

Université Paris Ouest Nanterre  
École Doctorale « Économie, Organisations, Société »  
INSTITUTIONS ET DYNAMIQUES HISTORIQUES DE L'ÉCONOMIE, UMR CNRS 8533

**De la *médecine* du travail à la *santé* au travail  
Les groupes professionnels à l'épreuve de  
la « pluridisciplinarité »**

Thèse pour l'obtention du grade de Docteur de l'Université Paris-Ouest Nanterre

Discipline : Sociologie

**Blandine BARLET**

*Sous la direction de Valérie BOUSSARD*

Soutenue publiquement le 17 juin 2015

**JURY :**

**Valérie BOUSSARD**, Professeure de sociologie à l'Université Paris Ouest – IDHE

**Didier DEMAZIERE**, Directeur de recherche CNRS – CSO (*Rapporteur*)

**Éric DRAIS**, Sociologue à l'INRS – chercheur associé au laboratoire PRINTEMPS

**Patrick HASSENTEUFEL**, Professeur de science politique à l'Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines – CESDIP

**Arnaud MIAS**, Professeur de sociologie à l'Université Paris Dauphine – IRISSO (*Rapporteur*)

**Magali ROBELET**, Maîtresse de conférences en sociologie à l'Université Lyon 2 – Centre Max Weber



## Je remercie :

D'abord, de tout cœur, Valérie Boussard, pour son engagement et son enthousiasme dans la direction de cette thèse. Merci d'avoir cru en moi et en mon sujet.

Arnaud Mias, Didier Demazière, Éric Drais, Magali Robelet et Patrick Hassenteufel d'avoir accepté de faire partie du jury de soutenance de cette thèse.

Éric Drais et Valérie Langevin, d'avoir encouragé mon travail, de l'avoir rendu possible au sein de l'INRS, puis de l'avoir suivi jusqu'à son terme, ainsi que pour vos regards avisés sur ma recherche. À l'INRS, Sandrine Guyot, Dominique Lafon, Dominique Chouanière, Stéphanie Boini, Jacques Marc, Marc Favaro, Jean-Louis Pomian, Régine Marc et Michèle Rocher, d'avoir manifesté de l'intérêt pour mon travail. Jérôme Triolet et les collègues du département ECT pour leur accueil au quotidien, et particulièrement celles qui m'y ont tant simplifiée la vie : Isabelle Cosnefroid, Mounia Chérif et Pascale Foucard, ainsi que Rosalie Gueguen et l'équipe du tricokfé, véritable bulle (pelote ?) de convivialité dans l'institut.

Pour leur temps et leur accueil, tous les acteurs rencontrés sur le terrain, secrétaires, infirmières, médecins du travail, psychologues, médecins inspecteurs, etc.

Les membres du SNPST, de l'A-SMT et d'E-Pairs, d'avoir pris le risque d'être « observés », et celui de la controverse.

Marie-Christine Limame, Véronique Bâcle, Fabienne Bardot et Isabelle Rogez, dont l'ouverture à ma recherche s'est avérée précieuse et facilitante.

Orlane Sucche et Julien Kubiak, pour nos discussions mêlant l'utile à l'agréable.

Isabelle Fourot et Thomas Deltombe, pour leur hospitalité et leur conversation !

Les membres du laboratoire Printemps, dont les séminaires passionnants ont nourris mes premières années de formation ; les animateurs et participants du séminaire « Maladies industrielles ».

Les membres de l'IDHES, à divers titres : les séminaires et l'atelier d'écriture ont été des lieux d'échanges très riches - Maud Simonet pour sa disponibilité aux doctorants.

L'équipe de doctorants/jeunes docteurs, pour la chaleur de leur accueil en cours de thèse et leur solidarité dans l'effort – elle fut *très* appréciée !

Marie Desmartis, Angéline Escafré-Dublet, Anna Perraudin, Bibia Pavard, pour d'innombrables raisons allant de leur précieuse assistance scientifique à leur non moins précieuse amitié, et pour avoir été là, en urgence comme sur le long terme.

Pascal Marichalar, Gabrielle Chomentowski : ce que je vous dois est également difficile à mesurer !

Et pour leurs valeureuses, intransigeantes et brillantes relectures – pour avoir considérablement contribué à améliorer ce texte : Gauthier Bayle, Olivier Leproux, Mehdi Bensenane, Diane Desprat, Jean-Marie Pillon, Guillaume Lecœur, Solenne Lépingle, Julien Llanas, Yann Le Lann (et les participants à l'atelier d'écriture Émilie Sauguet, Maud Simonet, Florence Ihaddadene, Daniel Véron).

Amandine Tirbois, Anaïs Bouts, Benjamin Chapon et Lise Mesz, Cécile Diguët, Emma Gobin, Fanny Soubiran et Régis Burlett, Sonia Gonzalez, Vincent Debaene... Pour leurs encouragements, et les opportunités de décompression !

Chaleureusement enfin, Jean-Pierre et Marie Françoise Barlet, Anne, Bénédicte et Pierre, pour leur soutien, leur tact et leur patience au long de ces années. Thibault, Annabel, Vianney, Élise et Émile d'avoir agrandi la famille !

Matthew. For getting through this, and everything else, with me.

Ma petite Madeleine d'avoir joué pleinement ton rôle de « contrepoids » aux tendances totalitaires de la thèse.

To you both, all my love.



## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>7</b>
<b>PARTIE 1 : DE L'IDEE DE « PLURIDISCIPLINARITE » A SA MISE EN ŒUVRE DANS LES SERVICES INTERENTREPRISES DE SANTE AU TRAVAIL.....</b>	<b>51</b>
<b>CHAPITRE 1 : L'ELABORATION DE LA REPONSE « PLURIDISCIPLINAIRE » AUX PROBLEMES DE LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS .....</b>	<b>53</b>
<b>CHAPITRE 2 : LA « PLURIDISCIPLINARITE » INCARNEE. D'UN TERME CONSENSUEL A SA MISE EN ŒUVRE DANS LES SERVICES INTERENTREPRISES DE SANTE AU TRAVAIL.....</b>	<b>111</b>
<b>CHAPITRE 3 : REFORMER LES PRATIQUES AU SEIN DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL : UN RECADRAGE BUREAUCRATIQUE ET MARCHAND .....</b>	<b>171</b>
<b>PARTIE 2 : LES RAPPORTS DE POUVOIR ENTRE GROUPES PROFESSIONNELS AU SEIN DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRES .....</b>	<b>217</b>
<b>CHAPITRE 4 : UNE CONSEQUENCE DE LA « PLURIDISCIPLINARITE » : LA RECONFIGURATION DES RAPPORTS DE POUVOIR ENTRE LES GROUPES PROFESSIONNELS.....</b>	<b>219</b>
<b>CHAPITRE 5 : LA MEDECINE DU TRAVAIL TRANSFORMEE PAR LA « PLURIDISCIPLINARITE NIVEAU 1 » .....</b>	<b>259</b>
<b>CHAPITRE 6 : LA PLACE DES « PLURIS » AU SEIN DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL ....</b>	<b>317</b>
<b>PARTIE 3 : LA PREVENTION DES « RPS » COMME POINT CHARNIERE.....</b>	<b>359</b>
<b>CHAPITRE 7 : ENTRE PRISE EN CHARGE ET PREVENTION, LE DIFFICILE POSITIONNEMENT DES MEDECINS DU TRAVAIL SUR LES « RPS ».....</b>	<b>361</b>
<b>CHAPITRE 8 : LE DELICAT POSITIONNEMENT DES PSYCHOLOGUES DANS LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL : « PLURIDISCIPLINARITE » ET DIVISION DU TRAVAIL DE PREVENTION DES RPS .....</b>	<b>413</b>
<b>CHAPITRE 9 : LES MEDECINS DU TRAVAIL FACE A LA « PLURIDISCIPLINARITE ». DES LIGNES DE FRACTURE IDEOLOGIQUES .....</b>	<b>461</b>
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>505</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>533</b>
<b>TABLE DES ENCADRES .....</b>	<b>538</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>539</b>



## INTRODUCTION GÉNÉRALE

*À midi, tous les médecins du travail qui participent à la formation « Risques psychosociaux » déjeunent ensemble, avec la formatrice et moi. À table, l'une d'entre eux s'enquiert de mon sujet de thèse : je reste vague, les médecins du travail, la réforme... Elle me confie que cette réforme va les mettre de côté, parce qu'ils n'ont pas su montrer qu'ils étaient utiles. Ils ont échoué. Un de ses confrères nous écoute et se montre cynique : pourquoi prendre les médecins du travail pour objet d'étude ? Est-ce que je fais une thèse de paléontologie ? Est-ce que j'étudie les espèces en voie de disparition ? Une troisième confirme : « On est des dinosaures ! Est-ce que ça vaut la peine de nous étudier alors qu'on va disparaître ? ».*

Extrait de mon carnet de terrain, avril 2010

Lors de mon enquête dans les services de santé au travail, je me suis confrontée à un monde professionnel qu'on disait – et qui se disait lui-même – en crise. L'extrait ci-dessus montre que certains d'entre eux sont très négatifs sur leur situation. Ils s'auto-désignent comme des « dinosaures », ou encore des « fossiles ». Ce sentiment s'explique à la fois par un vieillissement indéniable du groupe professionnel et par une réforme en cours, initiée au début des années 2000, dont ils ne savent pas encore quelle place elle leur réserve. Ces deux éléments participent, selon eux, à délégitimer mon objet de recherche. Les médecins du travail m'ont questionnée sur la pertinence d'étudier un groupe professionnel en période de changements, voire en période de tourmente. À cela, j'ai répondu en faisant évoluer mon accroche auprès des acteurs interrogés : c'est la période d'évolution de la *médecine* du travail vers la *santé* au travail que j'étudie. Pour qualifier cette évolution, je reprends un terme qui me semble à plusieurs titres symboliser la transition en cours : la « pluridisciplinarité ».

Le terme de « pluridisciplinarité » désigne un objet indigène, d'abord utilisé par l'action publique dans l'élaboration, puis la mise en œuvre de la réforme des services de médecine du travail. Cette réforme vise notamment à modifier la composition en personnel des services. De ce fait, elle en change la division du travail, et, plus largement, le fonctionnement global, en ajoutant à la main-d'œuvre médicale de nouveaux types de personnels. Ces derniers sont introduits soit dans une visée d'économie du temps médical, par un principe de délégitimation de tâche (c'est le cas des infirmières et des assistantes « santé travail »), soit dans une visée de complémentarité (c'est le cas d'ergonomes, d'ingénieurs ou de techniciens hygiène et sécurité, de psychologues, de toxicologues). Le terme de

« pluridisciplinarité » a également été repris et approprié par les acteurs de la santé au travail dans le processus de mise en œuvre de cette réforme, à tel point qu'il m'est apparu, sur le terrain, comme une forme d'emblème de cette réforme et de son esprit. Pour ces raisons, les termes « pluridisciplinaire » et « pluridisciplinarité » figurent entre guillemets tout au long de cette thèse, car leur choix revient aux acteurs.

J'appréhenderai ici la « pluridisciplinarité » *via* les interactions qu'elle génère sur le terrain entre les différents groupes professionnels. Plus spécifiquement, je regarderai comment elle agit sur le groupe des médecins du travail, en cherchant à comprendre sur quelles conceptions de leur activité reposent les résistances ou, au contraire, l'enthousiasme des médecins du travail vis-à-vis des changements qu'elle implique. Je partirai donc des enjeux de la « pluridisciplinarité » au sein des services interentreprises et des débats qu'elle soulève dans les situations concrètes de mise en application des textes de loi par l'instauration d'une nouvelle division du travail.

## Section 1 : L'identification d'un objet de recherche en santé au travail

Cette recherche s'appuie sur un recueil de données effectué entre 2010 et 2012, lors d'une période de transition durant laquelle le système de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles fait place à un système progressivement rénové grâce à une main-d'œuvre diversifiée. La « pluridisciplinarité » apparaît comme un processus d'aménagement de rapports de pouvoir entre différents groupes. Sur le terrain, ce processus m'est rendu visible par des débats et des conflits qui portent sur la division du travail, et qui font apparaître des lignes de fracture entre les groupes professionnels, et plus généralement entre les acteurs, indépendamment de leur appartenance professionnelle.

### **1. La médecine du travail comme point de départ**

#### ***1.1. De l' « homme-orchestre » au « chef d'orchestre »***

Au cours du terrain, les acteurs utilisent une analogie musicale pour désigner l'évolution du rôle du médecin du travail dans les services interentreprises de santé au travail :

initialement « homme-orchestre », il devrait acquérir un rôle de « chef d'orchestre »<sup>1</sup>. Cette rhétorique est caractéristique de la période de transition que j'ai observée et n'a pas été relevée par les travaux antérieurs sur la médecine du travail. Elle évoque un changement d'esprit de l'activité des médecins qui repose sur le passage d'une idée d'autosuffisance à une idée d'insertion dans un collectif, en gardant toutefois le statut privilégié de celui qui « orchestre » les compétences mobilisées.

Cette expression indigène permet de poser un angle d'approche original à ma recherche : celui du statut du médecin dans la « pluridisciplinarité ». Pour comprendre les références laconiques des acteurs à « la réforme » et cette mutation amorcée d'un groupe professionnel, je me suis penchée sur les aspects juridiques qui sous-tendaient les situations observées : la réglementation concernant la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et ses évolutions.

Depuis la loi du 11 octobre 1946<sup>2</sup>, toute entreprise est dans l'obligation de recourir à un médecin du travail. Les entreprises de plus de 412 salariés peuvent constituer leur propre service de médecine du travail – qui prend le nom de « service autonome » – et employer directement un ou plusieurs médecins du travail, qui exerceront dans leurs locaux.

Les autres, qui constituent la majorité, doivent adhérer à un service interentreprises de médecine du travail : les employeurs d'un bassin d'emploi donné s'organisent en association loi 1901, employant des médecins du travail pour qu'ils suivent les salariés et les entreprises du secteur. Comme toutes les associations, leur conseil d'administration représente leurs adhérents. Avant la réforme, selon les interprétations, cette représentation peut être uniquement patronale ou paritaire (avec comme membres élus les représentants des employeurs et comme membres de droit des représentants des salariés, et, toujours, une présidence patronale)<sup>3</sup>. Le président choisit un directeur, qui est par conséquent souvent issu du milieu patronal. Une commission de contrôle est composée d'un tiers de représentants patronaux et de deux tiers de représentants salariés.

Comment s'organise cette prévention ? Si la mission originale des médecins du travail est « d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail », au départ, les

---

<sup>1</sup> On remarque que ces mêmes termes sont utilisés pour désigner les transformations d'autres groupes professionnels. Céline Béraud les utilise par exemple dans son analyse de l'évolution de la fonction de prêtre dans l'Eglise catholique. Béraud Céline, *Le métier de prêtre. Approche sociologique*, Paris, Les Éditions de l'atelier, 2006.

<sup>2</sup> Cf. infra, le premier chapitre aborde le contexte historique de l'institutionnalisation de la médecine du travail, qui débute en réalité sous Vichy, en 1942. L'obligation n'est étendue à toute entreprise qu'à partir de la loi de 1946.

<sup>3</sup> En 2011, la réforme impose le paritarisme, avec un président, nommé par le Conseil d'administration, issu du patronat, et un trésorier représentant les salariés.

objectifs de sélection dominant, avec pour instrument principal la visite médicale. Traditionnellement, en échange de leur cotisation, les entreprises bénéficient pour leurs salariés de visites médicales d'embauche suivies de visites dites « périodiques » à l'issue desquelles sont délivrées des « fiches d'aptitude médicale au poste de travail » obligatoires. Ces visites se déroulent généralement dans les locaux du service interentreprises, dans un cabinet médical. Certains services disposent de cars spécialement équipés : des « centres mobiles ». Des visites à la demande du salarié ou de l'employeur sont également prévues par la loi.

Les objectifs de sélection font peu à peu place à des objectifs de prévention qui ne se limitent pas à l'obligation légale que représente le certificat d'aptitude<sup>4</sup>. La mission du médecin du travail s'ouvre progressivement à la prévention en milieu de travail à laquelle, depuis 1979, le médecin est sommé de consacrer un tiers de son temps – on parle alors de « tiers temps » ou d' « action en milieu de travail » (AMT). Il s'agit notamment de visites d'entreprises dans le but d'évaluer les risques professionnels, de les consigner sur une « fiche d'entreprise » ou encore de proposer des aménagements de postes pour des salariés vus en consultation.

Malgré un exercice axé à la fois sur les consultations individuelles et sur l'intervention en entreprise, l'action du médecin du travail est critiquée et de nombreuses voix s'élèvent, y compris au sein de la profession, en faveur d'une réforme qui viendrait modifier les modes de prévention en faveur d'une prévention collective et en amont des risques, en diversifiant les intervenants. Parallèlement, le groupe professionnel vieillit et ses effectifs peinent à se renouveler.

#### ***Encadré 0.1 : La spécialité aujourd'hui : qui sont les médecins du travail ?***

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins dénombre 5591 médecins du travail en France en 2012. Ils constituent environ 2% d'une population médicale globale de 268 072 médecins<sup>5</sup>.

Les médecins du travail se distinguent au sein de la population médicale globale par leur âge et par la proportion de femmes parmi eux.

Tout d'abord, en France, la population médicale est vieillissante (51 ans en moyenne). La moyenne d'âge des médecins du travail s'élève, elle, à 55 ans. On a donc à faire à une population particulièrement âgée et qui se renouvelle peu<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> Sur cette évolution, voir l'ouvrage suivant : Buzzi Stéphane, Devinck Jean-Claude, Rosental Paul-André, *La santé au travail*, La Découverte, Paris, 2006. Je reviendrai également sur cette évolution dans le chapitre 1, section 1.

<sup>5</sup> Source : Atlas de démographie médicale du CNOM, 2012. Sur les difficultés à dénombrer précisément la population de médecins du travail, voir Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010)*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 2011. L'auteur revient par exemple sur les conséquences de l'absence de médecins inspecteurs sur la comptabilisation des médecins dans certaines régions.

Ce vieillissement se traduit par un déficit de main-d'œuvre qui aboutit à la généralisation d'une pratique de la médecine par des « retraités actifs ». Ils représentent 17% des médecins retraités en 2012, chiffre dont les études prospectives prédisent qu'il va doubler en 5 ans (34% en 2017). Ces « retraités actifs », des hommes à 80%, avec une moyenne d'âge de 69 ans, sont surreprésentés en médecine du travail : 6,5% des médecins retraités actifs exercent en médecine du travail, alors que celle-ci ne comprend que 2% de la population médicale. De même, les diplômés étrangers qui exercent en France s'orientent souvent vers les spécialités les moins prisées, dont la médecine du travail fait partie, et participent à combler les manques de main-d'œuvre.

La médecine du travail se distingue également par une féminisation à la fois plus importante et plus précoce que celle de la population générale des médecins. En effet, la majorité des médecins du travail appartient à une génération médicale encore peu féminisée, or les femmes constituent 71% des effectifs<sup>7</sup>. La médecine du travail, comme d'autres modes d'exercice salariés, a donc très tôt absorbé les effectifs féminins du groupe professionnel.

Dès la fin des années 1980, une directive-cadre européenne encourage les entreprises à mobiliser plusieurs types d'intervenants pour les aider à prévenir les risques professionnels en leur sein. La France dispose, avec la médecine du travail, d'un système plus formalisé que d'autres pays. En revanche, ce système est centré sur le seul médecin, ce qui ne répond pas aux injonctions européennes.

