expériences sociales ? », *Empan*, 2005, vol. 60, nº 4, p. 31.

2 Valentine HÉLARDOT, « Enjeux d'emploi, de travail et de santé : la quadrature du cercle », *in* Gilbert de TERSSAC, Corinne SAINT-MARTIN et Claire THÉBAULT, *La précarité: une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octarès, coll. « Le Travail en débats », n° 6, 2008, p. 78.

3 Michel GOLLAC et Serge VOLKOFF, *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte, coll. « Repères », 2007.

4 « Entre 1990 et 2007, selon les recensements de la population, la part des emplois temporaires dans l'emploi salarié est passée de 10 % à 15 %. » Olivier MARCHAND, « 50 ans de mutations de l'emploi », *INSEE Première*, septembre 2010, nº 1312, p. 4.

5 « Selon les déclarations uniques d'embauche (hors mission d'intérim) de l'Acoss, près de 80 % des intentions d'embauche de l'année 2006 correspondent à des CDD, et parmi ceux-ci les deux tiers sont des CDD de moins d'un mois (soit 9 millions). La même année, plus de 16 millions de contrats d'intérim ont été conclus : 88 % d'entre eux pour moins d'un mois et un quart pour une seule journée » Christine LAGARENNE

à part quelques salariés embauchés en CDI, les salariés rencontrés sont en contrat de professionnalisation, d'apprentissage, d'intérim[1] et CDD (dont certains correspondent à des « jobs étudiants » ou saisonniers dans la restauration). Environ deux tiers des salariés ont été précédemment employés pour un travail similaire à celui qu'ils commencent.

Au SI1, le nombre de visites d'embauche reste relativement stable de 2000 à 2012 (au minimum près de 19 100 visites en 2003 et au maximum 24 000 en 2007), mais du fait de la diminution du nombre de visites périodiques[2], la part des visites d'embauche sur l'ensemble de celles effectuées augmente de 6,5 points sur la période (de 12,1 points de 2003 à 2012) (cf. chapitre 4, graphique 4.1). En raison de la diminution des effectifs, chaque médecin rencontre davantage de salariés en visite d'embauche. Nous pouvons distinguer ce public selon plusieurs tranches d'âge. Les plus jeunes, jusqu'à une trentaine d'années ont des problèmes de santé plutôt bénins, bien que certains soient les signes avant-coureurs d'une usure liée au travail (lombalgies, migraines). Au début de leur carrière professionnelle, rien ne présage encore de la suite. Les problèmes de santé commencent à se déclarer à la fin de la trentaine (fourmillements dans les doigts, hernie discale) avant de sérieusement se dégrader chez les salariés de plus de 50 ans qui pâtissent de parcours professionnels et personnels plus heurtés.

Les visites d'embauche permettent tout d'abord de croiser des salariés plus jeunes qu'au cours d'autres types de visites (ils ont entre 18 et 57 ans et la moyenne d'âge est de 31 ans environ). Il faut dire « [qu'en 2009] la moitié des salariés embauchés en CDD, stage ou apprentissage ont moins de 29 ans [...]. D'ailleurs, parmi les moins de 25 ans, la part de ces formes particulières d'emploi est de 49,7 %. »[3] Si la santé de ces « jeunes » salariés est généralement bonne, elle peut connaître de légères altérations qui se manifestent par de petites pertes d'audition, lombalgies, migraines, prise de poids ou problèmes de peau (psoriasis). Quelques-uns ont eu des problèmes de santé plus importants avec lesquels ils composent dans le travail (telle cette serveuse, étudiante en CDD qui ayant eu, adolescente, des problèmes de colonne vertébrale, fait porter à ses collègues les caisses de bouteilles pleines et tient son plateau à deux mains ou cet ancien maçon de 24 ans qui, après une inaptitude, est devenu

et Pierre LAMARCHE, « L'usage des contrats de travail », *in L'emploi, nouveaux enjeux*, INSEE., 2008, p. 51.

1 Cette augmentation des formes atypiques d'emploi est à corréler à leur meilleure prise en compte au sein des entreprises et des services de santé au travail, au sein desquels un médecin est parfois dédié au suivi des intérimaires.

2 Il arrive aux médecins du travail de déclarer certaines visites d'embauche en visites périodiques quand ils estiment ne pas avoir besoin de revoir le salarié rapidement afin de réduire leur charge de travail.

3 Anne MANUY et Cédric NOUËL DE LA BUZONNIÈRE, « Une photographie du marché du travail en 2009. Résultats de l'enquête Emploi », *Insee première*, janvier 2011, nº 1331, p. 1.

laveur de vitres, mais dont les problèmes de santé lui ont finalement permis d'être reconnu comme travailleur handicapé[1]). Les médecins du travail conseillent aux salariés en relative bonne santé, de la préserver en faisant du sport tel que de la nage ou de la marche pour se muscler le dos ou faire circuler le sang (voir de porter des bas de contention), de faire des étirements pour palier les contraintes posturales (pour les agents d'entretien par exemple). Ces conseils peuvent parfois davantage relever de la prévention en santé publique. Ainsi Isabelle Marchand conseille à un peintre de 20 ans, précédemment pendant quatre ans en contrat de professionnalisation, dont l'audition est altérée d'écouter sa musique au casque moins fort. Il ne semble pas la prendre très au sérieux jusqu'à ce qu'elle lui explique à partir de l'audiogramme comment elle sait que l'affection n'est pas d'origine professionnelle.

Les salariés les plus âgés (qui ont entre 50 et 57 ans), bien que présents du fait d'une nouvelle embauche, connaissent les secteurs voire les entreprises dans lesquelles certains exerçaient déjà. Par exemple des agents d'entretien sont pris en « annexe 7 », un dispositif conventionnel de transfert de personnel au sein des entreprises de propreté, sur de nouveaux « chantiers » pour effectuer un travail qu'ils connaissent[2]. Les salariés sont également employés en fonction de leur expérience passée (un ancien gardien de prison devient par exemple agent de sécurité en CDI). Le médecin s'enquiert alors des conditions de travail (horaires, matériel mis à disposition…) et discute des risques réels avec le salarié. La précarisation de l'emploi, induisant une irrégularité de revenus, rend la préservation quotidienne de la santé plus difficile[3]. Ces salariés ont souvent des problèmes de santé déclarés (tension trop élevée, audition dégradée, obésité, canal carpien abîmé qu'il soit opéré ou non) qu'ils soient dus au travail ou à des conditions de vie difficiles (problème de dentition d'une trieuse de linge de 51 ans qui vient d'être recrutée dans une entreprise d'insertion, mais dont ce n'est pas la priorité, son fils venant de décéder, ou tension élevée et risques cardio-vasculaires importants d'un rondier-intervenant de 55 ans qui dort deux heures par nuit, effectuant des travaux dans sa maison en plus de son travail de nuit). L'ensemble des salariés observés en visites d'embauche ont été déclarés aptes, certains avec mention *« avec les EPI adaptés »* ou par exemple, quand le salarié a fait valoir une difficulté à disposer du matériel de

1 Notons que « l'impact de l'intensité du travail sur les conditions de travail est encore aggravé par le fait que le travail devient imprévisible. » Michel GOLLAC et Serge VOLKOFF, *Les conditions de travail*, *op. cit.*, p. 60.

2 Notons un biais dans le fait d'avoir observé le travail de Martine Molier dont le « secteur » est composé de nombreuses entreprises et nettoyage et de surveillance.

3 Valentine HÉLARDOT, « Enjeux d'emploi, de travail et de santé : la quadrature du cercle », *op. cit.*

protection nécessaire : *« avec le matériel mis à disposition (chariot, vêtement de travail, EPI)* ».

Les visites d'embauche sont souvent l'occasion d'une prise de contact pour des médecins qui nous précisent par ailleurs que souvent les salariés ne se livrent pas dès ce premier rendez-vous. Si le salarié ne dispose pas déjà d'un dossier médical au sein du service, les visites d'embauche sont l'occasion pour le médecin du travail de lui faire détailler son parcours scolaire et professionnel (notamment sur les éventuels apprentissages et stages réalisés) et de se renseigner sur ses antécédents de santé. Certains d'entre eux en profitent, notamment avec les plus jeunes, pour revenir sur leur rôle et apporter des précisions sur les missions de la médecine du travail. Ainsi Christelle Muret demande aux salariés quel est le but de son activité. S'ils répondent systématiquement qu'elle sert à évaluer leur aptitude au travail (certains sont d'ailleurs sur la défensive et craignent d'être déclarés inaptes), elle leur précise qu'il s'agit surtout d'évaluer les risques du travail et de conseiller employeurs et salariés.

Face à des salariés plutôt méfiants et qui connaissent peu leur nouveau poste de travail et ses difficultés, la discussion porte davantage sur leur accueil au sein de l'entreprise et l'éventuelle présence de personnes compétentes pour les former ; puis sur leurs connaissances des risques potentiels de leur nouveau poste. Martine Molier précise par exemple à des agents d'entretien des espaces verts qui ont été informés des risques phytosanitaires en formation qu'avec « la vague verte » et le moindre recours aux produits toxiques, ils travaillent davantage mécaniquement et manuellement, pour le désherbage par exemple, et doivent faire attention aux contraintes posturales. Les conseils de prévention portent beaucoup sur le port d'EPI (les couvreurs et plaquistes qui doivent protéger leurs genoux dont la détérioration est irrémédiable) et sur les vaccinations (contre les leptospiroses pour les agents d'entretien des espaces verts, le tétanos pour les travailleurs du bâtiment ou les risques biologiques pour les personnels de santé). C'est également l'occasion pour le médecin du travail de vérifier l'aménagement du poste de travail et de glaner quelques informations sur l'organisation du travail (voire sur le retour de collègues en mi-temps thérapeutiques), avant de réaliser systématiquement un examen physique (comme en visite périodique).

C'est rarement en visite d'embauche que les médecins du travail arbitrent entre préservation de l'emploi et préservation de la santé. Ils déclarent très peu de restriction

d'aptitude ou d'inaptitude lors de ces visites (cf. *infra*, graphique 6.2). Comme nous le montre l'exemple d'Isabelle Marchand ci-dessous (cf. encadré 6.2) parfois mis en porte à faux face au recrutement de salariés sur des postes qui peuvent s'avérer délétères, tout en prévenant les salariés, ils préfèrent souvent les maintenir dans l'emploi tant que leur santé ne s'en trouve pas dégradée. Martine Molier demande parfois aux salariés, en fonction de leurs qualifications, s'ils ont envisagé un autre type de travail ou de poste (de nettoyer les vitres pour un agent d'entretien de 37 ans qui se plaint de ne pas être à temps plein et dont elle vérifiera l'aptitude au travail en hauteur si jamais il souhaite demander le Certificat d'aptitude à la conduite en sécurité en nacelle ou de devenir Agent territorial spécialisé des écoles maternelles pour une aide à la petite enfance ayant 30 ans).

1.1.2 Reprendre le travail quand la santé s'est dégradée

Les salariés aux contrats de travail les plus précaires risquent de sortir de l'emploi quand ils connaissent des problèmes de santé. Ils ne croisent alors plus le médecin du travail si ce n'est lors d'une nouvelle embauche. Au contraire, ceux rencontrés lors des visites de reprise ont un emploi stable qu'ils retrouvent à l'issue de leur arrêt de travail. Mais les avis d'aptitude émis en majorité lors de ces visites (cf. graphique 6.2) peuvent contribuer à leur licenciement. Au sein du SI1, les visites de reprise augmentent de 82 % de 2000 à 2012. Leur croissance renvoie surtout à celle des visites après arrêt maladie qui représente environ 60 % de l'ensemble. Les congés maternité mis à part, cette augmentation place davantage les médecins du travail face à une population à la santé dégradée. D'ailleurs, lors de ces visites, ce sont les problèmes de santé ayant motivé l'arrêt de travail qui sont évoqués en premier (l'examen physique n'est pas systématique) avant d'en venir aux conditions de travail.

Après que les visites de reprise augmentent de 109,4 % entre 2000 et 2011, elles diminuent de 27,4 points entre 2011 et 2012 (cf. chapitre 4, graphique 4.1). Bien que cette baisse puisse être liée, à la celle du nombre total de visites sur la période liée au « déficit » médical, rappelons que la durée légale de l'arrêt de travail à l'issue duquel une visite de reprise doit avoir lieu a été augmentée à trente jours en 2012, ce qui place les médecins du travail face aux salariés aux arrêts les plus longs qui concernent souvent les maladies chroniques ou plus graves. Les médecins se plaignent d'ailleurs de perdre contact avec davantage de salariés arrêtés, craignant de méconnaître de nombreuses situations nuisibles au

sein des entreprises qu'ils ont en charge. Comme le souligne Jean Miceli[1], ils sont d'autant moins informés des accidents du travail et ne peuvent prévenir leur répétition[2].

Comme « l'absentéisme augmente fortement avec le niveau d'exposition aux contraintes physiques et psychosociales »[3], les salariés que nous avons croisés au cours des visites de reprises au SI1 sont majoritairement employés et ouvriers[4]. En effet, « les ouvriers sont plus souvent absents pour des raisons de santé (4,5 % en moyenne sur la période étudiée) que les cadres (1,6 %). […] Ces différences demeurent significatives "toutes choses égales par ailleurs" [et] tendent à se creuser avec l'âge : entre 55 et 59 ans l'écart d'absentéisme entre cadres et ouvriers atteint 5 points, alors même qu'une fraction importante des ouvriers dont la santé est la plus dégradée a déjà quitté le marché du travail »[5]. Ces salariés, dont la moitié de ceux observés a plus de 48 ans, doivent concilier santé et travail, ce qui devient plus difficile au cours de la carrière professionnelle.

Quelques exceptions mises à part, l'ensemble des salariés rencontrés en visite de reprise qui ont entre 20 et 35 ans environ, est déclaré apte. Ils viennent le plus souvent suite à des congés maternité pour les femmes à la fin de leur vingtaine ou début de trentaine ou des accidents du travail (chute dans l'escalier d'une aide-soignante ayant une lombalgie ou d'un agent d'entretien des espaces verts qui ne peut plus plier le coude, portail qui se referme sur la cheville d'une agente de sécurité). Les conditions de travail sont souvent abordées d'une manière générale. Dans quelques cas observés, l'inaptitude, sans être totale, commence à être envisagée. En effet, « dans le contexte d'un marché de l'emploi hyper concurrentiel, et face à des exigences toujours plus fortes dans l'accomplissement du travail, les salariés dont la santé

1 Cf. chapitre 6, 3.2, p. 373.

2 Notons qu'en 2017 « le médecin du travail est informé de tout arrêt de travail d'une durée inférieure à 30 jours pour cause d'accident du travail afin de pouvoir apprécier, notamment l'opportunité d'un nouvel examen médical et, avec l'équipe pluridisciplinaire, de préconiser des mesures de prévention des risques professionnels. » Article R 4624-33 du Code du travail modifié par le Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016. Les arrêts de travail suite à des maladies professionnelles et des accidents du travail sont, bien que largement sous-déclarés, l'aspect saillant des conséquences des risques professionnels sur la santé. Mais les médecins enquêtés insistent sur l'importance de problèmes de santé en lien avec le travail moins directement identifiés, que les salariés omettent de signaler et qu'eux diagnostiquent, par exemple de nombreux problèmes de surdité liés à un environnement de travail bruyant.

3 Ceren INAN, « Les absences au travail des salariés pour raison de santé : un rôle important des conditions de travail », *Dares analyses*, 2013, nº 9, p. 5.

4 Ils sont : carrossier, assistante maternelle, couvreur, agent de sécurité, agent d'entretien des espaces verts, commerciale, agent d'entretien, pâtissier, chauffeur, aide soignante, veilleuse de nuit, mécanicien, magasinier, cuisinière, opérateur, assistante juridique, technicien, aide à domicile, couvreur.

5 Ceren INAN, « Les absences au travail des salariés pour raison de santé : un rôle important des conditions de travail », *art. cit.*, p. 4.

est défaillante sont les premiers à voir leur intégration professionnelle fragilisée »[1]. C'est le cas de ce couvreur de 22 ans d'une grande fatigabilité que, selon lui, son employeur tente de licencier pour faute professionnelle et que Martine Molier déclare inapte comme manœuvre, mais apte pour le ramonage et pour aider sur les chantiers de couverture sous réserve d'éviter les gestes répétés, ou de ce carrossier de 28 ans qui a régulièrement des problèmes de santé dus à son travail (ici une sciatique après deux lombalgies) qu'elle met *« apte à la reprise en évitant de porter des charges lourdes »* tout en lui conseillant un programme de gymnastique rééducative dans l'hôpital le plus proche et d'utiliser son droit individuel à la formation pour faire un bilan de compétences et se préparer à une éventuelle reconversion professionnelle s'il est un jour déclaré inapte.

Les salariés plus âgés (ici de 39 à 58 ans) quant à eux reprennent plus souvent le travail après un arrêt maladie. Ces problèmes de santé sont tant physiques que psychiques. Les difficultés observées sont des troubles musculo-squelettiques qui concernent de nombreux agents d'entretien (mais aussi problèmes d'épaule, de coude et de poignet d'un mécanicien de 42 ans qui ne parvient pas à tous les faire reconnaître comme maladies professionnelles), des problèmes articulaires ou hernies discales, opération de la prostate, cancers et maladies plus rares telles que l'ostéogenèse imparfaite (communément appelée « maladie des os de verre »). Par ailleurs, une assistante juridique de 39 ans déclarée définitivement inapte suite à des problèmes relationnels avec son supérieur hiérarchique identifiés comme risques psychosociaux et fermement décidée à ne pas retourner dans l'entreprise, et deux hommes de plus de 50 ans connaissent des dépressions qui entraînent des dépendances à l'alcool, pour lesquels les médecins du travail conseillent les services spécialisés (dont l'un, que la femme vient de quitter le week-end précédent, est déclaré inapte). Les avis d'aptitude portent majoritairement des restrictions (éviter le port de charge, de se pencher, de rester debout trop longtemps…) ou spécifient des mi-temps thérapeutiques.

Quasi systématiquement, s'il est effectué, l'examen physique ne porte que sur la partie du corps affectée. La discussion porte sur les aménagements éventuellement nécessaires du poste de travail (horaires, aménagement des lieux de travail) et les conseils de prévention (ne pas « trop en faire » au début, faire attention aux coupures en cas de traitement anticoagulant, porter des bas de contention, des ceintures dorsales). Ces visites ne sont pas forcément beaucoup plus longues que les visites d'embauches (de 15 à 35 minutes), mais elles peuvent

1 Valentine HÉLARDOT, « Enjeux d'emploi, de travail et de santé : la quadrature du cercle », *op. cit.*, p. 79.

se répéter quand le médecin du travail spécifie sur la fiche d'aptitude que le salarié est à revoir dans un ou deux mois, qu'il conseille au salarié de reprendre rendez-vous avec lui en cas de problème, voire qu'une inaptitude, nécessitant deux visites médicales, est déclarée (quatre personnes concernées ici, cf. *infra*, encadré 6.4). Mais les salariés qui ont les arrêts de travail les plus longs et souvent les problèmes de santé les plus graves rencontrent les médecins du travail en visites de pré-reprise, quand l'inaptitude est envisagée.

1.2 La concentration sur des « cas » problématiques

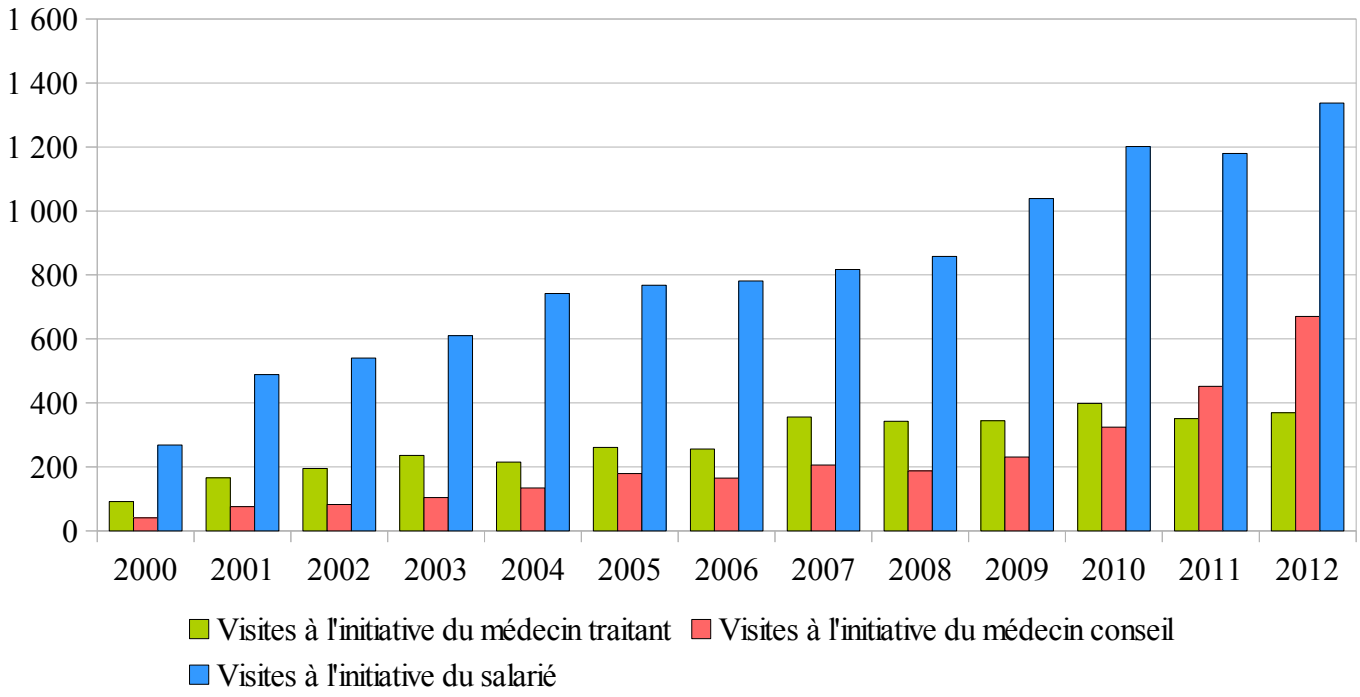
L'activité professionnelle des médecins du travail est de moins en moins orientée vers le suivi régulier de l'ensemble de la population salariée, mais se concentre progressivement sur des visites plus atypiques où ils rencontrent un public à la santé dégradée qu'il faut tenter de concilier avec le travail. L'augmentation de la part des visites de pré-reprise organisées au cours des arrêts de travail de longue durée et des visites « occasionnelles » à la demande des salariés, des employeurs ou du médecin lui-même dans l'activité médicale est le signe de cette transformation. Au cours de ces visites, où se trouvent les rendez-vous les plus longs, la remise en cause de l'aptitude est davantage envisagée.

1.2.1 S'occuper des arrêts de travail de longue durée

Les visites de pré-reprise ont lieu pendant l'arrêt de travail « en vue de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois »[1]. Elles concernent les salariés dont les problèmes de santé affectent le plus les possibilités de travailler, une inaptitude définitive étant le plus souvent envisagée à leur issue. Les médecins placent souvent ces visites, parfois réitérées pour un même salarié et particulièrement longues (elles durent le plus souvent de 45 minutes à une heure), en fin de vacation ou sur leur « tiers-temps ». Le nombre de ces visites pour 100 salariés a quintuplé au sein du SI1 entre 2000 et 2012, passant de 0,4 % à 2 % (cf. chapitre 4, graphique 4.1), contribuant à l'augmentation de la gestion des cas problématiques dans les pratiques médicales.

1 Articles R4624-20 et R4624-21, Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail, JORF n° 0026 du 31 janvier 2012

Graphique 6.1 : Nombre de visites de pré-reprise de 2000 à 2012



Lecture : 670 visites de pré-reprise demandées par un médecin-conseil de la sécurité sociale ont été effectuées au sein du service en 2012.
Champ : Visites médicales de pré-reprise effectuées au sein du SI1.
Source : Rapports annuels du SI1 [2000 – 2012].

Au SI1, sur l'ensemble des visites de pré-reprise, la part de celles à l'initiative des médecins-conseils augmente de 4,1 points entre 2000 et 2009 et de 13,9 points de 2009 à 2012, devançant celle des visites demandées par les médecins traitants qui diminue de 4,2 points. La CNAMTS instaure en 2009 une politique de prévention de la désinsertion professionnelle qui contribue à cette augmentation. En effet, l'une des recommandations de la Convention d'objectifs et de gestion pour la branche AT/MP 2009-2012 publiée par la CNAMTS est de « développer les relations entre médecins traitants, médecins-conseils, et médecins du travail, notamment pour le signalement précoce des cas de risque de désinsertion afin d'augmenter le nombre de visites de pré-reprise »[1]. Depuis cette date, les médecins-conseils sollicitent davantage ce type de visite auprès des médecins du travail.

1 Cnamts (2009), « Programme 6, Prévention de la désinsertion professionnelle », *Convention d'objectifs et de gestion pour la branche AT/MP 2009-2012*, Paris, p. 32, http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/COG%202009-2012%20Assurance%20Maladie%20-%20Risques%20Professionnels.pdf, consulté le 14 mars 2014,

Pour Martine Molier, alors qu'auparavant les médecins-conseils leur envoyaient les salariés qui étaient arrêtés depuis plus de quatre mois et qui avaient des problèmes de santé importants, aujourd'hui ils leur adressent des salariés aux arrêts beaucoup plus courts d'une ou deux semaines, notamment pour des conflits interpersonnels. Les médecins du travail sont alors impliqués dans des situations qui se réglaient auparavant sans eux. Toujours selon elle, cette évolution présente l'avantage de lui permettre de prendre plus de temps pour anticiper la reprise du travail plutôt qu'une gestion dans l'urgence. Suivant une politique publique de maintien dans l'emploi de la population salariée vieillissante, les visites de pré-reprise sont rendues obligatoires en 2012[1].

Les visites de pré-reprise à la demande des salariés (qui peuvent aussi se faire sur conseil des médecins traitants ou du travail) restent cependant largement majoritaires (cf. graphique 6.1). Sur les cinq visites de pré-reprise qui ont eu lieu pendant notre période d'observation, nous avons distingué d'une part celles de trois salariés masculins âgés de 40 à 58 ans liées à des usures corporelles dont d'importants troubles musculo-squelettiques et des ostéoporoses pour deux d'entre eux (cf. encadré 6.1) et deux autres concernant des hommes plus jeunes, d'une trentaine d'années, pour qui la visite faisait suite à un événement traumatique et a conduit à une déclaration d'inaptitude pour leur travail (l'un, agent de sécurité, s'était fait agressé avec une arme à feu par une personne sans-logis ; l'autre, serveur, avait déclaré un burn-out).

Encadré 6.1 : Trouver des ressources quand le travail a abîmé la santé

Le salarié est un électricien intérimaire d'une cinquantaine d'années au chômage, venu à la demande du médecin-conseil. En arrivant, il pose deux grosses pochettes remplies de documents administratifs sur le bureau de Christelle Muret dont il sort divers documents au cours de la visite pour illustrer ses propos. Il commence rapidement la présentation de ses problèmes de santé pour dire qu'il s'est fait opérer des deux épaules à six mois d'intervalle (il souffre de « capsulites »). Lorsque la médecin lui demande comment il a récupéré, il explique que les services de la sécurité sociale ont reconnu une IPP [Incapacité permanente partielle] de 80 % sur une épaule et de 60 % sur l'autre. Christelle Muret demande des précisions entre épaule droite et gauche. Sans l'examiner, elle lui demande ce qu'il peut faire avec ses bras, jusqu'où il peut les monter, s'il peut les mettre derrière son dos, etc. L'électricien répond qu'il doit tout faire très lentement et précise qu'il a du mal à se laver les cheveux. Elle lui demande des précisions par rapport à

1 Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012

son travail. Il dit pouvoir faire beaucoup de choses, mais ne peut pas tirer des câbles en hauteur. La médecin lui demande s'il peut être aidé par des collègues, s'ils sont sans cesse contrôlés par des visites de chantiers ou si au contraire, on les laisse faire leur travail. Il est plutôt tranquille et aidé de ses collègues. Il insiste sur le fait qu'il peut travailler et semble le souhaiter.

Sa maladie est reconnue en maladie professionnelle. Quand il parle de son « incapacité », Christelle Muret lui demande quelle est la date de consolidation (peu après l'opération) en insistant lorsqu'il hésite. Le salarié confond les termes « invalidité » et « incapacité ». Elle le fait préciser tout en soulignant que les conséquences ne sont pas les mêmes et explique que s'il y a reconnaissance de maladie professionnelle alors il ne peut plus demander d'invalidité, mais peut-être une incapacité. Le salarié confirme que c'est ce dernier terme qu'il voulait utiliser. Il annonce ensuite que son chirurgien lui a conseillé, cinq mois auparavant, de constituer un dossier de Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) au plus vite. Ce que la médecin du travail confirme. Il lui présente le document vierge (il attendait de voir le médecin-conseil et celui-ci n'a pas particulièrement insisté tout en lui conseillant de venir voir le médecin du travail pour être conseillé) et Christelle Muret insiste en disant qu'il fallait suivre les conseils de son chirurgien et faire le dossier au plus vite, car ce genre de dossier met du temps à être traité et sans celui-ci les aides et les aménagements ne peuvent être débloqués. Le salarié lui demande si ce n'est pas elle qui s'en occupe. Elle lui répond négativement, mais précise qu'elle peut tout de même appuyer sa demande et remplis une fiche de liaison pour que le dossier RQTH soit « placé au-dessus de la pile », tout en le prévenant que la prochaine commission est dans deux mois. La médecin du travail remplit tout de même la partie médicale des documents (elle le fait pendant la visite pour profiter des renseignements qu'il lui fournit) tout en lui conseillant d'aller voir une assistante sociale, par exemple à la sécurité sociale, en ajoutant qu'elles font du très bon boulot et sont habituées à des cas comme lui. Il s'agirait de savoir à quelles aides il a droit, tout peut-être bon dans son cas (Christelle Muret m'explique après la visite qu'elle ne sait pas comment il fait pour vivre, n'ayant plus droit aux allocations chômage).

La médecin du travail le déclare « Apte avec contre-indications : – au travail en hauteur, — au port de charge de plus de 15 kg, à l'utilisation d'outils vibrants (elle lui demande s'il y en a, le salarié dit que pas trop, mais de toute façon il ne peut pas les utiliser), etc. (ça remplit toute la fiche). Elle demande par téléphone une nouvelle fiche à son assistante sur laquelle les inscriptions à propos du suivi SMR des intérimaires sont supprimées afin d'avoir plus de place, car elle n'a pas pu inscrire toutes ses remarques sur la première fiche. Son assistante en réimprime une, mais ne peut pas changer le modèle sinon ça cause des problèmes informatiques (ce que Christelle Muret trouve stupide puisqu'il n'y a plus de SMR). Avant de saluer le salarié, elle lui dit : *« on va se revoir. Maintenant je vais vous suivre »*. Elle sort du cabinet médical avec lui pour photocopier des documents à ajouter au dossier médical. Un rendez-vous est pris par son assistante trois mois après pour voir comment le dossier RQTH a avancé. La visite a duré 45 minutes.

(Observation réalisée le 22 juin 2012)

Les visites de pré-reprise s'écartent d'un suivi sanitaire routinier au cours duquel les médecins du travail pratiquent un examen physique standard des salariés. L'examen se limite aux problèmes de santé déclarés ou est remplacé par sa description par le salarié. En revanche les médecins du travail peuvent être amenés à effectuer un important travail administratif afin que les salariés puissent bénéficier d'aides sociales compensant l'arrêt du travail voir la sortie de l'emploi dû aux problèmes de santé.

1.2.2 Entre surveillance accrue et expression de la souffrance

Des visites médicales peuvent également être organisées hors du cadre réglementaire. Au SI1, la part des visites « occasionnelles » augmente de 4,5 points de 2000 à 2012. Si ces visites peuvent être demandées par diverses personnes (salariés, employeurs, médecins du travail), elles permettent dans l'ensemble de renforcer le suivi médical de personnes en mauvaise santé.

Les employeurs peuvent demander à ce que leurs salariés soient vus par les médecins du travail (environ 10 % des visites occasionnelles du SI1 en 2010). Ces visites sont recensées depuis 2006 au SI1 et sont en augmentation depuis. Dans les cas observés, Isabelle Marchand valide les « certificats d'aptitude au port de l'appareil de protection respiratoire » de deux salariés d'une entreprise de traitement des déchets et de méthanisation qui équipe ses salariés d'appareils respiratoires isolants.

Les médecins du travail peuvent eux-mêmes organiser des visites supplémentaires. En 2010, sur l'ensemble des visites occasionnelles du SI1, la part des visites à leur initiative est de 36 %. Au cours de nos observations, lorsqu'ils demandent à revoir les salariés, les médecins renforcent leur suivi médical. Ainsi Jean Miceli demande à revoir les apprentis suite à leur embauche, une fois le travail commencé, pour en surveiller les conditions effectives. Christelle Muret prend cinq minutes pour vérifier qu'un maçon de 35 ans s'est bien fait vacciner contre le tétanos (et semble s'en justifier en soulignant qu'habituellement elle préfère responsabiliser les salariés, mais qu'il serait dommage qu'il lui arrive quelque chose) et suit régulièrement depuis huit mois un aide-cuisiner de 46 ans en dépression (alors qu'il est en plein divorce et que sa fille a des problèmes avec la justice, il a fait une tentative de suicide), qu'elle incite à sortir de l'alcoolisme. Isabelle Marchand suit quant à elle un chauffeur poids lourd de 42 ans après qu'il a fait une crise cardiaque parce qu'il n'était pas suivi médicalement et ne suit aucun de ses traitements alors qu'il a une tension extrêmement

élevée. Les médecins du travail cherchent également à suivre plus particulièrement les salariés en temps partiel thérapeutique afin de voir comment se déroulent la reprise progressive du travail et l'aménagement des horaires. Ces « visites supplémentaires » permettent également de déclarer les inaptitudes (cf. graphique 6.2).

Ce sont les salariés qui sollicitent le plus de visites médicales supplémentaires. En 2010, sur l'ensemble des visites occasionnelles du SI1, la part majoritaire des visites « à la demande du salarié » est de 44,6 %. Ils peuvent solliciter le soutien des médecins du travail dans la reconnaissance ou l'accompagnement de leur handicap au travail (une peintre de 37 ans sollicite Isabelle Marchand dans sa procédure de RQTH alors qu'elle souffre des épaules ou un aide-soignant de 26 ans obtient de Jean Miceli un certificat médical pour des prothèses auditives). Mais, selon les médecins du travail, les salariés demandent surtout ces visites pour des problèmes de « souffrance au travail » (cf. encadré 6.2).

Suite à la médiatisation du stress au travail dans les années 1990[1], l'expression des approches subjectives de la santé au travail s'est répandue chez les salariés[2]. « Le déclin des conflits collectifs, l'individualisation des parcours de travail favorisent une lecture des mêmes conflits en termes de harcèlement. Mais en retour, la reconnaissance par le droit, la médecine et la psychologie de cette notion, comme sa diffusion et sa vulgarisation dans le public, renforcent et nourrissent cette approche interpersonnelle des conflits au travail »[3]. Si les visites médicales permettent l'expression des problèmes personnels des salariés, les médecins du travail associent souvent cette souffrance à l'organisation du travail[4]. Ainsi Jean Miceli conseille à deux secrétaires médicales qui viennent chacune se plaindre de leur collègue en mi-temps thérapeutique d'organiser des réunions interindividuelles et de demander aux

1 Michel LALLEMENT, Catherine MARRY, Marc LORIOL, Pascale MOLINIER, Michel GOLLAC, Pascal MARICHALAR et Emmanuel MARTIN, « Maux du travail : dégradation, recomposition ou illusion ? », *Sociologie du travail*, mars 2011, vol. 53, nº 1, pp. 3-36.

2 Notons cependant que les plaintes de fatigue ont tendance à être limitées de la part des ouvriers et que « les représentations de la fatigue dans les discours ouvriers sont encore structurées autour de la fatigue de l'usure plutôt que celle de la mauvaise fatigue ». Marc LORIOL, *Le temps de la fatigue la gestion sociale du mal-être au travail*, Paris, Anthropos, coll. « Collection Sociologiques », 2000, p. 63.

3 Marc LORIOL, *La construction du social. Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*, PUR., Rennes, coll. « Le sens social », 2012, p. 91.

4 « Le fait qu'on retrouve chez [des médecins du travail] une lecture de la souffrance au travail influencée par les travaux de Christophe Dejours sans qu'il y ait de référence explicite au courant théorique suggère que l'équation souffrance psychique-organisation du travail est en bonne voie d'intégrer le langage courant des médecins du travail. Cependant, on retrouve ce discours chez les médecins du travail qui tiennent à donner une orientation « sociale » à leur métier. » Scarlett SALMAN, *La psychodynamique du travail et les médecins du travail*, Mémoire de DEA en sociologie, Université Paris X-Nanterre, 2005, pp. 121-122.

nombreux médecins employeurs au sein de la structure associative de désigner un ou deux référents pour l'organisation du planning de travail.

Encadré 6.2 : Une animatrice de maison de retraite en souffrance

La visite, faite à la demande de la salariée, animatrice en maison de retraite de 42 ans, est prévue en fin de journée (16 h 40) afin de pouvoir prendre le temps (elle durera effectivement 1 h 5).

Avant que la salariée n'arrive, Isabelle Marchand me parle un peu de cette maison de retraite où *« où les choses vont très mal »*, il existe de nombreux cas de harcèlement. La médecin pense que la salariée arrive au terme de son mi-temps thérapeutique et qu'elle a pris rendez-vous pour faire le point. En fait non, elle a dû se tromper de salariée (de nombreuses personnes sont mal dans l'institution).

En accueillant la salariée, Isabelle Marchand lui dit qu'elle a beaucoup pensé à elle ces derniers temps. Quand elle entre dans le bureau, la médecin me présente en tant que stagiaire et lui demande si ma présence la dérange. Ce qui n'est pas le cas : *« de toute façon, vous êtes soumise au secret professionnel »*, ce que je confirme en hochant de la tête. Elle s'assoit et sort d'une pochette plusieurs feuilles dactylographiées remplies d'une écriture fine et resserrée. Elle vient de passer cinq heures à reprendre des notes précédemment prises pour objectiver ce qui lui arrivait.

La salariée a été mise une fois de plus en arrêt maladie d'une semaine par son médecin traitant, car elle ne supporte plus son travail. Par ailleurs, voyant qu'elle n'allait pas bien, ses collègues lui ont conseillé de prendre rendez-vous avec le médecin du travail. Elle explique qu'elle ne laisse rien transparaître et *« garde tout à l'intérieur »,* mais que ça va mal : *« Vous voyez rien que d'en parler, j'ai les jambes qui tremblent »* (les larmes lui montent aux yeux une fois).

La salariée s'appuie sur ses écrits pour prendre des exemples et illustrer ce qu'elle traverse. Alors que ses employeurs lui faisaient miroiter un CDI, elle a cumulé des CDD de trois, six, trois et trois mois. Ces promesses tenues participent de l'humiliation qu'elle vit au travail où ce dénigrement est également lié à la non-reconnaissance de ses compétences spécifiques par rapport à une personne qui avait le même poste, mais n'était pas qualifiée. Cette non-reconnaissance de son travail et l'absence de soutien des équipes (elle est la seule animatrice) se couplent avec une surcharge de travail (tâches supplémentaires), mais sans que ses responsables ne lui donnent pas les moyens de travailler tout en lui demandant *« de faire du résultat »*, ce qui se traduit pour elle à des actions visibles qui empiètent sur les relations quotidiennes aux personnes âgées. Plusieurs personnes qu'elle appréciait ont déjà quitté l'entreprise pour des raisons similaires. La médecin lui demande si elle dort bien. Elle se réveille la nuit et fait des cauchemars où elle voit le visage de ses supérieurs hiérarchiques (le directeur et l'infirmière-cadre). Elle se demande quoi faire, car elle ne veut pas que la situation perdure même après son propre départ.

Isabelle Marchand lui explique alors que cette situation dure depuis longtemps et qu'elle-même s'y est déjà cassé les dents. Elle a voulu rencontrer l'infirmière-cadre qui n'y

a pas tenu et lorsqu'elle a fait une étude de poste, les responsables lui ont dit qu'elle n'avait rien à faire là. Pour la médecin, ils sont très protégés, car la maison de retraite est publique. Si l'établissement avait été privé, il y a longtemps que l'inspection du travail y serait allée et aurait mené une action. Elle précise au cours de la visite que le médecin de la maison de retraite est également le mari de la maire de la commune, ce qui explique la difficulté de faire bouger les choses. D'après ses renseignements (elle a eu quelques difficultés à savoir qui contacter), le seul moyen de changer les choses est de passer par le médecin de la HAS, supérieur hiérarchique de la direction de l'établissement. Celui-ci ne peut a priori rien faire sans témoignages des salariés.

Lorsque Isabelle Marchand lui demande si elle ne veut pas contacter ce médecin, la salariée répond qu'elle ne fera rien seule. La médecin du travail connaît deux ou trois salariés qui feront la démarche. Ne pouvant les nommer, elle leur fournira les coordonnées de la salariée qui, n'ayant pu obtenir leurs noms, accepte tout en s'assurant que les témoignages seront bien anonymes et que l'on ne la reconnaîtra pas. Alors qu'au détour de la conversation, elle évoque l'ancienne infirmière de la maison de retraite qui va venir manger chez elle prochainement, la médecin sous-entendant que cette personne est concernée et conseille de mener la démarche ensemble. Elle note les coordonnées du médecin de la HAS sur l'une des ordonnances apportées par la salariée.

Isabelle Marchand ajoute que la situation commence à être connue. Les médecins généralistes qu'elle sollicite pour les salariés qui en sont affectés lui répondent *« encore ça ! »* Mais la situation va devoir se débloquer ou être prise en charge par ailleurs, car la maison de retraite ne fera plus partie de son secteur au mois de janvier. Elle a repoussé cette échéance le plus possible, sachant qu'aucun médecin du travail ne la prendra en charge avant la nouvelle sectorisation du SI1 au mois de septembre 2012. C'est également ce qui a contribué à ce qu'elle contacte la HAS.

Évoquant les précédentes visites médicales avec la salariée, Isabelle Marchand convient qu'elle envisageait ces difficultés dès sa visite d'embauche deux ans auparavant. Elle l'avait alors mise en garde : *« faites attention à vous »,* mais sans plus, ne se voyant pas annoncer de telles complications éventuelles à quelqu'un qui vient de se former et trouver un emploi. Lors de la visite précédente, la salariée n'avait rien dit sur son état : *« La dernière fois, vous n'étiez pas prête à dire. Dans ce cas-là, je n'insiste pas trop. Chacun a ses mécanismes de défense et je ne suis pas là pour gratter ces défenses en montrant à quel point le travail abîme »*. La médecin se renseigne également sur les problèmes de santé de son entourage : pour sa fille *« maintenant ça se transforme en boulimie »* et son mari va se faire opérer. Isabelle Marchand conseille à la salariée de faire d'autant plus attention à elle-même qu'elle doit soutenir sa famille. Elle ne doit plus retourner travailler, d'autant que, comme ça s'est passé pour une collègue qu'elle connaît bien, l'employeur ne renouvellera pas son CDD qui se termine fin décembre.

Comme la salariée semble hésitante, Isabelle Marchand lui propose de contacter elle-même son médecin traitant pour prolonger l'arrêt de travail jusqu'à la fin du mois et note son numéro de téléphone. Elle insiste en disant plusieurs fois que *« ça ne sert à rien d'y retourner pour s'abîmer encore davantage la santé »*, ce qui rendra son rétablissement encore plus difficile. Elle est forte et a subi beaucoup de choses, ce n'est pas la peine de s'y exposer davantage. Il faut profiter de son arrêt de travail pour aller de l'avant.

Isabelle Marchand lui demande alors si elle a des plans pour l'avenir et si elle a pensé à trouver un autre emploi après celui-ci. La salarié se demande si elle va continuer dans le même domaine. Elle envisage de s'orienter vers l'aide à domicile des personnes âgées et le suivi individuel. La médecin la prévient que ce secteur a lui aussi ses problèmes, ce n'est pas toujours simple dans ce type d'associations, mais convient qu'elle pourrait y trouver une forme d'autonomie dans ce travail. Elle lui conseille de *« se tourner vers des choses plus positives »* et de faire le point sur ses heures de Droit individuel à la formation (DIF) bien que la salariée doute en avoir accumulé par plusieurs CDD. La médecin lui demande également si elle souhaite prendre rendez-vous en consultation spécialisée en « souffrance au travail ». Comme la salariée est hésitante, elle lui rappelle que c'est une possibilité et qu'elle lui prendra rendez-vous dès qu'elle le souhaite. En raccompagnant la salariée jusqu'à la porte, à la fin de la visite, Isabelle Marchand lui dit plusieurs fois de ne pas hésiter à venir la voir si elle le souhaite, pour parler du travail si ça ne va pas ou si elle hésite à retourner travailler qu'elle lui redise que ce n'est pas la peine.

Une fois la salariée partie, elle continue de me parler de la maison de retraite en question qui est l'une des pires entreprises dont elle s'occupe. Elle se remémore être allée faire une étude de poste pour une lingère qui avait mal à l'épaule, que l'infirmière-cadre avait humiliée face à elle en disant qu'elle ne pouvait pas avoir mal à l'épaule vu qu'elle ne faisait rien.

(Observation réalisée le 29 novembre 2011)

Le suivi des salariés en souffrance se fait sur le temps long. À la fois parce que les visites médicales durent en elles-mêmes plus longtemps et parce que généralement elles se répètent. Les problèmes de santé des salariés, souvent liés à des relations dégradées avec les supérieurs hiérarchiques, sont complexes à soigner. Les salariés sont généralement arrêtés par leurs médecins traitants, sur conseil des médecins du travail, pour sortir des situations pathogènes, mais la modification des conditions de travail est difficile. Les médecins du travail concentrent de plus en plus leurs pratiques sur l'accompagnement des salariés en souffrance, comme le montre la transformation structurelle de leur activité.