En 2002, la loi dite « de modernisation sociale », marque le passage de services de *médecine* du travail à des services de *santé* au travail. Elle introduit une diversification de la main-d'œuvre des SST, au service d'une conception large de la « santé au travail », susceptible d'inclure des interventions bien au-delà du périmètre de légitimité du médecin du travail, notamment dans le domaine de la prévention dite « primaire »<sup>8</sup>.

À la suite de cette loi, la « pluridisciplinarité » est rendue obligatoire dans les services de santé au travail par le décret de juin 2003 qui crée la fonction d' « intervenant en prévention des risques professionnels » (IPRP), dont les contours et les modalités d'habilitation seront précisés en janvier 2004 par une circulaire de la direction des relations du travail. Cette circulaire affirme un objectif de transposition de la directive-cadre européenne de 1989 et évoque une « convergence entre le regard que les acteurs nationaux (pouvoirs

---

<sup>6</sup> J'aborderai ces aspects démographiques dans la première section du chapitre 1.

<sup>7</sup> La population générale des médecins comprend 42% de femmes mais chez les moins de 40 ans, on en trouve 55%. Sources : *Atlas démographique* 2012 et 2013.

<sup>8</sup> La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946. Ce document propose une nouvelle définition de la santé, qui inclut la santé mentale et le bien-être. Dans le même mouvement, il définit la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

Trois types de prévention qui suivent les étapes de développement de la maladie y sont distingués :

- La prévention *primaire* se déploie en amont des risques, pour éviter l'apparition de pathologies ou d'accidents.
- La prévention *secondaire* cherche à limiter les conséquences de la maladie dès son apparition.
- La prévention *tertiaire* intervient sur une pathologie avérée, dont elle cherche à amoindrir les effets. Elle a aussi pour objectif la réadaptation du malade.

publics et partenaires sociaux) portent sur le système de prévention, et le regard de l'Europe, qui a fait de la pluridisciplinarité un objectif-clé de la directive-cadre. »

Ainsi, les IPRP incarnent la « pluridisciplinarité » en France : leur habilitation est une mesure qui vise explicitement à diversifier les compétences des acteurs intervenant dans les entreprises au titre de la « santé au travail ». Leur arrivée dans les services symbolise le tournant « pluridisciplinaire », à tel point qu'ils sont souvent désignés par le terme de « pluris ». Leurs profils sont très divers, tout comme leurs modalités d'intervention.

Le statut d'IPRP est créé par la loi en 2003<sup>9</sup>, et la procédure d'habilitation est précisée dans un décret en 2004. L'habilitation d'IPRP est délivrée à des personnes morales ou physiques par un collège interrégional constitué de l'agence régionale d'amélioration des conditions de travail (ARACT), de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et de l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP). Ainsi, si un organisme est habilité en tant qu'IPRP, il n'est pas nécessaire que les personnes qu'il emploie le soient<sup>10</sup>. Le niveau d'exigence pour être habilité est faible et la procédure se présente comme une formalité : il suffit de remplir un dossier<sup>11</sup>. L'habilitation peut se faire dans trois domaines, le domaine « médical », peu investi et qui exclut la médecine du travail, le domaine « technique » et le domaine « organisationnel »<sup>12</sup>. Les IPRP peuvent être ergonomes, métrologues<sup>13</sup>, toxicologues, sociologues, psychologues, techniciens ou ingénieurs hygiène et sécurité. Les infirmières peuvent également demander une habilitation. En 2012, suite à la réforme des services de santé au travail, cette procédure est remplacée par une procédure d'*enregistrement* des IPRP auprès de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) de leur lieu de

---

<sup>9</sup> Décret n° 2003-546 du 24 juin 2003.

<sup>10</sup> Dans les faits, il est fréquent que, bien que l'organisme employeur soit habilité en tant qu'IPRP, les professionnels employés le soient aussi.

<sup>11</sup> Le dossier comprend des documents justificatifs de la compétence des personnes, sous la forme de diplômes (bac+2 dans les domaines de la santé, de la sécurité ou de l'organisation du travail, diplôme d'ingénieur ou encore bac+3 dans un domaine scientifique ou dans une matière relevant des sciences humaines et sociales et liée au travail) ou d'une expérience professionnelle d'au moins cinq ans dans le domaine de la prévention des risques professionnels. Il faut également rédiger une déclaration qui atteste de l'absence de conflits d'intérêts avec les entreprises ou le service interentreprises. Le demandeur doit aussi préciser ses domaines de compétence (technique et/ou organisationnel, médical) et spécialités (toxicologie, ergonomie, hygiène et sécurité par exemple) en matière de prévention des risques professionnels.

<sup>12</sup> Ces trois domaines sont définis de manière floue – à part le domaine médical qui concerne précisément les médecins qui ne sont pas médecins du travail. Voir à ce propos en infra, encadré 6.1. « Les « IPRP » : une appellation récente, des acteurs qui cherchent leurs marques ».

<sup>13</sup> La métrologie est un terme générique qui désigne l'activité de mesure. Dans le cadre de la médecine du travail, il s'agit notamment de mesurer le bruit, la lumière, l'ambiance thermique, pour caractériser précisément les conditions physiques de travail.

résidence<sup>14</sup>. Cet enregistrement n'est en outre pas requis pour les employés des services de santé au travail, mais uniquement pour les intervenants « externes ».

Au cours de la décennie 2000, et jusqu'en 2012, la réforme des services interentreprises de santé au travail instaure donc progressivement la mise en coprésence de différents groupes professionnels là où auparavant seuls des médecins du travail exerçaient. Ceux-ci pouvaient mobiliser ponctuellement certaines compétences externes mais ils étaient globalement les seuls à être directement embauchés par un service pour poursuivre leur mission de prévention des affections de la santé des salariés du fait de leur travail. Aujourd'hui, le service embauche différents types de salariés à la fois pour pallier le manque de médecins et pour compléter leur action. Dans le pessimisme ambiant, la « pluridisciplinarité » est présentée par les promoteurs de la réforme (dont beaucoup d'enseignants de médecine du travail) comme une réponse à l'image négative de la médecine du travail aux yeux du public : elle fabrique des « chefs d'orchestre ».

### ***1.2. Le médecin du travail dans la littérature de sciences sociales : une profession au cœur des enjeux de l'entreprise***

Les sciences sociales s'intéressent aux médecins du travail, et l'intérêt est réciproque : la recherche sur cet objet est largement le fait de commandes. Les écrits qui en résultent insistent à la fois sur le manque d'attrait de ce métier par rapport aux autres modes d'exercice médicaux et sur l'inconfort de la position de médecin du travail, entre patrons et salariés.

Je dresserai ici un panorama non-exhaustif et chronologique de la littérature portant sur la médecine du travail.

En 1993, à la suite d'une demande du ministère du Travail, N. Dodier s'interroge sur la nature de l'expertise du médecin *via* une enquête sur les médecins du travail<sup>15</sup>. Son analyse s'intéresse au statut de l'expertise du médecin du travail en tant qu'elle s'éloigne du cabinet médical pour rejoindre une expertise technique reposant sur sa connaissance des postes de travail, du milieu de travail, et non sur ses connaissances du corps humain ou de pathologies particulières. Elle montre que le médecin du travail détient à la fois une expertise clinique et une expertise technique (du fait de connaissances qu'il a acquises sur le terrain), sur lesquelles son pouvoir repose. La question de la séparation de ce qui a trait au milieu de travail et à ses aspects conflictuels et de tout ce qui est relatif au corps et aux pathologies reste d'autant plus

---

<sup>14</sup> Circulaire DGT n°13 du 9 novembre 2012.

<sup>15</sup> Dodier Nicolas, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993.

pertinente aujourd'hui alors que d'autres groupes professionnels rejoignent les médecins et qu'ils sont sommés de se concentrer sur leur « cœur de métier ».

Au milieu des années 90, c'est dans un contexte troublé que des sociologues sont mobilisés par la Société française de médecine du travail<sup>16</sup> pour le cinquantenaire de la médecine du travail, afin d'établir une sorte de diagnostic de la situation de la profession, *via* les représentations que les médecins du travail ont d'eux-mêmes<sup>17</sup>. F. Piotet revient ainsi sur cette commande :

« Malgré la durée de vie de l'institution qui pourrait rassurer ses membres sur sa pérennité, cette demande de recherche s'est inscrite dans un contexte difficile pour les médecins du travail. Annonçant ces Journées qui devaient fêter le cinquantenaire, *Liaisons sociales* présentait dans son mensuel les résultats d'une enquête faite par ses journalistes dont le titre visait à évoquer le malaise de cette profession : « Les médecins du travail ont du vague à l'âme. » À lire les quelques entretiens présentés pour justifier le titre, il semble que ce soit le sentiment d'une utilité très marginale du travail des médecins qui soit au cœur de ce malaise. Au-delà des états d'âme, quelques indices « durs » contribuent à alimenter ce trouble. Selon les estimations du ministère du Travail, 500 médecins du travail feront défaut chaque année jusqu'à la fin du siècle. La profession a du mal à recruter malgré les difficultés que rencontrent les médecins généralistes en surnombre. Par ailleurs, l'institution de ce métier et les règles qui en régissent l'exercice font, dans le contexte européen, plutôt figure d'exception française. L'harmonisation des législations sociales risque, à terme, de sonner le glas d'un monopole vénérable »<sup>18</sup>.

L'étude dresse un portrait long et détaillé du groupe professionnel, dont ressort la figure-type d'une femme médecin du travail, mariée à un médecin généraliste ou d'une autre spécialité exercée à l'hôpital ou en libéral, et qui travaille à temps partiel pour s'occuper de sa famille<sup>19</sup>. Selon les auteurs, le groupe professionnel souffre du contraste entre l'équilibre vie professionnelle / vie familiale qu'offre la médecine du travail et l'idéal vocationnel qui caractérise la médecine. Autres faiblesses de la profession : sa démographie – F. Piotet parle de « pénurie »<sup>20</sup> – ainsi que l'absence de soin et de prescription, qui fait dire à ses praticiens qu'ils sont des médecins « aux mains nues ».

Dans un article paru en 2008, P. Guiol et J. Muñoz se posent la question de la légitimité du médecin du travail sur les problématiques organisationnelles et relationnelles (qui impactent la santé des salariés) et mettent en avant les limites du statut de conseiller de

---

<sup>16</sup> Il s'agit d'une société savante qui œuvre à la diffusion de savoirs dans le domaine de la pathologie professionnelle, notamment en organisant des rencontres réunissant médecins du travail et universitaires.

<sup>17</sup> Piotet Françoise, Correia Mario, Lattès Claude, « Entre profession et métiers, les médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, n° 58, 1997, pp. 22-89.

<sup>18</sup> Piotet Françoise, « Médecins du travail », in Piotet Françoise (dir.) *La révolution des métiers*, Paris, PUF, pp. 291-316.

<sup>19</sup> Piotet Françoise, *et al.*, 1997, *op. cit.*, p. 42

<sup>20</sup> *Ibid.*, p. 24

l'entreprise<sup>21</sup>. Leur approche par la science politique permet de penser les conflits d'intérêts entre salariés et employeurs sur la santé des salariés comme un arrière-plan déterminant de l'activité du médecin du travail. L'intransigeance de la médecine du travail et son rôle de protection de la santé des travailleurs, sans compromis avec les objectifs de production, sont mis à mal par leur statut consultatif : ils n'ont pas les moyens de forcer la mise en place d'actions ciblées suite à leurs conseils. D'après l'enquête menée, l'autonomie reconnue aux médecins du travail par les employeurs concerne davantage le domaine « technique et médical » que celui « des relations sociales et de l'organisation » : « ces domaines apparaissent comme “naturellement” réservés aux employeurs ou aux grandes directions des entreprises »<sup>22</sup>.

D'autres travaux relatent les processus institutionnels à l'œuvre dans le champ des risques professionnels et de leur prévention. Ils mettent en valeur ce que la loi permet théoriquement de faire, les débats idéologiques et les choix stratégiques qui prévalent à la mise en œuvre et à l'évolution du système de prévention<sup>23</sup>.

S. Buzzi, J.-C. Devinck et P.-A. Rosental, sur une commande de l'Institut de médecine du travail de Dauphiné Savoie, livrent un point de vue historique sur les débuts de la profession et ses difficultés à exercer une mission de protection de la santé des salariés, « coincée » entre le patronat et la médecine libérale<sup>24</sup>. Bien avant l'officialisation de la médecine du travail, ses missions faisaient débat. Les auteurs distinguent trois formes concurrentes d' « usage social, politique et économique » de la médecine du travail : alors que pour le patronat elle doit avant tout « contribuer à l'accroissement de la productivité », la CGT la conçoit comme devant « œuvrer pour la santé des ouvriers », et enfin les médecins du travail imaginent une voie moyenne qui leur permettrait de « jouer un rôle d'hygiène et de prévention censé combiner les intérêts des ouvriers et des employeurs », élargissant ainsi la définition de leur métier. La manière de concevoir les visites médicales représente une ligne de fracture importante : pour le patronat, c'est avant tout un moyen de sélectionner la main-d'œuvre tandis que pour la CGT, elles sont vues comme un moyen de lutter contre les maladies professionnelles.

---

<sup>21</sup> Guiol Patrick, Muñoz Jorge, « La pratique de la médecine du travail entre reconnaissance et indifférence », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol. 69, n°3, 2008, pp. 438-447.

<sup>22</sup> *Ibid.*, p. 444.

<sup>23</sup> Voir notamment les ouvrages suivants : Viet Vincent, *Les voltigeurs de la République : l'inspection du travail en France jusqu'en 1914*, Paris, CNRS Éditions, 1994 ; Viet Vincent, Ruffat Michèle, *Le choix de la prévention*, Paris, Economica, 1999 ; Buzzi Stéphane, *et al.*, *La santé au travail*, *op. cit.*

<sup>24</sup> *Ibid.*

Plus récemment, la thèse de P. Marichalar se place à la fois au niveau des institutions et au niveau des acteurs, les médecins du travail, pour analyser la manière dont ils vivent, subissent ou subvertissent les contraintes de tous ordres qui font partie intégrante du système. Elle met alors en valeur une dialectique contraintes/marges de manœuvre que l'auteur situe sur le terrain de la subordination ou de l'autonomie des médecins du travail face à leurs employeurs<sup>25</sup>. Un article antérieur faisait état d'une « démedicalisation » de la médecine du travail et du rôle de l'organisme patronal regroupant les président et les directions de service – le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise ou CISME – dans l'évolution pluridisciplinaire des services<sup>26</sup>.

D. Bachet, au terme d'une étude sur les pratiques des médecins du travail, s'étonne du décalage entre celles-ci et les ambitions affichées de la médecine du travail, soit la prévention des atteintes à la santé des salariés du fait de leur travail<sup>27</sup>. Il perçoit alors les conflits intrinsèques à l'exercice de la médecine du travail comme des obstacles à une prévention performante. En observant directement des pratiques, il conclut que, pensée à l'origine pour protéger les salariés, la médecine du travail dysfonctionne. C'est, une fois encore, la faiblesse du groupe professionnel, ici vis à vis des pressions caractéristiques de ses conditions d'exercice, qui est mise en avant.

Des études préalables de la médecine du travail, nous retenons des données générales, et des axes de réflexions : c'est une spécialité dévalorisée, qui est au cœur de conflits politiques, et c'est une médecine salariée, ce qui pose la question de son « autonomie » vis à vis de ses employeurs (surtout quand elle est exercée en service autonome, mais aussi en services interentreprises). Le médecin du travail apparaît vulnérable car son exercice est en tension entre un statut médical idéal et un statut d'intervenant en entreprise, auprès des salariés et des employeurs, qui comporte de nombreux écueils.

Les changements actuels de la médecine du travail gagneraient cependant à être appréhendés en élargissant l'objet de recherche à l'organisation du service de santé au travail, théâtre et acteur de la mise en œuvre de la « pluridisciplinarité ». C'est bien l'institution « médecine du travail » et ses évolutions qui nous intéressent, mais nous voulons les saisir par l'analyse, au niveau méso, du dispositif managérial qu'est la réforme « pluridisciplinaire » des services. Précisons également que j'analyserai dans cette thèse les groupes professionnels et

---

<sup>25</sup> Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire, op. cit.*

<sup>26</sup> Marichalar Pascal, « La médecine du travail sans les médecins? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Politix*, vol. 23, n°91, 2010.

<sup>27</sup> Bachet Daniel, « Des pratiques professionnelles sous tension. L'examen clinique des salariés en médecine du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol.3, n°188, 2011.

leurs interactions sans me prononcer directement sur les effets de leurs pratiques sur la santé des salariés. Le processus de réorganisation du système censé protéger la santé des salariés, les évolutions des services de santé au travail et les rhétoriques mobilisées pour les justifier, me semblent intéressants pour eux-mêmes, au vu de leurs enjeux.

## **2. L'INRS ou l'impossible neutralité dans le domaine des risques et des maladies professionnelles**

Mon insertion dans l'institut qui va financer ma recherche, Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), a contribué à orienter mon questionnement.

J'intègre l'INRS comme stagiaire fin 2008, avec pour mission de réaliser une étude bibliographique sur le thème du suicide au travail. Le stage, rémunéré, sera une première étape en vue d'un contrat de financement de thèse de type CIFRE. Accueillie dans les locaux parisiens, au sein d'une équipe composée d'experts qui se consacrent à un travail d'assistance<sup>28</sup>, mon activité est rattachée au pôle « recherche » de Nancy, et elle est principalement suivie par un sociologue, Éric Drais, et par une psychologue, Valérie Langevin.

### ***Encadré 0.2 L'INRS dans le système de prévention français***

Depuis la loi de 1898, les accidents du travail, puis les maladies professionnelles en 1905, font l'objet d'une indemnisation gérée au niveau de la sécurité sociale. Les caisses régionales de sécurité sociale cumulent un rôle de contrôle et de conseil aux entreprises (dont le montant de la cotisation fluctue en fonction des efforts de prévention) et de promotion et de coordination d'actions de prévention<sup>29</sup>. L'INS (Institut national de sécurité) est créé en 1947 pour seconder les caisses régionales dans la promotion d'une culture de prévention (« l'esprit de sécurité »).

Cette association loi 1901 au fonctionnement paritaire a pour vocation d'être au service des acteurs de la prévention en jouant un rôle que V. Viet et M. Ruffat qualifient de « plaque tournante de l'information entre les producteurs d'études et de recherches concernant la sécurité et les utilisateurs »<sup>30</sup>. Jusqu'à la fin des années 1960, l'INS se concentre sur des activités de création et de diffusion d'informations.

En 1963, la Cour des Comptes se montre critique vis-à-vis de l'institut. Selon elle, il produit une « propagande grand public », et ne s'attèle pas assez à l'éducation et à la formation des personnels de prévention. La Cour des comptes déplore aussi la création de l'INS comme un symptôme du démantèlement du service public : en effet, la sécurité sociale est une institution publique qui délègue une partie de ses attributions à une association privée<sup>31</sup>. Quand, deux ans plus tard, elle constate des

<sup>28</sup> Cette assistance concerne en règle générale les agents des caisses régionales d'assurance retraite et santé au travail (CARSAT), les branches professionnelles organisées en fédérations et les médecins du travail.

<sup>29</sup> Viet Vincent, Ruffat Michèle, *Le choix de la prévention*, Paris, Économica, 1999.

<sup>30</sup> *Ibid.*, p. 122.

<sup>31</sup> *Ibid.*, p. 131.

irrégularités dans la comptabilité de l'INS, elle propose que ses activités soient reprises par la caisse nationale de sécurité sociale, mais le ministère du Travail refuse.