2 L'évaluation médicale : de l'aptitude à l'inaptitude

L'augmentation de la part des visites médicales de reprise, de pré-reprise et « occasionnelles » dans l'activité des médecins du travail les place face à un public à la santé précaire pour lequel ils déclarent de plus en plus d'inaptitudes au travail. « Loin de mesurer de manière immédiate les seuls problèmes de santé au travail, l'inaptitude est la résultante de processus d'interactions complexes entre les institutions, le marché et les trajectoires

individuelles »[1]. Si nombre de salariés en mauvaise santé ne passent pas par ce dispositif, qu'ils n'aient pas accès aux formes d'emploi les plus stables ou aient recours à d'autres procédures de sortie de l'activité, le recours plus important à celui-ci transforme le métier de médecin du travail. Ceux-ci remettent en cause l'aptitude, notion aux contours mal définis plus liée au contrôle de la santé des salariés qu'à la prévention de leur santé au travail, et concentrent davantage leurs pratiques sur l'émission d'avis d'inaptitude relevant davantage de l'accompagnement de salariés en mauvaise santé.

2.1 L'aptitude : un instrument de prévention qui tombe en désuétude

Un droit de l'inaptitude se développe au tournant des années 1980 et 1990, permettant le reclassement des salariés en mauvaise santé. Depuis le milieu des années 1980 jusqu'à aujourd'hui les déclarations d'inaptitudes augmentent, soulignant l'usure des corps de salariés en fin de carrière professionnelle et en mauvaise santé. La concentration des pratiques médicales sur les déclarations d'inaptitudes, dont nous verrons ensuite (cf. 2.2) qu'elles occupent une large part du temps de travail, corrélée à une remise en cause de plus en plus forte de la notion d'aptitude qui heurte la déontologie médicale, participe à la remise en cause de cet instrument central de la médecine du travail.

2.1.1 Privilégier l'insertion à la sélection de la main-d'œuvre

Depuis les années 1980, un « droit de l'inaptitude qui renforce les possibilités d'action du médecin en matière d'aménagement du poste [de travail] »[2] s'est développé. Face aux difficultés de réinsertion professionnelle des personnes déclarées inaptes dans un contexte de crise de l'emploi, les législateurs et notamment la Chambre sociale de la Cour de cassation tentent d'élargir la protection des salariés contre le licenciement. « La loi du 7 janvier 1981, limitée aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, instaure l'obligation de reclassement du salarié déclaré inapte au poste de travail. […] Il faut attendre les lois du 12 juillet 1990 et du 31 décembre 1992 pour que cette obligation de reclassement soit étendue à l'ensemble des salariés, quelle que soit l'origine de la maladie ou du handicap,

1 Catherine OMNÈS, « Hommes et femmes face à la retraite pour inaptitude de 1945 à aujourd'hui », *Retraite et société*, 2006, vol. 3, n° 49, pp. 77-97.

2 Philippe DAVEZIES, « L'aptitude médicale dans le système de santé au travail : origine interrogations et débats », *art. cit.*, p. 14.

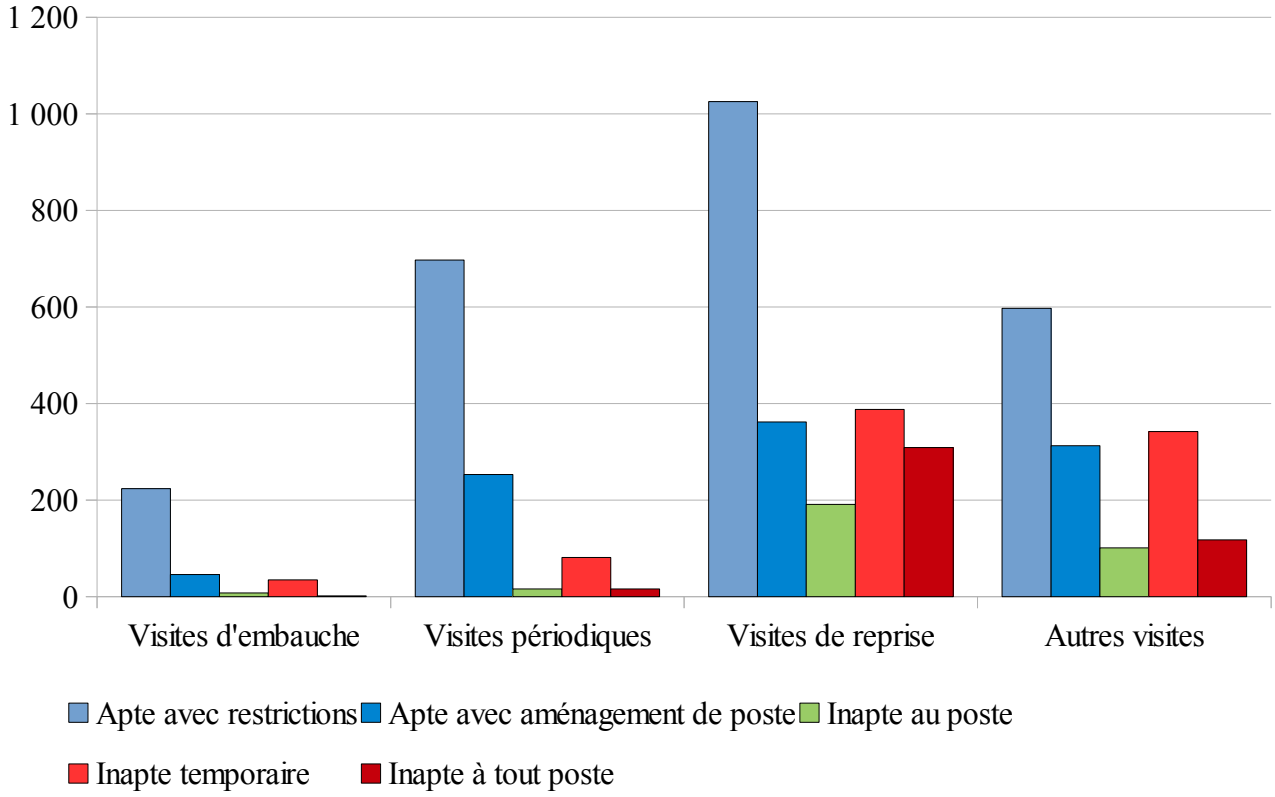
et que la santé et le handicap ne soient plus théoriquement des raisons de licenciement ou de refus d'embauche »[1].

Les médecins du travail privilégient alors à la fonction de sélection de la main-d'œuvre, une fonction assistantielle de préservation de l'insertion sociale et professionnelle. Les restrictions d'aptitude sont un moyen pour le médecin du travail d'user d'un pouvoir discrétionnaire[2] lui permettant d'influer sur l'adaptation ou le réaménagement du poste de travail du salarié, notamment celui en convalescence ou dont la santé est dégradée. Sans surprise, la distribution des avis d'aptitude et d'inaptitude varie selon le type de visite médicale pratiquée et son public. Ainsi les visites d'embauche sont celles où les avis d'inaptitude déclarés sont les moins nombreux à l'inverse des visites effectuées à la suite des arrêts maladie. Si l'état de santé du salarié le requiert, les conditions de travail peuvent être aménagées pour rendre le retour au travail possible (cf. graphique 6.2). Cette même logique de position médiane se retrouve dans l'augmentation des avis d'aptitude limitée (cf. tableau 6.1) qui souligne le développement de pratiques médicales de protection de la santé des salariés.

1 Pierre ROMIEN, « Handicap et inaptitude. La politique de réinsertion professionnelle en France de 1957 à nos jours », *in* Catherine OMNÈS et Anne-Sophie BRUNO, *Les mains inutiles : inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, coll. « Temps présents », 2004, pp. 279-280.

2 « Ce type de pouvoir est consubstantiel à toute activité bureaucratique : chaque règle établit un sens général qui nécessite forcément un travail d'adaptation aux différents cas particuliers. » Alexis SPIRE, *Accueillir ou reconduire*, *op. cit.*, p. 65.

Graphique 6.2 : Répartition des avis d'aptitude avec restrictions ou aménagement et des avis d'inaptitude selon la catégorie de visite médicale en 2006 au SI1



Lecture : En 2006, 309 avis d'inaptitude à tout poste de travail dans l'entreprise ont été délivrés en visites de reprise au SI1.
Champ : Avis d'aptitude avec restriction ou aménagement de poste et des avis d'inaptitude délivrés au SI1 en 2006.
Source : Rapport annuel du SI1, 2006.

Par ailleurs, le recours de plus en plus important à l'inaptitude, soulignant les limites de l'aptitude pour préserver la santé des salariés, a sûrement contribué à la remise en question de cet instrument par les médecins du travail, de plus en plus nombreux au cours des années 1990 et 2000. Nous l'avons vu dans le premier chapitre, la critique de la notion d'aptitude est portée par les médecins du travail du courant critique à partir des années 1970. L'ethos professionnel de ces nouveaux médecins leur fait prendre une plus grande distance avec les attentes des pouvoirs économiques. Ce qui se révèle de manière particulièrement saillante au cours des scandales des années 1990, dont celui de l'amiante, à la manière des magistrats étudiés par Violaine Roussel[1]. Les médecins du travail trouvent dans cette critique

1 « La distanciation progressive des magistrats à l'égard des élites politiques et économiques les constitue en groupe plus distinct et les dote d'une disposition d'esprit différente vis-à-vis du monde politique » Violaine ROUSSEL, « Les changements d'ethos des magistrats », *op. cit.*, p. 28.

les ressources pour développer des pratiques de travail hétérodoxes et *in fine* orienter leurs pratiques professionnelles vers une prise en charge des salariés en souffrance.

La protestation est particulièrement vive lors de la parution du décret du 1er février 2001 conditionnant la non-exposition des salariés aux risques CMR à l'absence de contre-indication certifiée par le médecin du travail. Cette disposition sera ensuite confirmée en 2002, par le Conseil d'État en 2002 qui précise « 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 cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction ». Si des protestations s'expriment, c'est que, pour les médecins, ces positions les orientent vers des pratiques eugénistes de sélection de la main d'œuvre. Le Comité national d'éthique se fera d'ailleurs l'écho de ces inquiétudes en 2003, en indiquant que ces dispositions induisent « de véritables difficultés éthiques, sur le plan de la symbolique et de la pratique des médecins du travail » et que la notion d'aptitude doit être revue[1].

Plusieurs rapports ministériels se succèdent au cours de la réforme de l'institution pour remettre en cause le principe de l'aptitude, si central dans le dispositif de prévention tel qu'il existe au cours de la seconde moitié du XXe siècle. En 2003, le rapport annuel de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)[2] questionne l'efficacité en termes de santé publique du suivi systématique des salariés par des examens médicaux aboutissant à une évaluation de l'aptitude. Puis, en 2005, c'est le Gouvernement à travers le Plan Santé Travail qui souligne « le manque de lisibilité, les ambiguïtés, l'insécurité juridique d'un dispositif dont la cohérence d'ensemble n'est plus suffisamment assurée, au fil des évolutions sociales et juridiques »[3]. Diverses commissions ministérielles chargées de ces questions émettent tour à tour différentes propositions. En 2007, le rapport « Gosselin » préconise de « redéfinir le contenu d'une consultation d'embauche centrée sur la détection d'incompatibilités manifestes entre le poste de travail ou l'emploi et l'état de santé du salarié et sur l'information du salarié sur les risques et les moyens de les prévenir, ainsi que de cibler davantage le suivi médical sur les populations qui en ont le plus besoin, tout en mettant en œuvre de nouvelles formes de surveillance de la santé des travailleurs qui ne reposeraient plus sur la vérification périodique

1 Les éléments précédemment cités sont issus de : Philippe DAVEZIES, « L'aptitude médicale dans le système de santé au travail : origine interrogations et débats », *art. cit.*, p. 16.

2 Hayet ZEGGAR, Jacques ROUX et Pierre DE SAINTIGNON, *La prévention sanitaire en milieu de travail*, IGAS, 2003.

3 Plan Santé au travail 2005-2009, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, p. 57.

de l'aptitude »[1]. À cette première salve de réduction (réduction du périmètre de la visite d'embauche et réduction de la population suivie médicalement), succède une deuxième vague de restriction. C'est ainsi qu'en 2015, le rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail » « propose de strictement limiter le contrôle de l'aptitude aux salariés qui occupent un poste de sécurité. Ce contrôle interviendrait avant l'embauche. Il serait renouvelé ensuite à périodicité régulière et serait opéré par un médecin distinct du médecin du travail qui assure le suivi habituel de l'état de santé au travail du salarié. »[2]

Le principe de l'aptitude devient surtout de plus en plus inopérant à mesure que les difficultés posées par le suivi régulier de la population salariée générale se présentent d'abord en raison de la diminution des effectifs médicaux puis du fait de la délégation de ce suivi aux infirmières en santé au travail (cf. chapitre 4). Au transfert du suivi « périodique », légalement reconnu en 2011, succède la suppression de la visite d'embauche en 2016, remplacée par une visite d'information et de prévention généralement assurée par une infirmière.

Encadré 6.3 : Vers l'évaluation de l'aptitude de sécurité ?

Selon la loi du 8 août 2016, l'évaluation de l'aptitude (et le suivi médical renforcé d'une périodicité maximale de quatre ans) est maintenue pour les salariés exposés à des risques particuliers[3] :

« I.-Tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail bénéficie d'un suivi individuel renforcé de son état de santé. Ce suivi comprend notamment un examen médical d'aptitude, qui se substitue à la visite d'information et de prévention prévue à l'article L. 4624-1.

II. — L'examen médical d'aptitude permet de s'assurer de la compatibilité de l'état de santé du travailleur avec le poste auquel il est affecté, afin de prévenir tout risque grave d'atteinte à sa santé ou à sa sécurité ou à celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail. Il est réalisé avant l'embauche et renouvelé périodiquement. Il est effectué par le médecin du travail, sauf lorsque des dispositions

1 Hervé GOSSELIN, *Aptitude et inaptitude médicale au travail*, *op. cit.*

2 Michel ISSINDOU et al., *Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail »*, *op. cit.*, p. 4.

3 « I.-Les postes présentant des risques particuliers mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4624-2 sont ceux exposant les travailleurs : 1 ° A l'amiante ; 2 ° Au plomb dans les conditions prévues à l'article R. 4412-160 ; 3 ° Aux agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction mentionnés à l'article R. 4412-60 ; 4 ° Aux agents biologiques des groupes 3 et 4 mentionnés à l'article R. 4421-3 ; 5 ° Aux rayonnements ionisants ; 6 ° Au risque hyperbare ; 7 ° Au risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages. » Article R4624-23, modifié par Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 — art. 1

spécifiques le confient à un autre médecin. » (Article L4624-2, modifié par la Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016)

Les médecins du travail du courant critique s'insurgent contre le mélange des genres entre l'aptitude telle que pratiquée par les médecins du travail et l'aptitude de sécurité, qui existe déjà par ailleurs. Selon l'analyse du rapport « Aptitude et médecine du travail » paru en 2015 portée par le SNPST : *« Si l'aptitude disparaît lors des visites systématiques, là où elle était largement tombée en désuétude, elle est institutionnalisée dans son pire aspect de contrôle et de sélection sous la forme de la vérification de l'aptitude aux postes de sécurité que les services de santé au travail devront continuer d'assurer. »*[1] Dominique Huez et Alain Carré, membres de l'association SMT, défendent une analyse relativement proche stipulant que le diagnostic du médecin du travail est individuel et *« ne permet pas des conclusions générales pertinentes sur des tiers hypothétiques »*[2].

La transformation de la pratique médicale favorise la division du travail au sein des services interentreprises. Les médecins du travail concentrent désormais leurs pratiques sur les déclarations d'inaptitudes qu'ils ne peuvent déléguer à d'autres préventeurs.

2.1.2 Une redéfinition des pratiques médicales : gérer les fins de carrière professionnelle en mauvaise santé

« L'inaptitude traduit une incompatibilité avérée entre l'état de santé d'un salarié et la charge physique ou mentale inhérente à son emploi, de telle sorte que la relation de travail ne peut plus s'exprimer normalement. »[3] Faisant l'histoire de l'inaptitude au travail, Catherine Omnès montre qu'après avoir concerné des travailleurs usés par une longue et difficile carrière, de l'après-guerre au début des années 1970, cette catégorie s'applique depuis lors à des travailleurs aux parcours professionnels beaucoup plus fragmentés, constituant ainsi le « statut des exclus ». En effet, « [l'inaptitude] a drainé vers elle les fractions les plus fragilisées de la société dont les parcours médicaux, professionnels et familiaux témoignent beaucoup plus des effets cumulatifs de l'usure des conditions de travail et de vie que des accidents biographiques »[4].

1 SNPST, *Rapport du groupe de Travail « Aptitude et médecine du travail » Résumé de l'analyse du SNPST*, http://www.snpst.org/IMG/pdf/rapport_aptitude_-_resume_ananlyse_snpst.pdf, consulté le 10 mai 2017.

2 Alain CARRÉ et Dominique HUEZ, « La loi El Khomri ou comment transformer la médecine du travail de prévention des risques professionnels en médecine de sélection de la main d'œuvre », *Association Santé et Médecine du Travail*, http://www.a-smt.org/2016/2016-02-25-Mediapart-DH.pdf, consulté le 10 mai 2017.

3 Fabienne BARDOT et Annie TOURANCHET, « Partir plus tôt pour raisons de santé : le dilemme des médecins du travail », *Retraite et société*, 2006, vol. 3, n° 49, pp. 61-75.

4 Catherine OMNÈS et Anne-Sophie BRUNO, *Les mains inutiles : inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, coll. « Temps présents », 2004.

En 2004, « environ 6 % des salariés examinés annuellement par la médecine du travail ont des problèmes d'aptitude soit probablement 700 000 personnes chaque année »[1]. Mais cette estimation à un temps T ne rend pas compte de l'accroissement des déclarations d'inaptitudes faites par les médecins du travail. Bien que ces déclarations excluent l'ensemble des salariés à la santé précaire pour lesquels l'inaptitude ne peut pas être un moyen de reconversion professionnelle et qui préfèrent conserver un emploi nuisible plutôt que de devenir inactifs, au SI1, sur l'ensemble des avis délivrés, la part des aptitudes diminue de 5 points de 1985 à 2011 alors que les inaptitudes définitives augmentent de 0,8 point sur la même période. Une vingtaine d'avis d'inaptitude définitive avaient été déclarés en 1985 et environ 630 en 2011, soit près de trente fois plus (cf. tableau 6.1).

Tableau 6.1 : Répartition des avis d'aptitude de 1985 à 2011 au sein du SI1 (en pourcentage)

	1985	1990	1995	2000	2005	2011
Avis d'aptitude	95,9	94,4	94,1	96,2	93,7	90,9
Avis d'aptitude limitée	3,6	4,7	4,8	2,8	4,6	6,8
Avis d'inaptitude temporaire	0,4	0,7	0,7	0,5	1,1	1,3
Avis d'inaptitude définitive	0,1	0,2	0,3	0,5	0,6	0,9
Ensemble des avis	100	100	100	100	100	100

Lecture : En 2005, les avis d'aptitude limitée (avis d'aptitude avec restrictions, avec demandes d'aménagement du poste de travail, « à revoir » ou inaptitude à un poste, mais aptitude à un autre) représentaient 4,6 % de l'ensemble des avis d'aptitude et d'inaptitude délivrés au sein du SI1.
Champ : Avis d'aptitudes et d'inaptitudes délivrés au SI1 de 1985 à 2011.
Source : Rapports annuels du SI1 [1985 ; 1990 ; 1995 ; 2000 ; 2005 ; 2011].

Si l'adaptation du poste de travail ou la reconversion professionnelle sont impossibles au sein de l'entreprise, la déclaration d'inaptitude induit un licenciement. Les médecins du travail sont amenés à arbitrer entre maintien dans l'emploi et préservation de la santé, souvent pour des postes dans les secteurs les moins qualifiés où les conditions de travail sont les plus dures. Afin de limiter les conséquences négatives, dans un contexte où les compromis sociaux donnent la prééminence à la préservation de l'emploi sur celle de la santé[2], les médecins préfèrent eux-aussi, dans certaines situations de travail (notamment dans le secteur du nettoyage, du BTP, de la manufacture), privilégier la sauvegarde de l'emploi au détriment

1 *Ibidem*, p. 10.
2 Annie THÉBAUD-MONY, « La connaissance des maladies professionnelles », *Travail et emploi*, 1992, vol. 4, nº 54, pp. 87-99.

parfois de la préservation de la santé[1]. Ce dispositif permet la gestion d'une main-d'œuvre vieillissante :

> « Une inaptitude, si l'employeur estime, par exemple, qu'il y a un aménagement de poste à faire et que lui, il ne peut pas le faire. Après, il peut y avoir des allers-retours avec la direction, l'inspection du travail et puis contestation d'avis. Mais si c'est vrai et s'il n'y a pas d'autre possibilité de reclassement, on aboutit à un licenciement pour inaptitude. Aujourd'hui c'est fréquent et c'est surtout fréquent parce qu'un peu tout le monde utilise cette façon de sortir de l'entreprise pour gérer les problèmes, par exemple, de vieillissement des salariés. Quand on arrive à un certain âge, ce n'est pas dramatique forcément pour eux d'être déclarés inaptes. » (entretien avec Alain Martineau, médecin du travail, 61 ans, SI4)

L'inaptitude permet la gestion des fins de carrière d'une partie des salariés à la santé dégradée par l'exposition à de mauvaises conditions de travail et d'emploi. L'avis d'aptitude ou d'inaptitude est un « verdict qui participe à la construction sociale du vieillissement. »[2] Au SI1, les trois quarts des salariés observés déclarés inaptes avaient plus de 39 ans et la moitié plus de 52 ans. Nous l'avons vu précédemment, les deux salariés de moins de 40 ans ont été mis inaptes pour des problèmes de « souffrance au travail ». Comme le note Pascal Marichalar, « pour beaucoup [de médecins du travail] l'usage discrétionnaire de l'inaptitude semble être l'un des seuls outils utilisables pour s'attaquer à des questions de souffrance psychique. »[3] Les représentants syndicaux, au fait de ces pratiques, les renforcent en orientant les salariés vers ce dispositif pour leur permettre de quitter l'entreprise sans perdre leurs droits au chômage :

> « Même des fois on appelle les médecins du travail pour voir avec eux s'ils peuvent les sortir de l'entreprise [les salariés en souffrance]. Des fois, il y en a qui nous écoutent, mais il y en a qui disent "attendez ce n'est pas notre rôle". On leur explique qu'on ne leur donne pas l'ordre de le faire. Mais juste leur expliquer que la personne elle est en train de pleurer, ça nous fait pitié. […] Les gens par les temps qui courent s'ils démissionnent, malheureusement ils n'auront rien. Ils auront pas les Assedic, ils n'auront rien. Malheureusement il y en a qui vont voler dans la caisse, on va le licencier pour faute grave, il va avoir droit aux Assedic. C'est pour ça des fois on intervient auprès de la médecine du travail en leur disant : "est-ce que ça serait possible de voir avec cette personne. Vous voyez avec elle." En leur faisant comprendre s'il peut la sortir de l'entreprise. » (entretien avec Bruno Silva, délégué du personnel CFDT, 50 ans environ, secteur du nettoyage)

1 Sandrine CAROLY et al., *Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS*, *op. cit.*
2 Pascal MARICHALAR, *Médecin du travail, médecin du patron ?*, *op. cit.*, p. 73.
3 *Ibidem*, p. 80.

Les médecins du travail, qui s'estiment seuls juges en matière d'aptitude, désapprouvent que le diagnostic soit porté par des professionnels non qualifiés.

2.2 Réorganiser le travail médical autour de l'inaptitude

Les salariés dont la santé est préoccupante, mais que les médecins du travail cherchent néanmoins à maintenir dans l'emploi, sont des « cas problématiques » à traiter en priorité. Or la volonté de maintenir les salariés dans l'emploi s'incarne dans un travail — notamment administratif — de longue haleine qui peut prendre plusieurs semaines, surtout lorsqu'il faut concilier cette recherche avec une déclaration d'inaptitude dont la validation implique non seulement différents critères, mais aussi de multiples acteurs avec lesquels les médecins doivent composer. Tout ceci induit une temporalité spécifique qui s'ajuste mal à l'enchaînement rapide des visites standards. Cette hiérarchisation des situations se traduit, comme nous le verrons, par une réorganisation des pratiques de travail, notamment en ce qui concerne le tiers-temps.

2.2.1 Un travail collectif de « maintien dans l'emploi » centré sur des cas singuliers

La décision de retrait anticipé de l'activité pour raisons de santé est une « décision complexe qui place souvent le médecin du travail face à un dilemme : préserver la santé en prononçant une inaptitude ou repousser cette décision pour assurer un départ dans de meilleures conditions psychologiques et financières »[1]. C'est dans les cas d'une éventuelle inaptitude que la prise en compte par les médecins du travail de critères sociaux affectant les salariés est la plus forte. Nous le voyons dans le compte-rendu d'observation ci-dessous où Martine Molier ne déclare pas la salariée inapte pour l'un de ses emplois afin de préserver son insertion sociale.

Encadré 6.4 : Une salariée déclarée inapte

« La salariée "observée" est agente d'entretien pour deux entreprises de nettoyage. Cette femme petite et corpulente a presque soixante ans. Il est indiqué sur la feuille de vacation qu'elle a 58 ans, mais Martine Molier la trouve physiologiquement plus âgée.

1 Fabienne BARDOT et Annie TOURANCHET, « Partir plus tôt pour raisons de santé : le dilemme des médecins du travail », *art. cit.*, p. 62.

Notre première rencontre a lieu au cours d'une visite de reprise après maladie. Après s'être installée et que la médecin du travail lui ait demandé ce qui l'amenait, elle explique qu'elle a été arrêtée pour des problèmes d'hypertension (sa tension n'est pas redescendue pendant un mois), mais qu'elle a également de gros problèmes de dos et d'épaule. Martine Molier l'interroge ensuite sur ses conditions de travail, notamment les lieux (sur quels "chantiers" travaille-t-elle ?) et les horaires. Martine Molier qui suit de nombreuses entreprises de nettoyage, a acquis une certaine expérience quant aux spécificités de ce secteur (cumul de multiples contrats de courte durée sur des lieux différents, horaires atypiques) et pose systématiquement ces questions aux agents d'entretien. Les journées de la salariée sont effectivement discontinues, car dépendant de différents employeurs : elle commence tôt le matin pour une entreprise et finit tard le soir pour une autre. Son contrat du soir ne lui pose pas de problème, mais le matin, les bus ayant changé, elle doit se lever très tôt et marcher davantage pour prendre sa correspondance. Cette situation l'embarrasse d'autant plus qu'elle dort assez mal et que ses articulations sont moins mobiles le matin. La médecin l'examine ensuite de manière assez détaillée, la questionne sur sa santé (l'amplitude de ses mouvements, la fatigue qu'elle ressent aux différents moments de la journée) et les tâches qu'elle doit effectuer.

Suite à l'examen, Martine Molier retourne derrière son bureau et demande le nom de l'entreprise qui l'emploie le matin pour rechercher qui en est le médecin du travail. Comme cet établissement n'est pas attribué, elle va s'occuper de son cas. Elle la questionne ensuite sur une éventuelle demande d'invalidité à la sécurité sociale, qui lui semble complètement justifiée dans son cas. Comme la salariée ne l'a pas faite, la médecin rédige un courrier au médecin traitant pour qu'il en fasse la requête et explique à la salariée qu'elle devra voir le médecin-conseil et prouver ses problèmes de santé. Elle la rassure en disant que vu ceux-ci, la reconnaissance ne devrait pas poser de problème. La salariée précise que son médecin traitant pensait que c'était au médecin du travail de s'occuper de ces démarches. La docteure réfute cette idée puis enchaîne en indiquant deux solutions possibles : soit la salariée négocie un licenciement à l'amiable par l'entreprise du matin, soit une déclaration d'inaptitude. En attendant, Martine Molier décide de conditionner l'aptitude à des restrictions sur les horaires matinaux (à éviter avant 10 h) et à l'exemption de port de charges lourdes. Ceci fait, elle m'envoie demander à son assistante une fiche d'aptitude au nom de la deuxième entreprise.

La visite, qui a duré 35 minutes, empiète sur la fin de la vacation. Les collègues de Martine Molier l'appellent pour savoir si elle les rejoint déjeuner. Une fois sortie du cabinet, elle commente : *"on avait bien besoin de ça en fin de matinée !"*.

Martine Molier consacre son "tiers-temps" de l'après-midi aux tâches administratives après avoir effectué trois visites médicales (d'embauches et "occasionnelle" à la demande du médecin du travail). Elle appelle l'entreprise employant, sur les horaires du soir, la salariée vue dans la matinée, pour expliquer que la fiche d'aptitude délivrée au nom de l'autre employeur les concerne également. Elle propose de la leur faxer pour qu'ils prennent connaissance de son contenu. De leur côté, les employeurs indiquent néanmoins vouloir une fiche à leur propre nom. Cela implique que Martine Molier reçoive à nouveau la salariée en visite afin de pouvoir lui remettre la copie de cette nouvelle fiche dont l'original sera remis à l'employeur. Elle me dit ensuite que la situation est d'autant plus compliquée que l'inaptitude envisagée concerne une entreprise qui ne fait pas partie de son "secteur". »

Je rencontre de nouveau la salariée trois mois plus tard lors d'une visite de reprise. Entre temps, elle a été reconnue invalide « deuxième catégorie » par le médecin-conseil de la sécurité sociale et a accepté l'inaptitude proposée par la médecin du travail. Aujourd'hui a lieu la « deuxième visite » qui permet de régler les détails administratifs de l'inaptitude. Une fois que la salariée s'est installée et que nous nous sommes reconnues, Martine Molier discute directement avec elle de cette décision. Elle ne procède à aucun examen physique.

L'inaptitude va être déclarée pour le « chantier » du matin. C'est l'entreprise où « ça se passait le mieux », mais les horaires de travail restent inadéquats. La négociation de l'inaptitude avec l'employeur a été difficile. Martine Molier dit avoir reçu une lettre « incendiaire » où il critique cette décision pour une « salariée qui ne peut pas prendre le bus » et insiste auprès de la salariée en disant qu'elle n'est pas mise inapte pour cette raison, mais bien à cause de problèmes de santé qui l'empêchent de se déplacer et de travailler. Elle lui répète par ailleurs qu'elle peut la déclarer inapte à son autre poste de travail dès qu'elle le veut. Mais la salariée souhaite conserver cette activité où elle a « ses copines » et craint avant tout d'être isolée chez elle après avoir été active toute sa vie.

La médecin explique les étapes du licenciement pour lequel la salariée doit rencontrer son employeur au cours de « l'entretien préalable ». Elle lui conseille ensuite de faire transférer son dossier de Pôle Emploi à un organisme spécialisé dans l'emploi des personnes handicapées afin d'être mieux suivie et lui demande si son entreprise a contracté une prévoyance, mais la salariée n'en a aucune idée. Elle l'incite à se renseigner, car cela compléterait sa pension d'invalidité.

Elles discutent de l'éventuelle recherche d'emploi de la salariée. Martine Molier l'interroge sur ses intentions. Tout en réfléchissant à un emploi qui ne soit pas contre indiqué par son handicap, elle évoque l'idée d'un travail de surveillance en cantine scolaire. La salarié reprend l'idée en disant que ça lui plairait de s'occuper d'enfants.

En fin de visite, la médecin déclare la salariée *« inapte à son poste et à tout poste dans l'entreprise »*, lui remet son feuillet et garde celui destiné à l'employeur pour lui faire envoyer par recommandé. Puis elle la salue et lui souhaite bon courage. La visite a duré 20 minutes. »

(Observations réalisées les 28 octobre 2011 et 9 février 2012)

Dans leur décision d'aptitude ou d'inaptitude, les médecins du travail prennent en compte l'accès à d'autres dispositifs pour faire face à la dégradation de l'état de santé en fonction de la vie professionnelle :

> « Pour un salarié en fin de carrière qui a des problèmes de santé, la meilleure solution au plan social dépend donc de son âge. S'il a au moins 57 ans, il peut être déclaré inapte donc être licencié et recevoir des indemnités de chômage, relayées ensuite par la pension de retraite. Ces revenus peuvent être cumulés avec une rente de la Sécurité sociale (pour maladie professionnelle, accident du travail ou invalidité). S'il a moins de 57 ans, le moins désavantageux est d'être classé en invalidité 2e catégorie, puis déclaré inapte, donc licencié. Le salarié percevra ainsi

> une rente d'invalidité jusqu'à sa retraite. En revanche, la pire des solutions sociales est la déclaration en maladie professionnelle qui entraîne une rente très basse, et en cas de licenciement un certain nombre de périodes non validées, donc une retraite partielle. Les situations les plus dramatiques sont sans doute engendrées par les séquelles d'accidents du travail très invalidantes touchant des personnes qui n'ont d'autres ressources que leur corps-outil. Elles résultent aussi de certaines maladies professionnelles, comme les pathologies de l'épaule elles aussi très excluantes. Certains salariés ne s'en remettent pas et ne retravaillent jamais. Des maladies comme les asthmes professionnels (dans la boulangerie), les eczémas professionnels (dans la coiffure) conduisent souvent le médecin, après avoir obtenu l'expertise de la consultation de pathologies professionnelles, puis après avoir fait la déclaration de la maladie professionnelle, à aider à la réorientation via la Cotorep [Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel]. » (BARDOT Fabienne et TOURANCHET Annie, « Partir plus tôt pour raisons de santé : le dilemme des médecins du travail », *Retraite et société*, 2006, vol. 3, nº 49, pp. 68.)

Le licenciement pour inaptitude suppose un travail administratif de maintien dans l'emploi ou de recherche d'aides sociales, mené au cours de difficiles périodes de transition. De fait, « les parcours de réinsertion révèlent souvent des glissements du statut d'inapte à celui de travailleur handicapé »[1] afin d'accéder à des dispositifs de reconversion spécifiques. Cet avis est alors fonction de décisions et d'échanges avec divers médecins (médecin traitant pour les mises en arrêt maladie et médecin-conseil pour l'appréciation de l'invalidité[2]) et d'autres professionnels tels que les salariés des Services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)[3] avec lesquels les services interentreprises partagent parfois leurs locaux. Un interlocuteur des médecins dans cette activité est l'assistante sociale.

Si les assistantes sociales du travail, héritières des surintendantes d'usine tout comme les infirmières spécialisées en santé au travail, sont présentes depuis longtemps dans les

1 Pierre ROMIEN, « Handicap et inaptitude. La politique de réinsertion professionnelle en France de 1957 à nos jours », *op. cit.*, p. 273.

2 L'invalidité de 2e catégorie « ne fait référence ni à un poste de travail ou une profession donnée, ni à une incapacité purement physique, mais à une réduction de la capacité de travail en appréciant l'état global du patient. L'état d'invalidité est constaté lorsqu'il réduit d'au moins deux tiers la capacité de travail ou de gain de l'assuré. Une pension est attribuée à l'intéressé si cet état ne lui permet plus de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale correspondant à l'emploi qu'il occupait avant l'arrêt de travail ayant entraîné l'état d'invalidité. » Fabienne BARDOT et Annie TOURANCHET, « Partir plus tôt pour raisons de santé : le dilemme des médecins du travail », *art. cit.*, p. 63.

3 « Les structures du SAMETH répondent à des situations individuelles et apportent des compétences spécifiques et complémentaires à celles mises en œuvre par les services de santé au travail et les organismes de Sécurité Sociale. Elles proposent aux employeurs, aux salariés ou aux travailleurs indépendants handicapés les services suivants : informations sur le cadre juridique et la démarche de maintien dans l'emploi ; analyse de la situation et accompagnement dans la recherche et la construction de solutions adaptées ; mobilisation des aides techniques, humaines et financières pour la mise en œuvre de la solution de maintien. » http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/maintien-dans-l-emploi/prevention-et-maintien-dans-l-emploi-10705/sameth, consulté le 8 mai 2017

services sociaux des entreprises industrielles, en revanche, leur effectif stagne autour de 3 500[1] et leurs pratiques évoluent. Le développement de la « pluridisciplinarité » promue au cours de la réforme des services interentreprises favorise leurs échanges avec les médecins du travail, par exemple sous forme de vacations au sein des services interentreprises. L'une d'entre elles assure une permanence hebdomadaire au SI2 depuis peu lorsque je m'y rends en 2011. D'autres services interentreprises collaborent avec des services sociaux comme me l'explique une assistante sociale en charge des demandes de médecins du travail au sein de son association :

> « Quand [les médecins du travail] rencontrent un salarié et qu'ils doivent prendre une décision qui va avoir des conséquences sur la santé, non pas sur la santé, sur la situation sociale, les droits de la personne, ils me l'envoient pour que je fasse une évaluation de ces conséquences-là. Je travaille aussi en complémentarité de ce qu'ils ont déjà fait. C'est-à-dire bien expliquer à la personne quel va être l'avenir de cette situation. Apporter des éléments qu'ils n'ont pas forcément pu approfondir. Donc on échange. Là où ça a changé nos pratiques, c'est que ça a permis un rapprochement. Enfin pour ma part. […] Ça a permis de pouvoir discuter avec eux, puisqu'ils font appel à nous plus facilement que dans une entreprise où là on peut quelques fois se retrouver un peu en concurrence, entre guillemets. » (entretien avec Christine Astier, assistante sociale, 53 ans, service social interentreprises)

La place prise dans l'activité des médecins du travail du suivi de salariés en difficulté, à qui d'éventuelles décisions d'inaptitudes feraient perdre leur emploi et le salaire qui l'accompagne, favorise leurs échanges avec des assistantes sociales. Tout comme les médecins, les assistantes sociales du travail ont recomposé leurs pratiques au cours des années 1990, afin de lutter contre la double précarisation tant professionnelle que socio-économique des salariés. Elles mènent essentiellement une « action individualisée axée sur des problèmes personnels »[2] qui structure leurs collaborations.

2.2.2 Une organisation du travail « surchargée »

L'augmentation du nombre de visites de reprise, de pré-reprise ou occasionnelles dans l'activité routinière des médecins du travail complexifie leur travail et en transforme l'organisation. Ces médecins doivent gérer, tout comme les guichetiers étudiés par Vincent Dubois, « deux exigences contradictoires : améliorer leur productivité pour faire face à

1 François ABALLEA et Simon CHARLOTTE, *Le service social du travail. Avatars d'une fonction, vicissitudes d'un métier*, Paris, l'Harmattan, coll. « Travail du social », 2004, p. 49.

2 François ABALLEA et Simon CHARLOTTE, *Le service social du travail. Avatars d'une fonction, vicissitudes d'un métier*, *op. cit.*

l'afflux de visiteurs […] et en même temps accorder plus d'attention (et donc plus de temps) à ces nouveaux visiteurs "à problèmes" »[1]. Ils font non seulement face à une surcharge temporelle du travail (au sens où ils n'ont plus le temps de réaliser l'ensemble des tâches qui leurs sont imparties), mais également à une surcharge mentale (ils s'inquiètent pour les salariés les plus précaires qu'ils suivent).

Comparativement aux visites « classiques » débouchant sur un avis d'aptitude plus ou moins limité, l'augmentation des déclarations d'inaptitudes (cf. tableau 6.1) induit un travail supplémentaire de visites médicales et d'actions en milieu de travail. En 2012, le Code du travail prévoyait que le médecin ne pourrait délivrer un avis d'inaptitude qu'après avoir réalisé une étude du poste et des conditions de travail du salarié entre deux examens médicaux espacés de deux semaines. Il était aussi stipulé que l'employeur devait faire des propositions d'aménagement du poste de travail. Ces propositions devaient ensuite faire l'objet d'un échange entre le médecin et l'employeur[2]. La charge de travail associée était donc importante et c'est pourquoi dès 2017, un décret modifie la procédure[3]. Pour alléger les médecins de cette partie du travail, il est prévu d'en déléguer une partie aux préventeurs non médicaux. C'est désormais à eux, par le biais des équipes pluridisciplinaires, que sont confiées les deux études portant respectivement sur le poste de travail et sur les conditions de travail dans l'établissement. Dans le même temps, il est décidé qu'un seul examen médical, sur les deux initialement prévus, demeure obligatoire. Le second, toujours possible dans les quinze jours suivants le premier, sera à la discrétion du médecin. La disposition concernant l'échange avec l'employeur sur les observations et les propositions faites au sein de l'entreprise est, quant à elle, maintenue.

Au-delà de ces modifications législatives, d'autres évolutions plus empiriques apparaissent pour surmonter la surcharge de travail. Ainsi, face à un temps de vacation jugé incompressible, les médecins utilisent le temps « libre » hors vacations de leurs plannings pour « caler » certaines visites urgentes ou pour lesquelles ils anticipent des problèmes particuliers et prévoient d'emblée de dépasser les 20 minutes habituellement imparties[4]. Une autre méthode est de placer ces visites en fin de journée lorsque la salle d'attente s'est vidée (cf. encadré 6.1). Au cours des semaines d'observation, Jean Miceli effectue une visite de

1 Vincent DUBOIS, *La vie au guichet*, *op. cit.*, p. 109.
2 Article R. 4624-31 du Code du travail modifié par le Décret du 30 janvier 2012 n° 2012-135, *Op cit.*
3 Article R4624-42 du Code du travail modifié par le Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016
4 Les visites périodiques et d'embauche sont les plus courtes et durent généralement de 20 à 30 minutes.

reprise avant de partir faire une étude de poste qui lui prend la journée et Christelle Muret voit deux salariés, l'un en visite de pré-reprise et l'autre en visite de reprise de 8 h 40 à 10 h avant d'aller en réunion de CHSCT. Pour sa part, en octobre 2011 alors que les effectifs médicaux ont été augmentés par le SI1 le mois précédent[1], Martine Molier a recours par deux fois à cet aménagement au cours de la semaine pour effectuer trois visites d'embauche, deux visites de reprise et une visite « occasionnelle ». Sur l'une de ses demi-journées de « tiers-temps », elle effectue trois visites médicales entre deux visites à des employeurs pour discuter des inaptitudes qu'elle déclare pour leurs salariés sur une matinée. Les médecins mobilisent une part importante de leur « tiers-temps » dédié à l'action en milieu de travail pour faire face à leur surcharge de travail et tenter de résoudre les situations problématiques de salariés. C'est bien ainsi qu'il faut comprendre le choix de Martine Molier de consacrer une partie de son tiers temps aux tâches administratives (cf. encadré 6.5). En donnant la priorité au suivi des salariés en difficulté, les médecins du travail s'éloignent d'une évaluation générale des risques professionnels qu'ils délèguent plus facilement.

Bien que les médecins du travail, comme membres d'une profession relativement autonome, disposent de ressources pour aménager leur temps de travail et donner la priorité à certaines activités, la gestion du manque de temps n'est pas la seule surcharge à laquelle ils doivent faire face. La charge mentale associée à ces situations difficiles est aussi très importante. Les « cas » problématiques de salariés en souffrance, qui les préoccupent durant plusieurs semaines, placent les médecins du travail dans une temporalité différente des vacations où les visites s'enchaînent. Lors d'une des périodes d'observation, Martine Molier se montre par exemple préoccupée par le cas d'une femme de ménage qu'elle a envisagé de déclarer inapte au cours d'une première visite médicale, mais pour laquelle l'employeur a fait des propositions d'aménagement du poste de travail ce qui implique un temps supplémentaire d'une part pour revoir la salarié et d'autre part pour échanger avec le responsable de l'entreprise (cf. encadré 6.5).

1 Martine Molier explique alors qu'elle a beaucoup de « retard » pour assurer l'ensemble des visites médicales réglementaires de son secteur. Elle effectue en priorité les visites d'embauche (et les autres visites non-périodiques), mais elle aurait alors environ 500 visites périodiques à assurer.

Encadré 6.5 : Se préoccuper des cas difficiles

Martine Molier est préoccupée par le cas d'une femme de ménage de 44 ans, Mme X[1], qu'elle a envisagé de déclarer inapte au cours d'une première visite médicale, mais dont l'employeur a fait des propositions d'aménagement du poste de travail.

lundi 24 octobre 2011

Après une réunion en entreprise portant sur le poste adapté d'une salariée reconnue travailleuse handicapée, nous nous rendons sur l'un des « chantiers » de Mme X dont Martine Molier doit faire l'étude de poste. Nous avons rendez-vous à 17 h 30 dans le parking souterrain d'une administration où se trouve le local avec le matériel d'entretien. Comme nous arrivons légèrement en avance, Martine Molier en profite pour téléphoner à un salarié qui doit passer au service le lendemain pour y déposer des documents à inclure dans son dossier médical. Nous rejoignons ensuite l'employeur et le responsable du « chantier » (également délégué du personnel).

L'employeur accueille la médecin et discute avec elle du courrier qu'il lui a adressé. Il va proposer un licenciement à l'amiable à la salariée, mais redoute un recours aux prud'hommes, car il ne lui a pas trouvé d'autre endroit où travailler. Martine Molier me précisera une fois la visite terminée, qu'elle pense qu'il attend qu'elle déclare la salariée inapte pour pouvoir la licencier plus facilement. Une fois la discussion terminée, l'employeur s'en va et nous restons avec le responsable du « chantier » qui nous décrit le travail effectué par Mme X. Martine Molier a apporté une pochette dans laquelle est rangé le dossier de l'entreprise et dont elle sort la lettre de l'employeur faisant état des aménagements de poste proposés (exemption du nettoyage des escaliers, proximité des zones à nettoyer et réduction du nombre de plateaux, de grands espaces de bureaux) afin d'en vérifier la réalité. Le responsable de chantier commence par montrer le matériel, le chariot permettant de transporter les outils de travail, et montre « l'astuce » pour caler l'aspirateur au milieu du chariot qui porte les poubelles afin de ne pas faire plusieurs allers-retours. Martine Molier semble désapprouver cette pratique qui fait ployer le chariot sous le poids de l'aspirateur et risque de le renverser. Elle inspecte le sol pour vérifier qu'il n'y a pas d'aspérité susceptible de causer la chute de l'aspirateur. Elle se fait préciser les horaires de travail de Mme X (sessions de 3 h 30) et les tâches qu'elle doit effectuer selon les jours de la semaine. Le nettoyage « de fond » est fait les lundi, mercredi et vendredi, les « finitions » les mardi et jeudi. Elle note également que les casiers qui servent de vestiaires n'ont pas de cadenas.

Nous montons à l'étage où Mme X nettoie trois « plateaux ». La médecin, munie d'un cahier, compte les points d'eau lors de son passage. Le couloir nous amène à deux grandes salles contiguës. Le responsable explique les tâches effectuées : dépoussiérer les bureaux, vider les poubelles, aspirer le sol puis passer la serpillière. Le sol est en linoléum. La médecin du travail se fait décrire les produits utilisés. Selon le degré de propreté des bureaux, une gaze sèche ou pré-imprégnée est employée. Nous croisons une femme de ménage en train de travailler, Martine Molier lui demande comment se fait la fermeture des volets roulants. Celle qui est chargée du « plateau » les ferme à la main. Martine Molier suggère pour éviter les troubles musculo-squelettiques que ce soit les salariés de

1 Fait inhabituel c'est la seule salariée dont j'ai noté le nom de famille dans mes notes de terrain, ce qui souligne les fréquentes discussions à son sujet au cours de la semaine d'observation.

l'administration qui les ferment le soir (chacun le sien) plutôt que les femmes de ménage les fassent tous les uns après les autres. La salariée retourne à son travail.

En sortant de la salle, elle vérifie où se situent les sanitaires. Nous nous rendons sur le troisième « plateau » situé dans un bâtiment adjacent, mais plus récent. La moquette au sol ne nécessite pas de serpillière, Martine Molier demande quels sont les produits pour faire partir les tâches.

À la fin de la visite (qui se termine à 18 h 45), Martine Molier annonce au responsable qu'elle enverra un courrier au plus vite.

Mardi 25 octobre 2011

Avant que la vacation de la matinée ne commence, la consœur qui occupe le bureau face au sien passe pour discuter d'un dossier qui lui pose problème, une salariée qu'elle suit se dit harcelée, mais la médecin a peur de se faire manipuler. Martine Molier lui donne un modèle de lettre destinée aux responsables hiérarchiques en cas de RPS et lui conseille de faire appel *« là-haut »* à *« Valérie »*, la responsable du service PRP et psychologue du travail, ou à *« Catherine »*, l'ergonome, pour faire une intervention sur les RPS dans l'entreprise. Elle lui fait elle-même part du cas pour lequel nous nous sommes déplacées hier pour une étude de poste. Sa collègue lui conseille de mettre la personne à l'essai pendant un mois pour tester les aménagements de poste.

Vendredi 28 octobre 2011

J'arrive à 8 h 5. Martine Molier est absente de son bureau, je m'installe. Elle était partie se chercher un café et voulait discuter du cas de Mme X avec sa collègue qu'elle désigne comme son « miroir » pour dénouer les situations compliquées, mais cette dernière a déjà commencé ses visites, leur discussion devra donc attendre. Elle aborde finalement le sujet le midi même à la cafétéria avec ses collègues. Eux aussi lui conseillent de faire faire une période d'essai à la salariée. L'après-midi est consacré au tiers-temps », elle y a « calé » trois visites médicales. Après avoir dit plusieurs fois au cours de la semaine qu'il ne devrait pas y avoir de vacances pour les médecins du travail pour éviter qu'ils ne soient débordés de la sorte (elle part le soir même et tente de clore un maximum de dossiers pour pouvoir partir l'esprit tranquille), Martine Molier concède ne pas être très en forme et corrèle son état à la charge de travail.

La visite de Mme X est prévue à 14 h 20. C'est une visite supplémentaire « de reprise », la salariée n'est plus en arrêt et travaille pour un autre employeur, mais ne va toujours pas travailler sur le chantier pour lequel elle est vue aujourd'hui. Elle est en retard et Martine Molier se demande si elle devait la prévenir du changement de rendez-vous (qui a déjà changé trois fois). Elle l'appelle chez elle, mais sa fille confirme qu'elle est déjà partie. Une fois la salariée installée, Martine Molier lui annonce que nous sommes allées voir le poste de travail puis elle lui lit la lettre envoyée par l'employeur présentant les aménagements de postes qu'il propose. Mme X reste sceptique en disant qu'elle a dû négocier longtemps pour avoir la moindre paire de gants sur ce chantier et pose plusieurs questions sur le détail des aménagements en question. Tout en affirmant être de bonne volonté, elle se plaint d'avoir mal aux bras et de ne pouvoir travailler le soir, bien qu'elle l'ait fait pendant des années. Martine Molier examine uniquement ses coudes, notant qu'ils sont moins gonflés (la salariée reste sur sa chaise et relève juste ses manches). La médecin la questionne indirectement sur un éventuel licenciement à l'amiable évoqué par

l'employeur, dans les différentes possibilités qui s'offrent à elle, est-ce qu'elle envisagerait de négocier une rupture conventionnelle de contrat de travail avec son employeur ? La salariée qui n'avait jamais envisagé cette possibilité, dit que son seul problème est de travailler le soir, car elle a « mal », mais que ça se passe très bien le matin. Martine Molier lui explique qu'elle trouve la situation compliquée, car elle doit en tenir compte du fait que l'employeur a fait des efforts. Elle ajoute plusieurs fois qu'elle ne met pas sa parole en doute (sur la douleur), mais qu'il lui semble qu'il serait bien d'essayer dans ces conditions-là. Elle ne peut pas la déclarer inapte tout de suite, compte tenu des améliorations du poste de travail (dues selon elle à la pression du client). Finalement la salariée accepte d'essayer. Martine Molier rédige la fiche d'aptitude : apte avec mise à l'essai en ajoutant les conditions d'aménagement de poste décrites dans la lettre de l'employeur. Elle spécifie que l'employeur doit essayer de trouver un poste aux horaires moins tardifs sans préciser les horaires en question. Elle ne précise pas non plus de date pour revoir la salariée, mais lui conseille de prendre de nouveau rendez-vous dès qu'elle le souhaite, de l'appeler pour la tenir au courant et de s'arrêter si elle a trop mal. La médecin demande ensuite à la salariée si elle a déjà envisagé de travailler dans des écoles le midi pour s'occuper des enfants à la cantine. Ça lui permettrait de trouver une activité à temps partiel en milieu de journée qui compléterait son emploi du matin. La visite qui dure une heure environ prend fin à 15 h 50. Une fois la salariée partit, Martine Molier me demande ce que j'en pense, je conviens avec elle que ce n'est pas évident. Elle me charge d'apporter la fiche d'aptitude à « son » assistante (il s'agit de l'assistante de Jean Miceli, la sienne est en vacances) pour qu'elle la faxe à l'employeur.

Martine Molier passe sa fin d'après-midi à traiter les dossiers qu'elle a en attente (elle me montre les piles qui s'accumulent dans son armoire). Elle en ressortira une ou deux piles vers 17 h 30 alors qu'elle pensait avoir fini sa journée. Une fois traités, elle amène les dossiers à l'assistante (qui est débordée) pour qu'elle les range. Elle y retournera plusieurs fois en s'excusant de ne pas en avoir fini et d'apporter encore du travail. Sa collègue du bureau d'en face vient lui parler d'un dossier qu'elle va prendre en charge à sa place la semaine suivante, pour une reprise après arrêt de travail. Martine Molier part ensuite signer le courrier.

Michel Mura, médecin du travail du SI3[1], désigne le travail de maintien dans l'emploi et de suivi des « cas problématiques » comme un *« travail invisible »* de gestion de dossiers *« de plus en plus lourds, de plus en plus longs »*. Mais si cette activité « en pointillé » n'est pas évaluée dans les rapports d'activité et non valorisée comme un travail de prévention, elle contribue à l'édification d'un rôle valorisé par certains médecins du travail. Comme le souligne Michel Mura *« le principal facteur de reconnaissance de mon travail, c'est que les gens, les salariés, les entreprises [il cherche ses mots] constatent que je donne un plus et constatent que j'ai été utile à leur santé »*. Il s'opère un désajustement entre les attentes exprimées par les directions des services interentreprises et plus largement les réformateurs

1 Cf. chapitre 1, 1.1.1, p. 49.

qui valorisent l'action en milieu de travail et des médecins, dont l'identité professionnelle est mise à mal, qui se tournent vers l'accompagnement des salariés en souffrance.

Dans un contexte où les médecins du travail ne sont plus assez nombreux pour suivre individuellement chaque salarié, la suppression de l'avis d'aptitude vient acter la remise en cause d'un ancien instrument de prévention devenu obsolète. Depuis les années 1980/1990, ces médecins ont renforcé leur participation au maintien dans l'emploi dans un rôle d'accompagnement plus que de contrôle. Mais tant par la dégradation des conditions de travail et d'emploi des salariés que par la concentration de l'activité médicale sur ces tâches, ce rôle de préservation de l'insertion sociale et professionnelle est de plus en plus dur à tenir. Comment les médecins du travail font-ils face à cette transformation de leur métier ?

3 Redéfinitions de rôles professionnels

Comme les agents d'accueil des caisses d'allocations familiales étudiées par Vincent Dubois[1], dont nous transposons ici l'analyse, les médecins du travail sont confrontés depuis le milieu des années 1990 à la précarisation du public qu'ils prennent en charge. L'arrivée de ces salariés aux situations « hors normes », porteurs de problèmes pour lesquels le dispositif d'aptitude semble peu pertinent, remet en cause les routines professionnelles et est propice à « la régression vers les habitus »[2] autrement dit à l'activation de dispositions personnelles pour redéfinir les rôles professionnels. Cette activation joue dans deux sens opposés. Alors que certains professionnels prennent leur distance vis-à-vis du public rencontré dans un repli bureaucratique, d'autres, au contraire, trouvent de nouvelles motivations dans ce face-à-face pour s'engager de manière plus personnelle. Si les premiers ont tendance à déléguer plus facilement des tâches de prévention à leurs nouveaux collègues, infirmières ou IPRP, qui prennent alors en charge ce contact avec le public, les seconds s'investissent dans une pratique qui relève davantage du colloque singulier.

1 Vincent DUBOIS, *La vie au guichet*, *op. cit.*

2 Vincent Dubois fait ici référence au titre du septième chapitre de l'ouvrage de Michel Dobry où celui-ci revient sur l'idée selon laquelle les conjonctures de crise seraient propices à l'ouverture de choix plus étendus pour les individus en émettant l'hypothèse, qu'au contraire, leurs perceptions et leurs comportements restent façonnés par leurs habitus dans ces moments là. Voir : Michel DOBRY, *Sociologie des crises politiques: la dynamique des mobilisations multisectorielles*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1986 ; L'habitus est un « système de dispositions durables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme des structures structurantes, c'est-à-dire en tant que principe de génération et de structuration de pratiques et de représentations qui peuvent être objectivement "réglées" et "régulières" sans être en rien le produit de l'obéissance à des règles ». Pierre BOURDIEU, *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Paris, Éditions du Seuil, coll. « Points. Série Essais », 2000, p. 256.

3.1 La prise de distance bureaucratique

Exerçant une médecine qui ne soigne pas, confrontés aux critiques des réformateurs pour qui le suivi médical régulier centré sur l'évaluation de l'aptitude est inefficace et doit laisser la place à l'action en milieu de travail, les médecins du travail font l'expérience de la faiblesse de leur position. Dans ce contexte, par un effet d'homologie, la qualité du public ferait la qualité du médecin de sorte que le déclin social du public rencontré par les médecins du travail accentuerait leur propre position de dominé dans le champ médical. Certains, souvent proches du pôle administratif, y réagissent en prenant leurs distances avec la pratique routinière des visites médicales et en s'investissant dans d'autres pratiques professionnelles leur semblant plus conformes à une approche préventive centrée sur l'organisation de la « pluridisciplinarité » ou la prise en charge de travaux de groupes.

3.1.1 Le sentiment d'une position dégradée

La plus grande précarité du public que les médecins du travail prennent en charge rend leur travail plus dur et plus usant. Les salariés sont amenés à rendre compte de leur situation professionnelle et de leur état de santé (dégradé), mais également de leur vie personnelle et ce d'autant plus lorsque l'inaptitude est en jeu. Dans ces parcours de vie abîmés, les conditions de santé, de vie et d'insertion sociale sont intrinsèquement liées comme par exemple ces hommes d'une cinquantaine d'années que leurs femmes quittent à cause de leur alcoolisme, mais dont la dépression ne fait que s'accentuer. Le travail étant le dernier rempart de l'insertion sociale, les médecins du travail se trouvent exposés à une souffrance qui se cristallise dans l'enjeu que représentent une déclaration d'inaptitude et le risque de perte d'emploi associé.

Face à ces difficultés, les médecins du travail développent d'autant plus un sentiment d'impuissance que l'augmentation des inaptitudes sur lesquelles ils se focalisent les renvoie à l'échec du dispositif de prévention auquel ils contribuent depuis des décennies. Bien que la décision de mise à l'écart du travail ait pour but de préserver la santé, et alors que cette action n'est même pas effectuée par le médecin du travail, mais par le médecin traitant, elle a quelque chose de définitif qui relève de l'échec dans le cas de l'inaptitude.

Souvent occultés par leurs confrères dans le processus de soin, les médecins du travail renvoient par contre eux-mêmes les salariés vers leurs médecins généralistes ou spécialistes.

Au-delà d'un sentiment d'inutilité, l'absence de soins prodigués par les médecins du travail, visible dans leur examen minimaliste des corps malades, contribue également au sentiment d'occuper une position dégradée. Nous le percevons chez cette médecin du SI1 qui, lors d'une réunion mensuelle du service, nous dit apprécier les présentations portant sur des pathologies spécifiques comme celle en cours de deux chirurgiens du rachis. Dernièrement, elle a reçu un salarié qui avait une maladie assez rare. Suite à la consultation, elle a cherché davantage d'informations sur Internet, curieuse d'en apprendre davantage. Elle ajoute en soupirant qu'aujourd'hui ils font beaucoup de *« social »*.

Cette illégitimité est renforcée par le manque de considération de leurs supérieurs hiérarchiques. Les médecins vivent comme un dénigrement de leur rôle la valorisation d'une prévention assurée par des non-médecins[1] et regardent leur avenir professionnel sous un jour plus sombre. Non seulement leur métier semble « dépassé », mais ils ont eux-mêmes peu de perspectives de carrière après être arrivés dans le métier au terme de difficiles périodes de transition. Après avoir envisagé de retourner travailler à l'hôpital au cours d'une période professionnelle difficile, Christelle Muret s'est dit qu'elle ne pouvait plus se contenter de faire des gardes avec quatre enfants à charge. Lors de l'entretien, son inquiétude est plus « à moyen terme » quand elle se demande si elle va tenir 25 ans au poste qu'elle occupe. D'autres médecins du travail, comme Gérard Maurin, se réorientent en service autonome, ce qui permet d'alléger leur charge de travail et de quitter l'ambiance parfois mauvaise des services interentreprises. C'est également le choix de Catherine Michaud dont l'investissement dans la mise en place du dispositif « qualité » de son service est un échec[2].

3.1.2 Faire carrière malgré tout : la trajectoire d'Isabelle Marchand

Parfois l'investissement dans la réforme en cours et l'acceptation du rôle de « manager » imposé aux médecins du travail peuvent fonctionner comme des leviers pour une revalorisation du rôle professionnel, à l'instar de celle que peuvent vivre les médecins coordonnateurs. Nous le voyons dans le parcours d'Isabelle Marchand dont l'investissement dans divers projets lui permet non seulement de mettre à distance la « routine », mais aussi de revaloriser le rôle de médecin du travail.

1 Cf. partie II, Prologue, p. 159
2 Cf. chapitre 3, 2.2.2, p. 213.

Isabelle Marchand est née en 1962 d'un père chef d'un service de traduction à la Commission européenne et d'une mère au foyer initialement professeure d'anglais. *« Donc on est purement dans l'intellect [...] ce ne sont pas des manuels. Et le monde du travail tel que je le vois, je ne le connaissais pas. »* Son frère est cinéaste et sa sœur est journaliste. Résidant en Belgique, elle y suit une formation de médecine générale puis se spécialise en médecine du travail :

> « Ça me semblait oui presque évident, je n'ai jamais pensé faire autre chose. J'ai pensé peut-être faire infirmière à un moment. Ma grand-mère [qui a elle même un diplôme d'infirmière] m'a dit : "vu ton caractère, t'as pas intérêt à être infirmière, t'arriveras pas à avoir quelqu'un au-dessus de toi. Il faut que tu sois indépendante donc si c'est pour faire ça, sois médecin" […] Alors je suis arrivée à la médecine du travail. Au départ ça m'intéressait quand je suis sortie de mes études, mais j'étais un petit peu en avance au niveau scolaire et j'ai été diplômée médecin à 24 ans. Et à 24 ans je ne me suis pas sentie prête du tout à faire face aux employeurs, à me retrouver dans le monde du travail. Parce qu'en Belgique la médecine du travail est très basée sur tout ce qui était toxicologie. La spécialité c'était toxicologie, ergonomie, mais ergonomie, je dirais un peu à l'anglo-saxonne » (entretien avec Isabelle Marchand, médecin du travail, 52 ans, SI1)

Isabelle Marchand rencontre son mari sur les bancs de l'université ce qui détermine la suite de son parcours professionnel. Vivant en Belgique et privilégiant la carrière de son mari à la sienne, elle le suit au gré de ses mutations en assurant des vacations dans divers services, période au cours de laquelle ils auront trois enfants[1] :

> « J'ai un mari qui est gynécologue-obstétricien et il fallait trouver un équilibre familial [elle rit]. C'est pour ça que je ne me suis pas engagée en médecine générale parce qu'à deux, le couple n'aurait jamais tenu. Ça, ce sont mes choix personnels. Avec trois enfants non plus. »

Elle commence à travailler une année en pédopsychiatrie puis un an dans un hôpital général de province où elle est interne en médecine générale dans les services de cardiologie, pneumologie, gériatrie et SAMU. Devenue médecin scolaire, elle fait en parallèle une année de spécialisation en médecine du travail (200 heures de cours). Le couple s'installe ensuite en France pendant un an, année de naissance de son premier enfant au cours de laquelle elle ne travaille pas. De retour en Belgique, elle prend un poste en cancérologie en soins palliatifs au CHU tout en poursuivant sa formation en médecine scolaire et en attendant un deuxième

1 Les médecins du travail, socialement très proches des médecins scolaires, connaissent elles aussi « les limites de coopération entre les sexes dans les couples à double carrière ». Marlaine CACOUAULT-BITAUD et Geneviève PICOT, « Les médecins scolaires : valorisation d'une expertise ou dévalorisation d'une profession « féminine »? », *in* Didier DEMAZIÈRE et Charles GADEA, *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, la Découverte, coll. « Recherches », 2009, p. 415.

enfant. Parce que son mari se voit offrir un poste de chef de clinique en France, elle le suit, mais doit arrêter de travailler. Une parenthèse d'un an en Belgique lui permet d'exercer en gériatrie avant son retour où elle pratique la médecine générale, de la gynécologie en centre de prévention ainsi que des consultations au Conseil général. Elle accouche de son troisième enfant et ne retravaille pas immédiatement puis déménage dans sa ville actuelle. Elle commence une formation en angiologie au CHU, mais après trois mois, elle estime que l'expérience ne lui convient pas et l'un de ses professeurs l'oriente vers une professeure de pathologies professionnelles :

> « Et donc quand on est arrivés [dans sa ville actuelle], je me suis dit : "là maintenant on est posés, on a acheté, je vais m'occuper de moi". Je me suis dit qu'une nouvelle option c'était la médecine du travail parce que c'était quelque chose de global où l'humain est quand même au centre et c'était quelque chose qui m'intéressait. Et puis j'avais 40 ans. À 40 ans on est plus solide qu'à 24 et puis j'avais quand même une certaine expérience, qui fait que je ne me laisse pas démonter, ni médicalement ni dans l'argumentation, dans les rapports aussi facilement que je l'aurais été à 24 ans. »

Ainsi malgré des concessions à la sphère privée, Isabelle Marchand cherche « à obtenir une reconnaissance et [...] à développer une carrière, au sens évolutif et promotionnel »[1]. Elle décide de ne pas être interne dans l'hôpital où son mari est *« patron »* (chef de service) et prépare le concours « européen » dans une ville limitrophe. Elle l'obtient en 2001, médaillée d'or, elle est classée dans les dix premiers candidats. Trouvant la formation théorique un peu légère, elle prépare en parallèle des DU de toxicologie industrielle et d'ergonomie. Après ses deux ans d'internat (stages de six mois en pathologies professionnelles, dans une communauté de communes, à la direction du travail et en service interentreprises), elle candidate au SI1 où elle est embauchée. Bien qu'on lui ait proposé des postes en services autonomes comme en mairie, elle pense qu'il est plus difficile d'y garder une indépendance complète et privilégie un endroit où elle peut retrouver des pairs et confronter sa pratique à celle d'autres médecins.

En 2007, Isabelle Marchand met en place et coordonne une étude sur le dépistage d'un cancer d'origine professionnelle. Souffrant de la dévalorisation de la médecine du travail aux yeux d'autres spécialistes et du manque de temps disponible pour avoir une réflexion sur sa pratique, elle s'investit pleinement dans cette recherche dont la qualité scientifique est reconnue, « *le rapport de notre étude pour les recommandations définitives et c'est écrit dans le compte-rendu de la HAS, on est cités nominément dans la HAS comme étant la seule étude*

1 *Ibidem*, p. 418.

française scientifiquement valable sur le sujet, donc c'est quand même une reconnaissance du service » :

> « Il y a un moment, ça m'a mis la tête hors de l'eau. Je voyais autre chose que la routine. Ça permet de réfléchir, de prendre du recul sur son métier. De travailler avec d'autres spécialistes, d'avoir un côté médical scientifique [elle énumère le travail de recherche] enfin bref, de garder le côté intellectuel qui peut vite, je veux dire s'estomper dans le travail si on reste dans la routine pure et dure ».

Si elle trouve dans cette recherche une échappatoire à son quotidien (elle refuse une proposition de poste à l'université), ce travail scientifique comprend également un important travail administratif de gestion (recherche de financements, négociation d'accords avec la direction du travail et l'assurance maladie, rédaction des rapports annuels) et l'encadrement d'un stagiaire en statistique et d'un interne. Isabelle Marchand se retrouve de nouveau rapidement submergée :

> « Je me suis mise à travailler le mercredi matin et puis comme je n'arrivais pas à faire ce que j'avais à faire sur ce temps-là, parce que les effectifs ont augmenté, je suis passée à temps plein. Et puis l'année dernière je suis repassée à 90 % parce que je ne tenais plus, j'étais épuisée. »

« J'étais à la limite du burn-out, je pense que je suis passée pas loin de... d'où la décision de... de ralentir. » En plus de ce travail complémentaire, elle doit continuer à gérer son activité quotidienne dont l'augmentation des effectifs draine son lot de salariés en souffrance. Lorsque je l'interroge sur l'aspect le plus difficile de son métier, elle évoque son impuissance face aux situations les plus désespérées. Ne pouvant retenir ses larmes, elle me décrit longuement le suicide d'un salarié juste avant sa visite médicale (prévue à la demande de l'employeur) deux semaines auparavant. Elle se sent coupable de ne pas lui avoir proposé d'elle-même une visite. Son assistante s'étant blessée et la remplaçante n'y ayant pas accordé une priorité, une telle visite n'avait pas été programmée.

Isabelle Marchand s'implique également beaucoup dans la représentation médicale au SI1. Déléguée du personnel pendant trois, quatre ans, elle fait une pause de quelques années. Ayant été candidate au poste de médecin coordonnateur en 2011, elle ne sera pas élue. Elle est de nouveau déléguée suppléante à la CMT au moment de l'entretien, mais ne pense pas se représenter. « J*e vais me recentrer sur mon effectif, sur mon travail [...] j'ai le nez dans le guidon tellement que j'arrive plus à lire. Et je ne veux plus ramener de travail à la maison, je l'ai fait longtemps, là je ne veux plus, je rentre chez moi je veux passer à autre chose. »*. Elle

n'est pas syndiquée, *« ça permettrait d'avoir plus de puissance au niveau politique, mais j'ai peur que ce soit politisé et utilisé. Je n'ai pas envie de me mettre là-dedans »,* mais a pendant un temps suivi avec attention les comptes-rendus du SNPST. Elle a finalement renoncé en raison d'un sentiment d'inertie : *« à un moment ça suffit »*. Trouvant qu'elle s'investit déjà suffisamment dans son travail, elle ne fait pas partie d'associations professionnelles. En 2016, elle occupe cependant le poste de responsable des équipes pluridisciplinaires (cf. chapitre 5, 3.2.2.), y trouvant un renouvellement de son métier.

3.2 L'engagement personnel

Au cours des années 1990, une nouvelle configuration sémantique « compassionnelle » s'est imposée pour prendre en charge les problèmes sociaux comme le souligne Didier Fassin : « Les problèmes liés aux inégalités ont été rapportés à l'exclusion, les conséquences sur les individus ont été interprétées en termes de souffrance, des solutions ont été proposées autour de lieux d'écoute »[1]. Les médecins du travail ont contribué à ce mouvement en mobilisant les outils de la psychodynamique du travail qui a joué un rôle pionnier dans la mise en évidence de cette souffrance d'origine sociale (cf. chapitre 1). Face à la plus grande précarité qu'ils percevaient chez les salariés, certains d'entre eux s'engagent dans un rôle d'écoute et d'assistance de cette souffrance.

3.2.1 Un rôle « social » propice à la proximité

La précarisation du public rencontré par les médecins du travail induit également une redéfinition « sociale » de leur rôle. C'est ce qu'indique Didier Menut, médecin du travail au SI2, dans son rapport annuel d'activité en 2010 : *« Nous sommes de plus en plus face au risque de l'inaptitude définitive qui risque d'aboutir à une régularisation des salariés et leur marginalisation que nous essayons d'éviter par une activité orientée de plus en plus vers l'écoute en particulier sociale. »* Ce médecin en charge d'un secteur composé d'une importante société de HLM, de commerces, notamment de la grande distribution et d'entreprises du tertiaire, m'explique en entretien que le « maintien dans l'emploi » représente une part importante de son travail :

> « On voit le salarié dans sa globalité. Un salarié qui va venir nous voir en visite de pré-reprise avec un gros problème de santé et avec des grosses difficultés pour

1 Didier FASSIN, « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », *Politix*, 1 mars 2006, n° 73, nº 1, p. 137.

> reprendre le travail après, un salarié qu'a 50 ans, qui, voilà... Et bien qu'est-ce qu'on va faire ? On va faire tout un travail social. Parce qu'on sait qu'on va être obligé de faire une inaptitude, peut-être. Qu'il n'y aura pas de reclassement dans l'entreprise puisque les entreprises, elles ne vont pas se casser la tête pour le replacer ! Ça ne les intéresse pas trop finalement. Donc il faut qu'on prévoie toute la situation. Il faut qu'on se dise : "Quand je vais mettre ce monsieur inapte à sa reprise, ou cette dame, il va falloir que, quand même, on soit abordés." Souvent c'est ici que va s'initialiser, l'idée de la reconnaissance travailleur handicapé, de l'invalidité. On va les renvoyer au médecin traitant avec une lettre en lui expliquant, parce que le pauvre malheureux il n'a pas que ça à faire et puis il a plein de choses à penser et puis ne connaît pas tous les textes non plus. Donc on va lui conseiller de faire telle et telle démarche. Moi ça m'arrive très souvent de faire des courriers en disant : "Je vous propose de : premièrement, faire ça, deuxièmement faire ça, troisièmement, etc.". Donc prévoir toutes les possibilités de façon à ce que quand le salarié va revenir en visite de reprise, véritablement, tout soit préparé et que si on le met inapte, on soit certain que le gars soit pas un clochard un mois plus tard. Et voilà. Parce que là aussi, on a pas mal d'interrogations sur les travailleurs pauvres. Parce que les gens ne nous disent pas tout quand même. Ils ont une fierté. Mais en les interrogeant de façon précise, on se rend compte tout de même qu'il y a certainement beaucoup de gens qui nous cachent leur détresse. Et en particulier sur le plan financier et sur le plan du logement. » (entretien avec Didier Menut, médecin du travail, 54 ans environ, SI2)

Didier Menut, dont le père est agent de la SNCF et la mère inactive, décide, à défaut de faire du dessin, de s'orienter vers *« les sciences »* après le baccalauréat, tout en souhaitant « *faire quelque chose de social où il y aurait un contact avec les gens »*. N'étant pas intéressé par l'enseignement qui lui semble l'autre alternative proposant *« des débouchés »*, il s'oriente vers la médecine avec *« un très très bon copain avec qui j'étais très lié. Et puis avec qui on avait fait toutes les études primaires et secondaires »*. Il exerce la médecine générale seul en cabinet pendant 20 ans :

> « Et c'est peut-être pour ça que je suis venu à la médecine du travail en fin de compte après. C'est le côté contact avec les gens, le côté relationnel donc. Le côté essayer de trouver des solutions pour que les gens puissent avancer. Et puis le côté enquête. C'est-à-dire ce qu'on appelle en médecine la sémiologie. Chose à laquelle je tiens énormément et qui malheureusement maintenant a tendance un petit peu à disparaître. »

Par ailleurs sa femme, dont le père était agent préfectoral au service des étrangers et la mère également inactive, est elle-même médecin du travail. N'ayant pu être titularisée comme médecin généraliste dans un service de chirurgie vasculaire faute de moyens financiers, elle effectue divers remplacements et s'oriente vers l'homéopathie. Mais trouvant la clientèle

« très particulière » et dotée d'une thèse portant sur la santé au travail, elle se réoriente finalement vers la médecine du travail en 1990 :

> « Ma femme, étant médecin du travail, me parlait de situations. Et moi de mon côté en tant que médecin généraliste j'avais des patients qui étaient dans des situations difficiles par rapport à leur pathologie et par rapport à leur travail. Donc j'ai toujours essayé d'avoir un rapport avec les médecins du travail qui s'occupaient de mes patients. Et d'essayer, en particulier, de voir comment on pouvait les reclasser. J'ai eu d'ailleurs des succès dans les reclassements. Avec la reconnaissance travailleurs handicapés, des trucs comme ça. Donc si vous voulez, ça m'intéressait quand même. Et puis bon la médecine... J'avais envie de me réorienter dans autre chose. Parce que la médecine générale c'était quand même devenue, ça devient de plus en plus, enfin ça devient très difficile. Mais déjà dans les années 90 ça devenait particulièrement pénible. Et puis j'avais pas envie de continuer ça jusqu'à 65 ans. D'être usé complètement. J'avais envie de faire autre chose. »

En 2001, profitant pour sa part des voies de reconversion qui se développent, Didier Menut *« saute sur l'occasion »* pour se réorienter lui aussi vers la médecine du travail. Bien qu'ayant envoyé sa candidature à de nombreux services, il rejoint directement le SI2, *« j'ai vu que ça correspondait à mon optique des choses. Pour moi, je ne pouvais pas travailler en tant que médecin salarié sans avoir une indépendance totale »* et « régularise » sa situation. Proche de Bernard Maillet qui défend lui aussi une conception « sociale » du métier, il est également adhérent au SNPST.

La « compassion par projection » peut jouer quand le médecin partage avec le salarié certains problèmes de santé. Jean Miceli qui a demandé à revoir un garagiste de 50 ans pour savoir comment se déroule son mi-temps thérapeutique discute essentiellement avec lui de ses problèmes de santé (une lombalgie et des problèmes de circulation sanguine). Ayant connu des problèmes similaires, il se *« met à sa place »* et déclare en avoir une connaissance moins théorique, que la plupart des médecins. Il lui donne par ailleurs par ailleurs des conseils pour la vie quotidienne (s'appuyer le dos contre une armoire pour s'habiller le matin).

Jean Miceli est élevé par ses grands-parents alors gérants d'un hôtel. Il a *« toujours envisagé d'être médecin »* et obtient un baccalauréat scientifique en 1973 avant de s'inscrire en médecine. Il effectue son service militaire en 1983 puis l'année suivante, celle de son mariage avec une infirmière, il obtient une thèse de médecine du sport. Il effectue quelques remplacements en centres médico-sportifs, mais comme sa spécialité, à laquelle il porte

pourtant beaucoup d'intérêt, n'est pas très développée, il se reporte vers la médecine générale :

> « j'ai fait des remplacements pas mal en libéral dans la région où j'habite actuellement, dans les années 80. Mais non, ça ne m'a… je ne me suis pas... j'ai pas voulu m'installer justement parce qu'à cette époque-là y avait pas mal de contraintes de garde de nuit, etc., et puis j'avais des enfants en bas âge »[1] (entretien avec Jean Miceli, médecin du travail, 59 ans, SI1)

Parallèlement à ces remplacements, il effectue des vacations dans un centre de prévention en santé publique et en médecine universitaire au début des années 1990. C'est la responsable de ce dernier service qui lui conseillera, tout comme à Odile Moyon, de s'orienter vers la médecine du travail. En 1993, Jean Miceli commence à effectuer des vacations au SI1, sur les conseils d'une consœur du centre de prévention qui cumule elle aussi ces activités. À partir de 1997, comme quatre autres médecins du SI1, il suivra la formation de « régularisation », tout en exerçant également à mi-temps dans un autre service interentreprises. Une fois formé, il exercera à temps plein au SI1 :

> « Ça me plaisait bien. Je trouvais que c'était sympa comme exercice et puis je trouvais que ça faisait beaucoup de choses différentes. On touchait un peu à tout […] Je trouvais que la médecine du travail ça permettait de côtoyer des boulangers, des mécaniciens et des couvreurs et d'aller faire du tiers-temps et connaître des choses différentes. C'est ça que je trouvais intéressant dans ce métier-là principalement, la variété quand même. Enfin c'était surtout au départ… Parce que maintenant, enfin depuis 5/6 ans on a vraiment des choses à régler qui sont plus les risques psychosociaux, les gens qui sont mal dans leur travail. Et ça si tu savais le nombre de gens qui sont mal dans leur travail. J'ai vraiment des dossiers et des dossiers. Et des gens qui m'appellent, etc. Des gens qui craquent. »

En charge d'un secteur « géographique » diversifié, Jean Miceli est régulièrement confronté à la souffrance des salariés :

> « Parce qu'il y a un sentiment un peu d'impuissance ?
> - Oui, il y a des jours où tu vois plein de gens devant ce bureau qui craquent, assis sur ta chaise là. Et tu te dis : "Mais qu'est-ce qu'on peut faire pour… ?" Et alors malheureusement, j'ai encore fait deux procédures y a quelques jours à [il nomme le centre annexe où il travaille] là, malheureusement la moins mauvaise solution c'est de les faire sortir de cette situation-là. Parce qu'il ne faut pas qu'ils démissionnent parce qu'ils perdent des droits pendant quelques mois en CDI. La rupture conventionnelle de contrat et bien les salariés ne peuvent pas les avoir ou ils ne veulent pas ou les employeurs ne veulent pas. Donc on n'a plus que la procédure d'inaptitude pour dégradation de l'état physique ou mental d'un salarié

1 Ses trois enfants sont nés en 1985, 1987 et 1989.

> comme situation. Mais après je leur dis : "moi je ne peux faire cette procédure qu'en dernier recours". Je le fais vraiment en dernier recours, mais c'est pas très satisfaisant de faire virer quelqu'un alors qu'il n'a rien fait, etc. Mais voilà, on en fait de plus en plus. Bon quand c'est des jeunes, je dis : "Il faut occulter ce qui s'est passé et puis vous repartirez sur des bonnes bases dans un autre boulot. Dans six mois vous aurez presque oublié, donc ça passera". Mais quand c'est des personnes de 52, 53 ans ou 55 là c'est plus compliqué à gérer quoi. Donc voilà, ça, c'est les situations difficiles à vivre, mais que malheureusement on voit de plus en plus souvent. Mais moi, dans mon point de vue, c'est ce que je vois, là j'en ai plein. J'en ai plein à gérer des trucs comme ça. Donc ça prend beaucoup de temps. »

Les parcours professionnels souvent heurtés et dévalorisés des médecins du travail qui les sensibilisent aux enjeux sociaux concrets peuvent les rendre compatissants envers ces situations. Dans un rapport d'empathie avec les salariés qu'il suit, il se rend très disponible, au point de leur transmettre son numéro de téléphone personnel, et réduit ainsi à néant toute distance pouvant le protéger de cette souffrance :

> « Moi j'essaie d'être assez disponible quand même avec les gens. J'essaie de régler les problèmes au fur et à mesure. J'essaie, peut-être que je ne fais pas tout bien hein, mais j'essaie de faire bien. Ce que je fais, j'essaie de faire bien jusqu'au bout. Voilà.
> - Justement comment ? C'est sûrement plus ou moins facile, mais comment tu arrives à gérer justement, ce côté demande un peu de toutes parts, etc. ?
> - Et bien c'est quand même difficile certains moments. C'est quand même difficile certains moments, je te dis. Il y a des fois des trucs, je me dis : "Ah ! J'ai oublié de faire ça. Je devais retéléphoner à..." J'ai mon numéro de portable, si tu veux, que je donne assez volontiers aux gens qui sont en difficulté dans leur boulot. Et donc j'ai quand même beaucoup de gens qui me retéléphonent, qui m'appellent. Ils m'appellent à n'importe quelle heure. Des fois je suis occupé à faire autre chose, mais ils m'appellent des fois… Ouais.
> - Toi tu trouves ça plus simple comme ça ?
> - Oui, ouais je trouve ça plus simple. Ils ne m'appellent pas forcement le dimanche. Mais je t'ai dit, il y en a un qui m'a appelé ce matin. Et qui m'inquiète un peu aussi… Il y en a quelques-uns qui m'inquiètent quand même ça, c'est clair… Là j'en ai trop qui m'inquiètent… J'en ai plusieurs qui sont passés par les urgences pour différentes raisons. Ouais j'en ai plein… Là je suis en train de repenser, je faisais la liste des gens qui ont des gros gros problèmes. J'ai quand même, je ne sais pas, peut-être une cinquantaine de personnes là [il soupire].
> - Ah oui, une cinquantaine quand même.
> -Ah oui, je pense
> - Et donc ce sont des gens qui font des tentatives de suicide ?
> - Ouais »

Au-delà de son engagement professionnel auprès des salariés, Jean Miceli qui n'est pas syndiqué, *« c'est important qu'il y ait des syndicats et des gens qui soient syndiqués. Je pense*

qu'on a plus de force et c'est vrai que je n'ai peut-être pas cette fibre-là, je ne l'ai pas fait si tu veux... », a été secrétaire du CHSCT du SI1 puis secrétaire du CE (*« On a l'impression qu'il y a des choses qui sont entérinées à l'avance, qu'on ne peut pas discuter. Tout le monde n'était pas d'accord avec moi... »*) il y a quelques années :

> « Le comité d'entreprise a une voix consultative. Quand même dans certains cas, on peut voter pour certaines choses. Et on avait un peu l'impression que c'était un petit peu chambre d'enregistrement et que c'était trop tard quoi. Un côté : "vous me donnez les documents maintenant, j'ai même pas pu les lire." Alors au bout d'un moment c'était un peu lourd… »

Lors de l'entretien, il est encore délégué suppléant à la CMT et délégué de secteur, c'est à ce titre qu'il a participé aux « groupes de travail » sur la sectorisation du service. Fatigué, *« je veux bien donner un petit peu, mais au bout d'un moment tu t'uses un petit peu et tu arrêtes »*, il cherche de plus en plus à éviter *« les réunionnites »* que ce soit dans les groupes de travail et les congrès professionnels ou même au niveau de ses engagements extra professionnels (conseil d'administration d'une mutuelle et associations sportives) pour se concentrer sur sa pratique quotidienne.

Bien qu'il précise *« pour ma part je continue à travailler comme ça en binôme avec mon assistante depuis de longues années »*, Jean Miceli adresse quelques demandes aux IPRP et aux ASST (bien qu'il en ait moins faites au moment des conflits avec les médecins[1], qui ne remettent pas en cause son organisation du travail. À l'inverse, il est plus réticent à travailler avec une infirmière au sein d'une équipe « pluridisciplinaire » qui induirait une complexification de l'organisation de son travail (*"il y a des expériences qui ne sont pas forcément positives. Tu n'as pas forcément envie de vivre la même chose quoi… »*). Il est d'autant moins enclin à ces changements qu'il lui reste quelques années à exercer avant de prendre sa retraite (*"Je ne sais même pas combien de temps je vais faire encore, 3/4 ans peut-être si ma santé me le permet »*). Jean Miceli a diminué son temps de travail depuis que ses enfants ont quitté le domicile familial. Bien qu'il justifie cette décision par des raisons économiques (il ne bénéficie plus des abattements fiscaux), elle semble en grande partie liée à une usure professionnelle :

> « Et puis je ne suis pas tout jeune quand même. Et mon état de santé n'est pas toujours top. Alors je me suis dit : "attends on pourrait diminuer un peu le temps de travail". J'étais à 90 avant donc j'ai dit : "non je vais essayer de passer à 80 on

1 Cf. chapitre 5, 3.2.2, p. 313

> va voir ce que ça donne". Je trouve ça bien. Et puis un travail un peu difficile, à 100 % c'est difficile ; à 80 ou 70 %, c'est plus cool parce qu'on a du temps pour souffler. On voit les choses différemment. On a le temps de faire autre chose. On n'est pas la tête dans le guidon tout le temps. Alors c'est peut-être difficile dans le boulot, mais à 80 % ça passe mieux, voilà mon point de vue. »

Il envisage par ailleurs de se reconvertir, mais le projet restant incertain, il est réticent à m'en parler, *« je ne veux pas trop en dire plus et c'est pas un ras-le-bol, mais c'était peut-être une possibilité de faire autre chose qui ressemble beaucoup. Mais un peu différent quand même et dans un autre contexte. Mais c'est pas sûr hein »*. Bien qu'il se défende d'en avoir assez de son métier dans lequel il s'engage fortement, on sent chez Jean Miceli, une lassitude. Ce suivi, qui est aussi celui d'une souffrance qui devient de plus en plus saillante, est lui-même douloureux dans un contexte où ils ne se sentent pas soutenus dans cette démarche. Même si elles ne sont pas celles valorisées par les promoteurs de la réforme, ces pratiques peuvent pourtant contribuer à requalifier une identité professionnelle mise à mal.

3.2.2 Inverser le stigmate

L'augmentation de la souffrance exprimée par les salariés et perçue par les médecins du travail transforme leurs pratiques de travail vers une prise en charge accrue de cette souffrance :

> « Je trouve qu'on voit de plus en plus de gens qui ne vont pas bien. On leur consacre de plus en plus de temps. Enfin j'ai l'impression d'une évolution de mon boulot qu'on évolue vers un métier d'écoute. Qui était déjà le cas, on écoute beaucoup. Mais là on est vraiment sur de l'écoute comme pourrait le faire le psy. C'est ça, on évolue vers un boulot quelque part de psy sans avoir été formé, en tout cas pas moi et sans avoir l'arsenal thérapeutique pour faire face, pour aider les gens. Ça plaît. Il y a beaucoup de collègues chez qui ça [il cherche ses mots] ça parle ce genre d'activité. La prise en compte des risques psychosociaux ça intéresse aussi les médecins parce qu'ils ont peut-être aussi l'impression, peut-être plus que l'impression d'ailleurs c'est la réalité, de sortir d'une routine complètement débile où on fait de la visite pour donner un bout de papier d'aptitude. Ça n'a pas de sens ce truc-là. D'entendre des salariés en souffrance, là ça donne du sens au métier. Et c'est en cela aussi qu'on retourne, enfin on détourne peut-être notre mission de préventeur vers le soin. On est quelque part soignant quand on fait, enfin quand on prend en compte les risques psychosociaux. À mon avis. Enfin ça c'est, je ne sais pas si c'est un avis partagé par d'autres, mais en tous cas c'est mon point de vue. Et c'est pour ça que ça plaît. Parce que les médecins s'y retrouvent. C'est le sens du métier à l'origine. Et on est toujours avec des institutions qui ne comprennent pas que la notion d'aptitude est quelque chose de complètement inepte, vide de sens. On leur dit : "non

> seulement c'est vide de sens en soi, mais ça fait perdre aussi le sens du métier." » (entretien avec Gérard Maurin, médecin du travail, 59 ans, SI1)

Les médecins du travail, dépossédés de la possibilité de prescrire, retrouvent dans l'assistance de salariés à la santé dégradée, si ce n'est le « sens du métier », au moins une valorisation de leur identité professionnelle. Selon Fabienne Bardot, médecin du travail membre de l'association « Santé et Médecine du Travail » et auteure de nombreuses publications : *« Cela permet au médecin de se recentrer sur sa spécialité, qui est de diagnostiquer et de "soigner" les salariés malades ou en difficulté à cause de liens entre travail et santé pathogènes* »[1].

Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, les médecins du travail les plus critiques promeuvent une « clinique médicale du travail » où l'écoute fait partie du travail thérapeutique. La prise en charge de la souffrance, rôle médicalement légitime, relève alors d'une inversion du stigmate[2] pour les médecins du travail. Il ne s'agit plus alors de se charger du « sale boulot » auquel la prévention tertiaire est pourtant renvoyée, mais d'aider les salariés en souffrance par la mise en lien avec des conditions de travail délétères qu'il s'agit de dénoncer. Ils délèguent alors le suivi régulier des salariés en bonne santé à des infirmières pour se concentrer sur ces pratiques.