L'INS est tout de même réformé et devient l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles) en 1968. Pour plus de crédibilité et de valeur ajoutée, l'Institut s'oriente vers une activité de recherche sur l'« homme au travail » censée pourvoir un « fondement scientifique solide » aux informations qu'il diffuse<sup>32</sup>.

Aujourd'hui, l'INRS organise son activité autour de priorités définies par son conseil d'administration et fonctionne comme une sorte de bureau d'études de la branche « accidents du travail, maladies professionnelles » de la caisse nationale d'assurance maladie. Subventionné par celle-ci<sup>33</sup>, l'INRS a pour principale mission de « développer et de promouvoir une culture de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles »<sup>34</sup>, ce qu'il fait par quatre biais : la formation, l'information<sup>35</sup>, l'assistance aux entreprises et la recherche.

Cette insertion à l'INRS me permet de découvrir l'aspect institutionnel de la santé au travail et notamment le fait que la santé au travail, dans le système français, est largement négociée<sup>36</sup>. Le fonctionnement de l'Institut reflète ce choix de l'État de se retrancher derrière la négociation entre représentants patronaux et salariés en matière de gouvernance de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles<sup>37</sup>. L'INRS est en effet paritaire et son activité dépend d'un jeu entre partenaires sociaux, dont l'activité de ses agents<sup>38</sup> est largement tributaire. Plusieurs « affaires » secouent l'institution qui mettent en exergue cette dépendance<sup>39</sup>. D'une part, l'INRS joue un rôle actif en faveur d'un usage contrôlé de l'amiante, et contre son interdiction : à cet effet, en 1982, son directeur crée, avec des industriels de l'amiante, le « Comité Permanent Amiante », dont les dirigeants feront l'objet d'une mise en examen début 2012. Une autre affaire emblématique concerne le licenciement pour « faute grave » en 1994 d'André Cicollela, toxicologue, à la veille d'un

---

<sup>32</sup> *Ibid.*, p. 122.

<sup>33</sup> Des financements complémentaires sont également issus d'une activité de formation sur les risques professionnels effectuée par l'Institut.

<sup>34</sup> Source : site internet de l'INRS, [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)

<sup>35</sup> Le travail d'information de l'Institut se fait notamment à travers une publication, connue de tous les médecins du travail, qui s'intitule d'abord « Documents pour les médecins du travail » ou « DMT », avant de prendre en 2011 le titre de « Références en santé au travail » pour s'adapter au changement pluridisciplinaire des services.

<sup>36</sup> Courtet Catherine, Gollac Michel (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, 2012.

<sup>37</sup> Henry Emmanuel, *Amiante : un scandale improbable*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2007.

<sup>38</sup> Le terme d'« agent » est utilisé par les employés de l'INRS et les situe dans une forme euphémisée de salariat de droit privé. Il maintient une ambiguïté quant à leur appartenance à la fonction publique. S'ils ne sont pas fonctionnaires, les « agents » de l'INRS s'inscrivent dans l'action publique de prévention des risques professionnels : ils poursuivent en cela « une mission de service public », selon l'expression de plusieurs agents rencontrés.

<sup>39</sup> À propos du paritarisme des institutions de prévention françaises (CARSAT, ANACT, INRS), P. Davezies, enseignant-chercheur en médecine du travail à Lyon, estime que « tout s'y passe bien tant que l'action se situe délibérément dans la perspective de conciliation des intérêts. En revanche, dès qu'il s'agit de traiter purement et simplement des atteintes à la santé, le poids des représentants patronaux se fait lourdement sentir ». Davezies Philippe, « Convergences, tensions et contradictions entre les différentes approches disciplinaires de la santé au travail », *Performances Santé et fiabilité*, n°5, juillet-août 2002, pp. 14-21.

symposium qu'il organise sur les éthers de glycols. Il est depuis reconnu comme un lanceur d'alerte au sujet de la dangerosité de ces substances chimiques.

Malgré ces exemples qui indiquent une immixtion patronale dans la gestion de l'Institut, sa légitimité prend principalement sa source dans un mythe selon lequel tout discours qui en émane serait « neutre ». Les agents de l'INRS, confrontés dans leur activité quotidienne à des débats ou des pressions, et conscients des enjeux inhérents à leur activité, déploient des efforts pour les neutraliser, les minimiser ou les faire disparaître, dans leurs productions scientifiques et techniques, de communication ou de vulgarisation.

L'ambiance feutrée de l'Institut tranchait avec mes lectures sur la santé au travail et les discours entendus dans les séminaires ou conférences de sciences sociales, dont les auteurs prenaient volontiers position. Ce décalage a attisé ma curiosité et m'a sensibilisée à la question des ambiguïtés du système de prévention. La porte d'entrée que constituait pour moi la problématique du suicide au travail m'a en outre amenée à des lectures qui mettaient en avant les aspects conflictuels de la santé au travail et remettaient en cause l'idée de « neutralité » portée par l'INRS. Depuis les prémices de ma recherche, la dimension de conflit idéologique propre au domaine de la santé au travail m'est donc apparue comme un élément structurant. Dans mes questionnements sur les rapports entre les groupes professionnels dans le cadre de services « pluridisciplinaires », je gardais en tête ce contexte spécifique et les implications politiques des activités professionnelles qui s'y déployaient.

Dans la continuité de l'étude bibliographique rédigée sur le suicide au travail, le projet de thèse que j'ai soumis à l'INRS à l'automne 2009 concernait la division du travail de prévention des « risques psychosociaux » (RPS) dans les services de santé au travail pluridisciplinaires. L'objectif était d'analyser les dynamiques inhérentes au partage du territoire de la prévention des « risques psychosociaux » au sein des services interentreprises de santé au travail, entre leurs acteurs historiques, les médecins du travail, et une main-d'œuvre nouvellement introduite, notamment les psychologues. À cette période, les projets de recherche ayant trait à la prévention des « RPS » étaient bienvenus, ce qui m'a permis d'obtenir l'accord des instances scientifique (conseil scientifique) et paritaire (conseil d'administration) pour mener ma recherche.

### **3. Des « risques psychosociaux » à la « pluridisciplinarité »**

La revue de littérature que j'ai effectuée à l'INRS sur le thème du suicide au travail intégrait des écrits de psychologie, d'épidémiologie, de droit, de philosophie et de sociologie.

J'ai constaté une concurrence entre les disciplines sur la problématisation du suicide au travail, qui avait des incidences sur les modalités de sa mise sur agenda. Une fois que le suicide, et plus généralement les souffrances mentales en lien avec le travail, avaient été « mis en risque », cette concurrence se retrouvait au niveau de leur prévention : au sein-même de l'INRS, le dialogue entre les disciplines n'est pas toujours aisé en ce qui concerne la prévention de ce qui est désormais regroupé sous le terme de « risques psychosociaux » ou « RPS ».

De plus, la coïncidence entre l'ouverture de services anciennement médicaux à divers groupes professionnels au travers d'une réforme et de la montée en puissance de la médiatisation des « RPS » m'interpellait. Le fait de mettre l'accent sur la santé globale de l'individu, notamment sa santé psychique, et non plus sur les pathologies professionnelles, n'a-t-il pas contribué à fragiliser l'emprise des médecins sur les questions de santé au travail ? Un article antérieur, dont nous verrons plus loin qu'il a fait polémique, montre pourtant comment certains médecins revendiquent le traitement de la souffrance mentale au travail pour revaloriser leur métier<sup>40</sup>.

J'ai donc concentré mon attention sur la division du travail de prévention des « RPS » au sein des services de santé au travail, et j'ai mené mes premiers entretiens dans l'objectif de comprendre les logiques qui dominaient dans cette nouvelle division du travail. Or, le thème de la réforme des services et de leur nouvelle organisation « pluridisciplinaire » a émergé dans ces premiers entretiens et a pris beaucoup de place : il restera omniprésent tout au long de ma recherche. Les acteurs rencontrés ne se sont pas tant étendus sur leur travail de traitement des « RPS » que sur leurs conditions de travail et sur les changements organisationnels qui les préoccupaient au quotidien. Ils s'appliquaient surtout à justifier leur légitimité par rapport aux autres et en revenaient souvent à me confier les difficultés qu'ils avaient à se positionner, suite à des évolutions organisationnelles. La « pluridisciplinarité » est alors apparue comme un arrière-plan indispensable à investiguer. J'ai étendu mon enquête à des groupes professionnels qui n'étaient pas directement chargés de la prévention des « RPS » mais étaient concernés par la « pluridisciplinarité », et j'ai alors pris l'organisation, un service de santé au travail, et ses transformations, comme objet de recherche. Au fur et à mesure des entretiens et des observations, ce que je considérais au départ comme un contexte a peu à peu pris le dessus.

---

<sup>40</sup> Salman Scarlett, « Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *Sociologie du travail*, vol 50, n°1, 2008, pp. 31-47.

## Section 2 : Comment penser les tensions qui émergent dans le cadre de la « pluridisciplinarité » ?

La thématique abordée, la « pluridisciplinarité », comporte des écueils. D'une part, la question des modes de collaboration, de leur effectivité, aurait pu faire prendre un tournant normatif, voire évaluatif à la démarche de recherche : le travail au sein des services interentreprises est-il vraiment pluridisciplinaire<sup>41</sup> ? L'est-il suffisamment ? D'autre part, la question de la pertinence d'une approche pluridisciplinaire de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, par opposition à une approche « mono-disciplinaire », est largement rhétorique et brasse des évidences – plusieurs disciplines se sont toujours exprimées et s'exprimeront encore sur les problématiques de santé au travail. En cela, elle est susceptible de neutraliser toute approche critique.

Au-delà de ces questionnements sur la pluridisciplinarité – sans guillemets –, son effectivité ou son bien-fondé, je regarderai la « pluridisciplinarité » comme un dispositif mis en place dans les services de santé au travail. Le point d'entrée choisi, les tensions entre les groupes professionnels (avec une attention particulière au groupe des médecins et à son positionnement), permettra de remonter le fil des enjeux du fonctionnement « pluridisciplinaire ». D'un niveau local, celui des débats entre les groupes mis en présence, nous atteindrons alors, en réinscrivant ces interactions dans un contexte organisationnel actif – celui de services de santé au travail promoteurs d'une nouvelle division du travail – le niveau plus global des représentations conflictuelles de la prévention en santé au travail. Dans ce large programme de recherche, je propose de concentrer l'analyse sur le domaine de la prévention des « risques psychosociaux ». Il jouera un rôle de révélateur des dynamiques conflictuelles à l'œuvre entre professions, organisation, et politique.

### 1. « Pluridisciplinarité » et rapports de pouvoir entre les groupes professionnels

*Dans les services inter, c'est un peu la guerre des plates-bandes ! Les rôles de chacun ne sont pas clairs et il y a des jeux d'acteurs... C'est pas facile de s'imposer face aux médecins du travail.*

Martine, Médecin inspecteur du travail

---

<sup>41</sup> En l'absence de guillemets, cette notion reprend sa signification commune.

Si dans les textes consultés, la « pluridisciplinarité » se présente comme une solution consensuelle, sur le terrain, la question de la nouvelle division du travail apparaît d'emblée problématique. La manière de faire son métier et la légitimité des places respectives dans la division du travail opposent les acteurs. Ces confrontations prennent la forme de conflits larvés qui, en certaines occasions, émergent en une dispute, le comportement d'un acteur professionnel vis-à-vis d'un représentant d'un autre groupe, ou encore ses paroles, en étant le déclencheur. Des conflits infra-professionnels portent également sur les modalités de division du travail. La littérature en sociologie du travail et sociologie des professions dispose d'éléments qui nous aident à comprendre pourquoi la question de la division du travail est si délicate. Elle nous permettra donc d'analyser les rapports entre les médecins et les autres groupes professionnels dans le cadre de la « pluridisciplinarité ».

### ***1.1. Rhétorique professionnelle et interactions***

La division du travail au sein des services de santé au travail fait l'objet d'une concurrence entre les groupes professionnels. Sur mon terrain, elle s'est manifestée explicitement par des discours émanant d'acteurs se faisant porte-parole d'un groupe et revendiquant un territoire professionnel tout en le niant à un autre groupe, à la manière d'Édith, médecin du travail :

*Dès qu'on parle RPS, tout de suite on entend : « psychologues ! » J'ai un gros problème par rapport aux psychologues du travail, parce que j'estime que cette approche individuelle, de prime abord, elle est du domaine du médecin du travail et de l'infirmière.*

Ce discours est clair : le territoire de la prévention des « RPS » fait l'objet d'une concurrence. Celle-ci peut-elle se régler par une assignation de rôles, de l'extérieur ? Pour les sociologues fonctionnalistes, les professions disposent d'une juridiction spécifique parce qu'elles sont en mesure de répondre au problème posé, dans une visée d'intérêt général<sup>42</sup>. Ainsi, les activités exercées par une profession découlent directement de la demande sociale à laquelle elles répondent. Cependant, le fait d'essentialiser les professions et leurs différences ne permet pas de comprendre pourquoi la division du travail crée des conflits entre les groupes. En effet, si les professions s'agençaient les unes à côté des autres en fonction d'un rôle social clairement préétabli, ces conflits n'auraient pas lieu d'être.

Les sociologues néo-wébériens montrent que l'État est un acteur clé dans la dynamique d'institutionnalisation des groupes, ce qui met en avant l'aspect processuel et

---

<sup>42</sup> Parsons Talcott, *The Social System*, New York, The Free Press, 1951.

politique de la construction des professions. La médecine est l'exemple même du succès d'un processus historique d'autonomisation et de monopolisation d'une activité dont le résultat permet de distinguer la profession médicale, qui domine le secteur de la santé et qui jouit d'une autonomie technique – des métiers paramédicaux<sup>43</sup>. C'est au terme d'un « travail rhétorique », fondé notamment sur la réponse à un besoin et sur la notion de compétence, que la légitimité professionnelle peut s'installer et aboutir au monopole d'un groupe sur une activité, validé par les pouvoirs publics<sup>44</sup>. Cette approche pourra donc nourrir notre analyse des conflits interprofessionnels, dans un contexte où les statuts des groupes observés (du médecin au psychologue en passant par l'« assistant santé travail ») sont très inégaux en termes d'institutionnalisation et d'autonomie. Ainsi, nous analyserons ici les discours de revendication des acteurs et la portée institutionnelle de ces discours (leur légitimité est-elle reconnue ? par qui ? de quelle manière ? quels points font débat ?). Pour cela, il importe de prêter attention à la construction des discours justifiant une modalité de division du travail par rapport à une autre, sans réifier les différences entre les représentants d'une profession instituée (les médecins du travail) et ceux des groupes professionnels qui gravitent autour d'elle dans le cadre de la « pluridisciplinarité ».

Les interactionnistes montrent le caractère contextualisé et aléatoire des *professions* au sens anglo-saxon du terme : c'est dans cette optique, par exemple, que L. Karpik décrit l'histoire du positionnement des avocats entre l'État, le public et le marché<sup>45</sup>, ou encore que C. Gadea et D. Demazière invitent à utiliser l'expression de « groupes professionnels » pour décrire des activités dont la constitution en « profession » n'a rien d'une fin nécessaire mais relève bien davantage d'un processus incertain dont l'issue n'est pas jouée d'avance<sup>46</sup>.

E. C. Hughes prépare le terrain à une approche en termes de « groupes professionnels » en attirant l'attention non plus sur les spécificités des *professions* par rapport aux *occupations*, mais sur les processus de division du travail entre les groupes. Il établit ainsi un continuum entre les activités professionnelles, en faisant du processus de distinction de chaque activité un processus social et contingent, fondé sur de multiples interactions. D. Demazière reformule ainsi sa pensée :

« Tout travail est pris dans des faisceaux d'interactions qui portent sur la délimitation des territoires professionnels, qui ont pour enjeux des monopoles et des concurrences, qui visent à redéfinir les attributions, qui

---

<sup>43</sup> Voir Freidson Eliot, *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press, 1970 et Freidson Eliot, *La profession médicale*. Paris, Payot 1984.

<sup>44</sup> Paradeise Catherine, « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, N°1, 1985.

<sup>45</sup> Karpik Lucien, *Les avocats. Entre l'État, le public, le marché. XIIIe-XXe siècle*, Paris, Gallimard, 1995.

<sup>46</sup> Demazière Didier, Gadéa Charles (dir.), *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La Découverte, 2009.

produisent des jugements de légitimité, etc. En ce sens, les différenciations professionnelles sont instables, les métiers sont provisoires, les spécialités sont temporaires »<sup>47</sup>.

D'une part, dans cette approche, un groupe professionnel se construit en interaction avec les autres et avec d'autres acteurs non-professionnels. D'autre part, la demande sociale, loin d'être univoque, est située dans le temps et dans l'espace, ce qui se répercute sur les « licences »<sup>48</sup> des groupes professionnels, soit sur ce qui leur donne une légitimité sur un territoire.

### ***1.2. D'une problématique formulée en termes de « division du travail »...***

En plus de l'arrivée des intervenants « pluridisciplinaires », la réforme des services instaure deux nouveaux métiers : les « infirmières santé travail » et les « assistantes santé travail ». Dans le service étudié<sup>49</sup>, ces métiers, tous deux censés pallier le déficit démographique de médecins du travail en s'acquittant de tâches qui leur étaient autrefois dévolues, sont regroupés sous le terme de « pluridisciplinarité niveau 1 ». Cette nouvelle division verticale du travail s'inscrit dans une problématique classique de la sociologie du travail, avec une différenciation des tâches sur une échelle de prestige.

Les travaux d'E. C. Hughes mettent en avant les inégalités qui caractérisent le processus de division du travail entre des groupes professionnels qui ne jouissent pas du même prestige. Dans notre cas, on suppose que les modalités de division du travail seront touchées par le fait que le médecin et les autres acteurs introduits dans les services n'ont pas le même statut professionnel, et que par conséquent des « glissements de tâches »<sup>50</sup> s'opéreront entre eux en fonction de la valeur attribuée localement à ces tâches. En s'appuyant sur une analyse du milieu médical, E. Hughes décrit en effet une hiérarchisation locale des tâches qui s'accompagne d'un processus de délégation du « sale boulot »<sup>51</sup> entre les médecins et les infirmières, qu'A.-M. Arborio reprend pour expliquer les « glissements de tâches » qui se répercutent des professions médicales les plus prestigieuses jusqu'aux aides-

---

<sup>47</sup> Demazière Didier, « L'ancien, l'établi, l'émergent et le nouveau : quelle dynamique des activités professionnelles ? », *Formation Emploi*, n° 101, vol.1, janvier-mars 2008, pp. 41-54, p. 43.

<sup>48</sup> Hughes Everett C., *Le Regard sociologique*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996

<sup>49</sup> Je présenterai ce service, le SST1, dans la section suivante.

<sup>50</sup> *Ibid.*

<sup>51</sup> *Ibid.*

soignantes<sup>52</sup>. Ces phénomènes ont été plus fréquemment décrits pour expliquer le contenu de l'activité des groupes les moins prestigieux. Qu'en est-il cependant de « ce qu'il reste » aux professions les plus prestigieuses ? Ce que les professions dominantes choisissent de garder sous leur coupe fait-il forcément l'objet d'un consensus ? Par ailleurs, dans le cas des médecins du travail, la délégation du « sale boulot » peut aussi déstabiliser un segment professionnel<sup>53</sup> déjà fragile, dont les activités sont peu valorisées à l'échelle de la profession médicale.