Si tous les médecins du travail ne se revendiquent pas de cette clinique, ils sont nombreux à mobiliser la psychodynamique dans leur pratique. Ces médecins à l'orientation « sociale » se trouvent en concurrence avec des « prestataires d'anti-souffrance » qui favorisent « l'expression des problèmes au travail sous la forme de souffrance subjective individuelle plus qu'en termes d'organisation sociale »[3] :

> « Je crois que, voilà [il souffle], la proposition qui a été faite par exemple par l'organisation patronale pour gérer les problèmes de stress et du risque psychosocial, qui est un élément qui va être, encore une fois, un enjeu majeur dans les années à venir. Majeur. En plus quand vous savez la pénurie qu'il va y avoir de psychologues, de psychiatres, etc. Ça va être ici qu'on va les… ou en médecine générale, qu'on va les recueillir. D'ailleurs c'est deux tiers des consultations spontanées ces problèmes. Quand vous savez que leur seule solution c'est des "tickets psy" comme des tickets restaurant, ça vous donne une idée de… voilà. » (entretien avec Olivier Marek, médecin du travail, 40 ans, SI3)

1 Joëlle MARASCHIN, « La situation ambiguë des infirmières du travail », *Santé & Travail*, janvier 2012, nº 77.
2 Erving GOFFMAN, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éd. de Minuit, coll. « Le Sens commun », 1975.
3 Marie-Anne DUJARIER, « Une analyse sociologique des discours sur la souffrance au travail », *in* Thomas PÉRILLEUX et John CULTIAUX, *Destins politiques de la souffrance. Intervention sociale, justice, travail*, Toulouse, Erès, coll. « Sociologie clinique », 2009, p. 125.

En concentrant leurs pratiques de travail sur la prise en charge de la souffrance des salariés, les médecins du travail revendiquent une médicalisation de la prévention de la santé au travail conforme à leur identité de médecin. Ce ne sont pas les plus enclins à diviser le travail avec les préventeurs non médicaux dont l'exercice échappe davantage à leur contrôle.

Conclusion

Du fait du déficit médical et des réformes de l'institution, le travail des médecins au sein des services interentreprises est réorganisé. Les médecins du travail suivent un nombre croissant de salariés. Ne pouvant réaliser un travail similaire à celui qu'ils pratiquaient auprès d'une population moins nombreuse, ils établissent des priorités et privilégient les salariés à la santé précaire qu'ils rencontrent principalement lors des visites de reprise après un arrêt de travail, de pré-reprise au cours de l'arrêt maladie ou « occasionnelles ». L'évaluation de l'aptitude-inaptitude des salariés, pouvoir discrétionnaire de ces médecins, y semble plus cruciale soit parce les salariés rentrent dans l'emploi (on retrouve la fonction assurantielle de cette évaluation), soit parce que leur mauvaise santé peut affecter cet avis d'aptitude. La concentration de l'activité professionnelle des médecins du travail sur l'évaluation des cas de salariés à la santé précaire où l'inaptitude est régulièrement envisagée les éloigne d'une médecine sociale à l'approche populationnelle à laquelle ils privilégient une médecine clinique centrée sur la pathologie individuelle[1]. Les médecins du travail pratiquent alors ce à quoi ils ont été initialement formés : la prise en charge de la maladie et de la souffrance. Si les médecins qui s'y engagent y trouvent une revalorisation de leur métier dans un rôle médical traditionnel, ceux qui s'en détournent dans un repli bureaucratique privilégient les relations avec les préventeurs non médicaux à qui est délégué ce suivi populationnel. L'échange interindividuel avec le salarié au sein du cabinet médical est une source essentielle d'informations sur les conditions de travail au sein des entreprises. Mais cette connaissance est de plus en plus partagée avec d'autres groupes professionnels des services interentreprises : principalement avec les infirmières au cours des consultations et à la marge par les ASST et IPRP sur les lieux de travail.

1 Patrice PINELL, « La genèse du champ médical », *art. cit.*

Chapitre 7

Renouvellement de l'instrument, permanence de l'institution

> « Nous, c'est plus d'essayer d'identifier, pas d'évaluer [il souligne ces deux verbes]. C'est pas la même chose d'évaluer les risques parce que l'évaluation des risques c'est du domaine de l'employeur. Mais l'identification et après de renvoyer vers les entreprises, nous ce qu'on a comme idée, de ce qu'il y a comme risques chez eux, en gros. D'essayer, quelque part, de faire une liste de l'entreprise. » (entretien avec Laurent Mercier, médecin du travail, 38 ans, SI3)

La délégation du suivi régulier de la population salariée par les médecins du travail à des infirmières rend caduque l'évaluation de l'aptitude. Comme nous venons de le voir, les médecins concentrent alors leurs pratiques professionnelles sur le suivi de salariés à la santé précaire et sur l'évaluation de l'inaptitude. L'outil central de la prévention de la santé au travail assurée par les professionnels des services interentreprises disparaît progressivement au profit d'un autre qui pérennise l'instrument de prévention. Blandine Barlet définit la « pluridisciplinarité » elle-même comme un instrument d'action publique qui participe d'une « utopie mobilisatrice » et permet de rationaliser et dépolitiser la réforme de la médecine du

travail en établissant un consensus autour de la diversification professionnelle des services interentreprises qui occulte les fondements plus politiques de la réforme[1]. En effet, le recrutement par les directions de services interentreprises de préventeurs non médicaux, associé à la promotion d'une aide à l'évaluation des risques professionnels pour les employeurs, participe à légitimer l'action de ces services. Depuis le début des années 2000, l'évaluation des risques professionnels par les employeurs à travers un « document unique » est légalement obligatoire[2]. C'est en assurant une aide à l'évaluation de ces risques aux employeurs des entreprises adhérentes confiée aux IPRP et aux ASST par le biais de nouveaux dispositifs de gestion internes, que les services interentreprises se maintiennent comme institution à qui les employeurs délèguent la prévention obligatoire de la santé de leurs salariés. L'aide à l'évaluation du risque professionnel est le nouvel outil dont les promoteurs de la réforme et les dirigeants des services interentreprises s'emparent pour relégitimer l'institution comme instrument de prévention de la santé au travail et ne pas disparaître[3]. Quelles en sont les conséquences en matière de prévention de la santé au travail ? Nous verrons dans un premier temps dans quel contexte ce nouvel instrument apparaît et devient légitime puis dans un second temps s'il induit un changement de relation dans le rapport des préventeurs au public.

1 L'ajustement à un nouvel instrument d'action publique : l'évaluation du risque professionnel

Dans le domaine de la prévention des risques professionnels, le ministère du Travail et ses services déconcentrés tirent leur légitimité de bonnes relations tant avec les représentants des employeurs qu'avec ceux des salariés[4]. Dès lors, ce n'est pas une expertise exclusivement publique qui se développe à la suite du scandale de l'amiante, mais plutôt une expertise fondée sur des réseaux d'action publique auxquels les services interentreprises sont intégrés par l'intermédiaire de leurs fédérations régionales. Cette reconfiguration de l'expertise en santé au travail s'effectue selon un schéma classique du *New Public Management* : une

1 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, pp. 31-33.
2 Décret n° 2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs [...], non publié au JO.Circulaire n° 6 de la Direction des relations du travail du 18 avril 2002. Articles L. 4121-1 à 3 et R. 4121-1 et 2 du Code du travail
3 Pascal MARICHALAR, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *art. cit.*
4 Emmanuel HENRY, « La reconfiguration de l'expertise en santé au travail : vecteur de transformation de l'action publique ? », *op. cit.*, p. 267.

alliance s'opère entre le marché et l'État au détriment des professions instituées[1]. L'approche clinique des médecins du travail est discréditée par les promoteurs de la réforme, tout comme ce qui constituait l'activité centrale de cet exercice médical : l'évaluation de l'aptitude des salariés au travail. Dans un contexte où « les instruments de connaissance des populations sont devenus aussi importants que les instruments de discipline et de contrainte »[2], les politiques de prévention de la santé au travail privilégient dorénavant l'évaluation des risques professionnels comme nouvel instrument d'action publique[3].

1.1 De la clinique à l'épidémiologie

La place centrale prise par les épidémiologistes au détriment des cliniciens au sein du ministère du Travail valorise une « logique de quantification du risque »[4] plus ajustée aux nécessités de l'évaluation. La prévention « pluridisciplinaire » valorisée au sein des réseaux régionaux d'action publique et pratiquée par les préventeurs des services interentreprises s'ajuste à ce nouvel instrument. Les risques professionnels sur lesquels intervenir en priorité sont déterminés nationalement puis dans les déclinaisons régionales des Plans Santé Travail. Cette redéfinition fondée sur la quantification des risques professionnels (nombre de maladies professionnelles et d'accidents du travail déclarés) remplace peu à peu les priorités édictées localement par les médecins du travail en fonction de la connaissance de leur « secteur ». Des « projets » de prévention permettent ensuite de prévenir ces risques par secteurs d'activité.

1.1.1 Des risques prioritaires définis nationalement et régionalement

Si traditionnellement les médecins du travail avaient autorité pour définir les risques professionnels à prévenir en fonction de leur connaissance du terrain, une part croissante des risques et des secteurs d'activité considérés comme prioritaires dépend désormais des institutions nationales et régionales de prévention. La définition des priorités passe alors par un recours massif aux outils quantitatifs de mesure que sont les déclarations de maladies professionnelles et d'accidents du travail. Or, cette pratique pose question quant à la pertinence des orientations définies dans la mesure où les déclarations qui servent de

1 Eliot FREIDSON, *Professionalism*, *op. cit.*
2 Pierre LASCOUMES et Patrick LE GALÈS, *Gouverner par les instruments*, *op. cit.*, p. 27.
3 Isabelle BERREBI-HOFFMANN, « Évaluation et élitisme : d'une alliance à l'autre », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2010, vol. 128-129, nº 1, p. 79.
4 Emmanuel HENRY, « Nouvelles dynamiques de savoirs et permanence des rapports de pouvoir », *Revue française de science politique*, 2011, vol. 61, nº 4, p. 714.

fondement à leur élaboration sont souvent critiquées en raison des sous-déclarations de risques.

Le quatrième objectif du *Plan Santé au travail 2010-2014* est ainsi de « Renforcer la prévention en direction de certains risques, secteurs et publics prioritaires » :

> « Les objectifs sont de :
> - renforcer la politique de prévention globale en direction de risques prioritaires générant un nombre élevé de maladies professionnelles ou d'accidents du travail, représentant un coût financier pour la collectivité et ayant un impact sur l'organisation de l'entreprise ;
> - stabiliser l'indice de fréquence des maladies professionnelles liées aux TMS ;
> - assurer une veille scientifique et technique sur des risques émergents pour lesquels les connaissances sont encore insuffisantes ;
> - concentrer l'information sur les risques les plus fréquents et les plus graves » (Plan Santé au travail 2010-2014, ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, p. 19)

En 2015, le SI1 signe un CPOM avec les autres services interentreprises du département, la CARSAT et la DIRECCTE afin de *« renforcer leur coopération et avoir une approche commune sur des objectifs de prévention précis et évalués sur plusieurs années »*[1]. L'activité de prévention des risques professionnels est définie au sein de réseaux régionaux d'action publique en déclinaisons régionales et locales des Plans de santé au travail où les professionnels des différentes institutions de prévention (CARSAT, DIRECCTE, SST) travaillent conjointement (cf. encadré 7.1).

Bien que des médecins du travail participent depuis les années 1980 à des projets collectifs de prévention, l'inclusion des services interentreprises dans des réseaux d'action publique généralise ces pratiques et les étend à l'ensemble des préventeurs des services interentreprises. Les entrepreneurs de réforme y promeuvent une organisation de la prévention par « projet » en considérant que ces outils permettent de dépasser une prévention fondée sur le suivi individuel des salariés[2]. Pour François Imbert, qui y a consacré deux à trois semaines de travail en 2010, l'extension et la structuration d'études collectives représentent un changement majeur dû à la réforme des services interentreprises :

> « Le service de santé au travail change. Il y a des réformes qui passent… qui ont du mal à passer, mais qui finissent par passer. Et puis ça correspond aussi à ce qu'on fait depuis quelques années ici. C'est de travailler sur des projets d'équipe. [Il cherche ses mots] Des médecins, des techniciens, techniciens au sens large, sur

1 Rapport d'activité, SI1, 2015.
2 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 145.

> des sujets d'étude. Jusqu'à présent c'était un petit peu à la demande, au bon vouloir des uns, des autres. Là, on va avec [il cherche ses mots] la réforme qui est maintenant bien enclenchée. Ça va être structuré. C'est-à-dire que... on sera sur des besoins étayés. Ça ne sera pas sur le dernier truc à la mode qui fait plaisir, de faire un travail, à faire un article. Non. On va être sur des cas de figure fréquents, douloureux, enfin bon [...] Mais on va comme ça vers du travail d'équipe sur des projets. Où là ça va être, je dirais, la grosse machine manager, gestion de projets, un peu plus lourde. » (entretien avec François Imbert, hygiéniste, 53 ans, SI1)

Les IPRP ne pouvant intervenir dans l'ensemble des entreprises à l'instar des médecins du travail qui ont souvent en charge l'ensemble des entreprises d'un secteur géographique ou professionnel, les priorités définies au sein des « projets de service » et des CPOM permettent d'orienter leurs pratiques de travail hors d'une délégation médicale :

> « Là, on est peut-être en train de changer de système. Faut voir. Je ne sais pas. Là, je navigue un peu à vue. Ma représentation est que... C'est vrai que je suis assez attaché à l'idée de distinction demande/besoin. Et que par rapport à ça, je pense qu'il y a besoin de la définition d'un projet de service aussi. Que de toute façon, on ne pourra pas... Enfin ça semble difficile de pouvoir faire tout ce qu'on aurait à faire. Ou alors c'est possible, mais il faut le financer aussi. Donc ça voudrait dire qu'on multiplie les personnes, mais qu'on multiplie du coût aussi pour les entreprises. Il faut aussi que les entreprises l'acceptent. C'est pas forcément encore le cas. » (entretien avec Christophe Isel, ergonome, président de l'AFISST, 38 ans, service interentreprises)

Dans l'extrait d'entretien ci-dessus, nous voyons qu'en cette période de réforme, ce sont finalement les principes généraux justifiant les fondements du travail qui semblent être discutés. Entre deux principes supérieurs communs, l'efficacité industrielle est privilégiée, pour des raisons économiques, à des principes plus civiques[1] où la solidarité et l'équité voudraient que la collectivité attribue les moyens pour pallier l'ensemble des risques. Suivre ce principe permet de quantifier et de prioriser les risques à prévenir ainsi que de standardiser la prévention tout en s'inscrivant dans les principes du *New Public Management* qui régissent les politiques de prévention de la santé au travail en train de se redéfinir. Celles-ci s'incarnent dans une forme d'organisation du travail par « projets »[2] de prévention de risques spécifiques. La notion de réseau portée par ces politiques se matérialise dans des « groupes de travail » auxquels participent les professionnels des services interentreprises.

1 Luc BOLTANSKI et Laurent THÉVENOT, *De la justification*, *op. cit.*

2 « Dans un fonctionnement en « réseaux », le projet « est précisément un amas de connexions actives propre à faire naître des formes, c'est-à-dire à faire exister des objets et des sujets, en stabilisant et en rendant irréversibles des liens. Il est donc une poche d'accumulation temporaire qui, étant créatrice de valeur, donne un fondement à l'exigence de faire s'étendre le réseau en favorisant les connexions. » Luc BOLTANSKI et Ève CHIAPELLO, *Le nouvel esprit du capitalisme*, *op. cit.*, p. 157.

Encadré 7.1 : Groupe de prévention des risques professionnels dans la grande distribution

Un panneau est placé au pied de l'escalier à l'entrée du hall du SI1, annonçant le groupe de travail de 14 h à 18 h à la bibliothèque *« CARSAT/SIST : groupe de prévention dans la grande distribution »*. Les membres du groupe de travail arrivent petit à petit après 14 h. Au total ce sont six personnes (médecins et préventeurs non médicaux) qui sont réunies. Les participants arrivent, se serrent la main et s'installent autour de la table. Une fois que tout le monde semble présent, M. D propose de commencer par un tour de table.

Céline Moulin (médecin du travail au SI1 depuis 2008) commence par se présenter : non seulement elle justifie le fait qu'elle ait repris l'organisation de ce groupe en raison de ses activités liées un hypermarché et à une plate-forme logistique mais elle manifeste également son intérêt pour le groupe en raison des échanges possibles sur le sujet et de sa volonté de se constituer un réseau d'experts et de collègues sur les problématiques de la grande distribution.

Le tour de table se poursuit par M. B un contrôleur de sécurité à la CARSAT, s'occupant du secteur de l'agroalimentaire et du commerce dans un département limitrophe.

Puis c'est au tour de Christophe Isel, ergonome et coordonnateur du pôle technique d'un service interentreprises de se présenter. Il fait partie de réseaux de prévention en ergonomie portant sur la grande distribution, « super-ergo »[1] et un autre porté par le CISME, et s'occupe de pas mal de plates-formes logistiques.

Le Dr C, quant à lui, est médecin du travail dans un service interentreprises depuis 1993. Sa présence se justifie par le fait qu'il est en charge des salariés d'un hypermarché, d'un supermarché et d'une plate-forme logistique. Il a fait partie de la première enquête portée par « super-ergo ». Selon leur spécialisation sur des secteurs d'activité les préventeurs peuvent se retrouver d'un projet à l'autre.

M. D est ingénieur-conseil à la CARSAT notamment pour le secteur agroalimentaire et commerce. Il fait partie du Comité technique national D (CTND) s'occupant des services, commerces et industries de l'alimentation. Parmi diverses missions, il en supervise le niveau régional.

La Dr A arrive en cours de présentation, elle s'installe et se présente à la suite. Exerçant au SI1, elle s'occupe d'un supermarché et d'un hypermarché.

Céline Moulin propose de définir les objectifs et les attentes du groupe. Deux ans auparavant un comité de pilotage dont faisait partie des personnes désignées par la CARSAT et Christophe Isel, a mis en place une charte en partenariat avec les SIST. Ils ont participé à « super-ergo ». Des journées ont été organisées entre médecins et IPRP pour en faire la synthèse. Aujourd'hui, au-delà d'une organisation du travail en « projet », la commande n'est pas très claire. Il faut revenir sur les besoins et informer sur les risques de ce secteur, parler d'ergonomie dans la grande distribution.

Apparaît ensuite la nécessité de coordonner le travail des préventeurs des différentes institutions qui est parfois redondant au sein des entreprises. M. D annonce que ses

1 Le nom a été modifié.

responsables ont des attentes, car il y a de plus en plus d'IPRP dans les CHSCT. Ils ont monté un « copil » entre la CARSAT, les médecins du travail, les IPRP pour éviter de faire plusieurs fois le même travail dans les mêmes établissements. Il s'agit d'échanger sur ce qu'ils font, car les employeurs jouent à les monter les uns contre les autres. L'objectif peut être de se réunir pour mettre les informations en commun. Plus tard dans la réunion, le Dr C soulignera un manque de communication entre les médecins du travail et les agents de la CARSAT. Il ne trouve pas normal de découvrir pendant les CHSCT que la CARSAT et les médecins du travail ont les mêmes thématiques annuelles et pluriannuelles. Le Dr C dit aux préventeurs de la CARSAT que les entreprises écoutent davantage leurs conseils, car ils ont des incitations financières.

En même temps que sont traitées ces questions d'organisation générale, le groupe de travail est l'occasion pour les médecins du travail de faire état de situations vécues pour recueillir les avis des collègues. Le Dr C fait part de sa connaissance du secteur fondée sur la surveillance des entreprises qu'il a en charge. Sur son secteur (plate-forme logistique), il y a des problèmes d'aménagement de poste à cause de la manutention et il a mis en place une séance de gymnastique avant de commencer le travail avec un ancien kiné. Ça fonctionne dans 95 % des cas. Céline Moulin demande si c'est compté sur le temps de travail, car selon elle sinon, ça ne marchera jamais. Il dit que depuis 2005, il n'y a eu que quelques accidents du travail. Mais depuis l'année dernière, ils ont changé le process qui est maintenant à commande vocale et il y a beaucoup de lombalgies. Il existait auparavant des postes qu'il pouvait aménager, notamment pour les femmes enceintes, mais ceux-ci ont été supprimés. Bien qu'il n'y ait pas eu de licenciement, il a déclaré trois inaptitudes cette année.

Alors qu'elle pensait que le groupe de travail portait uniquement sur le risque spécifique de manutention (elle évoque la campagne de prévention de la CARSAT relative à la manutention d'objets de plus de 8 kg aux caisses des hypers et supermarchés), Céline Moulin souhaite aborder un autre sujet : les difficultés qu'elle rencontre à titre personnel dans ses interactions avec les directions des entreprises de la grande distribution qui relèvent de son secteur. Pour illustrer son propos, elle mentionne plusieurs exemples. Le supermarché dont elle s'occupe a été agrandi avec l'aménagement d'un espace culturel et il y a eu des cas de souffrance au travail. La direction de l'entreprise n'a jamais ouvert le dialogue sur le sujet. En revanche, elle a initié une évaluation des RPS, mettant le médecin du travail devant le fait accompli. De la même manière en ce qui concerne le plan senior, des aménagements techniques ont été réalisés mais sans elle. Il y a beaucoup de coupures déclarées en accidents du travail et le magasin travaille sur une sensibilisation auprès des salariés. Mais elle pense que c'est dû à l'augmentation du nombre de clients, organisés en file d'attente à la boucherie-charcuterie qui pousse les salariés à travailler plus vite. Ils sont également débordés à la réception des palettes. Selon elle, des efforts sont consentis par les directions pour maintenir les gens à leurs postes de travail, mais des politiques plus générales peuvent remettre en cause leurs manières de travailler. *In fine*, elle trouve que les responsables ont une vision très technique des choses, mais qu'ils ne veulent pas vraiment changer leurs manières de travailler.

Au terme de ces évocations, elle indique son souhait d'une part de pouvoir échanger avec ses interlocuteurs sur les arguments à mobiliser lors des CHSCT et d'autre part de voir s'instaurer plus de partage d'informations entre IPRP et médecins du travail. Céline Moulin propose alors de recenser les médecins du travail qui suivent des entreprises de la

grande distribution pour leur proposer de rejoindre le groupe de travail et de savoir quelle est la position du service, ce qui suscite divers commentaires.

C'est d'abord le Dr A. qui réagit en mettant en avant le manque de temps pour constituer un tel réseau et qui suggère alors de privilégier un recensement des études de postes déjà faites. Christophe Isel quant à lui, indique qu'il est déjà possible de recueillir les données des IPRP.

Puis c'est au tour de M. D. de prendre la parole. Prenant l'exemple des multiples études sur la farine dans les boulangeries faites de manière dispersée dans différents services, il déplore de voir que ce sont les mêmes actions se répètent, car il estime que c'est une perte de temps. Comme le Dr A, il est favorable à l'idée de recenser les études déjà menées sur la question, pour en tirer un premier document. Ce document de référence pourrait ensuite être décliné selon les spécificités du travail ou de l'entreprise. Cette préoccupation de la gestion de l'urgence se retrouve dans les propos de Christophe Yssel. Selon lui, la prévention est faite au niveau des branches professionnelles (poussières, fumées de soudage...) mais ne descend pas au niveau des entreprises qui estiment toujours que leur situation est spécifique et qu'elle nécessite une mesure dédiée. De ce fait, Cristophe Isel semble plutôt favorable à l'idée de documents de synthèse si ceux-si sont accompagnés de données plus spécifiques qui permettront de montrer aux directions d'entreprises que le problème les concerne. De premiers éléments sont développés dans un rapport dont les annexes circulent sur le réseau propre aux IPRP.

Quelqu'un dit qu'ils ont beaucoup d'informations, mais demande s'il faudrait un support pour résumer les actions. Le Dr C propose de réaliser des études de poste en tandem, médecin du travail/IPRP pour voir la réalité du terrain et de partager ensuite l'ensemble des actions qui ont été menées.

À la fin de la réunion, Christophe Isel reste pour discuter un peu avec Céline Moulin. Il parle du Dr. A qu'il avait déjà dans un groupe de travail en ayant l'air de dire que ce n'est pas facile de travailler avec elle. Céline Moulin répond qu'elle fait parfois des remarques très pertinentes, mais qu'on ne comprend pas toujours où elle veut en venir et ça peut traîner en longueur (Martine Molier avait eu une attitude similaire de solidarité entre pairs en défendant la même médecin, selon elle pertinente dans sa pratique, auprès de Nathalie Iché). Céline Moulin lui demande s'ils ont des contacts entre IPRP (elle ne connaît pas le réseau), elle trouve ça bien. Il lui explique être responsable régional d'un groupe d'IPRP et le justifie en disant que comme ils sont moins nombreux, ils peuvent s'organiser. Christophe Isel explique à Céline Moulin qu'il leur faut un médecin du travail référent et qu'il donnerait bien son nom tout en précisant que c'est une demande administrative. Elle accepte. Il salue les IPRP du SI1 avant de quitter le service.

(Observation réalisée le 11 octobre 2011)

L'organisation de la prévention en « projets » qui cherchent à répondre à aux objectifs des Plans nationaux Santé Travail et leurs déclinaisons régionales favorise, au nom de l'efficacité qui est un argument récurrent de ce type de démarche, la mutualisation de connaissances et d'outils de prévention. Cette mutualisation s'opère par le recensement et la

transmission d'études existantes ainsi que par la diffusion d'outils créés par d'autres institutions. Bien que les médecins soient plus éloignés de cette forme de travail collectif, leur présence reste centrale dans ces projets, tant parce qu'ils sont susceptibles de mieux connaître les conditions de travail au sein des entreprises du secteur que parce que leur statut professionnel est un gage de légitimité accordé aux pratiques de prévention.

L'organisation de la prévention par projet aboutit couramment à l'organisation de restitutions collectives auxquelles sont conviés des représentants d'entreprises de la branche, adhérentes des services interentreprises participants. Ces actions collectives sont censées « rendre effective la prévention dans l'ensemble des entreprises » et dans les PME en particulier. Cependant, ainsi que le souligne Marion Gilles dans sa thèse, les conseils de prévention du risque concernent des techniques génériques et peuvent éventuellement provoquer des « effets d'abstraction et de décontextualisation de la démarche qui handicapent la réalisation d'un diagnostic spécifique à l'entreprise et paralysent le passage à l'action »[1].

Si les médecins du travail continuent de définir les priorités d'intervention au cours de leur activité et que la majorité des interventions des IPRP sont délimitées par les premiers, au contraire dans le cadre des projets « pluridisciplinaires », le risque à prévenir est spécifié en fonction des connaissances épidémiologiques. Les médecins du travail sont sollicités dans ce type de démarche en fonction de l'activité des entreprises qui composent leurs secteurs. Comme le formule Christophe Isel : *« on peut entrer par la situation ou entrer par le risque »*. La prévention de la santé au travail tend peu à peu à être davantage définie au sein de réseaux d'action publique que par chaque professionnel au contact du public. Les directions des services interentreprises et leurs représentants pensent d'ailleurs avoir un rôle à jouer dans la mesure et la définition du risque, et ce notamment par les pratiques de recensement réalisées.

1.1.2 Recenser le risque pour mieux le définir

Le CISME souhaite mobiliser la double nature des statistiques médico-administratives[2] produites par les préventeurs des services interentreprises pour mieux connaître les risques auxquels sont exposés les salariés des entreprises adhérentes. Au-delà d'un enregistrement administratif, l'outil informatique étend les possibilités de contrôle panoptique pour le projet hygiéniste selon lequel « l'enregistrement du pathologique doit être

1 Marion GILLES, *Compter pour peser: la quantification de la « santé au travail » en entreprises*, Thèse de doctorat, EHESS, 2013, p. 433.
2 Nicolas DODIER, *L'expertise médicale*, *op. cit.*, p. 246.

constant et centralisé »[1] et peut relever du recueil d'informations à visée épidémiologique, nécessaires à l'élaboration d'une politique de prévention. C'est bien le propos d'Hélène Ducan lorsqu'elle promeut la nécessité de mise en commun des informations collectées et les possibilités que peut offrir l'outil informatique pour quantifier les risques professionnels :

> « L'évolution, on ne va pas faire machine arrière sur l'informatique, je ne crois pas. La réalité c'est d'aller dans cette direction. Mais peut-être en utilisant l'expérience qu'on a pour créer un logiciel qui correspond aux besoins. Mais ça, c'est un vaste problème [elle se reprend] vaste programme parce que comment on fait ? En ce moment [un groupe de travail coordonné par le CISME est] en train d'essayer de faire un thesaurus commun. Parce qu'il y a trois logiciels pour la santé au travail et chacun a des thesaurus différents. Donc pour le métier, on ne peut pas sortir des statistiques. Parce qu'un médecin peut décrire une TMS de telle et telle façon, un autre le même problème, mais d'une autre façon et on ne peut pas sortir les statistiques pour le métier. [...] Parce qu'à quoi bon avoir tout un métier où on ne peut pas sortir les statistiques ? Parce que nous ne sommes pas indépendants, comme je le disais hier, nous faisons partie du système français de la prévention des risques professionnels. Donc ce que nous faisons ici devrait verser dans une base de données nationale. Pour alimenter, pour avoir les statistiques pour voir où on en est, etc. Je pense. Mais tant qu'on n'a pas résolu ce problème avec les médecins qui ne sont pas à l'aise avec l'utilisation de l'informatique, ça ne va pas être simple. » (entretien avec Hélène Ducan, directrice, 65 ans, SI2)

Nous l'avons vu, les médecins du travail redoutent la divulgation des données sanitaires et personnelles des salariés protégées par le secret médical. C'est ce que souligne une médecin-inspectrice de la direction générale du travail lors d'une communication sur la veille sanitaire[2] qu'elle donne au CISME. Bien que la santé au travail fasse partie de la santé publique, selon la loi « de modernisation de notre système de santé » de 2016, « toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention [...] doit être agréée à cet effet » et « le dossier médical partagé n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail »[3]. Elle insiste sur le rôle central du médecin du travail, en association avec le directeur du service interentreprises pour assurer cette veille sanitaire et renvoie aux CPOM pour inciter les services interentreprises à davantage contribuer à la veille sanitaire.

1 Michel FOUCAULT, *Surveiller et punir*, *op. cit.*, p. 230.

2 Patricia MALADRY, *La veille sanitaire en santé au travail*, Power-point, CISME, 10 mars 2016, http://www.cisme.org/wpFichiers/1/1/Ressources/File/REUNIONS/Reunions2016/20160310_DGT.pdf, consulté le 3 juin 2017.

3 L1111-18, loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n° 0022 du 27 janvier 2016.

En effet, depuis 2011[1], les services interentreprises ont pour mission de contribuer à « la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire ». Or pour des raisons similaires de protection des données personnelles, les infirmières en santé au travail ne peuvent pas non plus communiquer les données médicales[2]. Mais selon l'INRS « concourir au recueil d'observations et d'informations dans le cadre d'enquêtes et d'études, y compris épidémiologiques et de veille sanitaire », fait partie de leurs missions[3]. En revanche, les ASST dans leur mission d'aider les plus petites entreprises adhérentes des services interentreprises à réaliser une première évaluation des risques au moyen de la fiche d'entreprise peuvent contribuer à un recensement des expositions professionnelles des salariés et alimenter le système d'information des services :

> « Un groupe de travail a été créé en mai 2015, afin de réaliser un nouveau modèle de fiche d'entreprise[4], utilisable par l'ensemble des équipes pluridisciplinaires, permettant une meilleure compréhension et lisibilité pour l'entreprise, des risques professionnels prépondérants selon l'équipe pluridisciplinaire, pour pouvoir mettre en place des plans d'action. Il s'agit également de rendre exploitables les données recueillies à des fins statistiques, pour mieux connaître les besoins du territoire. Quatre réunions ont été réalisées en 2015. Ce groupe poursuit son action jusqu'en juin 2016. » (Rapport d'activité, SI1, 2015)

Les données sanitaires des salariés étant protégées, les services interentreprises se recentrent sur le recensement de leur exposition aux risques professionnels.

1.2 De l'aptitude à l'évaluation du risque

L'évaluation de l'aptitude par les médecins du travail devient de plus en plus illégitime depuis les années 1990, d'autant plus que le scandale de l'amiante souligne l'inefficacité du dispositif en termes de prévention de la santé, de nombreux salariés atteints ayant été suivis par des médecins du travail sans que cela ne débouche sur un quelconque signalement. Alors que cet instrument d'action publique tend à être supprimé et que les médecins concentrent leurs pratiques professionnelles sur l'évaluation de l'inaptitude, les préventeurs non médicaux des services interentreprises organisent entre autres leurs pratiques professionnelles autour d'une aide à la réalisation du « document unique » pour les entreprises adhérentes. Ils se font

1 Art L4622-2 loi du 20 juillet 2011
2 INRS, « Nouvelles coopérations en santé au travail : recommandations du CNOM. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 17 juin 2011 », *Documents pour le Médecin du travail*, n° 127, 3e trimestre 2011, p. 537.
3 http://www.inrs.fr/demarche/services-sante-travail/infirmier-sante-travail.html
4 Nous n'avons pas pu avoir accès à ce modèle de fiche d'entreprise.

ainsi le relais de nouvelles normes de prévention auprès des employeurs et des responsables de l'hygiène et de la sécurité au sein des entreprises. Les services interentreprises s'orientent-ils alors vers une nouvelle « prestation » assurée aux adhérents ?

1.2.1 Diffuser des normes d'évaluation du risque

Comme le déplore François Imbert, parallèlement à leurs interventions en milieu de travail les IPRP nouvellement recrutés du SI1 développent une activité de « communication ». Cette activité est promue par les dispositifs de gestion des services interentreprises. Une sous-section dédiée à ces pratiques est prévue dans les fiches métiers des préventeurs non médicaux du SI1. Les hygiénistes doivent avoir pour « compétence » de maîtriser les *« techniques d'animation collective et gestion de groupe (animation de sessions de formation ou de réunions d'information) »*. Dans le référentiel de compétences d'un hygiéniste du SI2, si celui-ci doit tout d'abord pouvoir *« recueillir et traiter de l'information scientifique, technique et réglementaire »*, il doit ensuite pouvoir *« élaborer et mettre en œuvre des actions de formation »*[1].

Au premier trimestre de l'année 2011, sur les 67 interventions réalisées par les IPRP du SI2, 60 % concernaient des « réunions d'information Adhérents » portant sur des risques spécifiques (cf. encadré 7.2) faisant l'objet d'une attention particulière cette année-là (23 réunions sont prévues au cours de l'année). Aux quatre thématiques existantes (Risque chimique, Stress au travail, Très petites entreprises, Document unique), six sont ajoutées (TMS, Travail de nuit-travail posté, Intervention d'entreprises extérieures, Secteur tertiaire, Aptitude-inaptitude-reclassement professionnel, Rayonnements ionisants). Si certains des risques présentés ici sont désignés comme prioritaires au sein du *Plan Santé au travail 2010-2014* (risque chimique, TMS et risques psychosociaux), les réunions d'aide aux plus petites entreprises et à la rédaction du document unique s'inscrivent dans l'axe 3 du Plan « Encourager les démarches de prévention des risques dans les entreprises, notamment les PME et TPE ». Les entreprises à inviter sont sélectionnées dans le fichier d'adhérents du service en fonction de leur secteur d'activité.

1 Par ailleurs, l'emploi de formatrices (ce sont principalement des femmes qui occupent ces postes) dispensant des formations *Sauvetage Secourisme du Travail* et de *Prévention des risques liés à l'activité physique* est courant dans les service interentreprises. Elles existent depuis 1983 au SI1. Ces formations, habilitées par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), permettent de former les salariés à la prévention des risques sur leurs lieux de travail.

Les réunions d'aide à l'évaluation des risques professionnels consistent à assister les personnes en charge de ces questions au sein des entreprises adhérentes, que ce soit les employeurs eux-mêmes, leurs représentants (secrétaire de direction) ou des membres de l'encadrement (responsables RH, qualité). Cette évaluation devenue obligatoire en 2001 est retranscrite dans le document unique (il est généralement demandé par les inspecteurs du travail lorsqu'ils se rendent en entreprise). Les employeurs peuvent en sous-traiter la réalisation à des cabinets extérieurs. Les médecins du travail ne sont guère favorables à cette pratique et incitent les responsables à privilégier une analyse interne à l'entreprise. C'est pour eux l'assurance que les risques identifiés sont réellement connus et pris en compte au sein de l'entreprise. Ils proposent souvent leur aide, celle des IPRP ou des ASST, notamment en ce qui concerne les méthodes d'identification et de recensement des risques.

Les réunions d'information permettent à la fois de présenter des outils que les responsables des questions de santé au travail au sein des entreprises peuvent s'approprier et de rappeler qu'ils peuvent solliciter les préventeurs des services interentreprises en cas de besoin. En « prévention primaire » des risques psychosociaux (cf. encadré 7.2), « les médecins affirment que l'exercice d'un pouvoir de conviction auprès des employeurs est leur seule ressource pour faire changer les choses, puisqu'ils ne disposent ni de pouvoir de décision ni de pouvoir de sanction »[1].

Encadré 7.2 : Réunion d'information Adhérents du SI2

La réunion *« Les RPS : en parler pour agir »* est prévue de 9 h 30 à 12 h au siège du SI2. J'arrive une demie-heure en avance. Une petite table est installée dans l'entrée où la secrétaire administrative vérifie l'inscription des participants pendant que les personnes arrivées boivent un café. Elle distribue des badges nominatifs ainsi qu'un dossier aux couleurs du SI2 contenant des photocopies d'articles sur les RPS, une feuille d'exercice, un CD-ROM et un questionnaire de satisfaction.

Une dizaine de personnes est déjà installée lorsque j'arrive dans la salle de réunion. Une série de tables disposées en cercle se trouve au centre de la pièce. Un diaporama est projeté sur un écran au fond de celle-ci. Bernard Maillet et Laura Irberry, respectivement le médecin du travail et l'hygiéniste du SI2 qui organisent la réunion, se tiennent debout à côté de l'ordinateur portable depuis lequel est projetée la présentation. La présentation de la *« réunion d'information et d'échange »* commence à 9 h 40. Les organisateurs souhaitent une ambiance *« participative »* et susciter le débat. En fait, la réunion consiste

1 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 398.

essentiellement à présenter une méthode générique de prévention des RPS mais aucune discussion ne viendra sur les situations particulières au sein des entreprises.

Présentation des participants

Laura Irberry lance un tour de table pour que chacun se présente et indique si son entreprise dispose d'un document unique, signe d'une première évaluation du risque au sein de l'entreprise. Le médecin du travail demande de préciser s'il traite des RPS et si l'entreprise fait partie d'un groupe, ce qui est pour lui une clé de compréhension de l'éventualité de ce risque dans l'entreprise. Ils les relancent alors que les participants oublient systématiquement de préciser cette dernière information.

Ce sont essentiellement des membres de l'encadrement qui sont présents :

- la secrétaire de direction d'une entreprise parisienne. Elle ne sait pas si leur document unique traite du sujet. Elle est intéressée, car le sujet est à la mode et ils en parlent entre collègues.

- la chef d'un service médico-social associatif qui emploie des personnes handicapées. Leur document unique existe *« grâce à vous »* mais porte peu sur les RPS.

- le secrétaire général d'un institut d'études (enquêtes et études de marché). Ils ne savent pas comment traiter les RPS dans leur document unique, notamment la méthode prédiagnostic. Un stagiaire au sein de leur pôle prévention pourrait s'en occuper.

- le stagiaire « qualité » du SI2

- la responsable d'une association de jeunes personnes handicapées. Ils ont réalisé leur document unique avec Anaïs Issaoui (l'autre hygiéniste du SI2)

- le responsable national de la qualité et de l'environnement d'une entreprise d'instrumentation spatiale. Syndiqué à la CFE-CGC, il est représentant des salariés à la commission de contrôle (plusieurs personnes me diront qu'il vient à pratiquement toutes les réunions). Ils ont un *« très joli »* document unique qui prend en compte le stress au travail et ont mis en place une cellule d'écoute. *« Ils débutent ».*

- la responsable Ressource humaine du siège social d'un magasin de jouets. Leur document unique va être revu en CHSCT, l'inspecteur du travail ayant demandé qu'il soit spécifique à chaque magasin. Il souhaiterait un accord sur les RPS. Leurs filiales emploient 15 000 personnes.

- l'attachée de direction et qualité d'une entreprise de chimie d'une cinquantaine de salariés, membre d'un groupe de 300 établissements. Leur document unique ne traite pas des RPS.

- l'infirmière coordinatrice de la même entreprise de chimie.

- la directrice d'une maison de retraite qui appartient à un groupe de 200 établissements. Leur document unique traite des RPS.

- un avocat spécialisé en droit du travail qui *« aborde les questions de stress au travail »* et s'intéresse à cette problématique.

La présentation construite par les animateurs se scinde en quatre parties. Il s'agit d'une part de définir ce que sont les Risques psychosociaux puis de définir une pratique de prévention

(pourquoi les prévenir et comment les repérer). Suite à un exercice pratique, une quatrième et dernière partie s'attache à identifier quelques actions de prévention possible.

La recherche d'un pouvoir de conviction : définir le risque et justifier la prévention

Bernard Maillet commence par définir juridiquement les RPS en faisant référence aux accords européens sur le stress de 2004 et en énumérant les différentes notions prises en compte depuis. Puis il enchaîne sur une définition plus « clinique » en remettant avant tout en cause le travail et son organisation comme étant à l'origine de ces risques plutôt qu'une déficience personnelle habituellement mise en avant. Il prend l'exemple de France Télécom pour expliquer qu'un groupe peut exclure un salarié pour des raisons stratégiques et institutionnelles. Bernard Maillet souligne l'importance de travailler sur l'organisation du travail en amont plutôt qu'en aval. Il cite alors en mauvais exemple les numéros verts et les tickets psy mis en place une fois que les RPS sont déclarés. Il peut également s'agir de questionner les « patients » qui viennent les voir bien qu'en rediscuter soit difficile. La conséquence caractéristique des RPS est l'isolement et la solitude. Lorsqu'ils échangent à ce sujet lors de leurs réunions de service, tous les médecins du travail ont de nombreux exemples de salariés, y compris ceux qui sont bien armés, qui fondent en larme. C'est ce qui à ses yeux justifie l'importance de ce risque. Il rappelle que le médecin du travail est le seul intervenant qui bénéficie d'un Code de déontologie. Il ajoute : *« La santé, pour nous médecins du travail, n'est pas tant la tension ou le cholestérol, mais des formes diverses de harcèlement »* soulignant la pertinence de leur rôle.

Bien qu'elle ne dispose pas de « chiffres »[1], les RPS sont selon Laura Irberry, un phénomène qui explose. Elle cherche à convaincre les participants de l'importance de la prévention de ce risque en mettant en avant tout d'abord des arguments jugés légitimes *« du point de vue de l'employeur »*, les RPS sont pour eux des risques « économiques et commerciaux », de « qualité », « juridiques » et « organisationnels ». Bernard Maillet reprend la parole pour souligner que *« du point de vue du salarié »* le travail a une place centrale dans sa construction personnelle. Les intervenants distribuent ensuite les photocopies d'un document réalisé par la DIRECCTE de Bourgogne répondant aux idées reçues couramment énoncées par les employeurs sur ce sujet. L'organisation du travail n'étant pas suffisamment prise en compte comme un facteur de risque.

Diffuser des méthodes génériques de prévention

Pour aider les participants à dépister les RPS et à définir des indicateurs pertinents, les intervenants rappellent qu'un CD-ROM réunissant des documents de l'INRS, INVS, DARES et des textes législatifs leur a été distribué. Ils conseillent également de se reporter aux rapports annuels des médecins du travail. La méthode de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) pour identifier les facteurs de risques est ensuite présentée rapidement par Bernard Maillet. Un schéma représentant quatre « champs en tension » (changement du travail ; valeurs et exigences du salarié ; relations et comportements ; contraintes de travail) est affiché. Cette présentation précède l'exercice pratique.

1 « Les préventeurs non médicaux comme les médecins du travail « partagent la conviction que, dans l'univers de l'entreprise, la production d'indicateurs chiffrés augmente l'importance sociale des objets mesurés. L'argument statistique, appuyé d'un dispositif scientifique reconnu, est perçu à la fois comme une ressource argumentative et un instrument de légitimation. » Marion GILLES, *Compter pour peser*, *op. cit.*, p. 158.

Après une pause d'un quart d'heure, l'exercice consiste à repérer les facteurs de RPS liés aux quatre modalités présentées précédemment à partir d'un film de l'INRS mettant en scène les RPS dans le secteur des assurances. Laura Irberry sollicite les participants pour connaître les réponses trouvées. Suite au silence de la salle, quelques personnes répondent. L'exercice permet d'insister sur la nécessité de déceler toutes les tensions qui peuvent se faire jour et les moyens d'y remédier. C'est donc sur ces deux points que l'IPRP réalise sa synthèse en revenant d'une part sur les situations de tensions qui peuvent être dépistées et d'autre part sur les *« régulations possibles »* qui peuvent amener à mettre en place un *« plan d'action »*.

L'IPRP présente pour finir un modèle de prédiagnostic proposé par l'ANACT qui repose sur une logique similaire à celle étudiée lors de l'exercice pratique. Elle souligne que les adhérents du SI2 peuvent se faire aider par leur médecin du travail et le pôle prévention et ajoute qu'il est également possible d'obtenir une aide extérieure quand les gens sont trop impliqués. Citant l'exemple de la CRAM qui propose des interventions gratuites pour les groupes d'une cinquantaine de salariés, elle termine son exposé en signalant l'existence, sur le CD-ROM, d'un guide pour choisir un consultant.

Les préventeurs : une aide pour identifier et prévenir le risque

Pour conclure, Bernard Maillet souligne que les RPS étant difficilement modélisables, les professionnels de la prévention ont beaucoup réfléchi à la question avant de mettre au point la méthode venant d'être présentée. Il concède que le film est caricatural, mais qu'il donne tout de même une impression de déjà vu. Laura Irberry ajoute que si une démarche est initiée, les médecins du travail peuvent participer à un groupe pilote. Bernard Maillet suggère que ce soit pour aider à la rédaction du cahier des charges.

Une participante demande quels sont les indicateurs pertinents. Il lui répond que beaucoup de choses se trouvent dans le bilan social. Le médecin est également une *« sentinelle »* qui peut interpeller en donnant des informations générales sur les salariés ou des indicateurs numéraires et évoque les questionnaires Sigrist et Karazeck. Il ajoute qu'il est important qu'il y ait une *« exécution de bonne foi du contrat de travail »* même s'il ne voulait pas aborder la norme du contrat de travail, car ils devaient faire court.

Bernard Maillet profite de la fin de la réunion pour diffuser une profusion d'informations complémentaires sur les RPS qui donnent « un point de vue de médecin du travail » qu'il juge assez représentatif. Les références qu'il délivre sont celles du courant critique de la profession. Il fait circuler des articles de Philippe Davezies et Dominique Huez et conseille de se rendre sur les sites web de Marie Pezet et du gouvernement (pour accéder à des enquêtes). Il évoque ensuite une série de documents : le rapport annuel du médiateur de la république (qui est sur le CD-ROM), un texte du SNPST à la main, il lit un document sur le burn-out des sociétés, conseille la revue juridique de la CGT *Droit ouvrier* qui est *« d'un bon niveau »* et *Santé et travail* édité par la Mutualité française ainsi que la DARES pour les statistiques.

Peu de monde se manifeste pour poser des questions en fin de séance. À l'avocat qui dit que si l'on est vigilant à l'exercice des droits, aux principes généraux, il y a plein de sujets qui tombent d'eux-mêmes, Bernard Maillet répond que pour n'importe quel type de risque, si les règles du Code du travail étaient déjà appliquées, ce serait déjà bien. Le secrétaire général de l'institut d'études avance que les risques chimiques sont plus

tangibles. Il lui répond qu'il s'agit de la même démarche, quel que soit le risque en prenant l'exemple d'une entreprise de transport qu'il a suivi.

La réunion se finit à 12 h. Il est demandé aux participants de remplir le questionnaire de satisfaction.

(Observation réalisée le 10 mai 2011)

Bien que ces réunions d'information portent sur des risques spécifiques ou des secteurs d'activité particuliers, il s'agit de présenter des outils et des méthodes génériques qui permettent le plus souvent d'établir un document unique ou de mettre en place une « démarche » de prévention. Ces outils, souvent créés par des organismes officiels de prévention (tels l'ANACT, l'INRS, l'OPPBTP...), consistent le plus souvent en des « démarches d'évaluation des risques ». En tant qu'outils d'amélioration continue, ils correspondent aux nouvelles représentations d'une prévention « efficace » de la santé au travail, dénommée « prévention primaire », qui repose sur l'évaluation continue du risque.

Comme les dernières interrogations du questionnaire de satisfaction distribué en fin de réunion au SI2 l'indiquent, il s'agit non seulement d'amorcer d'éventuelles interventions en entreprise pour les préventeurs non médicaux (*« Envisagez-vous d'engager une démarche dans votre établissement ? Auriez-vous besoin de l'aide de nos intervenants ? »*), mais également de revaloriser l'image dégradée de la médecine du travail. Ainsi la question *« Cette manifestation a-t-elle changé votre vision du Service de santé au travail ? »* part du présupposé que les prestations des services interentreprises sont jugées largement inefficaces par leurs adhérents et que la pédagogie employée dans ce type de réunion de prévention « primaire » (car effectuées avant que le risque ne soit déclaré) peut contribuer à améliorer ces représentations. Les restitutions lors de « soirées » thématiques des résultats d'un travail collectif par « projet » tel que décrit précédemment ont des effets similaires. S'agit-il de la valorisation d'une nouvelle « prestation » ?

1.2.2 Une nouvelle prestation ?

Selon Blandine Barlet, les services interentreprises qui passent « du devoir d'adhérer au droit à la prestation » « repensent leur relation à leurs adhérents (qui ne doit plus reposer sur la contrainte d'adhérer) et prêtent une attention particulière aux demandes des employeurs. Pour cela, ils mettent au point une offre de services visant avant tout à obtenir leur

satisfaction »[1]. Pour cette auteure, la mise en place de la « pluridisciplinarité » permet d'inscrire les services interentreprises dans une logique marchande où les rapports entretenus avec les adhérents tiennent davantage d'un rapport prestataire de service/client.

Nous n'avons pour notre part pas directement observé un tel processus à l'œuvre. Parmi nos enquêtés, seule Nathalie Ichée est recrutée dans un service interentreprises en 2002, au sortir de ses études et suite à un stage portant sur l'évaluation des risques, pour proposer ce type de démarche sous forme de prestations payantes (en supplément de l'adhésion) aux entreprises adhérentes. Elle crée un petit guide expliquant ce qu'est l'évaluation des risques auquel elle joint sa carte de visite pour faciliter la prise de contact des entreprises adhérentes :

> « - oui, donc là c'est bien une politique de service.
> - Oui de service et puis de prestations proposées. C'est-à-dire que moi j'ai été clairement embauchée pour l'évaluation des risques. Mon directeur croyait beaucoup à ça. Et donc il fallait vraiment développer cette prestation-là parce qu'il y croyait beaucoup. Et les médecins ont joué quelque part nos commerciaux. Il fallait faire connaître cette prestation. On avait envoyé une plaquette à l'époque. Aussi il faut savoir qu'à l'époque où j'ai été embauchée [dans ce service], il avait été convenu que toutes les mesures physiques, les prestations seraient gratuites et pour tout ce qui était évaluation des risques, le service offrait gracieusement une demie journée d'intervention. Au-delà, cette prestation était payante. Au départ il y avait peut-être, peut-être enfin point d'interrogation je ne suis pas sûre que c'était la motivation principale, l'idée que ça pouvait rapporter de l'argent au service. » (entretien avec Nathalie Iché, hygiéniste, 29 ans, SI1 ; réalisé par Annie Chicoisne Janvier)

Mais l'évaluation des risques étant irréalisable en une demi-journée, les médecins du travail n'osent plus proposer cette prestation aux entreprises, notamment aux plus petites qui ne peuvent la financer. La direction du service interentreprises passe finalement à un autre mode de financement indexé à la masse salariale qui permet de proposer quatre demies journées d'évaluation incluses dans la cotisation. Au SI1, ce sont les ASST du SI1 qui effectuent ce travail de promotion d'un nouveau service d'aide à l'évaluation des risques, notamment auprès des plus petites entreprises. Si les ASST privilégient les adhérents volontaires, ce service n'engendre pas de frais supplémentaires pour les adhérents. Tout comme au SI2, l'affiche de présentation des réunions d'information porte la mention *« inclus dans votre cotisation »*.

1 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 202.

L'accent mis sur la prévention des risques professionnels par les services interentreprises peut être vu comme un moyen d'absorber les transformations en cours dans l'institution. Si avec la médecine du travail ce qui est attendu des employeurs est d'obtenir les certificats d'aptitude de leurs salariés, il leur est désormais également demandé de réaliser une évaluation des risques présents dans leurs entreprises au moyen du « document unique » et qu'ils préviennent les risques identifiés. Mais ce processus n'est que partiellement entamé et de fait, les directeurs de services interentreprises reçoivent encore de nombreuses plaintes d'employeurs dont les salariés n'ont pas été suivis « à temps » (selon les délais réglementaires) en visite médicale et qui ne disposent pas des certificats d'aptitude, parfois réclamés par l'inspection du travail. Une partie du travail d'enrôlement réalisé par les agents du service interentreprises consiste donc à convaincre les employeurs que ce dont ils ont besoin pour se protéger d'éventuels problèmes liés à l'exposition à des risques professionnels de leurs salariés, ce n'est plus tant l'évaluation médicale de l'aptitude que l'aide à l'évaluation des risques assurée par les préventeurs non médicaux. Pour rester un interlocuteur incontournable pour les directions d'entreprise, alors même que ce qui fondait ce lien est en train de disparaître, les services de santé au travail ont entrepris de requalifier ce qui fonde leur légitimité en s'adaptant aux nouvelles obligations légales auxquelles les employeurs doivent faire face.

Si pour assurer l'évaluation des risques en entreprise, les services interentreprises sont en concurrence avec des cabinets privés, ils bénéficient d'une clientèle captive dans la mesure où les entreprises ne disposant pas d'un service interne de prévention sont toujours dans l'obligation d'adhérer à un service interentreprises[1]. En ce sens les transformations à l'œuvre ne relèvent pas vraiment d'un processus de marchandisation, car il n'y a pas de concurrence entre les demandeurs[2]. Cependant les services interentreprises cherchent bien par ce travail de redéfinition à légitimer leur action et leur nouvelle structuration pour, *in fine*, justifier leur existence même au nom d'un principe d'efficacité plus qu'en raison d'un quelconque caractère obligatoire.

La valorisation de l'évaluation des risques par les préventeurs non médicaux, bien qu'elle puisse faire l'objet de prestations complémentaires, est surtout le signe d'une

1 C'est d'ailleurs dans ce sens que les services interentreprises sont porteurs d'instruments de politique publique.

2 Pierre FRANÇOIS, *Sociologie des marchés*, Paris, A. Colin, coll. « Collection U », 2008. Voir le développement sur « l'hypothèse wébérienne » dans le premier chapitre.

entreprise de rationalisation[1] de la prévention de la santé au travail qui assoit sa nouvelle légitimité. À l'instar des « cellules pluridisciplinaires d'appui » de l'inspection du travail décrites par Éric Verdier, « cette démarche se saisit de la pluridisciplinarité pour asseoir la légitimité politique d'une appréhension de la santé au travail par le prisme de l'entreprise »[2]. L'inscription des services interentreprises dans les réseaux d'action publique de prévention de la santé au travail leur permet de se maintenir. Il s'agit finalement moins d'une transformation de cette institution que de son adaptation à une nouvelle rationalité afin de pérenniser son existence.

2 La permanence d'un service

Bien que le service rendu aux adhérents des services interentreprises passe peu à peu de l'évaluation de l'aptitude à l'évaluation des risques, nous allons voir que la prévention pratiquée par les préventeurs non médicaux au-delà d'une différence de forme est par certains aspects similaire à celle pratiquée par les médecins du travail. Notons tout d'abord que les médecins du travail prescrivent encore largement les interventions d'IPRP en raison de leur connaissance des situations de travail. Ainsi bien que les « projets » collectifs portant sur des risques spécifiques se systématisent dans les services interentreprises, la prévention par l'alerte professionnelle se maintient. Par ailleurs, en revendiquant un rôle de conseil similaire à celui des médecins, les IPRP cherchent à analyser les situations de travail et à se distancier de la simple évaluation du risque. Mais ce positionnement de conseiller des employeurs et des salariés fait qu'ils sont fondamentalement pris dans les mêmes ambiguïtés que les médecins du travail. Ils « sont placés dans une situation de conflit d'intérêts potentiel, puisque leur mission officielle (la prévention) peut entrer en contradiction avec les objectifs couramment poursuivis par leurs chefs, qui sont aussi les employeurs des salariés surveillés ou de leurs représentants »[3]. Ceci est d'autant plus marqué pour les préventeurs non médicaux qu'ils ne bénéficient pas du statut de salarié protégé des médecins (même si celui-ci a un effet limité[4]). En tant que salariés des services interentreprises, la prévention qu'ils pratiquent s'inscrit dans une relation de subordination caractéristique de la relation salariale[5].

1 Philippe BEZES et Christine MUSSELIN, « Le new public management. Entre rationalisation et marchandisation ? », *op. cit.*
2 Eric VERDIER, « La gouvernance de la santé au travail : le dialogue social recadré par un paradigme épidémiologique ? », *op. cit.*, p. 111.
3 Pascal MARICHALAR, *Médecin du travail, médecin du patron ?*, *op. cit.*, pp. 13-14.
4 Pascal MARICHALAR, *Médecin du travail, médecin du patron ?*, *op. cit.*
5 Alain SUPIOT, *Le droit du travail*, Paris, PUF, 2004.

2.1 Une prévention subordonnée

L'un des arguments récurrents des promoteurs de la réforme est que la prévention « primaire » pratiquée par les préventeurs non médicaux est plus efficace que la prévention « tertiaire » pratiquée par les médecins du travail, car elle s'effectuerait avant la dégradation de la santé des salariés. Or les médecins du travail peuvent faire valoir un rôle d'alerte essentiel dans l'identification de situations délétères au sein des entreprises. Ils connaissent globalement mieux les situations de travail au sein de celles-ci, délèguent une partie de leurs actions en milieu de travail aux IPRP et assurent le suivi de la prévention qui y est réalisée. Mais comme nous l'avons vu, bien que les interventions des préventeurs non médicaux s'opèrent sous contrôle des médecins du travail, ils revendiquent eux aussi une analyse des situations de travail.

2.1.1 Une définition professionnelle du risque

À force d'intervenir au sein de certaines entreprises ou en fonction de leurs spécialités, les IPRP y deviennent les interlocuteurs privilégiés des responsables hygiène et sécurité et en connaissent employeurs et salariés. De nombreuses directions d'entreprises adhérentes cherchent de l'aide face à leurs obligations réglementaires :

> « Les entreprises peuvent faire appel à nous. Notamment elles le font de temps en temps parce qu'elles nous connaissent depuis le temps qu'on est là. Mais aussi quand elles font appel à nous, une fois sur deux c'est pour les aider pour un document. C'est parce que l'inspection du travail leur cherche des noises. C'est parfois, c'est déjà un peu plus intéressant, quand ils font rentrer une nouvelle machine. Comme ils ont vu ce qu'on mettait en évidence sur les machines de leur parc actuel, ils font rentrer une nouvelle machine donc ils disent : "Attendez. Avant de mettre la machine, on voudrait avoir l'avis de la santé au travail sur la vibration, niveau de bruit." Là on est déjà dans quelque chose qui est un peu mieux. » (entretien avec François Imbert, hygiéniste, 53 ans, SI1)

En 2010, alors que 43 % des « actions » des IPRP du SI1 sont commanditées par des médecins du travail, environ 47 % d'entre elles le sont par des acteurs de l'entreprise (direction, CHSCT, service prévention interne ou salarié) et 3 % par l'inspection du travail (cf. tableau 7.1). Le même constat peut-être fait au SI2 où, au 31 mars 2011, alors qu'Anaïs Issaoui pense *a priori* que les demandes médicales sont numériquement supérieures à celles des entreprises adhérentes[1], il s'avère que les deux tiers proviennent de ces dernières.

1 L'intégration des IPRP du SI2 s'est faite par « bouche à oreilles » de médecin à médecin, notamment dans les couples, suscitant de nouvelles demandes. Cinq ans après la création du « pôle prévention », la quinzaine

Tableau 7.1 : Actions du pôle prévention du SI1 en 2010

Origine de la demande	Médecin du travail	Direction	CHSCT	Service prévention	Salarié	Inspection du travail	Non renseigné	**Total**
Bruit	18	16	5	2		3	5	**49**
Ergonomie	14	8	2	2	3		1	**30**
Toxicologie	9	3	3	1	1		1	**18**
Ventilation	6	2		2	1	1	1	**13**
Vibrations	7	2		1				**10**
Éclairage	2	2	2	1				**7**
Risques psychosociaux	5	2	2				1	**10**
Aide à l'évaluation du risque chimique	4	4	1					**9**
Sensibilisations		2	2					**4**
Conseils en hygiène, sécurité, conditions de travail	2	1		1				**4**
Cardiofréquencemétrie	2						2	**4**
Ambiance thermique			1					**1**
Étude de poste							1	**1**
Total	**69**	**42**	**18**	**10**	**5**	**4**	**12**	**160**

Source : Rapport d'activité du pôle prévention, SI1, 2010.

Prescrivant en partie le travail des IPRP, les médecins du travail restent associés à la définition des priorités d'intervention auprès des entreprises. Les IPRP déclarent ainsi en 2014 que les interventions qu'ils réalisent « se font principalement à la demande des médecins du travail (97 %). Les demandes sont rares de la part des autres membres : 8 % Infirmier diplômé d'État en santé au travail (IDEST), 10 % équipe locale pluridisciplinaire, 12 % du pôle transversal pluridisciplinaire, 4 % de la direction du service, 5 % d'un autre partenaire (ARACT, CARSAT, OPPBTP, etc.) »[1]. Quand l'entreprise est à l'origine de la demande

de médecins du service a déjà fait appel aux hygiénistes.

1 Sandrine CAROLY, Makafui SALLAH et Aurélie LANDRY, *Tâches, objectifs des IPRP de SST et pluridisciplinarité. Analyse des résultats du questionnaire AFISST-PACTE des IPRP 2014*, *op. cit.*, p. 33.

d'intervention, les médecins du travail en sont informés et conservent un droit de regard sur celle-ci :

> « C'est-à-dire que toutes les demandes qui sont faites aussi bien par les entreprises que par nous, je veux dire, il faut toujours que nous, on soit au courant. Donc, tout ce [que l'IPRP] fait, on est tenu au courant. L'autre jour par exemple, il y a une entreprise qui a téléphoné directement dans son service, il a dit : "D'accord. Mais je viendrai, j'en parle au médecin du travail et je viendrai avec le médecin du travail". L'entreprise n'a rien dit, mais ça paraît normal. Ils ne veulent pas intervenir comme ça. Et nous on ne veut pas [elle insiste sur le mot] séparer. » (entretien avec Danielle Meyrac, médecin du travail, 61 ans, service interentreprises)

Alors que nombre de médecins du travail redoutaient d'être écartés des interventions menées au sein des entreprises, ils y restent associés. Par ailleurs, ces médecins sont, au cours de notre enquête, encore largement à l'origine des actions menées par les IPRP. En assurant le suivi (de moins en moins) régulier des salariés ou en supervisant celui effectué par les infirmières et en prenant en charge les cas des salariés en difficultés dont certains les interpellent directement, ils ont connaissance de certaines situations délétères au sein des entreprises. Après avoir repéré des situations problématiques au cours de leurs consultations par exemple des audiogrammes en baisse pour les salariés d'une entreprise ou des inquiétudes émises par les salariés ou leurs employeurs au cours de visites médicales ou d'entreprises, ils peuvent demander aux préventeurs non médicaux d'intervenir.

Si pour Anaïs Issaoui, le document unique est une *« porte d'entrée »* qui lui permet non seulement de connaître l'exposition des salariés aux risques identifiés au sein de leur entreprise, mais aussi d'en *« faire le tour »*, ce sont encore largement les médecins du travail qui ont une connaissance qualitative du risque présent en entreprise. Nous l'avons vu, à mesure que leur présence s'institutionnalise dans les services interentreprises, les IPRP définissent leurs actions comme « complémentaires » de celles des médecins du travail. Exerçant encore largement sur prescription médicale, ils reconnaissent la centralité de la profession médicale dans leur activité :

> « C'est toujours eux qui sont le pivot comme on dit. Puisque c'est eux qui sont à la charnière entre le collectif et l'individuel aussi. Les entretiens médicaux c'est essentiel pour comprendre ce qui se passe pour les salariés. Et puis ils sont garants du suivi puisqu'ils restent dans l'entreprise. Nous on ne fait que passer. Donc c'est vraiment essentiel. On ne pourra jamais remplacer les médecins par des IPRP. Ce n'est pas possible. La santé au travail ça ne marchera pas comme ça. » (entretien avec Catherine Ingouf, ergonome, 50 ans, SI1)

Suite à leurs interventions, les IPRP ont souvent peu d'informations sur l'effet de leur travail au sein des entreprises. Au SI1, l'assistante du service de prévention des risques professionnels envoie un « questionnaire de satisfaction » quelques mois après l'étude à chaque entreprise, ce qui permet de savoir si elles ont pris des dispositions pour suivre les préconisations faites :

> « Le taux de retour [du questionnaire de satisfaction] est de 38,09 % […] Sur l'année, chaque employeur ayant répondu au questionnaire de satisfaction adressé suite à l'étude, 100 % ont répondu avoir bénéficié de préconisation en adéquation avec leurs possibilités de réalisation (techniques, organisationnelles, financières…). 43,75 % les ont prises en compte dans leur globalité, 50 % les ont appliquées partiellement, 6,25 % ne se sont pas exprimés sur le sujet. » (Extrait du Rapport annuel 2010 du service de prévention des risques professionnels – Terrain principal)

Face à ce faible taux de réponse, les préventeurs vérifient ensuite ces informations auprès du médecin du travail par le biais d'un autre questionnaire envoyé six mois après l'intervention. En effet, « la spécificité de la pratique des médecins du travail par rapport aux autres intervenants en SST [Services de santé au travail] est celle de tenir la continuité des relations avec l'entreprise et ses salariés »[1].

2.1.2 De l'alerte à la gestion du risque

Dans cette configuration, les médecins du travail qui ont partiellement connaissance des conditions de travail assurent un rôle de veille et délèguent l'évaluation et la prise en charge des risques qui leur semblent trop importantes aux préventeurs non médicaux. Selon Christophe Isel, ils « alertent » en dénonçant des situations délétères pour les salariés, sur lesquelles les préventeurs non médicaux interviennent :

> « Une des différences de conception assez forte, c'est une conception de la prévention. Où la majorité, la plupart des médecins, de par leur formation, de par l'histoire, sont sur une conception de la prévention qui est plutôt du côté de l'alerte. Qui est : "Je dois alerter de ce qui se passe pas bien et des résultats en termes de santé de ce qui se passe pas bien". Voilà. Après on est d'autres métiers où on est du côté, nous, où notre conception va quand même du côté de l'alerte, mais aussi du côté de la gestion. Du côté où ce qu'on vit c'est la transformation avec l'idée que la simple alerte ne suffit pas à arriver à la transformation. Ça peut paraître anodin, mais ça veut dire que nous, on se positionne en disant juste : "Écoutez monsieur, dans votre entreprise, il y a des risques. Ça fait mal aux gens." Je caricature un peu, mais c'est quand même ça. Pour nous, ça veut pas dire, c'est pas signe qu'il y aura transformation. La peur n'évite pas le danger. Ça veut dire

1 Sandrine CAROLY et al., *Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS*, *op. cit.*, p. 50.

> que pour tout ce qui est transformation [en souriant d'un air entendu] alors en faisant aussi de la sociologie, il y a toute une série de boucles. Il y a la formation, il y a la prise de conscience, il y a le traitement... Voilà. Après il y a l'analyse. Après on étudie les facteurs de risque. Voilà, il y a tout un cheminement. Et si on se met que sur l'entrée de la boucle sans regarder l'ensemble des processus, l'ensemble des étapes, on n'arrivera pas forcément au résultat. Dans certains cas, on y arrivera, dans certains cas, on le fera pas. Et donc c'est après l'idée qu'il faut maîtriser de plus en plus d'étapes pour que le processus aille jusqu'au bout. » (entretien avec Christophe Isel, ergonome, président de l'AFISST, 38 ans, service interentreprises)

Selon le président de l'AFISST, l'action des préventeurs non médicaux est plus efficace que celle des médecins du travail qui n'assureraient que la première étape d'un processus nécessitant également la mise en place de mesures de prévention permettant de transformer la situation dangereuse.

Mais il ne s'agit pas pour les préventeurs non médicaux de se contenter d'une simple mesure de l'exposition des salariés aux risques professionnels. Christophe Isel refuse de *« faire de la métrologie pour faire de la métrologie, mais d'utiliser la métrologie bien comme un moyen d'investiguer et non pas une fin en soi ».* Si les ASST et les techniciens de prévention sont plus à même d'assurer des prestations aux entreprises adhérentes, les IPRP cherchent, quant à eux, plutôt à s'en distancier[1]. Cette posture les distingue également des professionnels des « organismes accrédités » auxquels les entreprises doivent faire appel pour répondre à leurs obligations réglementaires d'évaluation des risques[2] :

> « L'inspecteur du travail est passé et il veut que l'entreprise fasse son évaluation de l'exposition aux produits chimiques. L'exposition aux produits chimiques, c'est pas à nous de la faire, c'est à l'entreprise de la faire. La plupart du temps c'est pour des produits qui sont avec des valeurs limites contraignantes donc là ça doit être fait pars un organisme agréé. Par un organisme agréé donc ce n'est pas nous. Par contre nous si on nous demande d'intervenir en disant : "on aimerait bien que vous fassiez le tour des postes de travail pour mettre en évidence ce qui ne va pas et puis conseiller l'entreprise en prévention". OK. On est en plein dans notre job. Mais faire du travail d'entreprise assermenté ou de contrôle qu'on doit faire dans les entreprises, ben non. Non. C'est pas à nous. Des fois ça revient, évidemment. » (entretien avec François Imbert, hygiéniste, 53 ans, SI1)

Alors qu'évaluer l'ensemble des risques d'une entreprise est à la charge de l'employeur, l'évaluation des risques est perçue pour les IPRP des services interentreprises

1 Blandine Barlet emploie le terme de « pluridisciplinarité experte ». Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail*, *op. cit.*, p. 164.

2 Voir par exemple : Décret n° 2009-1570 du 15 décembre 2009 relatif au contrôle du risque chimique sur les lieux de travail, JORF n° 0292 du 17 décembre 2009

comme un moyen d'appréhender les conditions de travail des salariés. Le rôle des IPRP serait de faire des « préconisations » fondées sur l'analyse des situations de travail jugées problématiques. Pour appréhender les conditions de travail, ils préfèrent réaliser une évaluation partielle des risques afin de ne pas se substituer au rôle de l'employeur.

Au sein des services interentreprises alors que les médecins sont surchargés de travail, les préventeurs non médicaux sont quant à eux à la recherche d'actions en entreprises. Bien que ce type d'intervention d'ampleur soit plutôt exceptionnel, Catherine Ingouf s'attache à réaliser un travail de prévention plus approfondi que de simples interventions ponctuelles au sein des entreprises adhérentes :

> « Jeudi matin et jeudi après-midi, j'ai fait deux séances de sensibilisation sur les risques psychosociaux. J'ai un diaporama que je présente. Le matin c'était aux membres du CE et du CHSCT et l'après-midi c'était à tous les managers et chefs d'équipes. En leur proposant une démarche avec mise en place de groupes de travail. Et j'ai décidé de mener ce travail, là aussi sur du long terme. Donc ça ne correspond pas à la temporalité qu'on me demande d'habitude, mais en fait j'ai souhaité m'investir là dedans. Tant qu'on me demande pas de ne pas y aller, j'y vais [elle rit]. Parce que c'est intéressant. Ça fait une expérience aussi importante pour, voilà il faut aussi pouvoir se faire sa propre expérience pour développer ses compétences. Parce que sinon, voilà, on tourne en rond. Et il faut pouvoir évoluer. Et avec un médecin du travail qui est très partant et avec lequel les choses se passent vraiment bien. » (entretien avec Catherine Ingouf, ergonome, 50 ans, SI1)

La participation des IPRP à certaines instances leur donne accès aux informations sur les situations et conditions de travail et peut provoquer leurs actions sur les lieux de travail. C'est notamment le cas du CHSCT qui « est un lieu de prise d'information sur le fonctionnement de l'entreprise, les changements, les secteurs en difficultés, les accidents du travail et les moyens mis en œuvre dans l'entreprise à propos de la gestion et de la prévention des risques »[1] (encadré 7.3).

Encadré 7.3 : Proximité des rôles des préventeurs dans un groupe « pluridisciplinaire »

Bien que selon elles ce type de collaboration entre médecins et IPRP soit plutôt rare au quotidien, Martine Molier et Catherine Ingouf nous font assister à la réunion d'un groupe de travail « pluridisciplinaire » auquel elles participent, réunissant deux fois par an différents préventeurs (une psychologue, deux ergonomes, une dizaine de médecins du

1 Sandrine CAROLY et al., *Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS*, *op. cit.*, p. 48.

travail) suivant un grand groupe bancaire. Ils ont en commun de pouvoir participer au même CHSCT, 22 délégués du personnel représentant 3000 salariés de deux régions y siègent. L'ensemble de ces salariés, répartis dans de nombreuses agences, sont suivis par plus de 80 médecins du travail[1].

Alors que depuis 2009 les entreprises ont l'obligation de conclure un accord sur le stress au travail[2], plusieurs suicides ont lieu dans le groupe. Parallèlement à la mise en place d'un plan de prévention du stress par la psychologue du travail d'un service interentreprises suivant l'un des établissements, celle-ci organise ce groupe « pluridisciplinaire » et contacte l'ensemble des médecins du travail pour travailler collectivement. Ces réunions leur permettent de mutualiser l'information, notamment pour les médecins moins investis dans le CHSCT qui ont alors l'occasion d'avoir des retours sur ce qui s'y passe. Par exemple, au mois d'avril 2011, une salariée fait une tentative de suicide médicamenteux après avoir reçu une lettre de la DRH évoquant un possible licenciement. L'inspecteur du travail, auparavant peu présent, se rend au CHSCT extraordinaire portant sur l'événement. Suite à une enquête, il rédige un courrier adressé à la direction de l'entreprise (avec copie au secrétaire du CHSCT) en juillet 2011 portant sur le stress et les horaires de travail. Il appuie son argumentaire sur les rapports annuels de trois médecins du travail rédigés en 2008 et 2009.

Si nous relatons cet événement, c'est que c'est lors de leur réunion « pluridisciplinaire que les médecins vont apprendre l'existence de ce courrier. Désormais, informés, les préventeurs s'accordent pour demander les suites données à ce courrier aux membres du CHSCT et décident de formuler un retour écrit. Martine Molier et Catherine Ingouf insistent sur l'importance des outils à leur disposition (dont le rapport médical) pour mutualiser l'information et alerter. Les préventeurs souhaitent d'ailleurs utiliser les mêmes indicateurs pour leurs rapports annuels.

Ce regroupement leur permet également de porter un discours commun au sein du CHSCT. Ils mutualisent notamment leurs remarques sur le *« Projet de plan de prévention du stress »* proposé par la direction de l'entreprise. Il s'agit souvent de demandes de précisions. La mise en concurrence est considérée comme une cause centrale du stress, les préventeurs n'en proposent pas la suppression (au contraire des membres du CHSCT) pour ne pas entrer en conflit avec la direction, mais ils proposent de supprimer l'affichage des résultats individuels, suivant en cela les suggestions de l'inspecteur du travail. D'autres points d'accord se font jour et sont formalisés. C'est ainsi qu'ils s'opposent à la présence d'un psychologue au moment de l'annonce du licenciement au motif que cette présence pourrait être perçue comme une forme de caution et lui préfèrent l'intervention d'une assistante sociale. Tous s'accordent aussi pour réaffirmer la nécessité de respecter les horaires prévus et de clarifier la manière dont seront traitées les demandes de temps partiels.

Au-delà de ce positionnement commun, les préventeurs utilisent ce groupe de travail pour valoriser et mutualiser des actions de prévention déjà réalisées. Pour la « Gestion des

1 La distance géographique due à la réunion d'un CHSCT interrégional n'est pas sans rebuter les médecins du travail qui privilégient les CHSCT qui concernent un nombre important de salariés qu'ils suivent. C'est ce que m'explique une médecin du travail du SI1 croisée à la sortie d'un train à Montparnasse, depuis que le CHSCT de l'entreprise a lieu à Paris, elle ne plus s'y rend plus aussi régulièrement.

2 Transposition de l'accord-cadre européen du 8 octobre 2004 étendu par un arrêté d'extension du 23 avril 2009.

agressions clients » présentée dans le plan de prévention, les médecins du travail rappellent que la configuration spatiale de l'agence (et notamment l'instauration d'une zone de confidentialité) a une influence sur les agressions. Pour étudier cette configuration et ses effets, ils s'appuient alors sur l'étude d'une conception sécurisée de l'espace de travail réalisée par Catherine Ingouf.

(Observation réalisée le 13 septembre 2011)

Nous voyons au travers de cet exemple que les médecins du travail sont encore très présents dans le système de prévention et indispensables pour porter les constats d'une dégradation des conditions de travail, autrement dit alerter (ici une alerte relayée par l'inspection du travail) et définir la nature du risque professionnel. Ils réalisent cependant également le travail de « préconisation » identifié précédemment par Christophe Isel qui dans l'exemple ci-dessus se fait conjointement entre médecins du travail et IPRP. Les préventeurs non médicaux participent à la proposition de mesures de prévention (plan de gestion du stress et aménagement des lieux de travail) plus qu'à leur réalisation effective dont la mise en œuvre relève de la décision finale de l'employeur et des instances collectives de décision. Le travail collégial, qui favorise les actions de prévention pluridisciplinaire[1], permet à ces préventeurs de mutualiser les ressources à leur disposition et souligne la proximité de leurs rôles professionnels.

2.1.3 La position ambiguë de conseiller

Selon l'article premier de la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail[2], au même titre que les autres membres de « l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail », les IPRP « conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ». C'est un rôle revendiqué par les IPRP comme le décrit Nathalie Iché, qui cherchant à se

1 Sandrine CAROLY et al., *Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS*, *op. cit.*, p. 43.
2 Loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, n° 2011-867 publiée au *Journal Officiel* n° 0170 du 24 juillet 2011.

distancier de la simple évaluation des risques qu'elle pratiquait précédemment, fait en sorte que celle-ci lui permette de dispenser des conseils de prévention aux employeurs :

> « Nous on est là vraiment en termes de conseil. Et puis on n'est pas là non plus pour faire une cartographie du bruit de toute une usine de 500 personnes. On veut bien les aider pour un secteur donné. Ils ont une problématique, laquelle est-elle ? Là effectivement ils se demandent si leurs salariés sont au-dessus ou pas d'une valeur réglementaire. On dit "OK, on va voir où on se situe". Mais de toute façon, on va regarder comment ça fonctionne et on va essayer, en collaboration d'ailleurs avec les salariés, de voir si on ne peut pas trouver des solutions pour améliorer l'existant […] Ça a plus un but pédagogique. C'est plus après pour convaincre et l'employeur et les salariés de mettre en œuvre telle ou telle mesure préventive » (entretien avec Nathalie Iché, hygiéniste, 32 ans, SI1)

En 2014, la majorité des IPRP déclare pratiquer principalement des tâches de « conseil » et de « diagnostic »[1].

Ce rôle de conseiller des employeurs et salariés, comparable à celui des médecins du travail, confronte les IPRP aux mêmes difficultés de positionnement que ces derniers. De nombreux médecins jugent que les deux aspects de ce rôle sont contradictoires, car, selon eux, les intérêts des salariés et des employeurs sont divergents. Le médecin du travail peut alors se trouver dans une position intermédiaire peu confortable :

> « On est conseiller de l'employeur et on est conseiller des salariés. Alors, c'est le cul entre deux chaises, faut pas rêver. Ce n'est pas toujours aussi clair et aussi net que ça. On conseille l'un, après on conseille l'autre, mais c'est antinomique. » (entretien avec Laurent Mercier, médecin du travail, 38 ans, SI3)

L'approche clinique et l'intérêt pour la prévention des risques psychosociaux de Catherine Ingouf aiguisent également sa conscience d'intérêts divergents entre employeurs et salariés et des conflits qui peuvent les opposer. Dans son cas, dispenser des conseils de prévention peut revenir à remettre en cause ou pour le moins interroger des décisions d'organisation du travail opérées par les employeurs. Cet aspect du métier n'est pas légitime aux yeux de sa direction qui semble avoir une représentation « techniciste » de la prévention selon laquelle « la question de la sécurité n'est que celle de la recherche et de l'application de mesures adéquates, le risque provenant donc exclusivement de l'erreur humaine des opérateurs »[2] :

1 Sandrine CAROLY, Makafui SALLAH et Aurélie LANDRY, *Tâches, objectifs des IPRP de SST et pluridisciplinarité. Analyse des résultats du questionnaire AFISST-PACTE des IPRP 2014*, *op. cit.*, p. 12. Les termes du questionnaire n'étant pas définis, ces données sont à manipuler avec précautions.

2 Nicolas JOUNIN, « La sécurité au travail accaparée par les directions », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 2006, vol. 5, nº 165, p. 76.

> « On n'est pas des consultants, on fait pas un travail... On donne juste des pistes de réflexion, d'amélioration, quelques conseils. Après si le sujet est vraiment très, nécessite un approfondissement, l'entreprise doit faire appelle à un cabinet extérieur. On n'est pas là pour les remplacer […] Je crois que ça, c'est des choses que ne mesure pas forcément une direction quand ils mettent en place une création de postes. Pour eux, il y a une demande, il faut y aller, il faut répondre et puis ils disent toujours : "Il faut privilégier les solutions concrètes, simples à mettre en place". Alors qu'il ne s'agit, en tout cas dans mon domaine, de solutions concrètes, simples à mettre en place. Ça peut être ça, mais ça peut-être aussi simplement faire prendre conscience à une direction qu'il faut changer de point de vue sur le travail. C'est ça. C'est pas une solution concrète, simple à mettre en place. » (entretien avec Catherine Ingouf, ergonome, 50 ans, SI1)

Catherine Ingouf est la seule IPRP à le souligner, les médecins du travail disposent d'un statut de salarié protégé. Apparaît en filigrane l'absence d'une telle protection pour les préventeurs non médicaux. Au moment de l'entretien, elle compte sur le recrutement d'un responsable du pôle prévention pour faire valoir ces questions auprès d'une direction qui s'inquiète du service rendu aux adhérents :

> « Il ne faut pas oublier qu'on est quand même gérés par des employeurs. Donc nous notre souci il est qu'on fait de la prévention auprès des salariés, mais l'employeur ce sont des entreprises adhérentes. […] Notre objectif c'est la prévention des risques. Donc est-ce que c'est une entreprise qui compte ou c'est les salariés ? Et voilà là c'est une vraie question aussi qu'on doit se poser. Parce que forcément au niveau du conseil d'administration, ils n'envisagent pas forcément les choses comme ça ou ils ne se posent pas ce genre de questions. Mais voilà on ne sait pas trop comment les choses vont évoluer par rapport à ça. »

Mais comme pour les médecins du travail, la réduction du risque par une prévention collective, que les IPRP en l'absence de pouvoir coercitif « essaient d'obtenir », est du ressort des employeurs. Nous allons voir maintenant comment ils dispensent des conseils différenciés selon qu'ils s'adressent aux employeurs ou à leurs salariés.

2.2 Entre définition et application des mesures de prévention

À propos de la prévention sur les chantiers du BTP Nicolas Jounin parle de « taylorisation de la sécurité, dans la mesure où l'organisation de la protection de la sécurité physique des salariés reproduit le schéma de la division entre concepteurs et exécutants : les concepteurs décident ce qui est bon pour la sécurité des ouvriers ; ces derniers l'appliquent (ou du moins sont censés l'appliquer) »[1]. Nous pouvons étendre cette analyse à la prévention

1 *Ibidem*, p. 73.

de la santé au travail dans la mesure où les employeurs, responsables de la production du risque professionnel doivent en protéger leurs salariés et sont, par là même, légitimes pour définir les pratiques de prévention appropriées dont ils délèguent régulièrement la conception à une partie de l'encadrement. Les salariés, s'ils peuvent être associés à l'élaboration de la prévention le plus souvent par la voix de leurs représentants, exécutent les mesures de prévention. Les préventeurs non médicaux des services interentreprises, conseillers des employeurs et des salariés, adaptent leurs conseils à cette configuration, d'autant plus qu'ils ne bénéficient pas du statut de salarié protégé des médecins du travail.

2.2.1 Une réorganisation du travail qui dépend des employeurs

Les employeurs sont légalement responsables des risques professionnels auxquels sont exposés leurs salariés et ont l'obligation de les en préserver. À ce titre, ils sont les interlocuteurs directs ou indirects des IPRP. Direct dans les petites structures, ce rapport peut-être médié par différentes personnes dépositaires de l'autorité déléguée. C'est ainsi que François Imbert nous précise qu'il s'agit généralement de l'employeur en TPE, du responsable de production en PME et *« le patron on va réussir à le voir, s'il veut se défiler, il se défilera. S'il est intéressé il viendra »* et du responsable sécurité pour les entreprises de taille importante. Ces interactions entre l'employeur et l'IPRP ont d'ailleurs été formalisées dans la loi relative à l'organisation de la médecine du travail, avec l'ajout en 2011 d'un quatrième chapitre intitulé *« Aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail »* et qui permet aux employeurs ne disposant pas de ressources propres de solliciter directement les IPRP des services de santé au travail[1].

Pour leur part, les préventeurs non médicaux ont aussi un intérêt particulier à développer de bonnes relations avec les employeurs. En effet, à défaut d'un pouvoir coercitif, ils ont besoin d'employeurs volontaires prêts à faciliter le travail de prévention au sein de leur entreprise, voire à en financer les actions :

> « Pour qu'une étude porte ses fruits, c'est dommage d'en être là, mais c'est comme ça, il faut au départ qu'elle se fasse sur un terrain propice avec un employeur qui est mûr pas dans le sens où je l'ai dit précédemment, mais mûr

1 « si les compétences dans l'entreprise ne permettent pas d'organiser ces activités [de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise], l'employeur peut faire appel, après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, en son absence, des délégués du personnel, aux intervenants en prévention des risques professionnels appartenant au service de santé au travail interentreprises auquel il adhère ». Cf. article L.4644-1, loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, n° 2011-867 publiée au *Journal Officiel* n° 0170 du 24 juillet 2011.

> pour une démarche de prévention, pour entendre éventuellement des choses pas très agréables et prêt aussi à ouvrir son escarcelle, investir derrière, corriger, de manière à en tirer un bénéfice pour ses salariés et je dirais à moyen terme pour lui. Alors ça c'est un exemple que j'ai très frais dans mon agenda, lancer une intervention au corps défendant d'un employeur, c'est voué à l'échec. Il ne faut pas la démarrer. Il ne faut même pas la démarrer. On perd du temps. Et en fait, ces fameuses études demandées et à faire vivre, où elles le sont sur un terrain favorable préparé par le médecin comme il le faut, on peut la terminer entre guillemets seuls. » (entretien avec François Imbert, hygiéniste, 51 ans, SI1 ; réalisé par Annie Chicoisne Janvier)

Mis à part des conseils ponctuels délivrés par téléphone, c'est principalement suite à l'évaluation du risque en entreprise, lors de « restitutions », que les IPRP assurent leur mission de conseils (cf. encadré 7.4).

Encadré 7.4 : S'en remettre aux équipements de protection individuelle

Nathalie Iché et la médecin du travail viennent présenter la restitution d'une étude de bruit réalisée auprès des trois salariés du service assainissement-voirie d'une communauté de communes. La présentation se fait dans une des mairies concernées. Nous arrivons avec Nathalie Iché qui s'étonne d'être la seule présente, la médecin a du retard, car elle s'est trompée d'endroit. Cette médecin d'une trentaine d'années exerce dans le service qu'elle a intégré après son diplôme depuis un an environ après y avoir été « médecin stagiaire » pendant six mois. Deux hommes sont présents, le responsable *« sécurité enfin hygiène-sécurité »* qui l'est depuis peu. Il assure les formations SST quand il a un créneau de libre. Il ne s'est pas trop occupé de trouver des remplaçants et est très occupé. Un des salariés du service est également présent. Après avoir salué les deux hommes, nous nous installons dans une salle de réunion.

Contexte de l'étude

Nathalie Iché commence par prendre la parole pour contextualiser l'étude. Tout en parlant, elle consulte le rapport pour guider ses propos et nommer les personnes concernées. Bien qu'ayant l'air de s'ennuyer, les salariés de la commune écoutent attentivement. L'une des ASST du SI1 a suggéré l'étude après avoir remarqué des intensités de bruits élevées sur le réseau d'assainissement lors d'une première visite. Durant son intervention, Nathalie Iché a étudié l'opération de curage effectuée pendant 15 jours tous les quatre mois environ. Cette opération est effectuée avec des engins loués par la ville qui sont source d'un bruit important. Elle a fait des prélèvements au sonomètre pour effectuer des relevés individuels d'exposition. En revanche, précise-t-elle, se concentrant sur les seuls agents de la commune, elle a exclu le conducteur d'engin, salarié de la société de location. Malgré des conditions de mesure assez mauvaises (l'un des enregistreurs n'a pas fonctionné, l'enregistrement a dû être arrêté toute une journée en raison des conditions météorologiques qui auraient pu altérer le matériel), elle présente un certain nombre de conclusions. Le premier point qu'elle met en avant, comme si elle

cherchait à dédouaner la commune, est de dégager la responsabilité du service quant à la source du risque. En effet, la commune ne faisant que louer le matériel, elle ne peut être tenue pour responsable du bruit provoqué par les engins. Cette précaution étant prise, elle présente le cadre technique et réglementaire du risque sonore.

Présentation générale du risque

Pendant que la médecin du travail fait défiler les diapositives d'un diaporama, Nathalie Iché commence par donner la définition générale d'un son, parle d'intensité et de fréquence. Puis elle présente la réglementation en matière de bruit dans les entreprises. Rappelant le premier principe général de prévention (éviter le risque), elle en limite immédiatement la portée pour le cas spécifique des agents intervenants. En effet, éviter le risque ici consisterait à réduire la source de bruit. Il faudrait donc utiliser des machines moins bruyantes. Or cette source est, selon elle, hors du contrôle de la commune qui se contente de louer des engins. Alors qu'on pourrait imaginer faire une étude de marché des engins utilisés dans différentes entreprises de location et de ne retenir que les moins bruyantes. On voit ici que cette idée n'est même pas évoquée. En outre s'agissant d'un travail extérieur, il n'est pas non plus possible d'aménager l'environnement (comme on peut le faire pour des locaux). L'IPRP acte et légitime le fait qu'aucune réflexion plus globale n'est envisageable.

La médecin du travail lit ensuite de manière monotone le diaporama pour expliquer les effets sanitaires de l'exposition au bruit. Pendant qu'elle explique le fonctionnement de l'oreille par un schéma, le responsable sécurité soupire plusieurs fois en hochant la tête et énonce certaines explications en même temps qu'elle, puis, précise qu'il vient de suivre trois jours de formation d'ergonomie où le sujet a été abordé. La médecin revient rapidement sur le tableau de reconnaissance de maladie professionnelle mais la décision dépend du CRRMP (Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles). Le responsable sécurité lui demande si elle va dorénavant faire passer plus systématiquement des audiogrammes aux salariés. Elle acquiesce tout en précisant qu'ils sont faits en fonction de son estimation des nécessités individuelles.

Pour terminer sur ce cadre général, Nathalie Iché souligne les points importants de la nouvelle réglementation sur le bruit datant de juillet 2006 : renforcement de la prévention primaire, évaluation du risque, surpression et réduction du risque, consultation et participation des salariés. Sur les aspects plus concrets, elle rappelle que le seuil réglementaire de l'exposition quotidienne des salariés passe de 85 à 80 dbA et qu'il est désormais tenu compte de l'intensité du bruit et de la durée d'exposition. À partir d'un certain seuil, les employeurs doivent mettre à disposition de leurs salariés des EPI et signaler les zones trop bruyantes.