La question d'une identité professionnelle menacée par l'introduction de nouveaux acteurs est abordée par C. Béraud dans ses travaux sur les prêtres confrontés à la montée en puissance des laïcs dans l'Eglise. Cette diversification des acteurs représente, selon elle, une « professionnalisation » de l'activité du prêtre, par opposition au caractère non-professionnel de l'activité de ceux qui l'entourent<sup>54</sup>. Les processus de division du travail qui en découlent s'attachent à maintenir la licence exclusive du prêtre sur certaines tâches clés et à distribuer aux laïcs des tâches considérées comme moins essentielles au métier de prêtre.

Dans le cas de la médecine du travail, la présence de nouveaux acteurs entraîne des débats sur ce qui constitue le « cœur du métier » de médecin du travail, par opposition aux tâches qu'il peut déléguer sans altérer son statut. Les discussions sur la division du travail nous renseigneront donc sur les valeurs attachées aux différentes activités en lien avec la santé au travail. Le contenu du métier se construit dans l'interaction entre les différentes professions. Ces interactions se définissent par des rapports de pouvoir qui joueront sur l'attribution des tâches. Cette dernière nous renseignera sur ce qui est valorisé ou non en santé au travail, et pour quelles raisons.

La littérature nous suggère que le « pouvoir médical »<sup>55</sup> et l'idéologie professionnelle diffusée par les médecins, qui affirme la supériorité du point de vue médical sur les autres approches, pourraient constituer un premier ressort des rapports entre les groupes professionnels. L'analyse des processus de définition du « cœur de métier » et celui de

---

<sup>52</sup> Voir Arborio Anne-Marie, « Les aides-soignantes à l'hôpital : un travail invisible », Paris, Syrios, 2001 et Arborio Anne-Marie, « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, n°13, vol. 3, 1995, pp. 93-126.

<sup>53</sup> Strauss Anselm, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992 [1ère édition américaine 1961].

<sup>54</sup> Béraud Céline, *Le métier de prêtre*, *op. cit.*

<sup>55</sup> E. Freidson étudie le « pouvoir médical » en cherchant à comprendre comment les savoirs professionnels se transforment en pouvoir. Voir Freidson Eliot, *Professional powers. A study of the institutionalization of formal knowledge*, Chicago, The University of Chicago Press, 1986 ; et Hassenteufel Patrick, « Vers le déclin du "pouvoir médical" ? Un éclairage européen, France, Allemagne, Grande Bretagne », *Pouvoirs*, 89, 1999, p. 51-64.

délégation du « sale boulot » pourrait nous amener à identifier des ressorts de domination qui s'ajouteraient aux dynamiques professionnelles.

D'une part, si la forte féminisation de la profession de médecin du travail décourage à première vue une analyse de leurs relations avec les infirmières et les assistantes en termes de rapports de genre<sup>56</sup>, le groupe professionnel des médecins est marqué par une symbolique virile<sup>57</sup>. Je garderai en tête un possible rôle de stéréotypes liés au genre dans la cristallisation de conflits sur la division du travail. L'argumentation sur laquelle se fonde la construction de distinctions entre des tâches nobles et des tâches moins nobles, entre un groupe « expert » et un groupe « de premier niveau » pourrait par exemple emprunter à une conception genrée de l'activité professionnelle au sein des services de santé au travail.

D'autre part, des éléments biographiques et sociologiques tels que l'âge, l'origine sociale ou le parcours professionnel des acteurs en présence sont également susceptibles d'influer sur les termes des négociations. Par exemple, on suppose qu'un acteur dont la trajectoire professionnelle est ascendante sera encore partiellement identifié par son assignation antérieure (secrétaire, infirmière) et aura donc davantage de difficultés à s'imposer sur le territoire professionnel revendiqué, sur lequel il a pourtant acquis une légitimité formelle.

Enfin, les possibilités de prise de parole et les marges de négociation des acteurs dépendront aussi probablement de leur statut dans l'organisation, notamment leur statut d'emploi. En cela, les options prises par le management pourraient s'avérer décisives : par exemple, le choix d'embaucher en interne des « intervenants en prévention des risques professionnels » ou bien de les rassembler dans une structure distincte présenterait des conséquences sur leurs interactions avec les médecins.

Les données empiriques collectées nous permettront d'analyser la manière dont ces différents ressorts jouent entre eux. Ils peuvent en effet se renforcer mutuellement, ou, au contraire, s'annuler ou s'atténuer au contact les uns des autres, en fonction de configurations précises.

---

<sup>56</sup> Béréni Laure, Chauvin Sébastien, Jaunait Alexandre et Anne Revillard, *Introduction aux études sur le genre*, Bruxelles, de Boeck (2<sup>e</sup> édition).

<sup>57</sup> Des sociologues ont constaté l'absence de « modèle féminin » dans la profession médicale. Bien que ce constat ait été fait avant que la féminisation de la médecine atteigne l'ampleur qu'elle a aujourd'hui, on peut supposer que le groupe professionnel est encore marqué par son histoire. Bungener Martine, Paicheler Geneviève « Trajectoires sociales, carrières et satisfaction financière : aspects de l'évolution de la profession médicale en France (1930-1980) », in Lucas Yvette, Dubar Claude (dir.), *Genèse et dynamique des groupes professionnels*, Presses Universitaires de Lille, 1994.

### *1.3.... à une problématique formulée en terme de « conflits de territoire »<sup>58</sup>*

En plus des acteurs rejoignant les services dans l'objectif avoué de pallier le manque de main-d'œuvre médicale, différents groupes professionnels sont introduits pour compléter l'action des médecins par des points de vue disciplinaires divers. Dans ce cadre, désigné au sein du SST1 comme la « pluridisciplinarité niveau 2 », la verticalité des processus de division du travail ne va pas de soi. Contrairement aux infirmières ou aux assistantes, dont le statut subalterne vis-à-vis du médecin, qui est officiel, participe grandement à la régulation de leurs interactions, d'autres groupes professionnels se présentent davantage comme des représentants de domaines parallèles, ce qui devrait entraîner une horizontalité des processus de division du travail.

Plus que la division des tâches pour elle-même, ce sont les groupes et les lignes de fractures qui se dessinent entre eux qui retiendront notre attention. La pertinence, pour notre objet, de la sociologie des professions, vient notamment de ce qu'elle souligne les processus de négociation des places entre les groupes<sup>59</sup> et les conflits de territoires<sup>60</sup>. Elle nous permet de regarder la construction des frontières de chaque groupe comme un ensemble d'interactions. A. Strauss perçoit les conflits interprofessionnels sous l'angle de la négociation d'un « ordre » construit localement et qui conviendrait à chacun à un moment donné. A. Abbott voit les ajustements entre professions comme le fruit d'un « système » au sein duquel les places font l'objet d'une concurrence<sup>61</sup>. Les professions se présentent alors comme des écologies, soient des entités avec des règles propres, qui aspirent à se développer et à s'emparer de telle ou telle sphère d'activité qu'elles transforment en « juridiction » par des savoirs professionnels et des revendications auprès des pouvoirs publics. Le fait de penser en termes d'écologie permet de prendre en compte l'activité des professions, mais aussi leur structuration et leur démographie, qui, dans le cas de la médecine du travail, n'est pas anodine. Ainsi, la sociologie des professions nous permet d'observer les rapports de pouvoir de façon dynamique, comme s'exerçant à l'intérieur d'un processus de division du travail caractérisé par le conflit et la négociation.

Dans le cadre de l'évolution des services de santé au travail, nous regarderons avec intérêt la manière dont les différents groupes tentent de s'auto-définir ou de délimiter leurs frontières, et dont ils font l'objet de définitions assignées de l'extérieur. Il n'existe pas de

---

<sup>58</sup> Abbott Andrew, *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, The University of Chicago Press, 1988.

<sup>59</sup> Strauss Anselm, *La trame de la négociation*, op. cit.

<sup>60</sup> Abbott Andrew, *The System of Professions*, op. cit.

<sup>61</sup> *Ibid.*

place préconçue pour chacun des groupes professionnels. Or, aussi bien les acteurs eux-mêmes que leur hiérarchie expriment une volonté que chacun « reste à sa place » sans empiéter sur celle des autres. La réforme des services de santé au travail organise un nouveau processus de division du travail. Ce faisant, elle entraîne des conflits juridictionnels dans lesquels chaque groupe dispose de ressources et de contraintes spécifiques qui jouent sur sa capacité à conserver une juridiction ou en acquérir de nouvelles.

Sur le terrain, les médecins et les IPRP décrivent volontiers les tensions entre eux comme des « jeux d'acteurs ». Le vocabulaire de l'analyse stratégique de M. Crozier et E. Friedberg<sup>62</sup>, ici repris à leur compte par les protagonistes, met l'accent sur les intérêts individuels de chacun dans des situations données plutôt que sur des dynamiques collectives. Il insiste aussi sur les rapports de pouvoir comme « jeux » issus d'interactions locales davantage que comme le fruit de déterminants structurels tels que la domination médicale. La sociologie des organisations de M. Crozier permet de voir le « pouvoir » de certains acteurs comme un ensemble de ressources actionnées, en situation : le pouvoir ne se possède pas, mais s'exerce, et l'issue d'un conflit dépend ainsi de nombreuses données propres à la situation.

Ces tensions émergent au cours d'un processus de réforme des services de santé au travail, en pleine période de bouleversements juridiques et organisationnels. En premier lieu, le fait que ces conflits se déroulent dans le cadre des services de santé au travail doit être investigué : ces organisations ne fournissent-elles pas davantage qu'un « cadre » à ces conflits ? Ne jouent-elles pas, à travers leur fonction de management, un rôle dans la définition des termes des conflits ? En second lieu, puisque c'est une réforme qui est à l'origine de cette refonte de l'activité des services, la « pluridisciplinarité » apparaît comme un dispositif d'action publique.

## **2. La « pluridisciplinarité » : une menace pour l'autonomie des médecins du travail ?**

La « pluridisciplinarité » apparaît mêlée à d'autres mesures qui font évoluer l'activité des services interentreprises : les normes de « qualité » font leur apparition, et avec elles un objectif d'harmonisation des pratiques.

Pour relier entre eux des éléments propres aux acteurs professionnels et à leurs disputes et des éléments propres au contexte institutionnel et à ses contraintes, la littérature en sociologie des groupes professionnels nous suggère de regarder la mise en œuvre de la

---

<sup>62</sup> Crozier Michel, Friedberg Erhard, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977.

« pluridisciplinarité » comme un instrument au service de la rationalisation de l'activité des services. D'une part, elle nous permet de la voir comme le vecteur d'une définition de l'activité de médecine du travail qui concurrence celles qui sont élaborées au sein même de la profession. D'autre part, elle nous permet de formuler l'hypothèse que le dispositif « pluridisciplinaire » s'inscrit dans une transformation de l'organisation dans une visée d'efficacité : il aurait donc une portée gestionnaire<sup>63</sup>. Dans cette hypothèse, les conflits de juridiction pourraient ainsi être rapportés à des logiques plus larges que des logiques purement professionnelles.

Les professions au sens anglo-saxon du terme sont souvent définies par leur autonomie vis-à-vis de l'extérieur<sup>64</sup>, or de plus en plus de « professionnels » se retrouvent salariés d'organisations ou d'entreprises. La sociologie a donc dû repenser les liens entre professions et organisations, et, notamment, cesser de systématiquement les opposer.

Il a tout d'abord été heuristique de distinguer deux modèles, un « professionnel » et un « organisationnel »<sup>65</sup>. Dans notre cas, cette distinction met l'accent sur le fait que, parce qu'ils sont médecins et salariés, les médecins du travail sont en tension constante entre le modèle professionnel (et la référence à la médecine) et le modèle organisationnel (et la référence aux entreprises qui les salarient). Une recherche américaine sur les médecins d'entreprises ou « *company doctors* »<sup>66</sup>, observe que ces médecins oscillent entre un positionnement de « travailleur en équipe », qui se caractérise par un ancrage fort dans l'organisation (participation enthousiaste aux réunions, appropriation des buts de l'entreprise) et un positionnement de « blouse blanche », qui se caractérise par une carrière marquée par l'appartenance au groupe professionnel des médecins (importance de publier dans des revues médicales, d'être présent ou de communiquer dans des colloques de médecine par exemple)<sup>67</sup>.

Dans le cas des services interentreprises français, les médecins ne sont pas embauchés directement par les entreprises dont ils suivent les salariés, contrairement aux « *company*

---

<sup>63</sup> Pour S. Maugeri, le terme de dispositif allie « techniques de gestion, rhétorique managériale, idéologie professionnelle et technologie ». Bien que j'explore ici peu sa dimension technologique – présente toutefois à travers les logiciels de mobilisation des intervenants « pluridisciplinaires » – la « pluridisciplinarité » semble concentrer ces éléments et incarner un « dispositif ». Maugeri Salvatore (dir.), *Délit de gestion*, Paris, La Dispute, 2001, p. 13.

<sup>64</sup> Que cette autonomie soit considérée comme fonctionnelle, dans l'intérêt du bien commun, comme chez T. Parsons, ou comme une visée propre aux groupes professionnels, afin de détenir un monopole sur un territoire, comme chez les néo-wébériens Eliot Freidson et Andrew Abbott. Parsons Talcott, « The Professions and Social Structure », *Social Forces*, vol. 17, n° 4, 1939, p. 457-467. Freidson Eliot, *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago, University of Chicago Press, 1970 ; Abbott Andrew, *The System of Professions*, *op. cit.*

<sup>65</sup> Glaser Barney G., *Organizational careers: a sourcebook for theory*, Chicago, Aldine Publishing, 1968.

<sup>66</sup> Draper Elaine, *The company doctor. Risk, responsibility and corporate professionalism*, New York, Russell Sage Foundation, 2003.

<sup>67</sup> Cette analyse rejoint celle de B. Glaser sur les carrières « cosmopolites » ou « locale ».

*doctors* » qu'étudie E. Draper. Le « modèle organisationnel » proposé aux médecins n'est donc pas celui d'une entreprise et de ses objectifs en termes de production ou de bénéfices, mais celui des services de santé au travail réformés. Il repose sur une division du travail « pluridisciplinaire » et une organisation rationalisée. Ce modèle prend la forme, entre autres, de nouvelles règles professionnelles, qui n'émanent pas des médecins eux-mêmes mais de leurs employeurs.

J. Evetts identifie plusieurs types de « professionnalismes » concurrents<sup>68</sup>. Elle s'appuie notamment sur la distinction établie par C. McClelland entre des normes professionnelles que le groupe se fixe lui-même, qui forment un « *professionalism from within* » et les normes professionnelles qui lui sont imposées de l'extérieur – qui forment un professionnalisme « *from above* »<sup>69</sup>. Elle propose alors deux conceptions idéales-typiques du professionnalisme : un professionnalisme « occupationnel »<sup>70</sup> et un professionnalisme « organisationnel ».

Dépasant l'idée d'une autonomie immuable des professions comme critère ultime de définition de la profession, et par conséquent l'opposition radicale entre logique professionnelle et logique organisationnelle, V. Boussard, D. Demazière et P. Milburn, décrivent une « injonction au professionnalisme »<sup>71</sup>, émanant de l'organisation – plus précisément, de la hiérarchie – dont beaucoup de groupes font l'objet. Que les groupes professionnels intègrent ou rejettent ces éléments qui leur sont proposés ou imposés par leur hiérarchie dans leur conception d'eux-mêmes comme professionnels, il n'en existe pas moins plusieurs versions concurrentes d'un « bon professionnel », dont certaines sont créées et se développent en dehors du groupe professionnel lui-même. Cette proposition théorique met l'accent sur l'imbrication entre l'autonomie et l'hétéronomie des professions : s'inscrivant dans un marché, mais aussi dans un contexte juridique national, les professions sont

---

<sup>68</sup> Voir Evetts Julia, « The management of professionalism, a contemporary paradox », in Sharon Gewirtz, Pat Mahony, Ian Hextall, Alan Cribb (dir.), *Changing Teacher Professionalism. International trends, challenges and ways forward*, London, Routledge, 2009 et Evetts Julia, « A new professionalism? Challenges and opportunities », *Current Sociology*, n°59, vol.5, 2011, pp. 406-422.

<sup>69</sup> Mc Clelland C.E., « Escape from freedom? Reflections on german professionalization 1870-1933 », in Torstendahl Rolf, Burrage Michael, *The Formation of Professions : knowledge, state and strategy*, London, Sage, 1990. Je m'appuierai dans cette thèse davantage sur la distinction opérée par McClelland que sur celle proposée par J. Evetts car les expressions de « *from within* » et « *from above* » permettent de mettre l'accent sur les limites du groupe professionnel (ce qui lui est interne et ce qui lui est externe). Ainsi, les « injonctions » bureaucratiques et organisationnelles sont englobées dans le même terme.

<sup>70</sup> C'est ainsi, très littéralement, que le terme d'« *occupational professionalism* » est traduit dans l'ouvrage suivant : Dubar Claude, Tripiet Pierre, Boussard Valérie, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, 3<sup>e</sup> édition 2011.

<sup>71</sup> Boussard Valérie, Demazière Didier, Milburn Philip (dir.), *L'injonction au professionnalisme*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2010.

perméables à des enjeux divers qui ne les laissent pas libres de suivre une logique « professionnelle » purement autonome.

La littérature nous suggère donc l'hypothèse que la « pluridisciplinarité », avec ce qu'elle implique de changements du contenu de l'activité des médecins du travail, constitue pour ces derniers une forme d' « injonction au professionnalisme », à laquelle ils réagissent de différentes manières, que notre analyse nous permettra de caractériser.

### **3. La « pluridisciplinarité » comme instrument d'action publique : rationalisation du système de prévention et dépolitisation de la santé au travail**

Les acteurs que je rencontre dans les services de santé au travail ou dans des institutions régionales de santé au travail sont partie prenante d'une réforme dont je dois d'abord chercher à démêler les ressorts. Comment la « pluridisciplinarité » est-elle apparue comme l'unique voie de salut pour la médecine du travail, et comment cette notion est-elle introduite, puis imposée, par le biais de la réforme ? La mise sur agenda politique de la réforme de la médecine du travail s'appuie sur des critiques externes du système de médecine du travail et sur des difficultés internes au groupe, qui ont trait notamment à la démographie déclinante des médecins du travail. Cette réforme peut être envisagée comme la confrontation d'acteurs professionnels – les médecins – à de nouvelles normes managériales, inspirées du Nouveau management public. Nous ne souhaitons pourtant pas cantonner notre analyse dans cette opposition mais y inclure les différents acteurs et groupes professionnels nouvellement mis en présence afin d'obtenir un tableau plus nuancé des évolutions en cours<sup>72</sup>. Ainsi, dans le déroulement même du travail de recueil de données, nous avons établi qu'une analyse des aspects juridiques et institutionnels de la « pluridisciplinarité » constituait un premier élément incontournable pour expliquer les enjeux de la réforme sur les luttes juridictionnelles.