Une prévention collective jugée irréaliste

Après plus d'une heure de cadrage, Nathalie Iché présente les résultats de l'étude proprement dite. Elle lit le rapport dans l'ordre, décrivant ce qui y est présenté, pendant que les salariés suivent sur un autre exemplaire (elle leur laissera les deux à la fin de la réunion). Elle décrit les résultats comme étant au-dessus du seuil légal à partir duquel il faut protéger les salariés. L'IPRP s'attarde davantage sur les graphiques des relevés effectués par salarié et explique comment lire les courbes selon les différentes activités. Bien qu'elle trouvait *a priori* (à l'oreille) que l'hydrocurage n'était pas très bruyant, les

prélèvements au sonomètre montrent qu'il s'agit de l'activité la plus sonore, notamment le nettoyage de la plaque en début d'activité. Elle conseille aux employés de s'éloigner du camion, source de bruit, lors de l'aspiration et du vidage des fosses septiques, ou plutôt d'éloigner le camion de la fosse, car les salariés doivent être près de celle-ci. Les deux hommes, soucieux de la cadence, font remarquer que plus le camion est éloigné et le tuyau long, plus l'activité prend du temps. Ça ne leur semble donc pas envisageable. Elle avait imaginé le nettoyage de la plaque avec une brosse, mais ajoute tout de suite que ce n'est peut-être pas très réaliste, ce que les salariés confirment d'un hochement de tête. Nathalie Iché préconise alors le port d'EPI adaptés aux salariés et à leur activité.

Présentation des EPI

Nathalie Iché a placé une liste de protections auditives à la fin du rapport avec le niveau sonore auquel entendent les salariés et conseille de s'appuyer sur ce chiffre pour le choix des protections. Avec la médecin du travail, elles considèrent qu'il n'est pas nécessaire que les protections atténuent trop le bruit. Le salarié confirme, précisant qu'étant sur la voie publique ils doivent pouvoir entendre autour d'eux.

Nathalie Iché sort d'une pochette des échantillons, bouchons à usage unique ou réutilisable. Elle conseille les seconds, car les premiers, qu'il faut rouler entre ses doigts avant de les mettre dans les oreilles, ne sont pas adaptés pour une activité salissante. Il faudrait que les salariés mettent les bouchons en début de journée pour ne plus les retirer. Les deux hommes confirment qu'il est plus pratique de prendre des bouchons réutilisables qui pourront leur faire l'année, car l'activité bruyante se fait sur un temps limité pendant l'année. Afin de mieux les choisir, l'IPRP demande ensuite si les salariés ont été sensibilisés à la mise en place des bouchons. Comme ce n'est pas le cas, elle sort deux modèles de son sac à main et montre comment les utiliser tout en précisant que souvent les personnes ne font que les poser ce qui ne les protège pas efficacement. Elle distribue ensuite des fiches récapitulant cette mise en place et les fiches techniques des protections. Elles précisent avec la médecin qu'ils peuvent demander davantage de renseignements avant de se fournir et faire suivre aux salariés concernés une petite formation sur le port des protections auditives proposée par le SI1. L'IPRP ajoute qu'il faut rappeler aux salariés que ce n'est pas la peine de porter les bouchons hors exposition afin que ce soit bien fait par ailleurs.

Ce ne sont pas les premiers EPI que portent les salariés du service assainissement-voirie. La médecin vérifie qu'ils utilisent les « lunettes jaunes » qu'elle leur avait conseillées puis demande s'ils se servent des crèmes qu'elle leur a fournies en échantillons. Ils portent également un casque lorsqu'ils utilisent le fil-rotateur ou la broyeuse. Comme c'est essentiellement l'un d'entre eux qui est affecté à cette tâche, ses collègues le lui empruntent lorsqu'ils le remplacent. Nathalie Iché ne trouve pas ça *« très hygiénique »* et s'en suit une discussion sur les films de protection qu'ils peuvent utiliser ou sur l'achat d'un casque par agent. Le salarié conclut sur le fait qu'auparavant ils ne *« portaient rien du tout »*.

(Observation réalisée le 17 novembre 2011)

Si en principe les préventeurs non médicaux privilégient les conseils permettant d'assurer une prévention collective du risque en aménageant les locaux ou en intervenant sur le matériel utilisé, comme nous le voyons ici les contraintes de production restent prioritaires. Comme le précise par ailleurs Nathalie Iché, *« J'ai mon regard externe avec mes idées qui vont pas forcément être compatibles avec des exigences de qualité, de production, d'hygiène, etc. »* Il est finalement assez courant d'en arriver à conseiller le port d'EPI, dernier stade de prévention qui repose entièrement sur le bon vouloir des agents. La représentation d'une frontière nette entre une prévention médicale qui s'effectuerait au niveau individuel et une prévention « pluridisciplinaire » plus collective s'estompe alors.

Mais la prévention peut tout de même s'effectuer à un niveau collectif par l'aménagement des lieux de travail et du matériel utilisé. Une fois qu'ils ont investi dans un équipement « approprié », les employeurs ou leurs représentants peuvent être particulièrement attentifs au respect des règles de sécurité. S'en suivent de nombreux enjeux sur l'utilisation adaptée de ces équipements par les salariés :

> « Lors d'une séance de CHSCT dans un garage, le représentant du personnel souhaite commander des bennes à ordure basculantes "*aux normes"* pour éviter le risque de chute. Pour justifier sa demande, il fait état de l'habitude dangereuse qu'ont prise certains salariés de monter sur les fourches du chariot élévateur pour jeter les déchets. Comme cette pratique est rigoureusement interdite, le directeur du Service après-vente l'interpelle pour avoir les noms des contrevenants et menace de leur envoyer un courrier. Dans le même temps, pour remédier à la situation, il suggère d'une part que les emplacements corrects des bennes soient matérialisés par un traçage au sol et d'autre part qu'une sensibilisation du personnel soit envisagée. Le représentant du personnel, quant à lui, demande l'installation de rétroviseurs au-dessus des bennes. Les déchets s'accumulent en forme de pyramide et alors que la benne n'est qu'à moitié remplie, l'endroit où déposer les ordures devient inaccessible. Le directeur s'énerve de plus en plus. Ils ont fait un *"travail de fond",* la zone de déchets a été complètement réaménagée et malgré l'investissement, les résultats ne sont pas à la hauteur. Isabelle Marchand conseille de trouver pourquoi les salariés, qui doivent avoir une bonne raison, n'utilisent pas les bennes comme il faut et se renseigne sur leur hauteur. Mais le directeur coupe court à la discussion en avançant que le représentant du personnel qui est présent, bien que travailleur handicapé, utilise les bennes comme il convient, ça ne dépend donc pas de la hauteur selon lui. » (Observation réalisée le 9 novembre 2011)

Comme le note Nicolas Jounin, « la gestion légitime de la sécurité a été accaparée par les directions, qui se trouvent porteuses d'une contradiction entre sécurité et cadence »[1]. Les

1 Nicolas JOUNIN, « La sécurité au travail accaparée par les directions », *art. cit.*, p. 73.

directions étant officiellement en charge de leur sécurité, les salariés s'en accommodent le plus souvent clandestinement en ne respectant pas toutes les consignes de sécurité pour assurer la productivité. À l'instar d'Isabelle Marchand dans l'exemple ci-dessus, les préventeurs peuvent questionner la différence entre travail prescrit et nécessités du travail réel pour chercher à expliquer ces comportements. Mais bien que ces professionnels soient légitimes pour questionner les pratiques effectives de prévention, la décision finale revient à l'employeur qui, en tant qu'organisateur du travail et des moyens mis en œuvre pour le réaliser, est responsable des risques auxquels les salariés sont exposés.

2.2.2 Des salariés « sensibilisés »

Du fait de la configuration précédemment décrite, les employeurs bénéficient souvent d'une information plus détaillée et précédant celle délivrée aux salariés concernés par la prévention des risques auxquels ils sont exposés. Les IPRP cherchent à obtenir des engagements de la part de l'employeur pour qu'une prévention collective soit assurée, et ce avant de présenter les résultats aux travailleurs, ou plus souvent leurs représentants :

> « Dans l'idéal, on restitue lors d'un CHSCT. CHSCT ça veut aussi dire au minimum cinquante salariés. Pour les moins de cinquante, c'est rarement le cas. Et puis des fois la direction, aussi les responsables sécurité, préfèrent d'abord voir le rapport pour pouvoir aussi préparer leur argumentaire derrière. Voir ce qu'ils peuvent être en mesure de faire. Que si c'est après présenté en CHSCT, dire "bon OK, on en a conscience, on va faire telle chose, telle chose". Donc dans l'idéal en CHSCT, dans d'autres cas ça se fait en plusieurs temps. Et puis on aime bien aussi qu'il y ait un retour vis-à-vis des salariés. C'est pas toujours... Déjà moi les salariés quand je fais une mesure sur eux, je préviens l'entreprise, systématiquement le soir je leur donne le niveau brut que je vois sur l'appareil. Je leur dis : "ça peut fluctuer un petit peu une fois que j'aurais retiré les périodes de pause, s'il y a eu un frottement de micro, ça va se voir. En gros j'ai à peu près mesuré ça". Donc on aime bien restituer aux salariés ce qui fait que souvent on encourage l'entreprise parce que ça a rarement été fait. On leur propose, c'est compris dans leur cotisation, ils n'ont rien à payer non plus en plus, de faire une sensibilisation des salariés. » (entretien avec Nathalie Iché, hygiéniste, 32 ans, SI1)

Pour pallier ce déséquilibre entre employeurs et salariés, les IPRP proposent des « sensibilisations » qui leur permettent de conseiller collectivement les salariés afin qu'ils se protègent des risques professionnels tout en faisant attention à ne pas imputer la responsabilité de prévention uniquement aux salariés :

> « En général les actions de sensibilisation on ne les fait qu'après avoir fait une étude. Ça, c'est valable pour tous les domaines. Justement ça permet d'avoir des billes. Et puis parce qu'il faut pas que l'entreprise se dédouane en disant : "c'est bon moi pour tel risque j'ai fait une sensibilisation, j'ai rien à faire". »

En attendant la concrétisation de mesures de prévention collective (aménagement des locaux, changement de machine…), les IPRP font valoir les promesses obtenues de l'entreprise pour motiver les salariés, peu informés et réticents à l'usage contraignant d'équipements de protection individuelle, à les porter. D'autant plus qu'en les protégeant individuellement, le port d'EPI relève de leur obligation légale[1] :

> « En général [les salariés] sont plutôt contents justement qu'on s'intéresse à eux. Ils nous demandent pourquoi on intervient, qui on est. Donc je leur explique qui je suis :
> - "Je suis hygiéniste, je travaille au SI1 avec votre médecin du travail. Voilà pourquoi j'interviens.
> - Pourquoi est-ce que c'est fait ? Est-ce que c'est pour nous faire porter des bouchons ?
> - Alors je vous rassure tout de suite, l'idée c'est de voir déjà quelle est votre exposition et l'idée aussi c'est de voir comment améliorer l'existant. Donc je leur dis : justement, si vous vous avez des idées pour réduire le bruit. Au contraire, faites-moi voir. Ça m'intéresse. Moi je les ferais remonter. Je peux rien vous promettre quant à leur mise en place réelle ou pas, mais au moins je ferais remonter ces idées".
> Donc en général ça passe bien. Et c'est vrai que je parle jamais de protection auditive au départ parce que je sais pas ça pourrait les bloquer. Donc c'est vraiment ce dont on parle en dernier. Aussi parce qu'on sait bien que l'idéal c'est de redescendre en dessous des seuils qui font qu'on n'a pas besoin de porter un équipement de protection individuelle. Même chose pour le risque chimique. Donc voilà on leur présente tout. C'est pour ça qu'on leur dit aussi : "c'est pour ça on essaie d'obtenir un engagement de l'entreprise pour mener des actions à côté. Donc voilà l'entreprise nous demande de faire cet effort, elle aussi va faire des efforts. L'idée c'est qu'on essaie de descendre en dessous des seuils à risque. Des fois c'est possible, des fois c'est pas possible. Maintenant si c'est pas possible c'est dommage que vous perdiez votre audition à cause de votre emploi. Donc voilà les protections auditives, on sait que c'est une contrainte. Il en existe des tas de modèles différents. On est tous différents aussi ce qui fait que certains vont

1 « Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, dans les conditions prévues au règlement intérieur pour les entreprises tenues d'en élaborer un, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail. Les instructions de l'employeur précisent, en particulier lorsque la nature des risques le justifie, les conditions d'utilisation des équipements de travail, des moyens de protection, des substances et préparations dangereuses. Elles sont adaptées à la nature des tâches à accomplir. Les dispositions du premier alinéa sont sans incidence sur le principe de la responsabilité de l'employeur. » Article L. 4122-1 du Code du Travail, Ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007

> préférer des bouchons d'oreilles à d'autres. Certains vont préférer un casque, des bouchons d'oreilles et ainsi de suite." On leur explique, on met à disposition. »

La responsabilité individuelle face au risque est soulignée quand les IPRP indiquent que les conseils prodigués pour le travail valent également dans le cadre privé. Nathalie Iché me cite de nombreux exemples après avoir avancé *« mais au moins de les sensibiliser à ça, aussi bien pour leur vie professionnelle que personnelle »*. Pour autant les salariés ne deviennent pas responsables des risques auxquels ils sont exposés sur leurs lieux de travail, mais ils peuvent être coupables de ne pas s'en protéger. « Le terme ambigu de "responsabilité" masque que la responsabilité dont sont investis les cadres en matière de sécurité est de l'ordre du pouvoir, tandis que celle des ouvriers est de l'ordre de la culpabilité : coupables, mais pas responsables. »[1]

Conclusion

Dans un contexte où l'approche épidémiologique prime, l'inscription des services interentreprises dans les réseaux d'action publique de prévention de la santé au travail leur permet de participer à la définition des risques professionnels à prévenir à travers les déclinaisons régionales des Plans Santé Travail et les CPOM qu'ils signent avec les instances publiques et parapubliques de la santé au travail. Les employeurs déjà présents dans d'autres espaces de définition et de gestion des risques professionnels (commissions de maladies professionnelles, comités d'experts pour évaluer les VLEP)[2] y étendent leur participation. En proposant aux entreprises adhérentes un service d'aide à l'évaluation du risque professionnel pour rédiger leur « document unique », les préventeurs des services interentreprises s'adaptent aux nouvelles normes de prévention promues dans ces réseaux. Alors que l'aptitude, outil central de la prévention de la santé au travail jusqu'alors employé dans ces services, est remise en cause, la valorisation d'un nouvel instrument permet aux dirigeants des services interentreprises de relégitimer leur action et de les maintenir dans le système de prévention de la santé au travail. Malgré ce changement d'outil, le service rendu aux entreprises adhérentes change fondamentalement peu. Les IPRP qui assument désormais également la mission de conseil autrefois réservée aux médecins du travail sont pris dans les mêmes difficultés que ces derniers lorsqu'il s'agit de conseiller à la fois employeurs et salariés et sont d'autant plus contraints dans cette posture qu'ils ne disposent pas du statut protégé des médecins du travail.

1 Nicolas JOUNIN, « La sécurité au travail accaparée par les directions », *art. cit.*, p. 89.
2 Emmanuel HENRY, *Ignorance scientifique et inaction publique*, *op. cit.*

Les employeurs, responsables de la production du risque professionnel, ou les membres de l'encadrement à qui est déléguée la conception de la prévention de la santé des salariés sont les interlocuteurs légitimes pour définir les pratiques de prévention appropriées. Le nouvel instrument de prévention étant plus incitatif que normatif, les IPRP les conseillent en priorité les employeurs volontaires pour réduire le risque au sein de leurs entreprises. Pour leur part, les salariés sont « sensibilisés » aux risques auxquels ils sont exposés. Ils incombent souvent de leur responsabilité de porter les équipements de protection individuelle dans l'attente d'un éventuellement aménagement des lieux de travail ou d'une substitution des produits manipulés.

Conclusion de la partie III

Les médecins du travail, professionnels historiques des services interentreprises, de moins en moins nombreux et dotés de « secteurs » au nombre croissant d'entreprises et de salariés, sont surchargés de travail. Leur ethos médical les amène à attribuer la priorité au suivi de « cas » de salariés à la santé précaire et aux déclarations d'inaptitudes. Ils y reconquièrent une forme de légitimité, notamment auprès des salariés. Cette transformation de leur activité professionnelle les détourne du suivi populationnel dont l'évaluation de l'aptitude était le dispositif central et l'instrument d'une politique assurantielle pour les employeurs. Ils ne se trouvent cependant pas complètement marginalisés de la pratique d'une prévention légitime car le travail de prévention, effectué autour de « projets » devient plus collectif. Les préventeurs non médicaux font notamment appel à leur expérience ou leur connaissance du terrain et les médecins y regagnent une certaine autorité.

Alors que les médecins du travail délèguent de plus en plus le suivi populationnel aux préventeurs non médicaux, c'est un nouvel instrument de prévention qui se trouve valorisé : l'aide à l'évaluation des risques professionnels qui se réalise sur les lieux de travail. Cette prévention qualifiée de « primaire » et jugée plus efficace est principalement assurée par les IPRP et les ASST. Les IPRP acquièrent le rôle précédemment tenu par les médecins de conseiller des employeurs et des salariés. Devant concilier les intérêts des uns et des autres, ils sont placés face aux mêmes ambiguïtés. Mais en prévention de la santé au travail comme dans d'autres domaines d'action publique, ces métamorphoses suivent un « fort mouvement en faveur des instruments plus incitatifs que classiquement normatifs »[1]. Les employeurs volontaires pour instaurer des mesures de prévention sont privilégiés parmi les adhérents des services interentreprises alors que l'aptitude de l'ensemble des salariés était précédemment évaluée par les professionnels.

Avoir remplacé un instrument devenu obsolète par un autre plus légitime permet non seulement aux représentants des dirigeants des services interentreprises de maintenir cette institution dans le champ de la prévention de la santé au travail, mais ils ont également su négocier un contrôle accru de ces dirigeants sur la prévention de la santé au travail. En participant à la définition du risque au sein de réseaux d'action publique et en employant des

1 Pierre LASCOUMES et Patrick LE GALÈS, *Gouverner par les instruments*, *op. cit.*, p. 26.

groupes professionnels non dotés de pouvoir coercitif aux côtés des médecins, ils maintiennent, voire renforcent, leur position au sein du champ de la prévention de la santé au travail. Comme précédemment, « le nouveau régime constitue une forme d'acceptation officielle du risque, qui laisse aux employeurs le soin d'en assurer individuellement ou collectivement la gestion, au même titre que les autres coûts de production »[1].

1 Anne-Sophie BRUNO et al., *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs, XIXe-XXe siècles*, *op. cit.*, p. 16.

Conclusion générale

En nous intéressant à la reconfiguration des services interentreprises de « médecine du travail » en services de « santé au travail » et en nous attachant à définir la place qu'y occupent les médecins, nous n'avons pas tant observé la disparition d'un mode bien particulier d'exercice de la médecine, que les transformations d'une institution centrale du système de prévention de la santé au travail en France. Alors que les médecins du travail, groupe fortement dominé dans le champ médical, étaient déconsidérés par les réformateurs nous nous demandions comment une institution de prévention de la santé au travail qui avait fonctionné bon gré mal gré pendant plus de 50 ans pouvait être alors tant décriée. Les nouvelles pratiques de prévention de la santé au travail étaient-elles si différentes des précédentes ? Nous avons choisi d'observer la transformation en cours des pratiques de travail de ces médecins, professionnels historiques des services interentreprises, et d'écouter les discours qu'ils portent sur leur métier pour étudier ces reconfigurations.

D'autres thèses de sociologie étaient menées simultanément sur cet objet. Pascal Marichalar[1] a étudié l'autonomie des médecins du travail alors qu'ils étaient encore majoritairement seuls à exercer. Blandine Barlet[2] a quant à elle examiné les reconfigurations des juridictions professionnelles au prisme de l'introduction de la « pluridisciplinarité », principalement dans les services à l'avant-garde des expérimentations. Nous nous sommes positionnée à l'intersection de ces travaux en considérant le poids conséquent du groupe des médecins du travail sur les orientations prises au cours de la réforme des services interentreprises.

Pour comprendre comment l'instrument de prévention qu'est la médecine du travail s'est redéfini, nous avons pris le parti de nous intéresser aux formes de rationalité qui ont pu guider non seulement les pratiques de travail, mais aussi les prises de position des groupes professionnels dans cette recomposition en train de se faire. Toutefois ces groupes, en prise directe avec l'émergence des services de santé au travail, ne sont pas les seuls acteurs à

1 Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France 1970-2010)*, Thèse de sociologie, EHESS, Paris, 2011.

2 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail: les groupes professionnels à l'épreuve de la « pluridisciplinarité »*, Thèse de sociologie, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, France, 2015.

prendre en considération. En effet, les transformations du système de prévention de la santé au travail en France sont indissociables d'un cadre plus général défini par la puissance publique. C'est pourquoi, pour saisir l'ensemble du processus de transformation de l'institution, nous avons privilégié une analyse articulée en trois niveaux d'analyse, macro, méso et micro, moyen pertinent selon nous d'étudier conjointement institutions, groupes professionnels et pratiques de travail.

1 L'intégration d'une profession

La réforme des services interentreprises a-t-elle fait disparaître les médecins de l'institution ? Si telle était leur crainte, ils sont pourtant toujours présents. Rappelons que plus de 5 500 praticiens (tous modes d'exercice confondus) sont encore en exercice en 2015[1]. Pourtant leur place s'est reconfigurée localement dans les services interentreprises. Pendant toute la seconde moitié du XX^{e} siècle, les médecins du travail disposaient individuellement du mandat préventif « d'éviter toute altération de la santé du travailleur du fait de son travail »[2] qui était principalement organisé autour de l'évaluation de l'aptitude des salariés. Aujourd'hui ce sont les services encadrés de leurs directions qui sont en charge d'un tel mandat. À la faveur de la réforme, les représentants des employeurs ont su mobiliser de nouveaux dispositifs de gestion pour renforcer l'encadrement du travail et leur position dans l'institution.

Devançant les attentes des pouvoirs publics en matière de rationalisation des outils de l'action publique, le CISME, représentant les directions de services interentreprises, promeut et coordonne l'introduction de ces nouveaux dispositifs et contrôle ainsi la réorganisation du travail qui s'y « expérimente ». Celle-ci est principalement fondée sur le recrutement d'une main-d'œuvre non médicale qui ne bénéficie pas du même statut professionnel protecteur que les médecins et dont le travail est davantage encadré et supervisé. La majorité des médecins du travail s'oppose initialement à cette réorganisation gestionnaire du travail qui réduit leur autonomie professionnelle. Au-delà des mobilisations nationales, ils résistent localement. Cela passe notamment par leur refus de faire appel aux IPRP, ces nouveaux professionnels

1 Pour rappel, en 2015, la DREES comptabilise 5 605 médecins du travail, tous modes d'exercice confondus. Voir : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps, consulté le 17 juillet 2017.

2 Article 1, Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946, Organisation des services médicaux du travail, JORF du 12 octobre 1946.

imaginés dans la réforme, marquant ainsi leur opposition à une division du travail dont le contrôle leur échapperait en partie.

À partir de 2003, les hygiénistes, ergonomes, psychologues et autres préventeurs non médicaux sont réunis par une habilitation commune en tant qu'« intervenants en prévention des risques professionnels » qui devient la dénomination de leur groupe professionnel. Ceux arrivés au sein des services interentreprises à partir du début des années 2000 trouvent dans les dispositifs de gestion qui encadrent leur recrutement une assise pour leur légitimité professionnelle qu'ils doivent défendre face à des médecins du travail largement hostiles à leur arrivée. Il en va de même pour les « Assistantes en Santé et Sécurité au Travail » ces anciennes secrétaires médicales qui quittent le binôme qu'elles formaient avec le médecin pour intégrer le nouveau « pôle de prévention » et promouvoir les outils non médicaux de prévention auprès des entreprises adhérentes. Cette reconversion, parce qu'elle est perçue comme une promotion (en termes de qualification et de rémunération), facilite voire encourage leur adhésion à ce nouveau dispositif.

Les nouveaux salariés intégrés au service de santé au travail trouvent donc une assise de leurs pratiques professionnelle en dehors d'une légitimation médicale. Si beaucoup de médecins vivent cette réorganisation du travail comme une menace, d'autres sont convaincus que la défense de leur position dans cette nouvelle configuration passe par une certaine mainmise sur la répartition du travail[1]. De fait, une partie des médecins, ceux pour qui l'emploi de dispositif de gestion s'accorde à leur idéologie professionnelle, investissent ces dispositifs et participent de la division du travail qu'ils contrôlent également.

Les médecins du travail qui historiquement détenaient le monopole de la « surveillance » des salariés des entreprises retraduisent leur juridiction en accès exclusif aux entreprises et à leurs salariés. Au nom de cette prérogative et du secret médical associé, ils revendiquent le droit de définir ce qui, dans leur travail, peut être délégué ou non. Une distinction s'opère entre les professions paramédicales qui demeurent sous le contrôle direct des médecins (comme les infirmières) et des groupes professionnels qualifiés, mais disciplinairement plus éloignés du domaine médical. Dans ce cas, les interventions restent prescrites par les médecins, mais les membres de ces groupes passent sous le contrôle des directeurs des services. Les médecins partagent avec les infirmières le suivi sanitaire de la

1 Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, Paris, Payot, coll. « Médecine et sociétés », 1984.

population salariée. Si les premiers, qui préservent leur prérogative de l'évaluation de l'aptitude (et surtout de l'inaptitude), prennent en charge les salariés à la santé dégradée, ils délèguent aux secondes le suivi sanitaire au sein du cabinet médical. Cet acte paramédical, sous leur supervision directe, reste éloigné d'une évaluation managériale. Les IPRP et les ASST, qui ne disposent pas quant à eux, d'un statut professionnel protecteur sont hiérarchiquement directement dépendants des directions de service. Ils mènent des actions de recensement des risques et d'évaluation des situations de travail directement au sein des entreprises. Ce sont cependant les médecins qui leur prescrivent pour une large part leur travail et gardent ainsi un œil sur celui-ci. La réticence des ASST à rejoindre des équipes dirigées par les médecins après avoir été formées au sein d'un pôle les réunissant avec les IPRP, souligne que les médecins n'ont pas complètement perdu la maîtrise du travail de prévention.

La médecine du travail, mode d'exercice dominé de la médecine dont l'autonomie était très relative, a reconfiguré sa place au sein des services interentreprises. Si les praticiens de terrain, qui doivent aujourd'hui composer avec plusieurs autres préventeurs pour mener leurs actions, ont vu leur autonomie se réduire au sens où ils travaillent de manière moins indépendante, les médecins qui ont rejoint « l'élite gestionnaire » ont quant à eux trouvé de nouvelles marges de manœuvre pour contrôler la définition du travail.

2 Des jugements professionnels entre cadrages administratif et clinique

Suite au scandale de l'amiante à la fin des années 1990, une expertise propre à l'administration publique se développe sur les questions de santé au travail. L'approche épidémiologique est promue au détriment de l'approche clinicienne qui prévalait jusqu'alors[1]. Les pratiques de prévention exercées dans les services interentreprises, assurées essentiellement individuellement au sein du cabinet médical, se trouvent peu ajustées à ce nouveau paradigme. Les réformateurs, qui dénigrent l'approche clinicienne, promeuvent des pratiques de travail assurées par des préventeurs non médicaux qui se rendent sur les lieux de travail pour évaluer le risque au sein des entreprises.

1 Emmanuel HENRY, « La reconfiguration de l'expertise en santé au travail : vecteur de transformation de l'action publique ? », *in* Nathalie DEDESSUS-LE MOUSTIER et Florence DOUGUET, *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Paris, Tec & Doc, coll. « Sciences du risque et du danger », 2010, pp. 259-270.

Ces pratiques sont plus ajustées aux nouvelles exigences de rationalité[1]. De plus, en médecine le cadrage administratif qui induit le passage par des procédures est promu. On en trouve une forme exacerbée dans l'Evidence-Based Medicine (EBM) par exemple valorisée au sein du CISME. En effet, « les décisions fondées sur les principes de l'EBM sont censées découler d'une analyse méthodique et raisonnée de données de nature quantitative et statistique, validées par la communauté scientifique »[2]. Ce type de jugement qui relève du « passage par des procédures » est également plus conforme aux dispositifs de gestion qui renforcent le contrôle hiérarchique des directions des services interentreprises sur le travail.

De fait, les nouveaux dispositifs de gestion qui cadrent le travail et l'orientation épidémiologique que prend le travail de prévention sont davantage acceptés des médecins opérant un cadrage administratif de leur activité. Cette forme de rationalité est conforme à leur jugement professionnel. Ces médecins participent souvent à la mise en place de la réforme en encadrant le travail des autres préventeurs. Ces outils sont également reconnus par des professionnels nouvellement arrivés ou reconvertis, notamment IPRP et ASST. Non seulement ces outils sont ajustés au type de cadrage auquel ils sont socialisés, mais ils légitiment également leur présence au sein des services interentreprises.

Les médecins les plus opposés à la réforme gestionnaire des services interentreprises sont au contraire ceux qui opèrent un cadrage clinique de leur activité et revendiquent une incorporation légitime des compétences pour fonder leurs jugements au nom d'une indépendance professionnelle. Ils refusent que le travail des préventeurs soit davantage cadré par les directions des services interentreprises. D'autres préventeurs non médicaux, qu'ils mobilisent une approche clinique comme des ergonomes ou des psychologues par exemple ou qu'ils défendent leurs savoirs faire professionnels à travers une incorporation légitime des compétences, à la manière de François Imbert, sont également critiques de l'évaluation uniquement quantitative de leur activité. Les frontières des groupes professionnels se redessinent-elles selon le type de jugement entre d'un côté des préventeurs porteurs d'un cadrage principalement administratif et de l'autre ceux qui portent un cadrage clinique ?

1 Philippe BEZES et Christine MUSSELIN, « Le new public management. Entre rationalisation et marchandisation ? », *in* Sophie JACQUOT, Pauline RAVINET et Pierre MULLER, *Une « French touch » dans l'analyse des politiques publiques ?*, Presses de Sciences Po, 2015, pp. 125-152.

2 Henri BERGERON, Patrick CASTEL et Boris HAURAY, « Evidence-based medicine », *in* Emmanuel HENRY, Claude GILBERT, Jean-Noël JOUZEL et Pascal MARICHALAR, *Dictionnaire critique de l'expertise*, Paris, Presses de Sciences Po, coll. « Références », 2015, p. 141.

N'oublions pas cependant que Nicolas Dodier[1] a montré que les deux types de cadrage sont présents dans le jugement médical et que les médecins peuvent passer de l'un à l'autre pour évaluer l'aptitude même si leurs pratiques peuvent s'inscrire dans un cadrage plus clinique ou plus administratif. Ainsi les médecins qui pratiquent une « clinique médicale du travail » fondée sur le colloque singulier avec le salarié sont *a priori* très éloignés d'un cadrage administratif. Pourtant celui-ci est nécessaire par exemple quand il s'agit de faire reconnaître une maladie professionnelle ou d'orienter le salarié vers des dispositifs de reconnaissance en tant que travailleur handicapé.

3 Un outil de prévention multiforme

Au cours de la réforme étudiée, les services interentreprises s'insèrent dans des réseaux d'action publique dirigés par les services de l'État où se coordonnent les politiques régionales de prévention de la santé au travail. Cette prévention est moins définie localement par les praticiens de terrain, anciennement les médecins du travail chacun en charge d'un secteur à « surveiller », que nationalement dans des Plans quadriennaux émis par le ministère du Travail puis transposés régionalement. Les projets de services interentreprises, négociés localement entre les préventeurs et leurs directions, et présentés au sein des CPOM s'adaptent à ces orientations. Les préventeurs des services interentreprises, mais aussi des CARSAT et des DIRECCTE participent à ces « projets » au cours d'enquêtes collectives portant sur les principaux risques définis par la planification. Ceci permet aussi bien la collecte de données épidémiologique que l'expérimentation de mesures de prévention.

En prévention de la santé au travail comme ailleurs, les instruments d'action publique, précédemment normatifs, deviennent plus incitatifs[2]. Succède à l'évaluation de l'aptitude du salarié par le médecin du travail, une évaluation du risque professionnel qui est à la charge de l'employeur. Celle-ci est obligatoire depuis 2001 dans l'établissement d'un « document unique d'évaluation des risques ». En apportant une aide à l'évaluation de ces risques à leurs adhérents, les services interentreprises se maintiennent comme une institution à qui les employeurs ont recours pour assurer la prévention de la santé au travail, ce qui était précédemment opéré par le biais de l'aptitude. Si certains services développent des prestations

1 Nicolas DODIER, *L'expertise médicale : essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, coll. « Leçons de choses », 1993.

2 Pierre LASCOUMES et Patrick LE GALÈS, *Gouverner par les instruments*, Paris, les Presses Science Po, coll. « Collection académique », 2004, p. 26.

payantes sur un registre marchand, ceux que nous avons observés incluent ces nouveaux services dans leurs cotisations.

Par ces nouveaux services, les dirigeants des services interentreprises requalifient ce qui fonde leur légitimité en s'adaptant aux nouvelles obligations légales auxquelles les employeurs doivent faire face. Les ASST promeuvent ces services auprès des plus petites entreprises qui composent la majorité des adhérents, mais ont moins accès à une prévention non médicale. Au-delà de ce travail de communication, les ASST y effectuent un repérage superficiel des risques. Des formations sont également délivrées par les préventeurs médicaux ou non aux responsables des questions d'hygiène et de sécurité au sein des entreprises. Les IPRP acquièrent quant à eux le rôle précédemment dévolu aux médecins du travail de conseiller des employeurs et des salariés en matière de prévention de la santé au travail. Ces conseils sont délivrés suite à la réalisation d'études des lieux de travail et d'analyse du risque professionnel, dont les médecins du travail sont encore largement prescripteurs. L'autonomie des IPRP qui ne bénéficient pas du statut professionnel protecteur des médecins du travail étant encore moindre que la leur qui était déjà très relative[1], cet outil de prévention est d'autant plus incitatif. Il revient au chef d'entreprise de décider quelles sont les mesures qu'il envisage pour améliorer les conditions de travail des salariés quand cela ne se négocie pas avec les salariés ou leurs représentants de manière interne à l'entreprise, au sein des CHSCT par exemple.

Le suivi sanitaire régulier des salariés est par ailleurs maintenu. Il est pris en charge par des infirmières spécialisées en santé au travail, héritières des surintendantes d'usine. Détaché de l'évaluation de l'aptitude, ce suivi est davantage centré sur le recueil d'information sur les conditions de travail effectives des salariés et les conseils personnels de prise en charge de la santé. Mais les médecins du travail ne font que superviser ce suivi populationnel qui leur était précédemment dévolu. Dans un rôle plus assistantiel que préventif, ils reconfigurent leurs pratiques autour d'un rôle plus traditionnellement médical, celui de l'écoute de la plainte et de la prise en charge de la souffrance. Ils disposent toujours du dispositif de l'inaptitude pour tenter d'agir sur les conditions de travail des salariés ayant des difficultés à concilier leurs conditions de travail et de santé, souvent dégradée, et pour les faire sortir de l'emploi quand c'est possible.

1 Pascal MARICHALAR, *Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France 1970-2010)*, Thèse de sociologie, EHESS, Paris, 2011.

Mais l'ancien outil central des services interentreprises qu'est l'évaluation de l'aptitude n'a pas pour autant complètement disparu. Les médecins sont toujours chargés de l'évaluation de l'aptitude des salariés à des postes dits « de sécurité » où leur état de santé pourrait affecter celle d'un tiers. Se maintient ici le principe d'une médecine de sélection de la main-d'œuvre. Les médecins du travail du courant critique, qui y voient une manière de souligner la potentielle dangerosité du salarié plutôt que celle du poste de travail, se mobilisent pour cette tâche ne soit pas dévolue aux médecins du travail. Pourtant les réformateurs, dont un professeur de pathologie influent enquêté par Blandine Barlet, envisagent une redéfinition du rôle des médecins du travail autour de pratiques de dépistage et de l'identification des salariés fragiles[1].

Mais dans quelle mesure ce dépistage relève-t-il de la prévention ou de la sélection d'un salarié qui pourrait être considéré comme responsable de sa propre santé ? Selon Alain Supiot, « c'est parce que dans l'exécution [du contrat de travail] le corps du salarié cesse d'être le siège d'une libre volonté individuelle, pour devenir une chose vivante insérée dans une organisation conçue par autrui, que la personne du salarié cesse d'être tenue pour responsable de ce qu'il advient de son propre corps »[2]. C'est d'ailleurs pourquoi, d'après la loi de 1898 sur l'indemnisation des accidents du travail, les employeurs doivent prévenir les risques auxquels ils exposent leurs salariés. La prévention s'est donc essentiellement développée dans l'enceinte de l'entreprise. Mais les frontières de celle-ci et celles entre salariat et indépendance sont de plus en plus poreuses. Il serait alors intéressant d'étudier la prévention de la santé des travailleurs indépendants-dépendants[3].

1 Blandine BARLET, *De la médecine du travail à la santé au travail: les groupes professionnels à l'épreuve de la « pluridisciplinarité »*, Thèse de sociologie, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, France, 2015, p. 382.

2 Alain SUPIOT, *Critique du droit du travail*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 2002, p. 70.

3 Sylvie CÉLÉRIER, Alberto RIESCO-SANZ et Pierre ROLLE, « Une indépendance équivoque : les nouveaux statuts des indépendants espagnols et français », *Revue Française de Socio-Économie*, 2016, n° 17, pp. 21-41.

Bibliographie

A

ABALLÉA François, « Surintendante d'usines-conseiller du travail et conseiller en économie sociale familiale : deux dynamiques professionnelles divergentes », *Revue française des affaires sociales*, 2004, nº 3, pp. 205-230.

ABALLEA François et CHARLOTTE Simon, *Le service social du travail. Avatars d'une fonction, vicissitudes d'un métier*, Paris, l'Harmattan, coll. « Travail du social », 2004, 285 p.

ABALLEA François et MIAS Arnaud, *Organisation, gestion productive et santé au travail*, Toulouse, Octarès, 2014, 363 p.

ABBOTT Andrew, *The system of professions an essay on the division of expert labor*, Chicago, The University of Chicago Press, 1988, 435 p.

ACHIN Catherine et NAUDIER Delphine, « Trajectoires de femmes "ordinaires" dans les années 1970 », *Sociologie*, 2010, vol. 1, nº 1, pp. 77-93.

ALBOUY Jean, BERSON Catherine, BRILLET J.M., DALM Catherine, MASSON F. et POMMIER Jean-Louis, « L'exercice infirmier en santé au travail », *Documents pour le médecin du travail*, juin 2009, nº 118, pp. 221-234.

ALONZO Philippe et LIAROUTZOS Olivier, « Secrétaires : des carrières à la traine », *in* Maruani MARGARET, *Les nouvelles frontières de l'inégalité hommes et femmes sur le marché du travail*, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », 1998, pp. 59-70.

AMOSSÉ Thomas, DAUBAS-LETOURNEUX Véronique, ROY Fabienne Le, MESLIN Karine et BARRAGAN Katia, *Les accidents du travail et problèmes de santé liés au travail dans l'enquête SIP. (In)visibilités et inscriptions dans les trajectoires professionnelles*, CEE, 2012.

ARBORIO ANNE-MARIE, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, coll. « Sociologiques », 2001, 334 p.

ARBORIO Anne-Marie, « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot » », *in* Didier DEMAZIÈRE et Charles GADEA, *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis*, La Découverte., Paris, 2009, pp. 51-61.

ARLIAUD Michel et ROBELET Magali, « Réformes du système de santé et devenir du « corps médical » », *Sociologie du travail*, 2000, vol. 42, nº 1, pp. 91-112.

AVRIL Christelle, CARTIER Marie et SERRE Delphine, *Enquêter sur le travail : concepts, méthodes, récits*, Paris, la Découverte, coll. « Grands Repères. Guides », 2010, 283 p.

B

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, nº 188, pp. 54-69.

BARDOT Fabienne et TOURANCHET Annie, « Partir plus tôt pour raisons de santé : le dilemme des médecins du travail », *Retraite et société*, 2006, vol. 3, nº 49, pp. 61-75.

BARLET Blandine, « Quelle place pour les infirmières en santé au travail ? Les enjeux d'une recomposition des territoires professionnels », *Sociologie Santé*, 2012, nº 35, pp. 155-178.

BARLET Blandine, *Pluridisciplinarité et conflits de territoires dans les services interentreprises de santé au travail. Les enjeux d'une nouvelle division du travail*, Université Paris Ouest, 2013.

BARLET Blandine, *De la médecine du travail à la santé au travail: les groupes professionnels à l'épreuve de la « pluridisciplinarité »*, Thèse de sociologie, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, France, 2015.

BEAUD Stéphane et CARTIER Marie, « De la précarisation de l'emploi à la précarisation du travail », *in* Stéphane BEAUD, Joseph CONFAVREUX et Jade LINDGAARD, *La France invisible*, La Découverte., Paris, 2006, pp. 561-573.

BECKER Howard, « Whose Side Are We On? », *Social Problems*, 1967, vol. 14, nº 3, pp. 239-247.

BÉLIARD Aude et EIDELIMAN Jean-Sébastien, « Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », *in* Alban BENSA et Didier FASSIN, *Les politiques de l'enquête*, La Découverte., Paris, 2008, pp. 123-141.

BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, la Découverte, coll. « Textes à l'appui. Série Enquêtes de terrain », 2010, 329 p.

BELORGEY Nicolas, « Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011, vol. 4, nº 189, pp. 16-33.

BELORGEY Nicolas, « De l'hôpital à l'état : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », *Gouvernement et action publique*, 2012, vol. 2, nº 2, pp. 9-40.

BENAMOUZIG Daniel et PIERRU Frédéric, « Le professionnel et le « système »: l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du Travail*, 2011, vol. 53, nº 3, pp. 327-333.

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, nº 3, pp. 121-143.

BERENI Laure, CHAUVIN Sébastien, JAUNAIT Alexandre et REVILLARD Anne, *Introduction aux gender studies : manuel des études sur le genre*, Bruxelles, De Boeck, 2008, 247 p.

BERGERON Henri, CASTEL Patrick et HAURAY Boris, « Evidence-based medicine », *in* Emmanuel HENRY, Claude GILBERT, Jean-Noël JOUZEL et Pascal MARICHALAR, *Dictionnaire critique de l'expertise*, Paris, Presses de Sciences Po, coll. « Références », 2015, pp. 140-148.

BERREBI-HOFFMANN Isabelle, « Évaluation et élitisme : d'une alliance à l'autre », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2010, vol. 128-129, n° 1, p. 79.

BESNARD Philippe et DESPLANQUES Guy, *Un prénom pour toujours. La côte des prénoms hier, aujourd'hui et demain*, Paris, Balland, 1991, 347 p.

BEZES Philippe, *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, PUF, coll. « Le Lien social », 2009, 519 p.

BEZES Philippe, DEMAZIÈRE Didier, LE BIANIC Thomas, PARADEISE Catherine, NORMAND Romuald, BENAMOUZIG Daniel, PIERRU Frédéric et EVETTS Julia, « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du Travail*, 2011, vol. 53, n° 3, pp. 293-348.

BEZES Philippe et LE LIDEC Patrick, « Ordre institutionnel et genèse des réformes », *in* Lagroye JACQUES et Offerlé MICHEL, *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, pp. 55-73.

BEZES Philippe et LE LIDEC Patrick, « Ce que les réformes font aux institutions », *in* Lagroye JACQUES et Offerlé MICHEL, *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, pp. 75-101.

BEZES Philippe et MUSSELIN Christine, « Le new public management. Entre rationalisation et marchandisation ? », *in* Sophie JACQUOT, Pauline RAVINET et Pierre MULLER, *Une « French touch » dans l'analyse des politiques publiques ?*, Presses de Sciences Po, 2015, pp. 125-152.

BILLAUT Anne, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) », *Etudes et résultats, DREES*, septembre 2005, n° 429.

BIZEUL Daniel, « Que faire des expériences d'enquête ? », *Revue française de science politique*, 2007, vol. 57, n° 1, pp. 69-89.

BOLTANSKI Luc et CHIAPELLO Ève, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999, 843 p.

BOLTANSKI Luc et THÉVENOT Laurent, *De la justification : les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991, 483 p.

BOURDIEU Pierre, *Homo academicus*, Paris, les Éditions de Minuit, coll. « Le Sens commun », 1984, 302 p.

BOURDIEU Pierre, *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Paris, Éditions du Seuil, coll. « Points. Série Essais », 2000, 429 p.

BOURDIEU Pierre et BOLTANSKI Luc, « Le titre et le poste : rapports entre le système de production et le système de reproduction », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1975, vol. 1, n° 2, pp. 95-107.

BOUSSARD Valérie, « Introduction. Qui fait la gestion ? A propos des figures du manager et du professionnel », *in* Valérie BOUSSARD, *Au nom de la norme : les dispositifs de gestion entre normes organisationnelles et normes professionnelles*, Paris, L'Harmattan, 2005.

BRUNO Anne-Sophie, GEERKENS Éric, HATZFELD Nicolas et OMNÈS Catherine, *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs, XIXe-XXe siècles*, Rennes, PUR, coll. « Pour une histoire du travail », 2011, 306 p.

BRUNO Isabelle et DIDIER Emmanuel, *Benchmarking l'État sous pression statistique*, Paris, Zones, 2013, 209 p.

BUZZI Stéphane, DEVINCK Jean-Claude et ROSENTAL Paul-André, « L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979 », *Archives des maladies professionnelles*, 2002, vol. 63, nº 5, pp. 355-363.

BUZZI Stéphane, DEVINCK Jean-Paul et ROSENTAL Paul-André, *La santé au travail: 1880-2006*, Paris, la Découverte, coll. « Repères », 2006, 123 p.

C

CACOUAULT-BITAUD Marlaine et PICOT Geneviève, « Les médecins scolaires : valorisation d'une expertise ou dévalorisation d'une profession « féminine »? », *in* Didier DEMAZIÈRE et Charles GADEA, *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, la Découverte, coll. « Recherches », 2009, pp. 413-423.