Cependant, la réforme n'a pas pour nous le statut d'un simple « contexte ». En effet, une action publique est-elle « un commandement visant à résoudre un problème au nom du bien commun ; ou bien un vaste espace de négociation et de relations de pouvoir entre une

---

<sup>72</sup> Voir Bezes Philippe, Demazière Didier, Le Bianic Thomas, Paradeise Catherine, Normand Romuald, Benamouzig Daniel, Pierru Frédéric, Evetts Julia, « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du travail*, vol. 53, n°3, 2011, p. 293-348. Les auteurs proposent d'analyser les relations entre New Public Management et professions en dépassant leur opposition et notamment, pour ce faire, de « prendre en compte une pluralité de groupes professionnels concernés et partant de considérer aussi les relations qu'ils entretiennent entre eux ». L'objet « pluridisciplinarité », à la fois injonction managériale et mise en coprésence de différents groupes, incite à faire de même.

multitude d'acteurs privés et publics »<sup>73</sup> ? Pour comprendre la réponse « pluridisciplinaire » élaborée par les pouvoirs publics au problème de l'organisation des services de santé au travail, nous nous situerons, en phase avec les évolutions de la sociologie de l'action publique, dans la seconde perspective et nous regarderons la manière dont le dispositif « pluridisciplinarité » est mis en œuvre et approprié dans les services interentreprises de santé au travail. Les instruments dont se dote l'action publique ne sont « pas axiologiquement neutres et indifféremment disponibles »<sup>74</sup>, c'est-à-dire qu'ils ne se valent pas et véhiculent des valeurs. Ils ont des effets politiques, notamment en ce qu'ils organisent des relations de pouvoir. La pluridisciplinarité apparaît ainsi comme une « utopie mobilisatrice »<sup>75</sup> dont les fondements ne sont pas remis en cause, à l'image de l'utopie réformatrice décrite par J.-L. Metzger. Ce dernier met en avant la notion d'utopie dans sa description d'une « réforme permanente » d'un service public. Il montre que la volonté de modernisation que porte cette utopie implique une généralisation de la logique marchande sous couvert d'un objectif de meilleure coordination entre les acteurs. De la même manière, la « pluridisciplinarité » porte une vision du monde construite en fonction d'intérêts, de valeurs, de normes. Dans ce cadre, on peut penser que les managers issus de la réforme de la médecine du travail travaillent à la promotion de l'utopie réformatrice « pluridisciplinaire » et à la légitimation d'une logique marchande dans l'activité des services. Ainsi, la « pluridisciplinarité » permettrait de réformer le système en se focalisant moins sur le fond que sur la forme. Le processus de réforme de la médecine du travail est laborieux : les négociations sociales sont longues et les débats achoppent notamment sur la question de la pertinence de conserver un certificat d'aptitude. Les partenaires sociaux ne sont pas prêts à s'engager dans une réforme de fond. La « pluridisciplinarité » permet 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.

Grâce aux instruments d'action publique, le pouvoir, sa légitimité, sont désormais moins débattus que la résolution de problèmes, sans que soit rendu visible le fait que la manière de poser le problème et les moyens proposés pour parvenir à le résoudre reflètent des rapports de pouvoir. Ainsi, en santé au travail, la question cruciale de l'objectif de l'action de prévention (et de son destinataire) est délaissée au profit d'une optique de résolution de

---

<sup>73</sup> Lascoumes Pierre, Le Galès Patrick, *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2012, p. 25.

<sup>74</sup> *Ibid.*

<sup>75</sup> Cité dans l'ouvrage suivant : Maugeri Salvatore (dir.), *Délit de gestion, op. cit.*, p. 16. J.-L. Metzger définit ainsi ces utopies : « leur propagation même les nimbe d'un halo mythologique, d'une puissance imaginaire qui leur confère le pouvoir de résoudre tous les problèmes rencontrés dans l'entreprise ».

problème : le fait d'envisager la « santé au travail » dans sa complexité pour mettre en œuvre les moyens les plus exhaustifs possibles à son service, ambition affichée et souvent louée de la « pluridisciplinarité », occulte les enjeux politiques de la prévention.

Les rapports de pouvoir entre les groupes professionnels et leur hiérarchie sont donc modifiés, sous couvert d'évolutions purement « organisationnelles ». Ce cadre théorique souligne la pertinence de l'analyse d'A. Abbott quant au rôle de l'action publique dans les « conflits de territoires »<sup>76</sup> : loin d'être un simple « auditoire », l'État constitue une « écologie » intrinsèquement liée aux écologies professionnelles<sup>77</sup>. Les formes que prend la concurrence entre les professions peuvent être fortement déterminées par le contexte social ou politique, par des facteurs externes et non pas uniquement par des caractéristiques propres aux groupes professionnels en concurrence.

La « pluridisciplinarité » marque l'avènement d'une nouvelle rationalisation des services de santé au travail, impulsée par l'État et prolongée par l'action des directions de services. Ces évolutions entraînent des interactions entre professions et l'apparition de nouveaux groupes professionnels. En cela, notre objet de recherche montre la pertinence d'éclairer les évolutions des groupes professionnels par l'analyse de l'action publique et de sa mise en œuvre au sein des organisations.

### ***Encadré 0.3 Prendre le terrain au mot. Quand l'étude de la terminologie se confond avec l'enquête sociologique***

Cette enquête s'appuie sur les différents usages d'un terme : la « pluridisciplinarité ». A. Borzeix juge pauvre la conception du langage par les sciences sociales : il est tour à tour perçu comme « reflet », « véhicule » ou « transparent »<sup>78</sup>. Elle plaide pour en faire un véritable outil d'analyse en sociologie du travail. En accord avec cette démarche, je me suis efforcée, tout au long de cette thèse, d'aller au-delà des évidences langagières et de ne pas naturaliser les termes employés sur le terrain. L'interrogation de la terminologie officielle, et de son appropriation par les acteurs, des significations subjectives qui lui sont attribuées, fait partie intégrante de l'enquête sociologique.

Ainsi, j'ai questionné les termes qui semblaient appartenir à un vocabulaire propre au monde professionnel étudié. Rhétoriques professionnelles et rhétorique réformatrice créent et diffusent des formulations nouvelles qui charrient parfois plusieurs strates de sens et d'interprétations, portent plusieurs types d'héritages, s'épaississent à mesure qu'elles vivent et dialoguent. C'est le cas par exemple de l'expression « santé travail », qu'elle soit utilisée seule ou apposée à d'autres termes (« plan santé travail », « infirmière santé travail »). Je regarderai ces expressions comme émanant d'un « Logos gestionnaire », qui, comme l'a montré V. Boussard, a une valeur performative qui permet de parler de « pratiques discursives »<sup>79</sup>.

<sup>76</sup> Abbott Andrew, *The System of Professions*, op. cit.

<sup>77</sup> Abbott Andrew, « Écologies liées : à propos du système des professions », in Menger, Pierre-Michel, *Les professions et leurs sociologies*, Paris, Éditions de la MSH, 2003.

<sup>78</sup> Borzeix Anni, « Le langage, une dimension négligée en sociologie du travail », in Jacques-Jouvenot Dominique (dir.), *Comment peut-on être socio-anthropologue ? Autour de Pierre Tripier*, Paris, L'Harmattan, 2003, pp. 93-126, dont pp. 96 à 98.

<sup>79</sup> Boussard Valérie, *Sociologie de la gestion. Les faiseurs de performance*, Paris, Belin, 2008, p. 121.

J'ai enfin noté des allers-retours sémantiques entre certaines formulations indigènes et le vocabulaire sociologique. Par exemple, quand A. Abbott parle de territoires professionnels<sup>80</sup>, les acteurs professionnels utilisent des métaphores similaires (avec des expressions de type « on empiète sur leur territoire »), ce qui souligne la pertinence de l'idée de positionnement spatial des acteurs les uns par rapport aux autres.

## Section 3 : Une enquête dans les services de santé au travail : cheminement méthodologique

### 1. Accès au terrain

#### *1.1. La région comme unité d'observation*

J'ai choisi d'ancrer mon étude au niveau régional car plusieurs éléments me permettaient de supposer que la promotion du passage à la « pluridisciplinarité » était activée à cette échelle, et que la région choisie, en particulier, me donnerait matière à observation. En effet, des discours sur la réforme des services de santé au travail étaient produits et diffusés en nombre depuis cette région *via* un site Internet d'information à portée nationale. De plus, cette région était réputée pionnière, notamment grâce à un réseau de prévention dynamique et au Professeur de médecine du travail local, le professeur Pierre L., personnalité publique influente. Elle me permettrait donc d'observer la « pluridisciplinarité » depuis sa promotion dans diverses instances régionales jusqu'à sa mise en œuvre dans les services de santé au travail.

J'ai commencé par une série d'entretiens exploratoires à l'échelle de la région. Des agents de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), de l'agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), des chargés d'études de l'Institut local de médecine du travail, des universitaires, ont été mes premiers interlocuteurs. Ils constituaient des entretiens faciles à obtenir avec ma « carte de visite » de l'INRS – qui était pour eux un partenaire identifié et respecté. Ces entretiens avaient au départ une visée informative. Cependant, la littérature méthodologique en sciences sociales nous met en garde contre l'utilisation des entretiens

---

<sup>80</sup> Abbott Andrew, *The System of Professions*, *op. cit.*

comme des « témoignages », notamment rétrospectifs<sup>81</sup>. Ces entretiens n'avaient donc pas vocation à retracer une chronologie exacte des évolutions « pluridisciplinaires » dans la région. Je les voulais à la fois complémentaires d'une recherche documentaire qui me donnerait certains repères dans le temps et, surtout, un point de départ pour l'investigation des représentations des acteurs de la région concernant la réforme et les nouvelles collaborations.

Ces entretiens se sont caractérisés par l'aspect policé des interactions qu'ils ont suscité, certains acteurs ne souhaitant manifestement pas s'éloigner du discours porté officiellement par leur institution, redoutant et évitant alors habilement mes questions qu'ils estimaient délicates. Ce début d'enquête a cependant fait poindre des controverses et des malaises, voire dans certains cas, des questionnements exprimés subjectivement. Ainsi, par exemple, le fait que les acteurs rechignent à répondre à des questions concernant les partenariats régionaux m'a indiqué l'existence de dissensions quant à la place légitime des différents partenaires dans le système de prévention régional.

Au terme de cette première série d'entretiens, je visualisais le réseau régional et j'avais pris contact avec quelques personnes ressources qui m'avaient permis de m'introduire dans les services de santé au travail. J'avais également identifié la « pluridisciplinarité » comme un problème reflétant les contradictions des services de santé au travail, davantage que comme une solution permettant de les en extraire – à l'encontre du discours officiel.

## ***1.2. L'ébauche d'un terrain principal et de terrains secondaires***

J'ai obtenu par le biais d'un médecin de l'INRS les coordonnées du « médecin coordinateur » d'un important service interentreprises de santé au travail de la région, que j'appellerai le SST1. J'effectuerai deux entretiens avec lui, lui faisant part de ma volonté d'observer son service. Son intervention en ma faveur montrant des résultats mitigés auprès de ses confrères, j'ai contacté mes futurs enquêtés (dans un premier temps, des médecins) en passant par le secrétariat du service de santé au travail en question, et de deux autres services de la région, les SST2 et 3. J'élargirai dans un second temps mon enquête à d'autres groupes professionnels, puis à d'autres services.

---

<sup>81</sup> Les auteurs pointent la propension des acteurs à modifier les faits, sciemment ou non, pendant l'entretien. Voir notamment : Peneff Jean, *La méthode biographique*, Paris, Armand Colin, 1990 ; Hamman Philippe, « Quand le souvenir fait le lien... de la délimitation des domaines de validité des énoncés recueillis par le sociologue en situation d'entretien », *Sociologie du travail*, n°44, vol. 2, 2002, p. 175-191 et Descamps Florence, Weber Florence, Müller Bertrand, « Archives orales et entretiens ethnographiques. Un débat », *Genèses*, n°62, mars 2006, pp.93-109.

Si certaines personnes se sont avérées difficiles à joindre, je me suis rarement heurtée à des refus directs. Au SST2, cependant, obtenir l'aval de leur hiérarchie représente un préalable important pour les personnes contactées. En règle générale, les salariés du SST1 parvenaient à se rendre disponibles pour me rencontrer. En dehors de la région étudiée, j'ai effectué des observations ou des entretiens ponctuels dans divers services inter-entreprises qui seront désignés ici sous les noms de SST4, 5 et 6.

Le SST1 a progressivement acquis un statut spécial dans mon recueil de données, jusqu'à me tenir lieu de « terrain principal ». Après des premiers entretiens avec des médecins et des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), j'ai pris contact avec différents types de personnel, à tous les niveaux hiérarchiques : infirmières, secrétaires, assistantes « santé travail », personnel de direction. Mon objectif était d'obtenir une vision transversale de l'organisation et de sa politique en matière de « pluridisciplinarité ». Cette entrée privilégiée était due à une facilité de ma part à me rendre sur place en dernière minute, ou pour un seul entretien<sup>82</sup>. Le SST1 est ainsi devenu le centre de ma recherche et j'ai analysé les données que j'y ai recueillies en relation les unes avec les autres, dans un souci de compréhension d'un système, certes local, mais perçu dans son ensemble.

Les données collectées dans les autres services, dans lesquels je n'ai pas eu accès à une vision aussi globale de l'organisation, présentent alors un intérêt double. D'une part, elles donnent accès à une connaissance sociologique plus fine et « horizontale » de chaque groupe professionnel en tant que tel, en particulier les médecins et les psychologues du travail (débat internes à la profession, engagement dans le métier). D'autre part, les choix organisationnels du SST1 apparaissent clairement comme tels par contraste avec les options prises par d'autres services observés<sup>83</sup>. Enfin, les SST2 et 3 s'inscrivent dans le même contexte régional que le SST1 et lui sont donc d'autant plus comparables. Les SST4, 5 et 6, au sein desquels mon recueil de données a été moins suivi, ont au contraire présenté l'intérêt de me donner à voir des pratiques et des configurations qui ne s'inscrivaient pas dans ce contexte régional spécifique et en faisaient ressortir l'originalité.

---

<sup>82</sup> Le siège du SST1 et certaines de ses antennes étaient facilement accessibles depuis mon domicile. Même si j'organisais des périodes de présence sur le terrain en groupant mes entretiens et mes observations, je pouvais aussi me plier aux disponibilités des uns et des autres en dernière minute et disposais d'une grande souplesse dans mes déplacements. Cependant, ces nombreuses allées et venues en train n'ont été possibles que parce que ces trajets étaient pris en charge par mon financeur.

<sup>83</sup> Par exemple, le SST1 choisit de recruter des IPRP qualifié (à bac +5) et des assistantes santé travail, tandis qu'un autre service visité fait le choix d'avoir des IPRP de différents niveaux de qualifications, mais ne dispose pas d'assistantes « santé travail ».

### 1.3. Le terrain « militant »

En dehors du terrain régional, j'ai suivi les rencontres d'un groupe militant, l'association Santé et médecine du travail (A-SMT). Leur journée d'étude du printemps 2010 avait pour thématique : « Pratiques et Responsabilité des médecins du travail face aux risques psychosociaux induits par les organisations du travail ». Je m'y suis rendue en pensant me fondre dans la foule. En réalité, mon arrivée a été remarquée dans cette petite salle où une vingtaine de militants qui se retrouvent depuis des années s'invectivaient familièrement. Ce sont uniquement des médecins du travail, qui avaient pour la plupart largement dépassé cinquante ans. Seules deux praticiennes semblaient avoir été attirées par l'intitulé de la journée et n'être pas des habituées de ces rassemblements, mais l'atmosphère conviviale les intégrait sans peine aux débats.

Je me suis présentée et ai justifié ma présence par la proximité entre cette thématique et celle de mon projet de thèse. Je suivrai ces rencontres biennuelles pendant mes deux années de terrain. L'A-SMT rassemble certains membres du syndicat national des professionnels de la santé au travail (SNPST), dont j'ai par la suite observé des rassemblements. Certains de ces mêmes médecins sont aussi impliqués dans la création et l'animation d'une association professionnelle d'échange de pratiques appelée « E-Pairs », dont j'ai suivi les journées annuelles. L'association se donne pour objectif l'échange de pratiques entre pairs, dans le cadre juridique de l'« évaluation des pratiques professionnelles » (EPP). Selon P. Marichalar :

« L'organisme s'inscrit dans la ligne historique du syndicat [le SNPST] en prônant que les pratiques des médecins ne peuvent être légitimement évaluées que par leurs pairs (...). L'association E-Pairs se distingue nettement d'autres organismes mis en place à la même époque, qui basent leur fonctionnement sur une comparaison entre les pratiques des médecins et les référentiels produits par les autorités scientifiques ou publiques »<sup>84</sup>.

Il s'agit donc d'une forme de réseau de médecins militants se retrouvant dans plusieurs types de structures<sup>85</sup>.

Ce réseau et la région étudiée ont très peu en commun, et j'ai d'abord déploré ce manque de liant : la différence est telle entre les deux « terrains » que j'ai craint que ces observations ne soient, au final, inutiles et inutilisables. Malgré l'absence apparente de lien avec mon terrain régional, j'ai continué à suivre ce deuxième « pan » de mon travail de

---

<sup>84</sup> Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire ?*, op. cit., p. 256.

<sup>85</sup> Dans sa thèse, P. Marichalar s'est penché sur ces groupes militants qu'il qualifie de « méfiants » vis-à-vis de leur statut de médecins salariés. Selon lui, ces médecins ont en commun un désir et une revendication : « se gouverner eux-mêmes ». *Ibid.*, pp. 250-265.

terrain. En effet, les débats étant pour ainsi dire absents dans la région étudiée, il était précieux pour moi d'aller les chercher ailleurs. Les discussions portant sur la réforme et l'identité professionnelle m'ont aidée à comprendre les enjeux des évolutions juridiques des services de santé au travail pour le groupe professionnel des médecins. Plus qu'à des discours « représentatifs », j'ai ainsi eu accès à une réflexivité vis-à-vis de la pratique de la médecine du travail qui m'a donné des clés pour la compréhension des logiques professionnelles et de l'évolution des services de santé au travail, ainsi que l'exprime F. Champy :

« Tous les professionnels n'incluent pas dans leur travail une réelle délibération sur les fins de leur activité. Ceux qui le font sont même probablement une minorité. Mais le rapport que cette minorité entretient avec son travail révèle une potentialité générale inscrite dans les pratiques et pèse significativement sur l'activité de la profession ».<sup>86</sup>

De plus, ce terrain m'a permis de percevoir les luttes de territoires et des luttes politiques larvées, dissimulées par le consensus apparent auquel je me heurtais sur mon terrain régional. Le fait que le dialogue et la controverse constituent un mode de fonctionnement possible et encouragé dans ce milieu m'a aussi permis de présenter mes premiers résultats et de les mettre en débat sans craindre de braquer les acteurs, sur leur invitation.

J'ai donc recueilli des données de première main que je peux classer en quatre groupes en fonction de leur provenance : les données « SST1 », sur lesquelles s'appuie la monographie, les données « région » (recueillies auprès des acteurs institutionnels régionaux, mais aussi des professionnels interrogés au sein de services interentreprises locaux, les SST2 et 3), les données « services inter-entreprises » (recueillies dans quatre autres régions françaises auprès de médecins et d'IPRP, SST4, 5 et 6), et les données « militants » (recueillies, on l'a vu, principalement par le biais d'observations au sein de trois structures militantes – l'une syndicale et les deux autres associatives). En annexe, un tableau liste et détaille ces différents contextes d'observations et d'entretiens<sup>87</sup>.

## **2. Les conditions d'enquête comme matériau**

### ***2.1. Les entretiens : des « situations d'observation »<sup>88</sup>***

---

<sup>86</sup> Champy Florent, *La sociologie des professions*, Paris, PUF, 2009, p. 90.

<sup>87</sup> Cf. Annexes 1 et 2.

<sup>88</sup> Beaud Stéphane, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *Politix*, n°9, vol. 35, 1996, p. 226-257, dont p. 232.

La période de terrain s'est étendue entre avril 2010 et avril 2012. Durant cette période, j'ai rencontré 88 personnes en entretien formel. Parmi elles, quatre se sont prêtées à un second entretien. Les entretiens durent en moyenne entre 1h30 et 2h (temps d'enregistrement), le plus court dure 45 minutes et le plus long 3h30. J'ai en majorité rencontré des médecins du travail, mais aussi des infirmières, psychologues, ergonomes, secrétaires, assistantes, personnel de direction<sup>89</sup> ... J'ai également réalisé 35 entretiens informels auprès de médecins du travail ou d'autres types de personnel des services interentreprises, dans les locaux des services ou lors de rencontres professionnelles.

Les entretiens formels sont dans leur grande majorité entourés par des échanges informels qui augmentent leur qualité heuristique. En effet, seules 26 personnes ont simplement été rencontrées en entretien, la prise de rendez-vous n'ayant fait l'objet que d'un minimum d'échanges, tandis que j'ai passé du temps hors entretien avec plus des deux tiers des personnes qui se sont prêtées à un entretien formel. Ainsi, les entretiens ne se limitent pas à des séances ponctuelles de recueil de données mais s'insèrent dans une démarche ethnographique qui prend en compte de multiples « à côté » parfois aussi éclairants que les discours enregistrés<sup>90</sup>.

Dans la grande majorité des cas, je me déplaçais sur le lieu de travail de la personne interrogée (seules 8 personnes ont été rencontrées en dehors de leur lieu de travail)<sup>91</sup>. L'entretien se fait dans le bureau de la personne interrogée, dans un bureau prêté pour l'occasion ou dans une salle de réunion inoccupée. Certaines personnes choisissent d'utiliser une salle de réunion pour dissocier le temps de l'entretien de leur exercice professionnel quotidien, ce qui procure une atmosphère propice à la discussion. D'autres, au contraire, me reçoivent dans leur bureau pour s'assurer une certaine disponibilité vis-à-vis de l'extérieur.

---

<sup>89</sup> Pour une liste détaillée des acteurs rencontrés et de leur qualité, voir annexe 2.

<sup>90</sup> Ce temps hors entretien peut être décomposé comme suit :

- observation de réunions, de rencontres professionnelles, de rassemblements militants dans lesquels les personnes interrogées sont présentes et/ou s'expriment publiquement
- repas pris en commun avant ou après l'entretien, pendant une session de formation
- discussions informelles pendant les sessions de formation ou rencontres professionnelles, rassemblements militants
- discussions informelles au téléphone ou échange de mails (longue prise de contact avant l'entretien ou maintien d'un lien après l'entretien)
- trois des personnes interrogées suivent des cursus académiques qui incluent une soutenance de mémoire à laquelle j'assiste.

<sup>91</sup> Dans la région choisie, les entretiens se sont majoritairement déroulés dans la capitale régionale et dans sa banlieue, mais aussi dans cinq autres localités plus éloignées. En dehors de ce cadre régional, j'ai rencontré des acteurs originaires de huit localités françaises de différentes régions, surtout des grandes villes. Je me suis rendue sur place dans cinq de ces localités, à l'occasion d'un ou plusieurs entretiens et/ou pour une rencontre professionnelle ou réunion ; les entretiens ont donc été effectués sur le lieu de travail ou près du lieu de travail des personnes interrogées. Pour les trois autres, j'ai rencontré les personnes interrogées loin de leur lieu de travail à l'occasion d'un de leurs déplacements professionnels.

Les conditions physiques d'entretien constituent en tous cas un indicateur de ce que la personne rencontrée attend ou n'attend pas de l'entretien, et de ce qu'elle est prête à donner, l'inscrivant dans une « économie du don »<sup>92</sup>.

Les personnes rencontrées se sont souvent montrées soucieuses de leur anonymat, et la question du statut des données recueillies m'a été posées : à qui et comment servirait leur parole ? J'ai choisi, en premier lieu, d'anonymiser la région dans laquelle s'est déroulé mon travail de terrain ainsi que les localités visitées (comme elles étaient nombreuses, j'ai choisi, par facilité, de les remplacer par des lettres qui ne correspondent pas à leur initiale). J'ai aussi changé les noms des personnes rencontrées<sup>93</sup> et me suis autorisée à modifier certaines de leurs caractéristiques sociologiques quand cela permettait de consolider la confidentialité sans modifier le propos<sup>94</sup>. Les entreprises ou administrations dans lesquelles les acteurs rencontrés intervenaient ont également été anonymisées.

Faire du terrain dans le milieu médical n'est pas toujours aisé. Ainsi, M. Darmon relate une expérience difficile : certains psychiatres qu'elle sollicite dans le cadre de sa recherche de thèse sur l'anorexie lui refusent l'accès au terrain en s'appuyant sur leur position professionnelle dominante<sup>95</sup>. Aux yeux de l'un d'entre eux, la médecine surpasse largement la sociologie en termes de rigueur et de scientificité, l'enquêtrice est donc peu crédible.

Si l'absence d'enjeu de collaboration changeait évidemment beaucoup la donne, ma posture d'enquêtrice m'a donné une idée des rapports qu'entretenaient les médecins du travail avec le personnel non-médecin introduit au titre de la « pluridisciplinarité ». Les médecins du travail que j'ai rencontrés se sont dans l'ensemble montrés accessibles et courtois, et n'ont pas usé de stratégie de distinction pour m'imposer une domination de leur groupe professionnel

---

<sup>92</sup> Mauss Marcel, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Paris, PUF, 2012 (1<sup>ère</sup> édition 1925).

<sup>93</sup> J'ai choisi, dans la grande majorité des cas, de ne garder que des prénoms. Cette convention m'a facilité le processus d'anonymisation. Dans les cas notables du médecin coordinateur, Philippe Duroy, et du directeur du service, Bruno Maire, j'ai choisi d'ajouter un patronyme car j'ai souvent entendu leur nom complet lors de ma période de terrain – cette distinction devient ici le signe que ces deux personnalités jouissent d'une plus grande notoriété que les autres. J'ai aussi spécifié « professeur », et leur ai associé une initiale de patronyme, pour des raisons similaires : les professeurs ne sont pas désignés par leurs prénoms par ceux qui m'en parlent, et ce sont des personnalités connues, auxquelles les interviewés font référence.

<sup>94</sup> Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman, au terme d'une réflexion sur l'anonymat et la confidentialité des données recueillies dans une démarche ethnographique, encouragent leurs collègues à « reconstituer des cas fictifs ». Selon eux, cette méthode est d'autant plus efficace dans l'anonymisation qu'elle est explicite dans les écrits. Le réseau d'interconnaissances sur lequel repose le terrain d'enquête sera moins enclin à y reconnaître des proches. C'est dans le même esprit que j'ai cherché à brouiller les pistes dans quelques cas de personnes dont j'ai estimé qu'elles étaient trop facilement reconnaissables par leur réseau professionnel et que les propos tenus pouvaient les mettre en porte à faux. Béliard Aude, Eideliman, Jean-Sébastien, « Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », in Fassin Didier, Bensa Alban (dir.), *Les politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte, 2008, p. 123-141, dont p. 138.

<sup>95</sup> Darmon Muriel, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, Quantifier, n° 58, mars 2005, pp. 98-112.

sur le mien, ou de leur statut (médecin du travail installé) sur le mien (doctorante). La majorité d'entre eux montre au contraire un certain respect pour la discipline sociologique et pour ma démarche. Les exceptions sont alors révélatrices des positionnements singuliers des médecins en question.

En effet, des marques de domination ont été présentes chez une petite minorité de médecins interrogés. Par exemple, au cours d'une rencontre informelle dans le bureau que j'occupais à l'INRS, un médecin s'installe spontanément dans mon fauteuil quand la rencontre se transforme en entretien, et me laisse occuper la chaise en vis-à-vis. Sur le terrain cette fois, deux des médecins rencontrés à l'hôpital témoignent d'une attitude dominante. Quelques minutes après l'heure fixée, j'entends mon nom résonner dans la salle d'attente. Les codes propres à la rencontre pour un entretien (salutations, présentations mutuelles) sont remplacés par les codes propres à leurs consultations (absence de présentation, bien que nous ne nous soyons jamais rencontrées, invitation tacite à les suivre, puis à m'asseoir et à exposer ma requête). Par ailleurs, en service interentreprises, un médecin m'a interrogée de but en blanc, au milieu de notre entretien, sur une rougeur apparue sur mon cou et l'a observé en s'interrogeant sur ses causes physiologiques, transformant ainsi de manière déstabilisante la relation déjà instaurée d'entretien sociologique en une relation patient/médecin que je n'avais pas sollicitée. J'ai donc pu constater différents modes d'investissement du statut de médecins par les médecins du travail, qui impactaient nos interactions et étaient susceptibles d'influer sur leur accueil des acteurs de la « pluridisciplinarité ».

Les autres acteurs interrogés appartiennent à des groupes qui se positionnent tous différemment vis à vis de la situation d'entretien. La liberté de parole que chacun s'octroie me renseigne sur le fonctionnement de l'organisation. À différents niveaux hiérarchiques notamment, les acteurs se montrent plus ou moins anxieux et s'épanchent diversement sur les conflits ou situations problématiques qu'ils rencontrent.

Dans une démarche ethnographique, les circonstances des entretiens constituent des éléments à prendre en compte dans l'analyse des données<sup>96</sup>. Ils renseignent sur les personnes interrogées, et, dans notre cas, leurs conditions de travail et leurs rapports hiérarchiques. En effet, les médecins me recevaient sans jamais se soucier de ce que pourrait en penser leur hiérarchie. Le fait qu'ils n'aient pas à rendre compte précisément de leur temps à leur direction leur permettait de me recevoir sur leur « tiers temps », ce qui témoigne de leur

---

<sup>96</sup> Sur ce sujet, voir entre autres Beaud Stéphane, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'« entretien ethnographique » », *op. cit.*

liberté d'organiser ce temps comme ils le souhaitent<sup>97</sup>. En revanche, les IPRP exprimaient souvent l'embarras qu'ils auraient à justifier ce temps passé avec moi dans leurs comptes rendus d'activité. Ce fut le cas de Luc, psychologue au SST1 :

*Je comprends bien qu'il faut une vision de ce qu'on fait effectivement, mais on peut le prendre aussi : on nous fait pas confiance, on se tourne les pouces! Là en ce moment même, comment je vais le valider ce temps-là?*

Si les IPRP peuvent trouver des espaces de jeu dans leur emploi du temps, le fait de devoir rendre compte de leur activité pour la demi-journée consacrée à notre entretien les met dans une position infantilisante qu'ils estiment ne pas correspondre avec l'autonomie due aux cadres. En outre, pour les infirmières et les secrétaires, la difficulté à s'isoler est plus grande et les entretiens sont davantage susceptibles d'être interrompus par des collègues de passage.

Ces circonstances d'entretiens ont donc joué comme des « situations d'observation »<sup>98</sup> et m'ont renseignée sur les conditions de travail et la manière dont elles étaient vécues par les différents groupes. Cette démarche de recueil de données s'inspire de la méthode ethnographique et repose notamment sur la tenue régulière d'un journal de terrain. Elle m'a permis d'avoir accès *a posteriori*, au moment de l'analyse, au déroulement de l'entretien tel que je l'avais perçu, en parallèle d'une transcription littérale des propos qui s'y étaient tenus – que j'avais enregistrés – afin que les discours ne soient pas dissociés de leur contexte d'élocution. Ainsi, la manière dont les entretiens se sont déroulés, ma posture d'enquêtrice et les réactions qu'elle suscitait, ont indéniablement nourri ma description, puis mon analyse de l'objet de recherche.

## ***2.2. Des conditions d'enquête marquées par l'imminence de la réforme***

La période de recueil de données a été marquée par l'attente d'une réforme imminente, et par les textes de loi arrivant au compte-gouttes. Les entretiens, dans leur grande majorité, ont été réalisés durant une période où le dénouement règlementaire de la réforme des services de santé au travail n'était pas advenu. Ces conditions d'enquête ont influées sur les modalités de ma présence sur le terrain.

Les acteurs rencontrés, et ceux avec qui j'échoue à prendre rendez-vous, attendent avec une impatience manifeste une clarification juridique des statuts de chacun, de leurs rôles,

---

<sup>97</sup> Le fait que l'organisation du « tiers temps » soit laissé à la discrétion du médecin du travail apparaît, en dehors du cadre des entretiens, comme une information pertinente au regard des interactions entre les médecins et les autres acteurs qui se positionnent sur une « action en milieu de travail » mais ne disposent pas d'une telle latitude dans l'organisation de leurs interventions.

<sup>98</sup> *Ibid.*, p. 236.

de leurs missions. Le système entier est en cours de changement mais les termes exacts de sa mutation sont encore inconnus, ce qui est source d'inquiétudes, en particulier pour les groupes les plus vulnérables. De plus, la manière dont les services de santé au travail pensent leur organisation en cette période de transition est marquée par une extrême prudence : dans un contexte où certains groupes sont mis en difficulté, les directions de services attendent de la loi qu'elle tranche, sans vouloir prendre position en leur nom propre. Elles tentent de survivre au manque de médecins tout en s'abstenant de déclarations péremptoires sur les solutions envisagées. On baigne donc dans une organisation transitoire, qui se sait éphémère. Le mouvement est en route, la santé au travail « se modernise » et ses acteurs sont poussés à s'interroger sur leur place dans le système.

Ce contexte encore ouvert pourrait être propice au débat. Pourtant, une certaine méfiance caractérise cette période, plus qu'un bouillonnement d'idées. Beaucoup d'acteurs sont fatalistes, présentent un discours résigné face aux décisions d'organisation (qu'elles soient locales, prises au niveau du service, ou qu'elles aient un statut juridique national). Dans un service démarché, les infirmières n'obtiennent pas la permission de leur direction pour me rencontrer avant que les nouvelles pratiques infirmières en santé au travail ne soient officiellement reconnues.

Ma présence dans certaines réunions, au cœur de vives polémiques sur le rôle de chacun dans le service, n'a été possible qu'au prix d'une négociation avec ses organisateurs, qui supposait que je fasse au préalable leur connaissance. C'est notamment suite à des entretiens que j'ai pu négocier ma présence en tant qu'observatrice dans des réunions dont les organisateurs savaient pertinemment qu'elles seraient le théâtre de vifs débats, voire de conflits : « ça va être sanglant ! » me disait une formatrice à l'avance, peu encline à me laisser observer<sup>99</sup>. Les entretiens m'ont ainsi permis de gagner la confiance de certains acteurs et d'accéder à des situations de travail qui m'étaient *a priori* fermées. À l'opposé, dans un autre cas, après un long entretien réalisé dans une atmosphère détendue, la personne interrogée se ferme quand elle me croise dans des situations d'observation (congrès professionnels, réunions), me laissant penser qu'elle regrette les propos qu'elle m'a tenus. Les occasions d'observation n'ont donc pas été exemptes d'une certaine tension, qui s'explique par un contexte général incertain et anxiogène peu propice à la confiance en un enquêteur extérieur.

---

<sup>99</sup> Dans ce cas précis, c'est en échange d'une transcription partielle de l'entretien que nous avons fait ensemble que cette personne m'a laissé accéder aux sessions de formation qu'elle organisait.

### ***2.3. Les situations d'observation***

Les observations effectuées sur le terrain peuvent être classées en trois groupes<sup>100</sup>.

Le premier groupe rassemble les observations qui n'ont impliqué aucune négociation. Ces rencontres professionnelles étaient soit ouvertes au public, soit, plus fréquemment, sur inscription, mais me permettaient en tous cas de me fondre parmi les participants. Les droits d'inscription, pour bon nombre de ces manifestations, sont élevés et se seraient avérés prohibitifs s'ils n'avaient été pris en charge par mon financeur, l'INRS, de manière quasi automatique (il me suffisait souvent de remplir un formulaire de demande, parfois de justifier ce déplacement à l'oral à mon supérieur hiérarchique). Je n'ai donc pu choisir d'investir ce type de terrain que parce que l'INRS me finançait déplacements et inscription. La conséquence de ce type d'entrée sur le terrain est que l'entre soi domine : on trouve peu de badauds dans des congrès ou colloques payants. L'observation en était potentiellement d'autant plus intéressante. Il a cependant été difficile de forcer les occasions d'entretiens informels face à des groupes de connaissances professionnelles peu ouverts. Si quelques impressions et observations précieuses à ma connaissance du fonctionnement des groupes professionnels et du milieu dans lequel ils évoluent ressortent de ces grands rassemblements, j'avais souvent, au terme de ces rencontres, le sentiment d'avoir perdu mon temps à regarder s'enchaîner des diaporamas diffusant des discours consensuels. Sur les estrades, peu de place était laissée à la controverse, qui s'exprimait probablement à la pause, au sein de petits groupes fermés. C'est donc finalement quand j'ai eu des interlocuteurs avec qui négocier ma présence que j'ai pu recueillir des données qui s'éloignaient davantage de la rigidité des discours officiels.

Le second groupe de situations d'observation correspond aux réunions ou rencontres dans lesquelles ma présence a fait l'objet d'une négociation, soldée d'une autorisation expresse des organisateurs. Ce sont les occasions d'observation qui ont donné lieu au plus grand nombre d'entretiens informels et d'occasions de discussions avec les acteurs. Les participants sont alors moins nombreux que dans les manifestations auxquelles il suffisait de s'inscrire, le cadre est plus intime, les discours moins figés, et les controverses affleurent plus facilement.

Le troisième groupe d'observation effectué, les observations participantes, n'était pas prévu dans ma méthodologie. Ces occasions d'observation arrivent tard dans le processus de recherche puisqu'elles se produisent dans les colloques ou les conférences où je présente des

---

<sup>100</sup> Pour une liste détaillée des observations effectuées, dans chacune de ces trois catégories, voir annexe 1.

résultats intermédiaires. Les médecins du travail, comme tous médecins, ont une obligation de formation<sup>101</sup> dont ils peuvent profiter pour assister à des congrès ou conférences de sciences sociales, ce dont ils ne se privent pas. Les intervenants en prévention des risques professionnels se déplacent aussi dans ces colloques. Les manifestations scientifiques où je pense ne trouver que des pairs sont ainsi souvent des occasions de « restitution » de mon travail aux groupes professionnels étudiés. Des acteurs régionaux (Institut de santé au travail local) et nationaux (syndicat national des professionnels de la santé au travail) m'invitent également à restituer mes premiers résultats sur les collaborations entre médecins et infirmières. À ces occasions, des débats s'instaurent entre le public et moi, mais aussi au sein même du public.

#### ***Encadré 0.4 L'abandon de l'observation des pratiques médicales***

Observer les pratiques des médecins du travail pour ce qui concerne la prévention des « RPS » constituait un objectif méthodologique de départ. Je ne l'ai finalement pas mis en œuvre, et ce pour plusieurs raisons.

En premier lieu, j'entends lors d'une réunion les médecins s'offusquer de certaines pratiques sociologiques, devant moi et me prenant à partie. Un médecin du travail du SST1 aurait été « piégée » par un sociologue se faisant passer, en consultation, pour un nouvel embauché d'une entreprise dont elle a la charge. La question des données recueillies n'est pour eux pas centrale : « elle dit qu'elle n'a pas fait de conneries et que la consultation s'est plutôt bien passée » ; mais la manière dont elles ont été recueillies leur pose problème. Ressort l'idée non seulement d'une pratique qui n'est pas éthique mais d'une « évaluation » : le médecin s'est sentie piégée parce qu'« elle s'est faite évaluer sans le savoir ». Dans un contexte de réforme des services et de crise démographique de la profession, où la prévention des risques psychosociaux fait l'objet d'une concurrence entre les médecins et les psychologues et où beaucoup de médecins avouent ne pas être à l'aise sur la question, l'observation de pratiques aurait pu laisser penser que mon étude avait pour ambition de déterminer si les médecins étaient à même de répondre aux demandes des salariés concernant les RPS ou s'il était plus pertinent de laisser cette tâche à d'autres.