CALONI Pierre, *Les Préventeurs*, Paris, SEFI, 1960, 437 p.

CAROLY Sandrine, CHOLEZ Céline, LANDRY Aurélie, DAVEZIES Philippe, POUSSIN Nadine, BELLEMARE Marie, COUTAREL Fabien, GARRIGOU Alain, CHASSAING Karine, PETIT Johan, BARIL-GINGRAS Geneviève, PRUDHOMME Daniel et PARREL Perrine, *Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS : ressources et contraintes*, 2011.

CAROLY Sandrine, SALLAH Makafui et LANDRY Aurélie, *Tâches, objectifs des IPRP de SST et pluridisciplinarité. Analyse des résultats du questionnaire AFISST-PACTE des IPRP 2014*, PACTE - LIP, 2015.

CARTIER Marie, *Les facteurs et leurs tournées. Un service public au quotidien*, Paris, La Découverte, coll. « Textes à l'appui », 2003, 328 p.

CASSOU Bernard, MOUSEL Marie-Laurence, SPITZER Catherine, TOURANCHET Annie et HUEZ Dominique, *Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, la Découverte, 1985, 640 p.

CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*, Paris, Gallimard, coll. « Folio. Essais », 1999, 813 p.

CÉLÉRIER Sylvie, « Santé précaire : quelques perspectives sociologiques », *Connaissance de l'emploi*, 2008, nº 56, pp. 1-4.

CÉLÉRIER Sylvie, RIESCO-SANZ Alberto et ROLLE Pierre, « Une indépendance équivoque : les nouveaux statuts des indépendants espagnols et français », *Revue Française de Socio-Économie*, 2016, nº 17, pp. 21-41.

CHAMBOREDON Hélène, PAVIS Fabienne, SURDEZ Muriel et WILLEMEZ Laurent, « S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses*, 1994, vol. 16, nº 1, pp. 114-132.

CHAUMETTE Patrick, « Salariat, déontologie et intérêt général à propos du statut des médecins », *in* Jean-Luc BODIGUEL, Christian-Albert GARBAR et Alain SUPIOT, *Servir l'intérêt général*, Paris, PUF, coll. « Les voies du droit », 2000, pp. 252-269.

CHAUVENET Antoinette, « La qualification en milieu hospitalier », *Sociologie du travail*, 1973, nº 2, pp. 189-205.

CHIAPELLO Ève et GILBERT Patrick, *Sociologie des outils de gestion. Introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion*, Paris, la Découverte, 2013, 294 p.

CHICOISNE JANVIER Annie, *Les enjeux professionnels de la mutation de la médecine du travail à la santé au travail : l'autonomie relative des Intervenants en prévention des risques professionnels*, Master SIFA, Université de Nantes, 2008.

COCHOY Franck, TERSSAC Gilbert de et GAREL Jean-Pierre, « Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes Iso 9000 », *Revue française de sociologie*, 1998, vol. 39, nº 4, pp. 673-699.

COLLOVALD Annie et LILLIAN Mathieu, « Mobilisations improbables et apprentissage d'un répertoire syndical », *Politix*, 2009, vol. 2, nº 86, pp. 119-143.

CONSO Françoise, « Quelle formation initiale pour les médecins du travail ? », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2005, vol. 66, nº 4, pp. 311-312.

COULMONT Baptiste, *Sociologie des prénoms*, Paris, La Découverte, 2014, 125 p.

CRU Damien, GUIHO-BAILLY Marie-Pierre et MOLINIER Pascale, « Présentation », *in* Dominique DESSORS, *De l'ergonomie à la psychodynamique du travail : méthodologie de l'action*, Toulouse, Érès, coll. « Clinique du travail », 2009, pp. 7-36.

D

DAHLE Rannveig, « Shifting boundaries and negotiations on knowledge: interprofessional conflicts between nurses and nursing assistants in Norway », *International Journal of Sociology and Social Policy*, 2003, vol. 23, 4/5, pp. 139-158.

DARBUS Fanny et JEDLICKI Fanny, « Folle rationalisation de l'enseignement supérieur et de la recherche », *Savoir/Agir*, 2014, nº 29, pp. 25-34.

DARMON Muriel, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, 2005, vol. 58, p. pp.98-112.

DAVEZIES Philippe, « Pour un recentrage sur la clinique », *in* ASSOCIATION SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL, *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*, Paris, La Découverte et Syros, coll. « Santé et société », 1998, pp. 186-194.

DAVEZIES Philippe, « La prise en charge de la santé au travail en France : aperçu historique sur les fondements idéologiques de l'institution », *Médecine et travail*, 2000, nº 183, pp. 42-44.

DAVEZIES Philippe, « L'aptitude médicale dans le système de santé au travail : origine interrogations et débats », *Médecine du travail et ergonomie*, 2007, vol. 44, pp. 72-82.

DEJOURS Christophe, *Souffrance en France: la banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, coll. « L'Histoire immédiate », 1998, 197 p.

DEMAILLY Lise et BROISE Patrice de la, « Les enjeux de la déprofessionnalisation », *Socio-logos*, 2009, nº 4.

DEMAZIÈRE Didier et GADEA Charles, *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, la Découverte, coll. « Recherches », 2009, 463 p.

DÉPLAUDE Marc-Olivier, « Une mobilisation contre-révolutionnaire : la refondation du syndicat autonome des enseignants de médecine en mai 1968 et sa lutte pour la « sélection » », *Sociétés contemporaines*, 2009, vol. 1, nº 73, pp. 21-45.

DÉPLAUDE Marc-Olivier, « Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en oeuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2009, nº 2, pp. 78-100.

DÉPLAUDE Marc-Olivier, *La hantise du nombre: une histoire des numerus clausus de médecine*, Paris, les Belles Lettres, 2015, 408 p.

DEVILLÉ Anne, « L'entrée du syndicat de la magistrature dans le champ juridique en 1968 », *Droit et société*, 1992, vol. 22, pp. 639-671.

DEVINCK Jean-Claude, *La création d'une médecine du travail en France : 1914-1946*, Mémoire de maîtrise, , Université Panthéon-Sorbonne, Paris, 2001, 250 p.

DOBRY Michel, *Sociologie des crises politiques: la dynamique des mobilisations multisectorielles*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1986, 319 p.

DODIER Nicolas, « Représenter ses actions. Le cas des inspecteurs et des médecins du travail », *in Les formes de l'action. Sémantique et sociologie*, Paris, EHESS, 1990, pp. 115-148.

DODIER Nicolas, *L'expertise médicale : essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, coll. « Leçons de choses », 1993, 367 p.

DUBAR Claude, « La sociologie du travail face à la qualification et à la compétence », *Sociologie du travail*, 1996, nº 2, pp. 179-193.

DUBAR Claude et TRIPIER Pierre, *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin, coll. « Collection U. Série Sociologie », 1998, 283 p.

DUBOIS Vincent, *La vie au guichet : relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Économica, coll. « Études politiques », 2010, 204 p.

DUGUÉ Elisabeth, « La gestion des compétences : les savoirs dévalués, le pouvoir occulté », *Sociologie du travail*, 1994, vol. 36, n° 3, pp. 273-292.

DUJARIER Marie-Anne, « Une analyse sociologique des discours sur la souffrance au travail », *in* Thomas PÉRILLEUX et John CULTIAUX, *Destins politiques de la souffrance. Intervention sociale, justice, travail*, Toulouse, Erès, coll. « Sociologie clinique », 2009, pp. 119-132.

DULONG Delphine, « Au dedans et en dehors : la subversion en pratiques », *in* Jacques LAGROYE et Michel OFFERLÉ, *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, pp. 249-265.

E

EL MIRI Mustapha et MASSON Philippe, « Une charte de déontologie est-elle utile ? », *in* Sylvain LAURENS et Frédéric NEYRAT, *Enquêter de quel droit ? Menaces sur l'enquête en sciences sociales*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du croquant, 2010, pp. 267-290.

ENTMAN Robert M., « Framing: toward clarification of a fractured paradigm », *Journal of Communication*, 1993, vol. 43, n° 4, pp. 51-58.

EWALD François, *L'État providence*, Paris, Grasset, 1986, 608 p.

F

FABRÈGUES Jean de, *Le sillon de Marc Sangnier : un tournant majeur du mouvement social catholique*, Paris, Perrin, coll. « Les grandes aventures de l'esprit », 1964, 312 p.

FASSIN Didier, « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », *Politix*, 2006, n° 73, n° 1, pp. 137-157.

FERONI Isabelle, *Les infirmières hospitalières. La construction d'un groupe professionnel*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Nice - Sophia Antipolis, 1994.

FERONI Isabelle et KOBER-SMITH Anémone, « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne », *Revue française de sociologie*, 2005, vol. 3, n° 46, pp. 469-494.

FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, 360 p.

FOUCAULT Michel, *Dits et écrits, 1954-1988. III, 1976-1979*, Paris, Gallimard, 1994, 835 p.

FOURNIER Pierre, « Le travail des générations : confronter des présents décalés », *in* Anne-Marie ARBORIO, Yves COHEN, Pierre FOURNIER, Nicolas HATZFELD, Cédric LOMBA et Séverin MULLER, *Observer le travail : histoire, ethnographie, approches combinées*, La Découverte, 2007, pp. 113-129.

FOURNIER Pierre, LOMBA Cédric et MULLER Séverin, « Enquêter en milieu rétif. L'industrie pharmaceutique sous observation collective », *ethnographiques.org*, septembre 2016, 32 « Enquêtes collectives ».

FRANÇOIS Pierre, *Sociologie des marchés*, Paris, A. Colin, coll. « Collection U », 2008, 311 p.

FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, coll. « Médecine et sociétés », 1984, 369 p.

FREIDSON Eliot, *Professionalism: the third logic*, Chicago, The university of Chicago press, 2001, 250 p.

FRINAULT Thomas, *La dépendance un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, PUR, coll. « Res Publica », 2009, 240 p.

G

GADEA Charles et GRELON André, « Est-ce ainsi que les professions meurent ? », *in* Didier DEMAZIÈRE et Charles GADÉA, *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, la Découverte, coll. « Recherches », 2009, pp. 118-127.

GARCIA Sandrine, « Expertise scientifique et capital militant », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, vol. 158, nº 3, pp. 96-115.

GARCIA Sandrine et MONTAGNE Sabine, « Pour une sociologie critique des dispositifs d'évaluation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011, vol. 189, nº 4, pp. 4-15.

GAUDILLIÈRE Jean-Paul, « Intellectuels engagés et experts : biologistes et médecins dans la bataille de l'avortement », *Natures Sciences Sociétés*, 2006, Vol. 14, nº 3, pp. 239-248.

GHAFFARI Sarah et KOGAN Anne-France, « Modeluxe, compétences et savoir-faire haute façon », *in* Sophie BRETESCHÉ et Cathy KROHMER, *Fragiles compétences*, Paris, Transvalor-Presses des Mines, 2010, pp. 37-48.

GHAFFARI Sarah, MISSET Séverine, PAVIS Fabienne et PONNET Marie, « Généalogies des outils de gestion. Introduction », *Travail et Emploi*, 2013, vol. 133, nº 1, pp. 5-12.

GHIS MALFILATRE Marie, « La CGT face au problème de la sous-traitance nucléaire à EDF. Le cas de la mobilisation de Chinon (1987-1997) », *Sociologie du travail*, 2017, vol. 59, nº 1.

GILLES Marion, « La quantification de la « santé au travail » en entreprises. Enjeux, tensions et usages », *in* Mateo ALALUF, Pierre DESMAREZ et Marcelle STROOBANTS, *Mesures et démesures du travail*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, coll. « Sociologie et anthropologie », 2012, pp. 207-214.

GILLES Marion, *Compter pour peser: la quantification de la « santé au travail » en entreprises*, Thèse de doctorat en sociologie, EHESS, 2013, 511 p.

GIRAUDEAU Marcel, *Contribution à l'étude du syndicalisme médical français : le S.M.G.*, Thèse de doctorat en médecine, Université Pierre et Marie Curie, Paris, 1983, 311 p.

GOFFMAN Erving, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit, coll. « Le sens commun », 1968, 447 p.

GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne. Les relations en public*, Paris, les Éditions de Minuit, coll. « Le sens commun », 1973, 374 p.

GOFFMAN Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens commun », 1975, 175 p.

GOLDBERG Marcel, « Experts et militants : les nouveaux acteurs de la santé au travail », *Cahiers Risques Collectifs et Situations de Crise*, 2008, n° 9, pp. 77-94.

GOLLAC Michel et VOLKOFFS Serge, « La santé au travail et ses masques », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 2006, vol. 3, n° 163, pp. 4-17.

GOLLAC Michel et VOLKOFF Serge, *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte, coll. « Repères », 2007, 121 p.

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, n° 69, pp. 438-447.

H

HALL Peter A. et TAYLOR Rosemary C. R., « La science politique et les trois néo-institutionnalismes », *Revue française de science politique*, 1997, vol. 47, n° 3, pp. 469-496.

HARDY-DUBERNET Anne-Chantal, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », *Revue française des affaires sociales*, 2005, vol. 1, 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*, Paris, DREES, coll. « Études », n° 66, 2006, 101 p.

HASSENTEUFEL Patrick, *Les Médecins face à l'État : une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997, 367 p.

HASSENTEUFEL Patrick, « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes », *in* Géraldine BLOY, François-Xavier SCHWEYER et Claudine HERZLICH, *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, coll. « Métiers santé, social », 2010.

HATZFELD Nicolas, « Ergonomie, productivité et usure au travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2006, n° 165, n° 5, pp. 92-105.

HÉLARDOT Valentine, « Précarisation du travail et de l'emploi : quelles résonances dans la construction des expériences sociales ? », *Empan*, 2005, vol. 60, n° 4, pp. 30-37.

HÉLARDOT Valentine, « Enjeux d'emploi, de travail et de santé : la quadrature du cercle », *in* Gilbert de TERSSAC, Corinne SAINT-MARTIN et Claire THÉBAULT, *La précarité: une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octarès, coll. « Le Travail en débats », n° 6, 2008, pp. 73-84.

HENRY Emmanuel, *Amiante : un scandale improbable : sociologie d'un problème public*, Rennes, PUR, coll. « Res Publica », 2007, 308 p.

HENRY Emmanuel, « La santé au travail : un domaine d'action publique comme un autre ? », *in Cahiers Risques collectifs et situations de crise*, Grenoble, MSH-Alpes, 2008, pp. 13-32.

HENRY Emmanuel, « La reconfiguration de l'expertise en santé au travail : vecteur de transformation de l'action publique ? », *in* Nathalie DEDESSUS-LE MOUSTIER et Florence DOUGUET, *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*, Paris, Tec & Doc, coll. « Sciences du risque et du danger », 2010, pp. 259-270.

HENRY Emmanuel, « Nouvelles dynamiques de savoirs et permanence des rapports de pouvoir », *Revue française de science politique*, 2011, vol. 61, n° 4, pp. 707-726.

HENRY Emmanuel, *Ignorance scientifique et inaction publique : les politiques de santé au travail*, Paris, Sciences Po les presses, 2017, 256 p.

HERZLICH Claudine et PIERRET Janine, « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, 2010, vol. 51, n° 1, pp. 121-148.

HIRSCHMAN Albert O, *Défection et prise de parole : théorie et applications*, Paris, Fayard, coll. « L'Espace du politique », 1995, 212 p.

HUGHES Everett, *Le Regard sociologique*, Paris, EHESS, coll. « Recherches d'histoire et de sciences sociales », 1996, 344 p.

I

INAN Ceren, « Les absences au travail des salariés pour raison de santé : un rôle important des conditions de travail », *Dares analyses*, 2013, n° 9.

ION Jacques et PERONI Michel, *Engagement public et exposition de la personne*, La Tour-d'Aigues, Éditions de L'Aube, 1997, 269 p.

J

JACOMY Bruno, « A la recherche de sa mission. La Société des Ingénieurs Civils », *Culture technique*, 1984, n° 12, pp. 209-219.

JAMOUS Haroun, « Professions ou systèmes auto-perpétués ? », *in Rationalisation, mobilisation sociale et pouvoir : idées et travaux de recherche sur la santé, l'aménagement urbain et les transports*, Paris, Centre de sociologie de l'innovation, Ecole nationale supérieure des Mines, 1973, pp. 5-55.

JOHNSON Terry, « Expertise and the state », *in* Mike GANE et Terry JOHNSON, *Foucault's new domains*, London, Routledge, 1993, pp. 139-152.

JOIN-LAMBERT Odile, LALLEMENT Michel, HATZFELD Nicolas, RAY Jean-Emmanuel, SOMMIER Isabelle, OFFERLÉ Michel et PELISSE Jérome, « Au-delà du conflit et de la négociation ? », *Sociologie du Travail*, avril 2011, vol. 53, nº 2, pp. 160-193.

JOUNIN Nicolas, « La sécurité au travail accaparée par les directions », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 2006, vol. 5, nº 165, pp. 72-91.

JOUNIN Nicolas, *Chantier interdit au public*, Paris, la Découverte, 2008.

JOUNIN Nicolas, *Voyage de classes: des étudiants de Seine-Saint-Denis enquêtent dans les beaux quartiers*, Paris, La Découverte, 2014, 248 p.

JOUNIN Nicolas et WOLFF Loup, *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*, Centre d'études de l'emploi, 2006.

K

KARPIK Lucien, *Les avocats : entre l'État, le public et le marché : XIIIe-XXe siècle*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque des sciences humaines », 1995, 482 p.

KERGOAT Danièle, IMBERT Françoise, LE DOARÉ Hélène et SÉNOTIER Danièle, *Les infirmières et leur coordination*, Boulogne, Lamarre, 1992, 192 p.

L

LA PARRA Daniel, « Les transformations des métiers du risque en Espagne, 1995-2005 : de la médecine du travail à la prévention des risques », *in* Catherine OMNÈS et Laure PITTI, *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXe siècle : la France au regard des pays voisins*, Rennes, PUR, 2009, pp. 67-76.

LAGARENNE Christine et LAMARCHE Pierre, « L'usage des contrats de travail », *in L'emploi, nouveaux enjeux*, INSEE., 2008, pp. 51-59.

LAGROYE Jacques et OFFERLÉ Michel, *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010.

LALLEMENT Michel, MARRY Catherine, LORIOL Marc, MOLINIER Pascale, GOLLAC Michel, MARICHALAR Pascal et MARTIN Emmanuel, « Maux du travail : dégradation, recomposition ou illusion ? », *Sociologie du travail*, mars 2011, vol. 53, nº 1, pp. 3-36.

LAPEYRE Nathalie et LE FEUVRE Nathalie, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, 2005, vol. 1, nº 1, pp. 59-81.

LASCOUMES Pierre et LE GALÈS Patrick, *Gouverner par les instruments*, Paris, les Presses Science Po, coll. « Collection académique », 2004, 370 p.

LE BODIC Cédric et HARDY Anne-Chantal, *Prescrire, proscrire : enjeux non médicaux dans le champ de la santé*, Rennes, PUR, coll. « Des Sociétés », 2011, 273 p.

LE GALÈS Patrick et THATCHER Mark, *Les réseaux de politique publique : débat autour des « policy networks »*, Paris, l'Harmattan, coll. « Logiques politiques », 1995, 272 p.

LECOMTE-MÉNAHÈS Gabrielle, *La médecine du travail : de la transformation du groupe professionnel à la modification du métier. La réforme de la médecine du travail de 2004 à 2009*, Mémoire de Master 2 de sociologie, Université de Nantes, 2009.

LIAROUTZOS Olivier, « Le métier de secrétaire en re-formation », *Les cahiers du Mage*, 1996, nº 2, pp. 41-50.

LIAROUTZOS Olivier, « La secrétaire et les autres. Une identité professionnelle en question », *Formation Emploi*, 1998, vol. 61, nº 1, pp. 73-89.

LIPSKY Michael, *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*, New York, Russell Sage Foundation, 2010, 275 p.

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

LOMBA Cédric et MISCHI Julian, « Ouvriers et intellectuels face à l'ordre usinier », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 10 avril 2013, nº 196-197, pp. 4-19.

LORIOL Marc, *Le temps de la fatigue la gestion sociale du mal-être au travail*, Paris, Anthropos, coll. « Collection Sociologiques », 2000, 293 p.

LORIOL Marc, *L'impossible politique de santé publique en France*, Toulouse, Erès, coll. « Actions santé », 2002, 166 p.

LORIOL Marc, *La construction du social. Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*, PUR., Rennes, coll. « Le sens social », 2012, 214 p.

LOUBET-DEVEAUX Annie et BARDOT Fabienne, « Une nouvelle pratique : la clinique médicale du travail », *Travailler*, 2003, vol. 2, nº 10, pp. 13-38.

M

MANNHEIM Karl, *Le problème des générations*, 2e édition., Paris, A. Colin, 2011, 162 p.

MANUY Anne et NOUËL DE LA BUZONNIÈRE Cédric, « Une photographie du marché du travail en 2009. Résultats de l'enquête Emploi », *Insee première*, janvier 2011, nº 1331.

MARCHAND Olivier, « 50 ans de mutations de l'emploi », *INSEE Première*, septembre 2010, nº 1312.

MARICHALAR Pascal, *L'engagement dans le travail. Une ethnographie des médecins du travail*, ENS-EHESS, 2007.

MARICHALAR Pascal, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Politix*, 2010, vol. 3, nº 91, pp. 27-52.

MARICHALAR Pascal, *Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France 1970-2010)*, Thèse de sociologie, EHESS, Paris, 2011.

MARICHALAR Pascal, *Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question*, Paris, Presses de Sciences Po, 2014, 184 p.

MARICHALAR Pascal, « L'évolution des services de santé au travail en France », *in* Annie THÉBAUD-MONY, Philippe DAVEZIES, Laurent VOGEL et Serge VOLKOFF, *Les risques du travail: pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 2015, pp. 387-394.

MARICHALAR Pascal et PITTI Laure, « Réinventer la médecine ouvrière ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2013, 1/2, nº 196-197, pp. 114-131.

MARUANI Margaret, « Statut social et modes d'emplois », *Revue française de sociologie*, 1989, vol. 30, nº 1, pp. 31-39.

MATONTI Frédérique et POUPEAU Franck, « Le capital militant. Essai de définition », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2004, vol. 5, nº 155, pp. 4-11.

MAUGER Gérard, « Gauchisme, contre-culture et néo-libéralisme. Pour une histoire de la « génération de mai 1968 » », *in* CRISPA et CURAPP, *L'identité politique*, Paris, PUF, 1994, pp. 206-226.

METTE Corinne, RICCARDIS Nicolas DE, GONZALEZ Lucie et COUTROT Thomas, « Emploi, conditions de travail et santé des 30-50 ans: des trajectoires contrastées entre 2006 et 2010 », *in France, portrait social*, INSEE Références, 2013, pp. 111-125.

MONCHATRE Sylvie, « D'une pratique à son instrumentation », *Formation Emploi*, 2007, nº 99, pp. 5-11.

MONCHATRE Sylvie, « Ce que l'évaluation fait au travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011, vol. 189, nº 4, pp. 42-57.

MORICEAU Caroline, *Les douleurs de l'industrie: l'hygiénisme industriel en France, 1860-1914*, Paris, EHESS, coll. « En temps & lieux », n° 12, 2009, 316 p.

MULLER Séverin, *A l'abattoir : travail et relations professionnelles face au risque sanitaire*, Paris, MSH, coll. « Natures sociales », 2008, 301 p.

N

NEVEU Érik, *Sociologie politique des problèmes publics*, Paris, A. Colin, coll. « Collection U », 2015, 286 p.

O

OFFERLÉ Michel, *Sociologie des organisations patronales*, Paris, la Découverte, coll. « Repères », 2009, 124 p.

OFFERLÉ Michel, « L'action collective patronale en France, 19e-21e siècles », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 2012, nº 114, pp. 82-97.

OMNÈS Catherine, « Hommes et femmes face à la retraite pour inaptitude de 1945 à aujourd'hui », *Retraite et société*, 2006, vol. 3, nº 49, pp. 77-97.

OMNÈS Catherine, « Les surintendantes d'usine : pionnières de la gestion du risque professionnel ? », *Connaissance de l'emploi*, 2007, nº 42.

OMNÈS Catherine, « Les surintendantes d'usine. Attention au « facteur humain » et prévention du risque au travail (1917-1946) », *in* Catherine OMNÈS et Laure PITTI, *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXe siècle : la France au regard des pays voisins*, Rennes, PUR, coll. « Pour une histoire du travail », 2009, pp. 19-30.

OMNÈS Catherine et BRUNO Anne-Sophie, *Les mains inutiles : inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, coll. « Temps présents », 2004, 477 p.

P

PAICHELER Geneviève, « Carrières et pratiques de femmes médecins en France (1930-1980): portes ouvertes ou fermées ? », *in* Pierre AÏACH, Dominique CÈBE, Geneviève CRESSON et C. PHILIPPE, *Femmes et hommes dans le champ de la santé approches sociologiques*, Rennes, Éd. de l'ENSP, coll. « Recherche, santé, social », 2001, pp. 179-196.

PAILLET Anne, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, la Dispute, coll. « Corps, santé, société », 2007, 285 p.

PARADEISE Catherine, « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et sociétés*, 1988, vol. 2, nº 20, pp. 9-21.

PENEFF Jean, *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*, Paris, Métailié, 1992, 257 p.

PIERRU Frédéric, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2012, vol. 4, nº 194, pp. 32-51.

PINELL Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, vol. 1-2, nº 156-157, pp. 4-36.

PINELL Patrice, « Qu'en est-il de l'autonomie du champ médical ? », *Savoir/Agir*, 2008, vol. 5, nº 3, pp. 57-63.

PINELL Patrice, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 2009, vol. 2, nº 50, pp. 315-349.

PINTO Josiane, « Une relation enchantée : la secrétaire et son patron », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1990, vol. 84, n° 1, pp. 32-48.

PIOTET Françoise, « L'amélioration des conditions de travail entre échec et institutionnalisation », *Revue Française de Sociologie*, 1988, vol. 29, n° 1, pp. 19-33.

PIOTET Françoise, *La révolution des métiers*, Paris, PUF, coll. « Le Lien social », 2002, 362 p.

PIOTET Françoise, CORRELA Mario, LATTES Claude et MOISAN André, « Enquête sociologique. Entre profession et métiers : les médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles*, 1997, vol. 58, n° 1-2, pp. 22-89.

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. 91, n° 3, pp. 103-132.

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, pp. 245-271.

PRÉVOTEAU DU CLARY François, « Prévention », *in* Dominique LECOURT, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, pp. 894-898.

R

RAVEYRE Marie et UGHETTO Pascal, « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières », *Revue française des affaires sociales*, 2003, n° 3, pp. 95-119.

REISER Stanley J., « Diagnostic », *in* Dominique LECOURT, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, pp. 328-333.

REVEL Jacques, *Jeux d'échelles : la micro-analyse à l'expérience*, Paris, Gallimard, coll. « Hautes études », 1996, 243 p.

ROBELET Magali, « La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité », *Sciences sociales et santé*, 2001, vol. 19, n° 2, pp. 73-98.

ROBELET Magali, *Les figures de la qualité des soins : rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*, Thèse de doctorat de sociologie, Université d'Aix-Marseille II, 2002, 509 p.

ROLLE Pierre, « Les ouvriers et la médecine du travail », *Revue française de sociologie*, 1962, vol. 3, n° 3, pp. 316-324.

ROMIEN Pierre, « Handicap et inaptitude. La politique de réinsertion professionnelle en France de 1957 à nos jours », *in* Catherine OMNÈS et Anne-Sophie BRUNO, *Les mains inutiles : inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, coll. « Temps présents », 2004, pp. 272-284.

ROUSSEL Violaine, « L'indépendance de la magistrature comme ressource et comme enjeu », *in* CENTRE D'ÉTUDES JURIDIQUES COMPARÉES et CENTRE DE RECHERCHES ITALIENNES, *L'indépendance de la magistrature en France et en Italie*, Université de Paris X-Nanterre, Dalloz, 1998, pp. 127-135.

ROUSSEL Violaine, « Les changements d'ethos des magistrats », *in* Jacques COMMAILLE et Martine KALUSZYNSKI, *La fonction politique de la justice*, Paris, la Découverte, coll. « Recherches », 2007, pp. 27-46.

S

SAKS Mike, « The limitations of the Anglo-American Sociology of the Professions : a critique of the current neo-weberian orthodoxy », *Knowledge, work and society*, 2003, vol. 1, n° 1, pp. 13-31.

SALMAN Scarlett, « Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *Sociologie du travail*, 2008, vol. 1, n° 50, pp. 31-47.

SALMAN Scarlett, *La psychodynamique du travail et les médecins du travail*, Mémoire de DEA en sociologie, Université Paris X-Nanterre, 2005, 153 p.

SARAT Austin, ABEL Richard L. et FELSTINER William L. F., « L'émergence et la transformation des litiges : réaliser, reprocher, réclamer », *Politix*, 1991, vol. 4, n° 16, pp. 41-54.

SARRADON-ECK Aline, « "Qui mieux que nous ?" Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins », *in* Géraldine BLOY, François-Xavier SCHWEYER et Claudine HERZLICH, *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, coll. « Métiers Santé Social », 2010, pp. 253-270.

SCHWEYER François-Xavier, « La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'Etat ou territorialisation ? », *Politiques et management public*, 1998, vol. 16, n° 3, pp. 43-68.

SCOTT James C., *La domination et les arts de la résistance : fragments du discours subalterne*, Paris, Éditions Amsterdam, 2009, 269 p.

SEGRESTIN Denis, « L'entreprise à l'épreuve des normes de marché. Les paradoxes des nouveaux standards de gestion dans l'industrie », *Revue française de sociologie*, 1997, vol. 38, n° 3, pp. 553-585.

SEGRESTIN Denis, *Les chantiers du manager*, Paris, A. Colin, 2004, 343 p.

SICART Daniel, *Les professions de santé au 1er janvier 2014*, Drees, coll. « Série Statistiques », 2014.

SPIRE Alexis, *Accueillir ou reconduire: enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir, coll. « Raisons d'agir », 2008, 124 p.

STRAUSS Anselm Leonard, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 1992, 319 p.

SUPIOT Alain, *Critique du droit du travail*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 2002.

SUPIOT Alain, *Le droit du travail*, Paris, PUF, 2004, 125 p.

SZARLEJ-LIGNER Marie, *Socio-histoire de l'Inspection du travail : une administration comme une autre ?*, Thèse de sociologie, Université de Nantes, 2017, 440 p.

SZNELWAR Laerte Idal et DOARÉ Hélène Le, « Alain Wisner : Le développement de l'ergonomie et de la pensée sur le « travailler » », *Travailler*, 2006, vol. 1, nº 15, pp. 39-54.

T

THÉBAUD-MONY Annie, « La connaissance des maladies professionnelles », *Travail et emploi*, 1992, vol. 4, nº 54, pp. 87-99.

THÉBAUD-MONY Annie, « Le rapport santé-travail : instrument et enjeu de la précarisation sociale », *in* Béatrice APPAY et Annie THÉBAUD-MONY, *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, IRESCO, CNRS, coll. « Actions scientifiques fédératives de l'IRESCO », 1997, pp. 555-575.

TILLY Charles, « Les origines du répertoire d'action collective contemporaine en France et en Grande-Bretagne », *Vingtième Siècle*, 1984, vol. 4, nº 1, pp. 89-108.

TIREL Marina, *De la médecine du travail à la santé au travail : une mutation difficile. « Formes et stratégies identitaires des secrétaires médicales en Service de Santé au Travail »*, Master SIFA, Université de Nantes, 2008.

TOPALOV Christian, *Laboratoires du nouveau siècle: la nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*, Paris, EHESS, 1999, 574 p.

V

VERDIER Eric, « Vers une gouvernance territoriale des risques du travail ? », *Travail et Emploi*, 2008, nº 113, pp. 105-117.

VERDIER Eric, « La gouvernance de la santé au travail : le dialogue social recadré par un paradigme épidémiologique ? », *in* Catherine COURTET et Michel GOLLAC, *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, 2012, pp. 103-122.

VERGEZ-CHAIGNON Bénédicte, *Le monde des médecins au XXe siècle*, Bruxelles, Complexe, 1996, 312 p.

VIET Vincent et RUFFAT Michèle, *Le choix de la prévention*, Paris, Économica, 1999, 274 p.

VOLKOFF Serge et THÉBAUD-MONY Annie, « Santé au travail : l'inégalité des parcours », *in* Anette LECLERC, Didier FASSIN et Hélène GRANDJEAN, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », 2000.

Z

ZEGGAR Hayet, ROUX Jacques et DE SAINTIGNON Pierre, *La prévention sanitaire en milieu de travail*, IGAS, 2003.

ZOLESIO Emmanuelle, « Anonymiser les enquêtés », *¿ Interrogations ?*, juin 2011, Quoi de neuf dans le salariat ?, nº 12.

Liste des principaux sigles et acronymes

AFISST	Association française des intervenants en prévention des risques professionnels de Services interentreprises de Santé au Travail
AFNOR	Association française de normalisation
AFOMETRA	Association pour la formation dans les services médicaux du travail
AFSSET	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
ALERT	Association pour l'étude des risques du travail
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ARACT	Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ASST	Assistant santé et sécurité au travail
AT	Accident du travail
ATIST	Assistante technique intervenante en santé au travail
BTP	Bâtiment et travaux publics
CAMU	Capacité de médecine d'urgence
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CE	Comité d'entreprise
CES	Certificat d'études spéciales
CFDT	Confédération française démocratique du travail
CGC	Confédération générale des cadres
CGT	Confédération générale du travail
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CISME	Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise
CMR	Cancérogène, mutagène et reprotoxique
CMT	Commission médico-technique
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers
CNPF	Conseil national du patronat français
COCT	Conseil d'orientation sur les conditions de travail

CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CSMT	Conseil supérieur de la médecine du travail et de la main-d'œuvre
DES	Diplôme d'études spécialisées
DESS	Diplôme d'études supérieures spécialisées
DGT	Direction générale du travail
DIF	Droit individuel à la formation
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DIUST	Diplôme inter universitaire de santé au travail
DP	Délégué du personnel
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	Direction/Directeur des ressources humaines
DRTEFP	Direction régionale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle
DU	Diplôme universitaire
DUT	Diplôme universitaire de technologique
EPI	Équipement de prévention individuelle
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
ESTEV	Enquête santé travail et vieillissement
ETP	Équivalent temps plein
FNATH	Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés
FDS	Fiche données sécurité
GAPEP	Groupe d'analyse des pratiques entre pairs
GIS	Groupe information santé
GISCOP	Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle
GIT	Groupement des infirmier(e)s du travail
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »
HSE	Hygiène sécurité environnement
IDEST	Infirmier diplômé d'État en santé au travail
IGAENR	Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INRS	Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

INSERM	Institut national de recherche médicale
INVS	Institut de Veille sanitaire
IPP	Incapacité permanente partielle
IPRP	Intervenant en prévention des risques professionnels
ISO	International standard organisation
IST	Infirmier en santé au travail
	Intervenant en santé travail
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JORF	Journal officiel de la République française
JOCE	Journal officiel de la Commission européenne
MEDEF	Mouvement des entreprises de France
MIRTMO	Médecin inspecteur régional du travail et de la mains-d'œuvre
OPPBTP	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
ORST	Observatoire régional de la santé au travail
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAP	Prévention des risques liés à l'activité physique
PRP	Prévention des risques professionnels
PU-PH	Professeur des universités — praticien hospitalier
RPS	Risques psychosociaux
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAMETH	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SGMPSST	Syndicat général des médecins et des professionnels des services de santé au travail
SGMT	Syndicat général des médecins du travail
SMG	Syndicat de médecine générale
SMTIEG	Syndicat des médecins du travail des mines et des industries électriques et gazières
SMR	Surveillance médicale renforcée
SMT	Santé et médecine du travail (association)
	Syndicat de médecine du travail
SNPMT	Syndicat national professionnel des médecins du travail
SNPST	Syndicat national des professionnels de la santé au travail

SST	Santé et sécurité au travail
	Sauveteur secouriste du travail
	Service de santé au travail
SSTI	Service de santé au travail interentreprises
STO	Service du travail obligatoire
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TPE	Très petite entreprise
UMP	Union pour un mouvement populaire

Table des matières

Remerciements.....7

Sommaire.....9

Introduction générale.....11

1 Une médecine méconnue aux missions floues.....11

1.1 La « découverte » d'un objet lors de sa dissolution.....12
1.2 La centralité de l'évaluation de l'aptitude.....16

2 Place de la profession dans l'institution.....20

2.1 Un exercice médical autonome de l'institution de prévention ?.....20
2.2 La médecine du travail à l'épreuve d'une réforme gestionnaire.....23
2.3 La profession comme instrument de l'institution.....25

3 Ethnographier l'action publique.....26

3.1 Les services interentreprises comme terrains d'observation.....27
3.2 Enquêter du côté des médecins.....32
3.3 Appréhender les pratiques de prévention.....35

4 Faire varier les échelles d'analyse : trois niveaux d'exposition.....36

Partie I Le recadrage d'un mandat de prévention.....39

Chapitre 1 Un cadrage professionnel : effet de génération et renouvellement des pratiques.....45

1 Un mode d'exercice peu sélectif.....47

1.1 CES et ouverture des études médicales : la féminisation.....47
1.1.1 Pratiquer la médecine du travail à défaut de la médecine générale ?.....49
1.1.2 Un exercice exclusif.....52
1.2 La réforme de 1982 : la fin d'une génération.....54
1.3 Faire face au déficit médical : des voies de reconversion.....58
1.3.1 Se reconvertir pour sortir d'une activité chronophage.....60
1.3.2 Trouver une forme de stabilité.....63

2 Un exercice hybride.....66

2.1 De l'activité en cabinet….....66
2.1.1 Une organisation administrative d'évaluation de l'aptitude.....67
2.1.2 Entre cadrages clinique et administratif.....69
2.2 … à davantage d'actions en milieu de travail.....76
2.2.1 Se confronter au terrain.....77
2.2.2 Vers une pratique plus collective ?.....79

3 Des médecins critiques qui recadrent la pratique.....82

3.1 Rencontrer ses pairs.....83
3.1.1 L'association Santé et Médecine du travail : pratiquer une médecine sociale...83
3.1.2 Le collectif de Bourg-en-Bresse : témoigner des difficultés.....88
3.2 Produire et chercher des savoirs.....90
3.2.1 Alerter sur les risques du travail.....90
3.2.2 L'influence de disciplines non médicales.....94
3.3 Une nouvelle pratique : la clinique médicale du travail.....96
3.3.1 L'élaboration d'une pratique clinique.....96
3.3.2 La définition du mandat professionnel par un courant critique.....98

Conclusion.....100

Chapitre 2 Désarmer la critique.....103

1 Des directions qui conservent la gestion de la prévention.....106

1.1 Une nouvelle organisation du travail « expérimentée » localement.....107
1.1.1 Réformer par « l'expérimentation ».....107
1.1.2 Encadrer la réorganisation du travail par les dispositifs de gestion.....111
1.2 Des directions qui s'imposent régionalement.....117
1.2.1 Coordonner la prévention non médicale au sein de structures régionales.....118
1.2.2 Les fédérations comme maillon de la structure institutionnelle de prévention 122

2 Des médecins à l'écart du débat.....126

2.1 Des médecins mobilisés mais divisés.....127
2.1.1 Des dissensions professionnelles entre défense corporatiste et intégration à la santé publique.....127
2.1.2 Une prise de parole peu audible.....131
2.2 Composer avec la pluridisciplinarité.....138
2.2.1 Des syndicats de médecins entre indépendance et encadrement.....139
2.2.2 Quant-à-soi critique et résistances individuelles.....144

Conclusion.....149

Conclusion de la partie I.....151

Partie II L'intégration d'une prévention professionnelle.....153

Prologue. L'échec d'une négociation : enquêter en contexte conflictuel…159

Chapitre 3 Intégrer les professionnels par les dispositifs de gestion.....169

1 Contrôler et évaluer une profession à statut.....171

1.1 Des directions qui étendent leur contrôle par les dispositifs de gestion.....171
1.1.1 Une évaluation quantitative du travail.....172
1.1.2 Du contrôle de la forme au contrôle du contenu.....175

1.2 Une opposition « professionnelle »....179
1.2.1 Des médecins opposés aux procédures d'objectivation....179
1.2.2 Ne plus rendre de comptes....190

2 Une « intégration » de la profession par l'encadrement....194

2.1 Des médecins nécessaires par leur statut professionnel....194
2.1.1 Des médecins inclus dans la démarche compétence au SI1....195
2.1.2 Des médecins excluant les procédures qualité au SI2....201
2.2 Quels médecins s'emparent des dispositifs de gestion ?....207
2.2.1 Des médecins séduits par la double nature de la norme....207
2.2.2 Favoriser sa position dans un espace de concurrence ?....213

Conclusion....215

Chapitre 4 Le partage d'un mandat professionnel....217

1 La remise en cause d'un mandat médical....218

1.1 Un mandat professionnel à l'épreuve du déficit médical....219
1.1.1 Une remise en cause législative de la visite systématique....219
1.1.2 Une pratique centrée sur les visites médicales....223
1.2 Des réticences médicales à diviser le travail....227
1.2.1 Ne pas réformer le travail....228
1.2.2 Déléguer le travail à une profession paramédicale....231

2 Un suivi paramédical....233

2.1 La constitution d'une nouvelle spécialité....234
2.1.1 Se spécialiser en santé au travail....235
2.1.2 Conserver une médicalisation de la santé au travail....239
2.2 Déléguer le suivi sanitaire de la population générale....241
2.2.1 D'une délégation du sale boulot....242
2.2.2 … au suivi régulier des salariés....244

Conclusion....254

Chapitre 5 Subordinations d'une prévention non médicale....255

1 Justifier sa position grâce aux dispositifs de gestion....256

1.1 La constitution d'un groupe professionnel d'intervenants en prévention des risques professionnels....257
1.1.1 L'habilitation : dénominateur commun d'une population hétérogène....258
1.1.2 Une association pour structurer le groupe professionnel....262
1.1.3 Construire sa légitimité face à une profession à statut....269
1.2 Un conflit entre hygiénistes caractérisant des rapports différenciés à la pratique....271
1.2.1 Un nouvel ensemble générationnel....273
1.2.2 Composer avec la domination médicale....277
1.2.3 « Passage par des procédures » *versus* « incorporation légitime des compétences »....279
1.2.4 Des conditions effectives d'emploi moins avantageuses....282

1.3 D'assistantes médicales à assistantes « santé travail » : un groupe en reconversion 284
1.3.1 Sortir du binôme médical.....285
1.3.2 Une formation dirigée.....288

2 Déléguer la part « non médicale » du travail.....291

2.1 Qui analyse les situations de travail ?.....292
2.1.1 Des médecins qui délèguent des tâches d'exécution.....292
2.1.2 Des IPRP qui s'approprient la part diagnostic de l'activité.....295
2.2 Une division du travail interne au pôle « prévention ».....297
2.2.1 La réunion de professionnels non médicaux.....298
2.2.2 Des IPRP qui délèguent leur sale boulot ?.....301
2.3 La « complémentarité » plutôt que la subordination.....305
2.3.1 Une hiérarchie non médicale.....305
2.3.2 Se définir comme complémentaires.....308
2.4 De qui les ASST sont-elles les assistantes ?.....310
2.4.1 Quelles priorités d'interventions en entreprises ?.....310
2.4.2 Résistances à la constitution d'équipes « pluridisciplinaires ».....313

Conclusion.....318

Conclusion de la partie II.....321

Partie III D'un outil à l'autre : le maintien d'un instrument.....323

Chapitre 6 Vers la fin de l'aptitude ? Concentration médicale sur un public à la santé précaire.....329

1 La rencontre d'un public à la santé précaire.....332

1.1 Des publics spécifiques : entre entrée dans l'emploi et suspension du travail pour raisons de santé.....333
1.1.1 Les visites d'embauche : faire face à l'instabilité de l'emploi.....333
1.1.2 Reprendre le travail quand la santé s'est dégradée.....337
1.2 La concentration sur des « cas » problématiques.....340
1.2.1 S'occuper des arrêts de travail de longue durée.....340
1.2.2 Entre surveillance accrue et expression de la souffrance.....344

2 L'évaluation médicale : de l'aptitude à l'inaptitude.....348

2.1 L'aptitude : un instrument de prévention qui tombe en désuétude.....349
2.1.1 Privilégier l'insertion à la sélection de la main-d'œuvre.....349
2.1.2 Une redéfinition des pratiques médicales : gérer les fins de carrière professionnelle en mauvaise santé.....354
2.2 Réorganiser le travail médical autour de l'inaptitude.....357
2.2.1 Un travail collectif de « maintien dans l'emploi » centré sur des cas singuliers 357
2.2.2 Une organisation du travail « surchargée ».....361

3 Redéfinitions de rôles professionnels.....367

3.1 La prise de distance bureaucratique.....368
3.1.1 Le sentiment d'une position dégradée.....368
3.1.2 Faire carrière malgré tout : la trajectoire d'Isabelle Marchand.....369
3.2 L'engagement personnel.....373
3.2.1 Un rôle « social » propice à la proximité.....373
3.2.2 Inverser le stigmate.....379

Conclusion.....381

Chapitre 7 Renouvellement de l'instrument, permanence de l'institution.....383

1 L'ajustement à un nouvel instrument d'action publique : l'évaluation du risque professionnel.....384

1.1 De la clinique à l'épidémiologie.....385
1.1.1 Des risques prioritaires définis nationalement et régionalement.....385
1.1.2 Recenser le risque pour mieux le définir.....391
1.2 De l'aptitude à l'évaluation du risque.....393
1.2.1 Diffuser des normes d'évaluation du risque.....394
1.2.2 Une nouvelle prestation ?.....399