À la suspicion probable de la dimension « évaluative » de ma recherche<sup>102</sup> s'ajoute le fait que je m'annonce comme venant de l'INRS, perçu comme un organisme qui édicte des normes, mais aussi forme et transmet connaissances et bonnes pratiques aux médecins<sup>103</sup>.

De plus, cette évaluation viendrait non d'un pair, mais d'une sociologue, or la sociologie est présente sur le terrain de la prévention des « RPS », en la personne de consultants. Observer des pratiques médicales et psychologiques pouvait dans ce contexte avoir pour effet de positionner la sociologie dans la lutte concurrentielle entre groupes professionnels sur la prévention des risques psychosociaux.

<sup>101</sup> Voir chapitre 3, section 1.

<sup>102</sup> Le groupe professionnel se sent déjà menacé de disparition, et donc méfiant vis à vis de pratiques potentiellement évaluatives. Au début des années 1990, Nicolas Dodier parle déjà de la nécessité qu'il a eu de « distinguer (son) travail d'une enquête d'"évaluation" de la médecine du travail, à un moment où celle-ci leur paraissait menacée dans son existence par l'harmonisation des législations européennes ». Dodier Nicolas, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Métailié, Paris, 1993, p. 347.

<sup>103</sup> On l'a vu, l'INRS publie notamment une documentation, d'abord spécifiquement à l'attention des médecins du travail (*Document pour les médecins du travail*), puis pour un public élargi (*Références en santé au travail*), dont les ambitions affichées sont de faire « référence ». Ces publications sont reçues et utilisées comme telles par beaucoup de médecins.

Ma posture d'observation de pratiques s'avère donc délicate. Cette difficulté méthodologique vient conforter le tournant que prend mon sujet, à savoir les relations entre les groupes professionnels, et non les pratiques de l'un ou de l'autre. Je trouve alors de nombreuses occasions d'observations de débats et de controverses entre les groupes professionnels : il m'importe avant tout d'analyser les ajustements entre les groupes et j'y parviens par ce biais<sup>104</sup>. Cependant, les conséquences de l'absence d'observation de visites médicales se font sentir dans l'absence, tout au long de cette thèse, de la figure du salarié. Si celui-ci est évoqué dans les discours des acteurs professionnels, sa parole n'est ici pas convoquée. De même, le contexte de l'entreprise et les situations d'intervention en milieu de travail n'ont pas fait l'objet d'observations. Les données recueillies à leur sujet sont des données de seconde main, dépendant des informations que les médecins, psychologues, ou ergonomes auront bien voulu m'en donner. La présence et la parole des salariés et des employeurs auraient sans aucun doute permis d'atteindre une vision plus nuancée de la situation dans les services de santé au travail, mais la singularité de chaque cas, leur diversité, auraient ajouté un niveau de complexité rendant l'analyse délicate. L'absence de ces observations permet donc de délimiter l'objet afin qu'il soit plus facilement maniable.

### 3. Le recueil de données documentaires

Les données documentaires les plus évidentes ont d'abord été les textes de loi émaillant le processus de réforme. Je les ai utilisés pour comprendre le contexte, au fur et à mesure de leur promulgation.

Comme je l'ai mentionné, de nombreux discours concernant la « pluridisciplinarité » et la réforme émanent des acteurs régionaux. M'insérer dans ce terrain supposait donc de me plonger dans les rapports co-rédigés par le professeur L. et de consulter régulièrement le site web de l'Institut régional. Ce site fournissait systématiquement des analyses juridiques des nouvelles lois ou décrets, en mettant en exergue les éléments qui évoluaient. Il constitue aussi la vitrine de la « santé au travail » dans la région et représentait pour moi une ressource à plusieurs points de vue. Il publiait par exemple des interviews d'acteurs locaux que j'avais rencontrés en entretien formels ou informels, ce qui donnait de l'épaisseur à ces données de première main. Il tenait également le rôle d'agenda, m'informant de la tenue de manifestations en lien avec mon objet de recherche.

La consultation régulière d'autres sites web qui se présentaient comme des plateformes pour les acteurs de la santé au travail (*atousanté.fr*) ou comme des lieux de débats (*ephygie.com*) me donnait accès à beaucoup de points de vue concernant la réforme de la médecine du travail dans ses différents aspects, la « pluridisciplinarité » n'étant pas des moindres. J'ai parfois rencontré des acteurs qui s'exprimaient sur ces plateformes, et j'ai ainsi obtenu plusieurs versions de leur discours. Je me suis aussi inscrite à plusieurs listes de

---

<sup>104</sup> Cf. Annexe 1.

diffusion réservées aux professionnels (l'une émanant du réseau militant, et l'autre d'un réseau d'ergonomes, dont j'ai eu connaissance par une ergonome de l'INRS).

La multiplicité des sources écrites m'a garanti l'accès à un large éventail de points de vue, exprimés par des acteurs aux statuts différents. Sur le terrain militant, la revue de l'Association santé et médecine du travail (A-SMT) et le journal du syndicat national des professionnels de santé au travail (SNPST) m'ont permis de mettre les débats observés en perspective avec les discours publiés. La revue « Archives des maladies professionnelles », en tant qu'« organe officiel »<sup>105</sup> des différentes sociétés de médecine du travail locales était incontournable comme vitrine de la discipline, très investie par les enseignants de médecine du travail. La revue « Performances, santé et fiabilité humaine », qui donnait la parole à des acteurs très divers, a également été une source précieuse de témoignages et de débats sur les évolutions de la santé au travail.

Il s'agissait notamment, par cette documentation hétéroclite et régulière, d'acquérir un code propre au domaine : le vocabulaire employé, les références répétées à des événements marquants, ont petit à petit pris la force de l'évidence, si bien qu'il a fallu me défaire de cette familiarité lors du travail de rédaction pour pouvoir adopter une écriture didactique.

J'ai également fréquemment demandé à avoir accès à une littérature « grise », constituée de documents d'entreprise. Les sites Internet des différents services de santé au travail investigués se sont avérés informatifs quant au discours officiel de ces services, et la disponibilité des rapports d'activité, d'années en années, une bonne source de données factuelles sur les évolutions organisationnelles. De plus, la quantité d'informations et la nature des éléments soumis au public relèvent de différentes stratégies intéressantes à relever.

Enfin, si on a vu que des médecins du travail jugeaient leur groupe professionnel peu digne d'intérêt, certains de leurs confrères convaincus du contraire prennent la plume pour témoigner de leur quotidien professionnel<sup>106</sup>. Ces ouvrages sont précieux pour qui veut étudier la médecine du travail et le discours que ses représentants tiennent vis-à-vis de l'extérieur.

---

<sup>105</sup> Cette mention « d'organe officiel des sociétés de médecine du travail » figure sur la première page de la revue *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, qui prend à partir de 2005 le nom suivant : *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*.

<sup>106</sup> Fernandez Gabriel, *Soigner le travail*, Paris, Erès, 2009 ; Huez Dominique, *Souffrir au travail : comprendre pour agir*, Paris, Éditions Privé, 2008 ; Ramaut Dorothée, *Journal d'un médecin du travail*, Paris, Cherche Midi, 2006 ; Ehster Jeanne-Marie, Fonds Hervé, Zimmermann Nicole, *Menaces sur la santé au travail*, Saint Malo, Éditions Pascal Galodé, 2010.

## Section 4 : Plan / Logique d'exposition de la thèse

La première partie de cette thèse aborde la « pluridisciplinarité » sous l'angle de l'action publique et de ses relais institutionnels et privés. La seconde partie place les groupes professionnels au centre de l'analyse du processus de réforme : ce sont leurs rapports de pouvoir qui y sont étudiés comme des « luttes de territoires ». Enfin, la troisième partie, en s'appuyant sur les conflits autour de la prévention des « risques psychosociaux », éclaire les compétitions professionnelles par des lignes de fractures qui transcendent les groupes professionnels eux-mêmes, et tiennent davantage d'un positionnement politique des acteurs.

Dans le cadre de l'action publique de réforme des services de santé au travail, l'idée de « pluridisciplinarité » s'impose comme une réponse à une situation de crise de la médecine du travail (**chapitre 1**). Son cheminement législatif lui donne une place de choix dans les derniers textes de 2011. Depuis le niveau national jusqu'au niveau local d'un service de santé au travail de la région choisie, en passant par l'échelon régional, les acteurs s'approprient la « pluridisciplinarité » telle qu'elle est présentée dans les textes de la réforme (**chapitre 2**). Des mesures pionnières sont mises en place. Il en émane une conception de la santé au travail qui fait la part belle aux actions de prévention collectives et dans laquelle le médecin se présente moins comme un clinicien, qui suivrait les salariés individuellement, que comme un chef de projet, « pivot » de l'équipe « pluridisciplinaire ». La réforme des services interentreprises de santé au travail s'accompagne, au niveau organisationnel, d'une évolution qui va dans le sens d'une rationalisation de l'activité (**chapitre 3**). Les pratiques professionnelles des médecins sont prises dans un processus d'harmonisation qui permet de les rendre à la fois visibles et évaluables.

La seconde partie met en scène les acteurs professionnels et leurs différends, dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme « pluridisciplinaire ». La « pluridisciplinarité » est alors vue comme un mode d'orchestration des rapports de pouvoir entre les groupes (**chapitre 4**) et se présente comme une rhétorique ambiguë entraînant des rapports de pouvoir complexes. Le processus de négociation des places de chacun au sein des services de santé au travail « pluridisciplinarisés » est également l'objet du **chapitre 5**. J'y analyserai les données collectées concernant la « pluridisciplinarité niveau 1 », soient les activités d'assistantes santé travail (AST) et d'infirmières santé travail (IST), comme le fruit de luttes de territoires qui se jouent au quotidien. La « pluridisciplinarité niveau 2 » constitue une autre forme de défi pour le « pouvoir médical » au sein des services (**chapitre 6**). Entre « boîte à outils » et concurrents, la place des intervenants en prévention des risques professionnels dans les

services s'avère parfois inconfortable et les conflits affleurent. Le pouvoir du médecin apparaît donc dans cette seconde partie comme un élément à la fois structurant dans les rapports entre les groupes (les médecins et les « non-médecins ») et constamment remis en cause par les nouveaux modes d'organisation.

Dans la troisième partie, l'étude du cas particulier de la division du travail de prévention des « risques psychosociaux » laisse apparaître des représentations et des pratiques différentes, et la profonde division du groupe des médecins du travail quant à la « pluridisciplinarité ». L'unité fantasmée des différents groupes professionnels s'y fissure. Le **chapitre 7** aborde les pratiques des médecins du travail face aux manifestations croissantes de souffrance mentale au travail et fait apparaître une activité multiforme et, souvent, problématique pour les acteurs eux-mêmes. Le partage de ce territoire professionnel fait l'objet d'une concurrence qui oppose principalement les médecins aux psychologues et dans laquelle les débats internes aux médecins se répercutent sur le processus de division du travail (**chapitre 8**). Les clivages ainsi mis en avant dessinent différents positionnements des acteurs vis-à-vis de leur inscription professionnelle (**chapitre 9**).



## **Partie 1 : De l'idée de « pluridisciplinarité » à sa mise en œuvre dans les services interentreprises de santé au travail**

La réforme des services de santé au travail se nourrit d'un terreau social particulièrement critique vis-à-vis de la médecine du travail. L'image peu flatteuse d'un groupe professionnel jugé tour à tour inefficace ou de connivence avec le milieu patronal, associée à l'absence de soins dans l'exercice de la médecine du travail, explique un déficit de vocations étudiantes, qui contribue à un fort vieillissement du groupe.

Or, la médecine du travail comme institution repose, comme son nom l'indique, sur les médecins du travail. Le passage de la « médecine du travail » à la « santé au travail » indique un changement de logique qui repose sur un renouvellement partiel du type de personnel embauché dans les services. Cette situation fait l'objet d'une lecture en termes de « crise » de la médecine du travail et de menaces sur l'autonomie de la profession, lecture que les écrits militants relaient abondamment<sup>107</sup>. Nous souhaitons ici élargir l'analyse aux dynamiques professionnelles et notamment aux tensions entre les groupes intervenants dans un même cadre organisationnel, en nous penchant d'abord sur les transformations du secteur dans lequel ils interviennent : le système de prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail.

En effet, la réforme des services interentreprises s'inscrit dans une politique nationale de prévention des risques et des maladies professionnelles. Alors que les conceptions fonctionnalistes des politiques publiques les font apparaître comme « un commandement visant à résoudre un problème au nom du bien commun »<sup>108</sup>, l'approche interactionniste de l'action publique met en avant « un vaste espace de négociation et de relations de pouvoir entre une multitude d'acteurs privés et publics »<sup>109</sup>. Pour comprendre la réponse « pluridisciplinaire » apportée au problème d'organisation des services de médecine du travail, nous regarderons la manière dont elle émerge, puis la manière dont elle est mise en œuvre et appropriée dans les services interentreprises.

La « pluridisciplinarité » apparaît comme un point nodal dans la réforme du système de prévention des risques professionnels. Comment ce nœud vers lequel les acteurs convergent s'est-il formé et comment les liens ainsi créés sont-ils resserrés par la mise en œuvre de la réforme ? Cette notion est devenue le symbole d'une action collective de réforme

---

<sup>107</sup> Je pense ici notamment à l'ouvrage suivant : Ehster Jeanne-Marie, Fonds Hervé, Zimmermann Nicole, *Menaces sur la santé au travail*, Saint Malo, Éditions Pascal Galodé, 2010.

<sup>108</sup> Lascoumes Pierre, Le Galès Patrick, *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2012, p. 25

<sup>109</sup> *Ibid.*

qui implique à la fois des acteurs et des logiques directement issues du secteur public (la poursuite du bien commun n'est pas des moindres de ses objectifs) et des acteurs et des logiques propres à des organisations de droit privé : les services de médecine du travail. Elle correspond à une orientation prise pour réformer le système qui s'appuie sur un consensus sur la forme, plus que sur le fond. La difficulté à réformer l'institution de médecine du travail et à affronter les questions que cette réforme pose conduit à tenter de les éluder, pour pouvoir avancer. La « pluridisciplinarité », en ce sens, se présente comme un principe qui facilite l'action.

Le **chapitre 1** s'intéresse à la manière dont la réforme de la médecine du travail est amenée en France, aux bases qui la constituent, afin d'éclairer son contenu, et en particulier l'accent mis sur la diversification de la main-d'œuvre embauchée dans les services *via* l'avènement de la notion de « pluridisciplinarité ». Le **chapitre 2** décrit l'appropriation de cette notion de « pluridisciplinarité » par les différents acteurs de la santé au travail et nous fait entrevoir des tensions possibles entre plusieurs conceptions. Il introduit la spécificité du point de vue régional et l'inscription du SST1 au sein de la région. Dans le **chapitre 3**, la réforme des services interentreprises de santé au travail apparaît dans sa dimension rationalisatrice. La « pluridisciplinarité » s'inscrit dans un mouvement de cadrage des pratiques professionnelles des médecins et, de ce fait, bouleverse davantage que la division du travail.

## Chapitre 1 : L'élaboration de la réponse « pluridisciplinaire » aux problèmes de la prévention des risques professionnels

*Aucune profession ne détient à elle seule les clés de la compréhension ni la solution de tous les problèmes que posent les risques professionnels. Le "domaine" de la sécurité et de la santé au travail est donc véritablement pluridisciplinaire.*

Jeanne Mager Stellman, « L'encyclopédie de sécurité et de santé au travail du BIT : le pari de la pluridisciplinarité », in *Revue Internationale du Travail*, Vol. 137, n°3, 1998, p. 443.

En 2006, un Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales indiquait que, « toutes les personnes intoxiquées par l'amiante avaient été déclarées aptes »<sup>110</sup>. Selon les experts de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), le scandale de l'amiante apporte une preuve criante de l'échec de la médecine du travail à prévenir les maladies professionnelles en France. Des dizaines de milliers de salariés exposés aux fibres d'amiante ont développé des maladies pulmonaires graves, notamment des cancers, du fait de cette exposition, alors que, comme le font remarquer les experts de l'IGAS, ils avaient été déclarés aptes au travail par le système de prévention : la dangerosité de leur situation de travail n'a pas fait l'objet d'une alerte et leur maladie mortelle n'a pas été évitée. La réglementation de l'usage de ce minéral qualifié de « magique »<sup>111</sup> a fait l'objet d'une longue lutte entre les groupes d'intérêt professionnels et les salariés avant d'être officiellement reconnu comme nocif, indifféremment du seuil d'exposition<sup>112</sup>, et interdit en France en 1997<sup>113</sup>.

Avant ce déclic que constitue le scandale de l'amiante, les modalités d'action des médecins du travail, au premier rang desquels le certificat d'aptitude, avaient déjà été remises en cause, et leur inefficacité avait déjà été pointée<sup>114</sup>. Parallèlement, le manque d'attractivité de la spécialité rend difficile le renouvellement des effectifs : la médecine du travail est une spécialité vieillissante et l'inspection médicale du travail calcule depuis le début des années 1990 un manque de main-d'œuvre grandissant<sup>115</sup>.

---

<sup>110</sup> Rapport pour l'Inspection générale des affaires sociales de Benevise Jean-François et Lopez Alain *Les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO)*, septembre 2006, p. 22.

<sup>111</sup> Tweedale Geoffroy, *Magic Mineral to Killer Dust*, Oxford, Oxford University Press, 2001.

<sup>112</sup> Au départ, les industriels de l'amiante, organisés en lobby prônaient un usage contrôlé de l'amiante, qui reposait sur la négociation d'un seuil limite d'exposition. Devinck Jean-Claude, « Amiante : trente ans de luttes institutionnelles. 1945-1977 », in Thébaud-Mony Annie, Daubas-Letourneux Véronique, Frigul Nathalie, Jobin Paul (dir.), *Santé au travail : approches critiques*, Paris, La Découverte, 2012, pp. 291-312.

<sup>113</sup> Henry Emmanuel, *Amiante : un scandale improbable*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2007.

<sup>114</sup> Buzzi Stéphane, Devinck Jean-Claude, Rosental Paul-André, *La santé au travail*, Paris, La Découverte, 2006.

<sup>115</sup> Sur le mode de calcul de ce déficit de main-d'œuvre et son caractère problématique, voir Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010)*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 2011, pp. 81-88.

Dans le cadre de la réforme, des acteurs institutionnels et politiques promeuvent, puis instaurent, une nouvelle forme de division du travail dans les services interentreprises de santé au travail, qu'ils appellent « pluridisciplinarité ». Mon enquête porte sur l'adoption de ce terme par la réforme du système français de médecine du travail, et ce qu'elle recouvre. Sous les apparences d'un simple terme descriptif, faisant référence à la multiplication des compétences développées en santé du travail (médecine, ergonomie, psychologie, toxicologie, etc.), la notion a pris la forme d'un « sens commun réformateur »<sup>116</sup>. Ce chapitre veut rendre compte du contexte précédant sa mise en œuvre, empreint d'une volonté de rompre avec un système jugé inefficace et peu valorisé socialement, mais aussi des espoirs liés à une réforme perçue comme une avancée pour les entreprises et leurs salariés. C'est en effet après avoir « construit l'institution en problème »<sup>117</sup>, que les réformateurs peuvent élaborer un diagnostic et des préconisations. L'inefficacité du système de prévention des risques professionnels, construit comme « problème public »<sup>118</sup>, repose sur l'étroitesse du point de vue médical, prétendument trop axé sur les aspects physiologiques de la santé au travail, et en particulier les pathologies – et sur la pertinence, par contraste, de l'intervention d'acteurs issus de divers groupes professionnels. Parallèlement, on déplore pourtant que les médecins soient trop peu nombreux et que la démographie du groupe ne permette pas son renouvellement. Ainsi, les racines de ce « problème » sont doubles : d'une part, la nécessité de multiplier les points de vue par rapport au seul point de vue médical et, de l'autre, le manque de médecins du travail, eux-mêmes devenus une ressource rare pour les services. La « pluridisciplinarité » apporte une solution à ce double problème en légitimant l'introduction de nouveaux groupes professionnels, en même temps qu'elle en augmente l'effectif des services. Le scandale de l'amiante est un élément déclencheur qui permet de mettre à l'agenda la réforme de la santé du travail, ou du moins de hâter un processus de réforme ralenti par les négociations entre partenaires sociaux.