2 La permanence d'un service.....402

2.1 Une prévention subordonnée.....403
2.1.1 Une définition professionnelle du risque.....403
2.1.2 De l'alerte à la gestion du risque.....406
2.1.3 La position ambiguë de conseiller.....410
2.2 Entre définition et application des mesures de prévention.....412
2.2.1 Une réorganisation du travail qui dépend des employeurs.....413
2.2.2 Des salariés « sensibilisés ».....418

Conclusion.....420

Conclusion de la partie III.....423

Conclusion générale.....427

1 L'intégration d'une profession.....428

2 Des jugements professionnels entre cadrages administratif et clinique.....430

3 Un outil de prévention multiforme.....432

Bibliographie.....437

Liste des principaux sigles et acronymes.....455

Table des matières.....459

Table des encadrés, figures, tableaux et graphiques.....465

Annexes.....467

Annexe 1. Principales caractéristiques sociales et professionnelles des médecins du travail enquêtés.....469

Annexe 2. Liste des entretiens.....473

Annexe 3. Liste des observations.....477

Annexe 4. Liste des sources.....483

Annexe 5. Chronologie de la réforme de la médecine du travail.....489

Annexe 6. Protocole d'intervention des IPRP du SI2.....493

Table des encadrés, figures, tableaux et graphiques

Encadré 0.1 : Qui sont les médecins du travail ?.....13
Encadré 0.2 : Procédure d'anonymisation.....28
Figure 0.1 : Plusieurs échelles d'enquête.....31

Tableau 1.1 : Voies de reconversion en médecine du travail.....59
Graphique 1.1. Évolution de l'activité en fonction de l'âge.....62
Figure 1.1 : Pyramide des âges des médecins du travail en 2012.....65
Encadré 1.1 : Une visite périodique.....71
Figure 1.2 : Objectifs de l'association Santé et Médecine du Travail.....86

Encadré 2.1 : Principales étapes de la *Démarche de progrès*.....114
Encadré 2.2 : Les critères d'évaluation de la *Démarche de progrès en santé au travail*…116
Encadré 2.3 : « Alliance Montesquieu, l'esprit des lois en santé au travail ».....123

Encadré 3.1 : Confrontation d'un représentant de l'AFNOR et de médecins du travail....180

Encadré 4.1 : Mesurer l'activité d'un service par ses archives.....220
Graphique 4.1 : Nombre de visites médicales et de médecins du travail au SI1.....222
Encadré 4.2 : Nommer médecins et infirmières.....234
Encadré 4.3 : Une médecin professionnellement engagée.....247

Encadré 5.1 : Qui sont les IPRP des services interentreprises ?.....259
Encadré 5.2 : Quiproquo sur la rédaction d'une fiche d'entreprise.....311
Encadré 5.3 : Conflit entre les ASST et les médecins au SI1.....314

Document III.1 : Division du travail entre prévention primaire et tertiaire.....325

Graphique 6.1 : Nombre de visites de pré-reprise de 2000 à 2012.....341
Encadré 6.1 : Trouver des ressources quand le travail a abîmé la santé.....342
Encadré 6.2 : Une animatrice de maison de retraite en souffrance.....346
Graphique 6.2 : Répartition des avis d'aptitude avec restrictions ou aménagement et des avis d'inaptitude selon la catégorie de visite médicale en 2006 au SI1.....351
Encadré 6.3 : Vers l'évaluation de l'aptitude de sécurité ?.....353
Tableau 6.1 : Répartition des avis d'aptitude de 1985 à 2011 au sein du SI1 (en pourcentage).....355
Encadré 6.4 : Une salariée déclarée inapte.....357
Encadré 6.5 : Se préoccuper des cas difficiles.....364

Encadré 7.1 : Groupe de prévention des risques professionnels dans la grande distribution 388
Encadré 7.2 : Réunion d'information Adhérents du SI2.....395
Tableau 7.1 : Actions du pôle prévention du SI1 en 2010.....404
Encadré 7.3 : Proximité des rôles des préventeurs dans un groupe « pluridisciplinaire ». 408
Encadré 7.4 : S'en remettre aux équipements de protection individuelle.....414

Annexes

Annexe 1. Principales caractéristiques sociales et professionnelles des médecins du travail enquêtés

Nom et Prénom anonymisés	Année de naissance	Profession du père	Profession de la mère	Activité du/de la conjoint(e)	Formation de médecine du travail	Débuts en médecine du travail	Emplois antérieurs	Employeur	Appartenance syndicale
Nicole Mandin	1948	militant politique	Militante Politique	cadre (entreprise privée)	CES	1974	médecine du travail	DIRECCTE	
Daniel Minguet	1949	agent commercial	inactive	médecin du travail	CES	1979	médecine générale (remplacements)	SI3	
Danielle Meyrac	1949	expert-comptable	orthophoniste	médecin généraliste	CES	1979	médecine générale (remplacements)	SI	
Richard Monnier	1949	comptable	inactive	enseignante	CES	1978	médecine générale (remplacements)	SI1	SGMPSST
Michèle Monset	1949	Travailleur Social	inactive	-	CES	1979 environ	médecine du travail, médecine générale (20 ans d'installation), médecine de prévention, Médecine du sport	SI3	
Brigitte Moreau	1950	Cadre (entreprise privée)	Secrétaire (lycée)	directeur général (retraité)	CES	1975	-	SI4	
Alain Martineau	1950	ouvrier (raffinerie)	inactive	médecin du travail	CES	1976	-	SI4	SNPST (bureau national)
Jean-Pierre Maillard	1950	pharmacien	vendeuse	assistante médicale Puis inactive	CES	1980	médecine générale (installation)	SI1	
Serge Masson	1950	agriculteur	agricultrice	opératrice de saisie	CES	1989	médecine générale (installation)	Fonction publique	SNPST (bureau national)

Nom et Prénom anonymisés	Année de naissance	Profession du père	Profession de la mère	Activité du/de la conjoint(e)	Formation de médecine du travail	Débuts en médecine du travail	Emplois antérieurs	Employeur	Appartenance syndicale
Michel Mura	1951	paysan	paysanne	enseignante de lettres	CES	1982	médecine générale (remplacements)	SI3	SNPST
Françoise Mialon	1952	employé (puis comptable)	couturière puis inactive	responsable secteur (entreprise D'adduction d'eau)	CES	1981	médecine générale (remplacements)	SI3	SNPST
Gérard Maurin	1952	instituteur	institutrice	médecin du travail	CES	1982	médecine générale (remplacements)	SI1	SNPST (bureau national)
Odile Moyon	1954	industrie pharmaceutique	inactive	chapelier	« régulari-sation »	1998	médecine générale, médecine universitaire (vacations)	SI4	
Chantal Mermet	1955	ouvrier agricole	femme de ménages, assistante maternelle	ambulancier	CES	1982	médecine générale (clinique, remplacements)	SI	SNPST
Patrick Mahe	1955 environ	Responsable d'une agence informatique	inactive	médecin du travail	CES	années 1980	-	SI	
Jean Miceli	1955	HEC	Manipulatrice Radio	infirmière (hôpital)	« régulari-sation »	1993	médecine du sport, santé publique, médecine universitaire, médecine générale, médecine du travail (remplacements et vacations)	SI1	

Nom et Prénom anonymisés	Année de naissance	Profession du père	Profession de la mère	Activité du/de la conjoint(e)	Formation de médecine du travail	Débuts en médecine du travail	Emplois antérieurs	Employeur	Appartenance syndicale
Didier Menut	1957 environ	employé SNCF	inactive	médecin du travail	« régularisation »	2001	médecine générale (installation)	SI2	SNPST
Martine Molier	1958	postier	postière (contractuelle)	médecin généraliste Puis Médecin du travail	CES	1987	médecine de prévention, PMI, médecine du travail (remplacements et vacations)	SI1	SNPST
Catherine Michaud	1960	commercial	secrétaire comptable	administrateur civil	« capacité »	2001	médecine générale, Médecine scolaire (remplacements et vacations)	SI2	
Pascal Montant	1961	vétérinaire (fonction publique)	inactive	psychothérapeute	« régularisation »	1997	urgences (SAMU, SOS médecins) médecine générale par acupuncture (installation)	SI1	SNPST
Isabelle Marchand	1962	chef de service (commission européenne)	professeure d'anglais puis inactive	gynécologue-obstétricien	Concours « européen »	2001	médecine générale (hôpital), médecine scolaire, Médecine de prévention	SI1	

Nom et Prénom anonymisés	Année de naissance	Profession du père	Profession de la mère	Activité du/de la conjoint(e)	Formation de médecine du travail	Débuts en médecine du travail	Emplois antérieurs	Employeur	Appartenance syndicale
Olivier Marek	1969	mineur	inactive	vendeuse	Concours « européen »	2001	médecine générale (gardes et remplacements)	SI3	
Christelle Muret	1971			agent administratif (logistique et documentation)	Concours « européen »	2004	Urgences (internat, SOS médecins, SAMU), médecine générale (gardes, remplacements)	SI1	SNPST
Laurent Mercier	1971	ouvrier	ouvrière	médecin	DES	2003	-	SI3	

Annexe 2. Liste des entretiens

Médecins du travail

- Chantal Mermet, les 9 décembre 2008 et 10 novembre 2010, dans son bureau en centre annexe, service interentreprises

- Patrick Mahe, le 27 février 2009, dans son bureau au siège du service, service interentreprises

- Sophie Muriel, le 2 mars 2009, interne en médecine du travail, dans un bureau au sein du service de pathologie professionnelle

- Claude Morvan, le 3 mars 2009, dans son bureau au sein de l'entreprise, service autonome

- Odile Moyon, le 24 mars 2009, dans son bureau en centre annexe, SI4

- Alain Martineau, les 25 mars 2009 et 12 juillet 2011, dans son bureau en centre annexe et dans un bar en centre-ville, SI4

- Daniel Minguet, le 26 mars 2009, dans son bureau au siège du service, SI3

- Catherine Mendy, le 27 mars 2009, dans son bureau au siège du service, service autonome

- Olivier Marek, le 30 mars 2009, dans son bureau au siège du service, SI3

- Laurent Mercier, le 2 avril 2009, dans son bureau au siège du service, SI3

- Danielle Meyrac, le 10 avril 2009, dans son bureau au siège du service, service interentreprises

- Brigitte Moreau, le 15 avril 2009, dans son bureau au siège du service, SI3

- Michel Mura, le 30 novembre 2010, dans son bureau en centre annexe, SI3

- Gérard Maurin, le 4 janvier 2011, dans son bureau au siège du service, SI1

- Pascal Montant, le 5 janvier 2011, dans son bureau au siège du service, SI1

- Françoise Mialon, le 2 février 2011, dans son bureau en centre annexe, SI3

- Jean-Pierre Maillard, le 21 février 2011 et le 18 avril 2011, dans son bureau au siège du service, SI1

- Serge Masson, le 20 avril 2011, à son domicile, fonction publique

- Catherine Michaud, le 10 mai 2011, dans son bureau en centre annexe, SI2

- Didier Menut, le 12 mai 2011, dans son bureau en centre annexe, SI2

- Michèle Monset, le 20 mai 2011, à la fin d'un congrès de médecine du travail, SI3

- Richard Monnier, le 19 octobre 2011, dans son bureau au siège du service, SI1

- Christelle Muret, le 8 mai 2012, dans son bureau en centre annexe, SI1

- Collectif de Bourg-en-Bresse, entretien collectif, le 4 octobre 2012, dans un bureau en centre annexe, service interentreprises

- Jean Miceli, le 6 juin 2014, dans son bureau au siège du service, SI1

- Martine Molier, le 2 juillet 2014, dans son bureau au siège du service, SI1

- Isabelle Marchand, le 7 juillet 2014, dans son bureau au siège du service, SI1

- Dominique Huez, le 1er février 2017, entretien téléphonique, Association Santé et médecine du travail

Préventeurs non médicaux

- Sébastien Ivan, hygiéniste, le 3 avril 2009, dans son bureau au siège du service, service interentreprises

- François Imbert, hygiéniste, le 10 octobre 2010, dans son bureau au siège du service, SI1

- ASST, entretien collectif, le 10 octobre 2010, dans leur bureau au siège du service, SI1

- Christine Astier, le 5 novembre 2010, à son domicile, service social du travail interentreprises

- Catherine Ingouf, ergonome, le 11 avril 2011, dans son bureau au siège du service, SI1

- Anaïs Issaoui, hygiéniste, le 11 mai 2011, dans son bureau au siège du service, SI2

- Christophe Isel, ergonome et président de l'Afisst, le 1er septembre 2011, dans son bureau au siège de son service

- Nathalie Iché, hygiéniste, le 11 septembre 2011, dans son bureau au siège du service, SI1

- Christina Infuso, infirmière d'entreprise, le 15 novembre 2011, à son bureau dans l'infirmerie de l'entreprise

- Sylvie Izans, toxicologue, le 2 décembre 2011, dans la bibliothèque d'un service interentreprises, fédération régionale

Secrétaires médicales

- Véronique Sellier, secrétaire médicale, le 11 mai 2011, dans son bureau en centre annexe, SI2

- Florence Senechal, secrétaire médicale, le 11 mai 2011, dans son bureau en centre annexe, SI2

- Patricia Seguin et Sylvie Serre, secrétaires médicales, le 2 novembre 2011, dans leur bureau au siège du service, SI1

Dirigeants de services interentreprises

- Christian Durand, directeur, le 15 février 2011, dans son bureau au siège du service, SI1

- Hélène Ducan, directrice, le 13 mai 2011, dans son bureau au siège du service, SI2

- Jacques Péan, président, le 13 mai 2011, dans un bureau au siège du service, SI2

Médecins-inspecteurs du travail et professeur de pathologie professionnelle

- Nicole Mandin, MIRTMO retraitée, le 21 janvier 2011, à son domicile
- Bruno Maillot, MIRTMO, le 6 juin 2011, dans son bureau à la DIRECCTE
- André Martinet, le 23 juin 2011, au sein du service de pathologie professionnelle

Syndicalistes

- Laurent Vogel, juriste à l'European Trade Union Institute, le 28 juin 2010, dans son bureau
- Christian Soler, représentant au CHSCT, CFDT, le 8 novembre 2011, dans une salle de réunion de l'entreprise (banque)
- Bruno Silva, délégué du personnel CFDT, le 7 novembre 2011, à la bourse du travail

Annexe 3. Liste des observations

Dates	Principal lieu d'observation	Principaux enquêtés	Interactions observées
19 mars 2009	service interentreprises	Médecins du travail	Réunion mensuelle
21 avril 2009	service interentreprises	Médecins du travail	Réunion mensuelle
23 mars 2010	SI4	Directeur	Rendez-vous
13 octobre 2010	SI4	Directeur et directeur adjoint	Rendez-vous
20 novembre 2010	Congrès du SNPST	Adhérents du syndicat	Présentation des bilans et intervention d'Annie Thébaud-Mony
Du 4 au 5 décembre 2010	31e congrès de l'association SMT	Membres de l'association	Débats et discussions : « Nouvelle loi, quelles perspectives et pratiques possibles en médecine du travail ? La pénibilité instrumentalisée du côté de l'invalidité pour ne pas changer les conditions de travail, Certification et normalisation en santé au travail »
19 mars 2011	Journée de printemps de l'association SMT	Membres de l'association	Débats et discussions : « L'indépendance du médecin du travail, Prise en charge du salarié en souffrance professionnelle »
9 mai 2011	SI2	Jacques Péan, Hélène Ducan, Bernard Maillet, Didier Menut	Commission de contrôle et Conseil d'administration
10 mai 2011	SI2	Bernard Maillet et Laura Irberry	Réunion d'information sur les RPS destinée aux adhérents
12 mai 2011	SI2	Bernard Maillet	Vacation (1 visite d'embauche, 3 visites périodique, 1 visite de reprise, 1 visite de pré-reprise)
16 mai 2011	SI1	Médecins du travail	Réunion mensuelle
Du 19 au 20 mai 2011	Société régionale de médecine du travail	Médecins du travail	Communications diverses et débats
8 juin 2011	SI3	Adhérents du service	Assemblée générale du service

Dates	Principal lieu d'observation	Principaux enquêtés	Interactions observées
20 juin 2011	SI1	Médecins du travail	Réunion mensuelle
2 septembre 2011	SI1	Martine Molier	Vacation (5 visites d'embauche, 2 visites périodique)
5 septembre 2011	SI3	Deux IPRP, le directeur du pôle technique et qautre adhérents	Réunion d'information sur le document unique destinée aux adhérents
12 septembre 2011	SI1	Médecins du travail	Réunion mensuelle
13 septembre 2011	SI1	Martine Molier et Catherine Ingouf	Tiers-temps (réunion du groupe de travail « pluridisciplinaire » sur les RPS)
19 septembre 2011	SI1	Céline Moulin	Vacation (3 visites d'embauche, 3 visites de reprise, 1 visite à la demande de la médecin du travail, 1 visite à la demande du salarié)
23 septembre 2011	SI1	Martine Molier et Nathalie Iché	Tiers-temps (pré-visite en entreprise pour des mesures d'exposition au bruit)
29 septembre 2011	SI1	Céline Moulin	Tiers-temps (2 CHSCT)
Du 3 au 7 octobre 2011	DIUST	Infirmières en formation et formateurs	Module 1 : « Environnement humain, social et juridique de la santé au travail »
10 octobre 2011	SI1	Médecins du travail	Réunion mensuelle
11 octobre 2011	SI1	Martine Molier et Sonia Igier	Tiers-temps (aide à l'évaluation des risques pour un responsable sécurité)
		Céline Moulin et Christophe Isel	Groupe de prévention des risques professionnels dans la grande distribution
Du 13 au 14 octobre 2011	Société régionale de médecine du travail	Médecins du travail	Communications et débats sur la normalisation en santé au travail
24 octobre 2011	SI1	Martine Molier	Vacation (2 visites d'embauche, 1 visite périodique, 4 visites de reprise)

Dates	Principal lieu d'observation	Principaux enquêtés	Interactions observées
	SI1	Martine Molier	Tiers-temps (réunion en entreprise pour un aménagement de poste, restitution en entreprises de mesures d'exposition au bruit, étude de poste)
25 octobre 2011	SI1	Martine Molier	Vacation (3 visites d'embauche, 2 visites périodique, 2 visites de reprise, 1 visite de pré-reprise)
	SI1	Martine Molier et l'infirmière de l'entreprise	Vacation en entreprise (5 visites périodique)
26 octobre 2011	SI1	Martine Molier	Tiers-temps (2 visites à des employeurs pour des inaptitudes, 1 visite d'embauche, 2 visites de reprise)
27 octobre 2011	SI1	Martine Molier	Vacation (4 visites d'embauche, 2 visites périodique, 1 visite de reprise)
			Tiers-temps (GAPEP)
28 octobre 2011	SI1	Martine Molier	Vacation (6 visites d'embauche, 2 visites de reprise, 1 visite de pré-reprise)
			Tiers-temps (2 visites d'embauche, 1 visite occasionnelle, travail administratif)
8 novembre 2011	SI1	Monique Infante	Vacation (5 entretiens infirmiers)
9 novembre 2011	SI1	Dominique Miceli	Vacation (5 visites périodique, 1 visite de pré-reprise, 2 visites à la demande du médecin du travail)
		Isabelle Marchand	Tiers-temps (CHSCT)
14 novembre 2011	SI1	Médecins du travail	Réunion mensuelle
16 novembre 2011	SI1	Dominique Miceli	Vacation (1 visite d'embauche, 5 visites périodique, 1 visite de reprise, 1 visite occasionnelle)
17 novembre 2011	SI1	Nathalie Iché	Restitution en entreprises de mesures d'exposition au bruit
22 novembre 2011	SI1	Isabelle Marchand	Vacation en entreprise (1 visite d'embauche, 5 visites périodique, 1 visite de reprise)
23 novembre 2011	SI1	Isabelle Marchand	Tiers-temps (visite pré-CHSCT)

Dates	Principal lieu d'observation	Principaux enquêtés	Interactions observées
24 novembre 2011	SI1	Un médecin du travail et les infirmières du DIUST	Visite d'une entreprise
29 novembre 2011	SI1	Isabelle Marchand	Vacation en centre annexe (1 visite d'embauche, 6 visites périodique, 1 visites à la demande du salarié)
1er décembre 2011	SI1	Catherine Ingouf	Restitution d'étude (TMS) en entreprise
Du 10 au 11 décembre 2011	32e congrès de l'association SMT	Membres de l'association	Débats et discussions : « La réforme des services de santé au travail, Le fonctionnement de l'équipe médicale de médecine du travail, La contribution du médecin du travail à l'identification des expositions professionnelles »
12 décembre 2011	SI1	Médecins du travail	Réunion mensuelle
9 janvier 2012	SI1	Médecins du travail	Réunion mensuelle
6 février 2012	SI1	Martine Molier et François Imbert	Tiers-temps (réunion du groupe de travail « soudage »)
		Médecins du travail	Réunion mensuelle
8 février 2012	SI1	Martine Molier	Vacation (2 visites d'embauche, 2 visites périodique, 1 visite de reprise, 1 visite à la demande de la médecin du travail)
9 février 2012	SI1	Martine Molier	Vacations (9 visites d'embauche, 3 visites périodique, 2 visites de reprise)
20 février 2012	SI1	Martine Molier	Tiers-temps (étude de poste)
12 mars 2012	SI1	Médecins du travail	Réunion mensuelle
24 mars 2012	Journée de printemps de l'association SMT	Membres de l'association	Débats et discussions : « Équipe médicale relevant de la santé publique : pratiques, limites des coopérations internes, les relations de l'équipe médicale avec l'équipe pluridisciplinaire »
23 avril 2012	SI1	Médecins du travail	Réunion mensuelle

Dates	Principal lieu d'observation	Principaux enquêtés	Interactions observées
11 juin 2012	SI1	Dominique Miceli	Tiers-temps (2 visites médicales annulées, réunion « dossiers »)
		Médecins du travail	Réunion mensuelle
12 juin 2012	SI1	Dominique Miceli	Tiers-temps (visite de reprise, étude de poste)
13 juin 2012	SI1	Dominique Miceli	Tiers-temps (visite d'entreprise, visite de chantier, CHSCT)
14 juin 2012	SI1	Dominique Miceli	Vacations (2 visites d'embauche, 3 visites périodique, 2 visites de reprise, 3 visites à la demande du salarié, 3 visites occasionnelles)
		Médecins du travail	Assemblée générale du service
18 juin 2012	SI1	Christelle Muret	Vacation (2 visites d'embauche, 1 visite périodique, 1 visite à la demande de la médecin du travail)
			Tiers-temps (réunion en entreprise sur les RPS, travail administratif)
19 juin 2012	SI1	Christelle Muret	Vacation (1 visite d'embauche, 1 visite périodique, 1 visite de reprise, 1 visite de pré-reprise, 2 visites à la demande de la médecin du travail)
			Tiers-temps (présentation d'un document unique en entreprise)
21 juin 2012	SI1	Christelle Muret	Vacation (5 visites d'embauche, 1 visite périodique, 1 visite de reprise)
22 juin 2012	SI1	Christelle Muret	Tiers-temps (1 visite de pré-reprise, 1 visite de reprise, CHSCT)
			Vacation (3 visites d'embauche, 1 visite périodique)
15 octobre 2012	SI1	Médecins du travail	Réunion mensuelle
12 novembre 2012	SI1	Médecins du travail	Réunion mensuelle
19 novembre 2012	SI1	Isabelle Marchand	Vacations en centre annexe (4 visites d'embauche, 5 visites périodique, 3 visites de reprise, 1 visite de pré-reprise, 1 visite à la demande du salarié, 1 visite à la demande de la médecin du travail)

Dates	Principal lieu d'observation	Principaux enquêtés	Interactions observées
20 novembre 2012	SI1	Isabelle Marchand	Vacation (1 visite d'embauche, 5 visites périodique, 2 visites de reprise)
			Tiers-temps (étude de poste et travail administratif)
22 novembre 2012	SI1	Isabelle Marchand	Tiers-temps (CHSCT, restitution d'étude, travail administratif)
23 novembre 2012	SI1	Isabelle Marchand	Vacation en centre annexe (2 visites d'embauche, 2 visites périodique, 2 visites à la demande de l'employeur, 2 visites occasionnelles)
		Isabelle Marchand, Nathalie Iché, Sylvie Izans, Martine Molier, Pascal Montant, Sonia Igier	Tiers-temps (réunion du groupe « risque chimique », préparation d'une restitution)
10 décembre 2012	SI1	Médecins du travail	Réunion mensuelle
14 janvier 2013	SI1	Médecins du travail	Réunion mensuelle
13 février 2013	SI1	Médecins du travail	Réunion mensuelle
11 mars 2013	SI1	Médecins du travail	Réunion mensuelle
8 avril 2013	SI1	Médecins du travail	Réunion mensuelle

Annexe 4. Liste des sources

Documentation, publications et presse professionnelle

AFISST

Compte-rendu de la réunion des intervenants en santé au travail (IST), Lorient, 13 juin 2003

Compte-rendu de la réunion IPRP, 15 octobre 2003

Compte-rendu de la première réunion des référents régionaux des IPRP, Rosny-sous-bois, 1er juillet 2004

Compte-rendu de la deuxième réunion des référents, réseau IPRP, Rosny-sous-bois, 21 mars 2005

Compte-rendu de la réunion nationale des IPRP et IST des services interentreprises, 13 avril 2005

Compte-rendu de la troisième réunion des référents, réseau IPRP et IST, Rosny-sous-bois, 2 février 2006

Compte-rendu de la réunion nationale des IPRP et IST des services interentreprises, 4 décembre 2006

Compte-rendu de la réunion des référents, réseau IPRP et IST en SST, Rosny-sous-bois, 11 juin 2007

Compte-rendu de la réunion des référents, réseau IPRP et des IST, Rosny-sous-bois, 14 janvier 2010

Compte-rendu de la réunion des référents régionaux IST/IPRP, CISME- Paris, 31 mars 2011

Association Santé et Médecine du travail

ASSOCIATION SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL, *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*, Paris, La Découverte et Syros, coll. « Santé et société », 1998, 400 p.

CARRÉ Alain et HUEZ Dominique, « La loi El Khomri ou comment transformer la médecine du travail de prévention des risques professionnels en médecine de sélection de la main d'œuvre », *Association Santé et Médecine du Travail*, http://www.a-smt.org/2016/2016-02-25-Mediapart-DH.pdf, consulté le 10 mai 2017.

HUEZ Dominique (coordinateur.), S*ouffrances et précarités au travail : paroles de médecins du travail*, Paris, Syros, coll. « Alternatives sociales », 1994, 356 p.

SEMAT Eve, *Femmes au travail, violences vécues*, Paris, Syros, 2000, 322 p.

Les cahiers S.M.T., n°2 à 29, 1990-2016 (32 numéros)

CISME

AMEXIST, *Démarche de progrès en santé au travail. Attestation de mise en œuvre*, 2009.

CISME, *Présentation de la Démarche de Progrès en Santé au travail*, 2007.

CISME, *Réforme de la Santé au travail. Position du CISME*, 26 novembre 2008.

BARRON Nadine, BOISNARD Blandine, DESNOYERS Gérard, JABÈS Alain, JACQUES Colette, MAUGUY Benoît, « Élaboration d'un projet de service : un enjeu pour les équipes et un atout pour la santé au travail », Power-point de présentation, *Journées santé travail du Cisme*, 18 octobre 2011, http://www.cisme.org/wpFichiers/1/1/Ressources/File/JST/JST%202011/11d-DiapoJabes-Jacques.pdf, consulté le 27 juin 2017.

MALADRY Patricia, « La veille sanitaire en santé au travail », Power-point, CISME, 10 mars 2016,http://www.cisme.org/wpFichiers/1/1/Ressources/File/REUNIONS/Reunions2016/20160310_DGT.pdf, consulté le 3 juin 2017.

Collectif des médecins du travail de Bourg-en-Bresse

COLLECTIF DES MÉDECINS DU TRAVAIL DE BOURG-EN-BRESSE, *La santé au travail en France : un immense gâchis humain*, Paris, L'Harmattan, coll. « Questions contemporaines », 2010, 126 p.

COLLECTIF DES MÉDECINS DU TRAVAIL DE BOURG-EN-BRESSE, *Conclusions communes des rapports annuels d'activité*, 1994 à 2011 (19 rapports)

Divers

APROFOST CONSEIL, *Diplôme Inter Universitaire de Santé au Travail - Guide d'aide à l'étudian*t, octobre 2003.

BARDOT Fabienne et TOURANCHET Annie, « Partir plus tôt pour raisons de santé : le dilemme des médecins du travail », *Retraite et société*, 2006, vol. 3, nº 49, pp. 61-75.

CARRIERE Anne , « Quelle histoire que celle du GIT ! », *Les 15 ans du GIT*, Journées d'étude du GIT, 25 et 26 septembre 2003.

INRS, « Nouvelles coopérations en santé au travail : recommandations du CNOM. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 17 juin 2011 », Documents pour le Médecin du travail, n°127, 3e trimestre 2011, p. 537.

Plan Santé au travail 2005-2009, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale

Plan Santé au travail 2010-2014, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique

Écrits et presse syndicale

SGMPSST

SGMT, « Syndicat général des médecins du travail », *Espace Médecin du travail*, 1997, n ° 8.

SALENGRO Bernard, « L'employeur aura moins de médecins dans les pattes », *Le Journal du Net*, octobre 2004, consulté le 1er juillet 2009.

BIFFAUD Olivier, BISSUEL Bertrand, « "On revient à la médecine du travail instituée par Pétain" Chat avec Bernard Salengro », *LeMonde.fr*, 17 septembre 2010

« Santé au travail : une réforme aux forceps ? », *Espace Médecin du travail*, n°44, juin 2010, pp. 19-21.

CFE-CGC, « Sauvons la santé au travail ou du meilleur usage possible d'une mauvaise réforme », *Tract*, mai 2012

SNPST

DELAUNAY Pierre, « Historique du SNPMT », *Médecine et travail*, n°168, 1996.

HAMON Michel, « Contentieux », *Le Journal des professionnels de la santé au travail*, n°19, novembre 2005, p. 2.

ARNAUD Gilles, « Orientations syndicales du SNPST pour 2008 », *Le Journal des professionnels de la santé au travail*, n°30, février 2008, p. 2.

SNPST, *Pour une nouvelle prévention de la santé au travail*, février 2008, Toulouse.

SNPST, *Rapport moral 2015*, novembre 2015

SNPST, *Rapport du groupe de Travail « Aptitude et médecine du travail »* Résumé de l'analyse du SNPST

SNPST, *Le Journal des professionnels de la santé au travail*, n°35 à 45, février 2009 à novembre 2011

Divers

MEDEF, « La position du MEDEF », 22 mars 2000, www.medef.fr, consulté le 1er juillet 2009

CGT, « La Cgt ne signera pas le protocole d'accord », *Communiqué de presse*, Montreuil, 6 octobre 2009

COLLECTIF SANTÉ TRAVAIL, « La contre-réforme Woerth de la santé au travail ou rendre invisible les effets du travail sur la santé », *Tract*, mai 2010.

GROUPEMENT NATIONAL SAUVONS LA MÉDECINE DU TRAVAIL, « Les élus de la nation doivent s'opposer à la mainmise du Medef sur la santé au travail », *Communiqué n° 12*, 27 septembre 2010.

Rapports officiels

AUBIN Claire, DUHAMEL Gilles et LEJEUNE Daniel, *L'agrément des services de santé au travail - rapport de synthèse*, Inspection générale des affaires sociales, 2005.

Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels, Direction générale du travail. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, 2007.

AUBIN Claire, CONSO Françoise, DE SAINTIGNON Pierre, FRIMAT Paul, PELISSIER Régis et VEYRET Jacques, *Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail*, IGAS-IGAENR, 2007.

GOSSELIN Hervé, *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives*, Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, 2007.

DELLACHERIE Christian, FRIMAT Paul et LECLERCQ Gilles, *La santé au travail. Vision nouvelle et profession d'avenir. Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions*, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la santé et des sports, 2010.

ISSINDOU Michel, PLOTON Christian, FANTONI-QUINTON Sophie, BENSADON Anne-Carole et GOSSELIN Hervé, *Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail »*, Ministère des affaires sociales, Ministère du travail, 2015.

ZEGGAR Hayet, ROUX Jacques et DE SAINTIGNON Pierre, *La prévention sanitaire en milieu de travail*, IGAS, 2003.

Presse

SERVENAY David, « Médecine du travail : l'autre caisse noire du Medef. Comment l'argent de la santé des salariés finance les comités locaux du patronat. Une enquête Rue89/France Inter », *L'Obs avec Rue 89*, 7 novembre 2007.

REILHAC Gilbert, « Plainte après le suicide d'un médecin du travail en Alsace », *Capital.fr*, 1er octobre 2010.

QUÉRUEL Nathalie, « La nouvelle bible », *Santé & Travail*, n°90, avril 2015, pp. 6-9.

Annexe 5. Chronologie de la réforme de la médecine du travail[1]

2002 – 2004

17 janvier 2002 : Promulgation de la loi de modernisation sociale

24 juin 2003 : Promulgation du décret qui définit la nature et la procédure d'habilitation des intervenants en prevention des risques professionnels (IPRP).

24 décembre 2003 : Promulgation de l'arrêté relatif à la mise en œuvre de l'obligation de pluridisciplinarité dans les services de santé au travail

28 juillet 2004 : Promulgation du décret relatif à la réforme de la médecine du travail

2006 - 2012

6 juin 2006 : Le Ministère de l'emploi de la cohésion sociale et du logement et le Ministère délégué au travail confient pour mission à Hervé Gosselin (conseiller à la Chambre sociale de la Cour de cassation) d'établir un état des lieux des notions d'aptitude et d'inaptitude au poste de travail et à l'emploi

20 novembre 2006 : Xavier Bertrand (ministre de la santé et de la solidarité), Gérard Larcher (ministre délégué aux relations du travail) et François Goulard (ministre délégué à l'enseignement supérieur et à la recherche) saisissent l'IGAS et l'IGAENR et sollicitent les professeurs Conso et Frimat afin de dresser un bilan de la réforme de la médecine du travail.

Janvier 2007 : Présentation du rapport *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives* par Hervé Gosselin

23 octobre 2007 : Le groupe communiste du Sénat fait une proposition de loi « visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels auxquels ils sont exposés » qui est renvoyée à la commission des Affaires sociales.

octobre 2007 : Présentation du *Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail*, couramment appelé rapport « Frimat-Conso »

Décembre 2007 : La DGT établi un *Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels*

1 L a présente chronologie n'est pas exhaustive. Ces quelques repères servent à guider le lecteur.

20 décembre 2007 : François Fillon (Premier ministre) saisi le Conseil économique et social d'une réflexion sur *L'avenir de la médecine du travail*. La préparation d'un avis est confiée à la section du travail qui désigne Christian Dellacherie comme rapporteur.

22 janvier 2008 : La proposition de loi du groupe communiste du Sénat est rejetée par suite de l'adoption des conclusions négatives de la commission établie suite au rapport de Christian Dellacherie

27 février 2008 : Rapport « Dellacherie » *L'avenir de la médecine du travail*. Adoption de l'avis par le Conseil économique et social

27 juin 2008 : deuxième conférence tripartite sur l'amélioration des conditions de travail. Le ministre du Travail, Xavier Bertrand, propose aux représentants des employeurs et des salariés de poursuivre les négociations sur la réforme de la médecine du travail.

25 juillet 2008 : Le ministère du Travail diffuse un *Document d'orientation sur la poursuite de la réforme de la médecine du travail*

15 janvier au 11 septembre 2009 : Négociations des « partenaires sociaux » (9 séances)

6 octobre 2009 : Échec des négociations, les cinq confédérations syndicales refusent de signer le protocole d'accord

4 décembre 2009 : Réunion du COCT sur la réforme des services de santé au travail. Xavier Darcos (ministre du Travail) présente les *Axes de la réforme des SST* (ils reprennent les propositions gouvernementales de juillet 2008)

30 décembre 2009 : Xavier Darcos (Ministre du travail), Valérie Pécresse (Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche) et Roselyne Bachelot-Narquin (Ministre de la santé et des sports) confient une mission de réflexion portant sur la formation des professionnels de la santé au travail à Christian Dellacherie, Paul Frimat et Gilles Leclercq

avril 2010 : Présentation du rapport *La santé au travail. Vision nouvelle et professions d'avenir* par Christian Dellacherie, Paul Frimat et Gilles Leclercq

6 septembre 2010 : Des amendements sur la médecine du travail sont déposés au cours des négociations de la loi portant sur la réforme sur les retraites au prétexte d'une incidence de la pénibilité sur des départs anticipés des salariés.

octobre 2010 : Le projet de loi portant réforme des retraites est examiné au Sénat

25 octobre 2010 : Réunion de la Commission mixte paritaire sur le projet de loi portant réforme des retraites

9 novembre 2010 : Le Conseil constitutionnel juge que les articles relatifs à la réforme de la médecine du travail, constituant des « cavaliers législatifs », sont contraires à la Constitution.

10 novembre 2010 : Une nouvelle proposition de loi est déposée au Sénat

7 décembre 2010 : La proposition de loi est déposée à l'Assemblée Nationale

27 janvier 2011 : Les sénateurs adoptent, en première lecture, la proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail.

15 juin 2011 : Le texte est adopté par la Commission des Affaires sociales

5 juillet 2011 : Le texte est modifié par l'Assemblée nationale

8 juillet 2011 : La proposition de loi est adoptée sans modification en deuxième lecture par le Sénat

20 juillet 2011 : Promulgation de la loi relative à l'organisation de la médecine du travail

30 janvier 2012 : Promulgation des décrets relatif à l'organisation de la médecine du travail

7 mars 2012 : Les députés Michèle Delaunay et Guy Lefrand de la Commission des Affaires sociales présentent un rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi relative à l'organisation de la médecine du travail

9 novembre 2012 : Parution de la circulaire DGT relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail

2014 - 2016

11 juillet 2014 : Promulgation des décrets portant diverses dispositions relatives à l'organisation de la médecine du travail

7 novembre 2014 : François Rebsamen (Ministre du travail) et Marisol Touraine (Ministre de la santé) confient une mission de réflexion portant sur la notion d'aptitude à Michel Issindou (Député), Christian Ploton (DRH du groupe Renault), Sophie Fantoni-Quinton (professeure de médecine du travail, docteure en droit) et à l'IGAS

21 mai 2015 : Remise du *rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail »* au Ministre du travail

28 mai 2015 : Présentation du *rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail »* au COCT

16 juin 2015 : Les « partenaires sociaux », réunis au sein du groupe permanent d'orientation du COCT, décident d'engager leurs travaux sur la question de l'aptitude, qu'ils souhaitent inscrire dans un cadre plus large portant sur l'avenir de la médecine du travail.

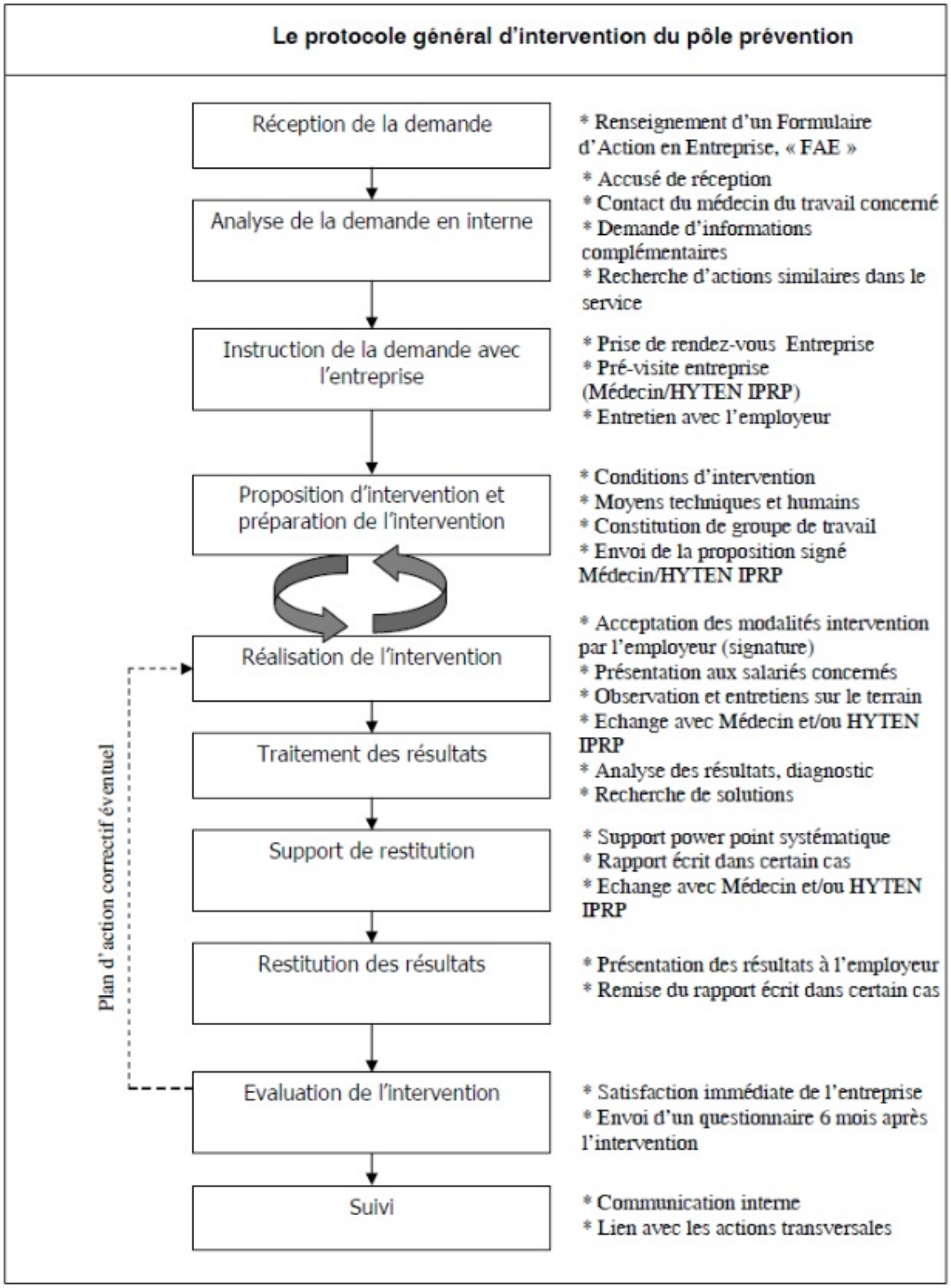
17 août 2015 : Promulgation de la loi relative au dialogue social et à l'emploi

5 juillet 2016 : Le gouvernement engage sa responsabilité en application de l'article 49-3 de la Constitution pour le projet de loi relatif au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels

8 août 2016 : Promulgation de la loi relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels

31 décembre 2016 : Promulgation du décret relatif à la modernisation de la médecine du travail

Annexe 6. Protocole d'intervention des IPRP du SI2



Source : *Anaïs Issaoui, mémoire de fin d'études portant sur le rôle des hygiénist****es dans les services interentreprises, mars 2011.***

UNIVERSITE BRETAGNE LOIRE

UNIVERSITÉ DE NANTES

Thèse de Doctorat

Gabrielle LECOMTE-MENAHES

Permanence et transformations d'une institution de prévention. La médecine du travail : de l'évaluation de l'aptitude à celle des risques professionnels

Continuity and change in occupational health services : from the assessment of fitness to work to the evaluation of occupational risks

Résumé

Depuis quinze ans, la médecine du travail est l'objet de multiples réformes du Code du travail qui révisent son fonctionnement centré sur l'évaluation individuelle de l'aptitude. En étudiant une profession en train de « disparaître », cette recherche appréhende, au prisme des sociologies de l'action publique, des professions et du travail, les permanences et les renouvellements d'un instrument de prévention de la santé au travail. Fondée sur une enquête ethnographique par observations et entretiens auprès de préventeurs de services interentreprises, la thèse combine trois échelles d'analyse. **Au niveau macro-social**, les médecins du travail qui constituent une nouvelle génération fortement féminisée depuis les années 1980 contribuent à faire apparaître des risques professionnels majeurs (amiante, TMS, souffrance au travail) sur la scène publique et à renouveler leurs pratiques, notamment via son courant le plus critique. Cette critique est désarmée dans les années 2000 par les dirigeants des services interentreprises qui se réapproprient le mandat de prévention par le biais de dispositifs de gestion encadrant le travail de préventeurs non médicaux. **Au sein des services interentreprises**, malgré leurs résistances et du fait de leur statut professionnel, les médecins du travail leur délèguent peu à peu l'action en milieu de travail et le suivi régulier des salariés. Surchargés de travail, ils se trouvent cantonnés **dans leur rapport au public** au suivi des salariés en souffrance ce qui les éloigne des pratiques de prévention légitimes. Celles-ci, centrées sur l'évaluation des risques professionnels et l'application du principe de précaution, sont transmises aux préventeurs non médicaux.

Mots clés
médecine du travail, pratiques de prévention, réformes institutionnelles, dispositifs de gestion, profession, division du travail, instruments d'action publique

Abstract

Over the last fifteen years, French occupational medicine has been modified by several labour code reforms which have revised its focus on the examination of medical fitness to work. Studying a "disappearing" profession, that of the company doctor, this research mobilises the sociologies of public action, professions and work to understand the continuity and renewal of the instruments of occupational health prevention. Based on ethnographical observations and interviews with occupational health professionals, this PhD thesis combines three levels of analysis. **At the macro-social level**, during the 1980s, a new generation of mostly female company doctors, particularly through its most critical branch, helped to bring into the public arena major occupational risks (asbestos, musculoskeletal disorders, psychosocial risks) and renew medical practices. But during the 2000s, directors of occupational health services regained the preventive mandate through management devices framing the activity of non-medical occupational health professionals. **At the level of occupational health services**, despite their resistances and because of their professional status, company doctors little by little delegated studies of working conditions and regular follow-up with employees to these new professionals. Overloaded with work, company doctors are limited in **their relationship to their public** and must concentrate on caring for sick employees, which moves them away from legitimate preventive practices. These practices, centred on the evaluation of occupational risks, are transmitted to non-medical occupational health professionals.

Key Words
occupational medicine, occupational health prevention practices, institutional reforms, management processes, profession, division of labour, policy instruments