La première section explore les conditions d'ouverture de cette « fenêtre d'opportunité politique »<sup>119</sup> permettant la réforme de la médecine du travail parmi les acteurs concernés – les partisans d'une réforme de la médecine du travail – mais aussi l'évolution des normes internationales. La seconde section aborde le processus de réforme sous l'angle de l'avancée

---

<sup>116</sup> Topalov Christian (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France (1880–1914)*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1999, cité dans Bezes Philippe, Le Lidec Patrick, « Ce que les réformes font aux institutions », in Lagroye Jacques, Offerlé Michel, (dir.), *Sociologie de l'institution*, Belin, Paris, 2010, pp. 75-101.

<sup>117</sup> *Ibid.*

<sup>118</sup> Gusfield Joseph, *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant, la production d'un ordre symbolique*, Economica, 2009 [1981].

<sup>119</sup> Kingdon John W., *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Boston, Little, Brown, 1984.

du principe de « pluridisciplinarité ». D'abord expérimentale, la « pluridisciplinarité » devient obligatoire et le changement qu'elle incarne se manifeste au-delà de l'introduction de nouveaux groupes professionnels dans les services. Si les médecins du travail conservent un statut à part dans le système de prévention, ils sont invités à collaborer avec d'autres acteurs et les services devenus services de *santé au travail*, dépositaires de « missions », acquièrent une marge de manœuvre dans les moyens à mettre en œuvre pour les atteindre. La dernière section analyse l'évolution des structures en lien avec la réforme juridique. La construction d'un partenariat entre les structures privées que sont les services de santé au travail et les services déconcentrés de l'État (la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi – DIRECCTE et la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail – CARSAT) vise à réorganiser un système de prévention perçu comme trop dépendant des médecins.

## Section 1 : Image de la profession, démographie et pressions internationales : l'opportunité d'une réforme

La médecine du travail n'a jamais bénéficié d'une situation stable, dans laquelle ses missions auraient fait l'objet d'un consensus et ses moyens d'action auraient été homogènes et fixes. Certains auteurs parlent d'une « crise identitaire »<sup>120</sup> qui accompagnerait perpétuellement ses évolutions. Ainsi, les débats quant aux finalités et aux moyens d'actions de la médecine du travail sont anciens.

J'aborderai dans un premier temps les éléments qui, articulés entre eux à un moment donné, ont fait apparaître la réforme « pluridisciplinaire » des services comme une issue salutaire à la situation de « crise perpétuelle »<sup>121</sup> de la médecine du travail. J'aurai recours aux notions de « fenêtre d'opportunité » (*policy window*) et de « flux de problème » (*problem*

---

<sup>120</sup> Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire op. cit.* ; Buzzi Stéphane, Devinck Jean-Claude, Rosental Paul-André, *La santé au travail*, La Découverte, Paris, 2006.

<sup>121</sup> La notion de « crise » amène ici à un rapprochement avec un développement de l'article suivant : Benamouzig Daniel, Pierru Frédéric, « Le professionnel et le "système" : l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du travail*, vol. 53, n°3, 2011, pp. 327-333, qui indique que la mise à mal, généralisée, du modèle historique des professions génère un sentiment de « crise » chez les professionnels eux-mêmes : « L'idée de profession désigne désormais moins une forme d'organisation intégrée, régulée en son sein et protégée dans ses frontières par une reconnaissance de l'État. Elle est aujourd'hui davantage sollicitée pour décrire des processus partiels ou éclatés, des dynamiques plurielles s'efforçant d'acquiescer localement, à leur propre rythme, une forme provisoire et précaire d'autonomie. Cette dernière est souvent menacée ou mise en défaut par les interventions de nouveaux acteurs, professionnels, profanes, associées à la régulation publique ou à la logique de marché (...) ». p. 327. Les auteurs invitent ainsi à relativiser le terme de « crise » et à le replacer dans le contexte d'interactions problématiques entre professions, États et acteurs privés. De même, F. Pierru montre que la notion de « crise » est utilisée pour justifier une réforme néo-libérale de l'hôpital. Pierru Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, 2007.

*stream*), auquel répond un « flux de politique publique » (*policy stream*)<sup>122</sup> pour expliquer la mise sur agenda de la « pluridisciplinarisation » de la médecine du travail, de la fin des années 1990 à la réforme de 2011-2012.

À la fin des années 1990, quand les négociations commencent, une « fenêtre d'opportunité politique » s'ouvre qui impose simultanément l'idée de l'urgence d'une réforme sur la base de différents indicateurs de la « crise » de la médecine du travail et la solution à adopter : la « pluridisciplinarité ». La réforme du système de prévention des maladies professionnelles s'étend alors du début des années 2000 jusqu'en 2012.

## 1. La santé au travail vue par les instances internationales

À partir des années 1950, les instances internationales, en reconnaissant le caractère complexe des problématiques de santé au travail et le fait qu'elles relèvent de divers champs disciplinaires, ouvrent la voie à la promotion de la « pluridisciplinarité » dans les services de santé au travail français.

Dès 1950, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation internationale du travail (OIT), lors de la première réunion d'un comité mixte, se mettent d'accord sur une définition de la santé au travail. Celle-ci, dans la droite ligne de la définition de la santé de l'OMS de 1946<sup>123</sup>, est volontairement large et stipule que « la santé au travail ne doit pas simplement comprendre les maladies professionnelles et les accidents du travail mais tous les aspects sanitaires de l'homme au travail, l'ajustement du travail à l'homme et de chaque homme à son travail »<sup>124</sup>. Or, les pathologies sont absentes des débats : les institutions internationales positionnent le système de santé au travail en amont de celles-ci. Cette entrée par la santé comme état de bien-être global et non plus par la pathologie amène à disqualifier une approche médico-centrée de la prévention au profit d'une approche pluridisciplinaire<sup>125</sup>. Ainsi, la complexité de la notion de « santé au travail » découle dans un premier temps de la

---

<sup>122</sup> Kingdon John W., *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, *op. cit.*

<sup>123</sup> « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, signé le 22 juillet 1946. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

<sup>124</sup> Cité dans : Kopias Jerzy A., « Multidisciplinary model of occupational health services. Medical and non-medical aspects of occupational health », *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, Vol.14, n°1, 2001, pp. 23-28 ; traduction personnelle.

<sup>125</sup> Dans ce contexte, le système français de médecine du travail apparaît dépassé. D'après M. Guillemin, hygiéniste suisse, la France et « quelques pays francophones alliés », porteurs d'une vision médico-centrée obsolète de la santé au travail, ont lutté âprement pour que la convention de l'OIT de 1985 utilise le terme de « Service de Médecine du Travail ». Guillemin Michel, *Les dimensions insoupçonnées de la santé au travail*, Paris, L'Harmattan, 2011.

complexité de la notion de « santé », qui ouvre la voie à l'intervention d'un personnel non-médical<sup>126</sup>.

Dans un second temps, ce sont les objectifs des groupes professionnels intervenants dans le cadre de la « santé au travail » qui sont reconnus comme complexes, car ils s'inscrivent dans les milieux de travail. Les médecins ne peuvent se confronter seuls aux divers enjeux de la santé et de la sécurité au travail. Au niveau européen, une Opinion du conseil économique et social de 1984 évoque la nécessité pour chaque salarié d'être suivi par un service de santé au travail et donne à ce dernier des objectifs larges : prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail et l'organisation du travail<sup>127</sup>. Cette action préventive doit comprendre tous les aspects des conditions de travail, les services sont donc nécessairement pluridisciplinaires et emploient des spécialistes de différents domaines (médecins, ergonomes, spécialistes de la sécurité, toxicologues, etc.), dont les conditions d'emploi préservent l'autonomie. L'année suivante, en 1985, l'OIT promeut à son tour la « multidisciplinarité »<sup>128</sup> des services de santé au travail<sup>129</sup>.

L'approche pluri/multidisciplinaire est sans cesse réaffirmée depuis, et ce notamment dans une définition détaillée et opérationnelle de la santé au travail adoptée par le Comité mixte OIT/OMS en 1995<sup>130</sup>.

Pour J. Mager Stellman, qui coordonne la rédaction de l'Encyclopédie de santé et de sécurité au travail éditée par le Bureau International du Travail, ce sont les spécificités du domaine de la santé au travail qui « imposent » une approche pluridisciplinaire :

« Parce que les questions de santé et de sécurité sont dans bien des cas fort complexes, il faut adopter pour les traiter une approche multiforme. La santé et la sécurité sont l'exemple même du domaine où un travail d'équipe pluridisciplinaire s'impose ; c'est à cette condition que les risques seront identifiés, leurs causes démêlées et éliminées et les travailleurs comme les administrateurs informés et formés de façon à éviter les risques futurs »<sup>131</sup>.

---

<sup>126</sup> Notons que dans un autre domaine, les travaux de Mike Saks montrent que la mise en avant d'une définition de la santé axée sur le « bien-être » contribue à légitimer des « médecines alternatives » et ainsi à modifier la division du travail de soin médical. L'avènement d'une acception large de la santé laisse une place importante à des groupes qui concurrencent le pouvoir des médecins. Voir Saks Mike, *Professions and the Public Interest. Medical Power, Altruism and Alternative Medicine*, London, Routledge, 1994.

<sup>127</sup> Mager Stellman Jeanne, « L'encyclopédie de sécurité et de santé au travail du BIT : le pari de la pluridisciplinarité », *Revue Internationale du Travail*, Vol. 137, n°3, 1998.

<sup>128</sup> Le terme anglais consacré est celui de « *multidisciplinarity* ». En français, on parle indifféremment de « pluridisciplinarité » et de « multidisciplinarité », ce dernier terme est moins courant est découle souvent d'une traduction de l'anglais.

<sup>129</sup> Convention 161, OIT, 1985

<sup>130</sup> Voir infra, encadré 1.1 « Définition de la santé au travail adoptée par le Comité mixte OIT/OMS de la santé au travail en 1995 ».

<sup>131</sup> Mager Stellman Jeanne, « L'encyclopédie de sécurité et de santé au travail du BIT : le pari de la pluridisciplinarité », *op. cit.*

La rhétorique adoptée présente la démarche pluridisciplinaire comme une nécessité absolue au regard d'un objectif supérieur d'intérêt général. Elle se présente comme « *problem driven* »<sup>132</sup>, soit induite par le problème qu'elle cherche à résoudre.

Ainsi, la définition de la santé proposée par l'OMS inclut dans son domaine l'action de divers groupes professionnels, au-delà des professions médicales ou paramédicales. Cette définition se répercute sur celle de la santé au travail, également inclusive de différentes approches. Parallèlement, les instances internationales jugent les problématiques de santé au travail complexes, car relevant d'enjeux propres aux milieux de travail – enjeux qui sont traités spécifiquement dans chaque système national. Toutefois, les institutions internationales développent un discours propice à la division du travail de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles entre plusieurs types d'acteurs et contribuent à légitimer la « pluridisciplinarité » comme une approche qui garantit le bien commun.

***Encadré 1.1 Définition de la santé au travail adoptée par le Comité mixte OIT/OMS de la santé au travail en 1995***<sup>133</sup>

*« La santé au travail devrait viser les objectifs suivants: promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions; prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par leurs conditions de travail; les protéger dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à leur santé; placer et maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses capacités physiologiques et psychologiques; en somme, adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche.*

*Les activités en matière de santé au travail comportent essentiellement trois volets: i) le maintien et la promotion de la santé des travailleurs et de leur aptitude au travail; ii) l'amélioration des conditions et du milieu de travail pour assurer la sécurité et la santé au travail; iii) l'adoption de systèmes d'organisation du travail et de cultures d'entreprise susceptibles de contribuer à la sécurité et à la santé au travail et de promouvoir un climat social positif et le bon fonctionnement de l'entreprise. Dans le présent contexte, l'expression culture d'entreprise désigne les systèmes de valeurs adoptés par une entreprise donnée. En pratique, elle se reflète dans les méthodes de gestion, dans la politique appliquée en matière de personnel, de participation et de formation et dans la gestion de la qualité de l'entreprise.»*

## **2. Une remise en cause du système français de protection de la santé des salariés**

### ***2.1 La santé au travail : un domaine d'intervention à géométrie variable***

*Ceux qui seraient enclins à nier l'aspect multivocal des phénomènes sociaux sont condamnés à le redécouvrir et soulagés quand ils le font.*<sup>134</sup>

<sup>132</sup> Abbott Andrew, *Chaos of disciplines*, Chicago, The University of Chicago Press, 2001.

<sup>133</sup> Coppée Georges H., « Les services et la pratique de la santé au travail », in Mager Stellman Jeanne (dir.), *Encyclopédie de santé et de sécurité au travail*, 3<sup>e</sup> édition française, traduction de la 4<sup>e</sup> édition anglaise, Bureau international du Travail, Genève, 2000, 4 vol.

La réforme de la médecine du travail convoque une pluralité d'acteurs pour remédier aux lacunes d'un système à bout de souffle. Ces acteurs et les disciplines qu'ils représentent, ou dont ils s'inspirent, étaient pourtant déjà présents dans le traitement de la santé au travail avant que l'on ne parle de « pluridisciplinarité ». L'apport de différentes disciplines au domaine de la « santé au travail », reconnu comme complexe et « multivocal », fait ainsi, selon l'expression d'A. Abbott, l'objet d'une « redécouverte ». D. Vinck, dans son analyse « à chaud et personnelle » des relations entre ergonomie et pluridisciplinarité signale aussi que la thématique de l'interdisciplinarité est récurrente et « fait l'objet de débats importants qui donnent parfois l'impression qu'on réinvente la roue »<sup>135</sup>.

Le caractère contingent des configurations disciplinaires apparaît à l'analyse de plusieurs exemples d'activités ayant émergées à l'intérieur du domaine de la santé au travail. Les frontières entre ces groupes ne peuvent s'appuyer sur des frontières disciplinaires étanches. D'une part, les divers groupes professionnels mobilisent différents savoirs et savoir-faire pour leurs pratiques, et plusieurs groupes peuvent mobiliser les mêmes disciplines. D'autre part, les disciplines sur lesquelles les groupes professionnels se construisent sont elles-mêmes loin d'être des entités fixes : elles évoluent, s'étendent en englobant d'autres disciplines, ou au contraire disparaissent en se faisant absorber par d'autres.

La « pluridisciplinarité », avant d'être prônée au niveau international comme une nouvelle forme de division du travail entre plusieurs métiers spécialisés, s'incarne d'abord dans des métiers aux multiples facettes. En France, plusieurs travaux historiques se penchent sur ces activités polyvalentes en les présentant comme des synthèses de plusieurs regards sur la santé au travail. Par exemple, l'ouvrage de C. Moriceau consacré au métier d'hygiéniste industriel<sup>136</sup> nous montre que c'est la visée préventive de ce métier qui génère ses ambitions « méta-disciplinaires », par opposition à des regards disciplinaires distincts, pointus mais déconnectés entre eux, qui ne permettent pas de mettre en œuvre d'action de prévention. L'objectif est de fédérer des disciplines entre elles pour la création d'une nouvelle discipline permettant de répondre aux enjeux concrets de la santé au travail. La « pluridisciplinarité »

---

<sup>134</sup> « Those who would deny the multivocality of social phenomena are doomed to rediscover it and relieved when they do ». Traduction personnelle.

<sup>135</sup> Vinck Dominique, « Une analyse à chaud et personnelle des relations entre ergonomie et pluridisciplinarité », Actes de la journée de la SELF « La pluridisciplinarité en santé au travail : des échanges de pratiques », 14 juin 2001.

<sup>136</sup> Moriceau Caroline, *Les douleurs de l'industrie. L'hygiénisme industriel en France, 1860-1914*, Éditions de l'EHESS, Paris, 2009.

apparaît ici comme étant convoquée par la complexité des enjeux liés à la santé au travail. À la complexité technique des conséquences du travail sur la santé des salariés, s'ajoutent des enjeux sociaux pointés par l'historienne<sup>137</sup>.

### ***Encadré 1.2 L'hygiénisme industriel, une « méta-discipline »***

Avant la montée en puissance de l'hygiénisme industriel au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, plusieurs instances officielles (Académie de médecine, Académie des sciences morales et politiques, Comité consultatif d'hygiène public de France, Comités départementaux d'hygiène et de salubrité), et en leur sein, plusieurs disciplines, dont la médecine légale et la toxicologie, s'intéressent aux effets du travail sur la santé<sup>138</sup>.

L'hygiénisme industriel se constitue donc comme discipline à partir d'une « pratique ancienne et diffuse » :

« La discipline annoncée au cours des années 1860 semble devoir être le lieu d'une combinaison efficace des différents regards portés jusque-là sur le travailleur manuel en vue de l'amélioration de son état physique »<sup>139</sup>.

Son domaine d'action est volontairement large pour pouvoir fédérer les disciplines autour d'un même objectif. C'est en effet son objectif de prévention, associé à la pluralité de ses enjeux, qui font de l'hygiène industrielle une « méta-discipline » :

« Discipline hybride, alliance du médical et du technique avec, dans une moindre mesure, une dimension juridique », elle se caractérise par une pluralité d'objets (« tantôt le corps, tantôt la maladie, tantôt la substance, tantôt la catégorie sociale des ouvriers, tantôt l'établissement ») et une pluralité d'approches (« purement médicale, scientifique, ou médico-légale, technique, sociologique »)<sup>140</sup>.

L'hygiénisme industriel, d'abord marqué par la pathologie professionnelle et dominé par les médecins, devient avec le temps plus préventif en se concentrant sur la recherche technique des moyens de l'hygiène et de la sécurité. Selon C. Moriceau, cette dimension de prévention « complique toute catégorisation », car « la prévention peut être multiple : médicale, sociale, technique, juridique... ».

Du fait de cette visée de prévention, les enjeux de l'hygiénisme industriel naissant ne sont pas uniquement scientifiques mais également politiques et sociaux. Pour certains, il présente une mission « humanitaire »<sup>141</sup> ; pour d'autres, s'occuper d'hygiène industrielle, c'est avant tout œuvrer à la paix sociale en montrant de l'intérêt à la classe ouvrière et à l'amélioration de sa condition :

« D'une problématique médicale – son concept fondateur est bien celui d'étude des maladies des artisans, relevant donc de la pathologie –, l'hygiène industrielle, parce qu'elle introduit la notion de préservation de la santé et de la vie, glisse ainsi vers des enjeux de nature hautement politique. L'éventail de ses supports de légitimité s'étend de ce fait largement hors du champ scientifique. »<sup>142</sup>

La discipline s'organise autour de deux grandes lignes. D'une part, l'analyse se fait soit par catégorie d'individus soit par « modificateur » (facteurs susceptible d'influencer la santé), ce qui a pour effet de mettre l'accent soit sur les professions, soit sur les conditions de travail. D'autre part, elle s'intéresse à l'hygiène publique (collective, à l'échelle de l'établissement industriel ou de la communauté)<sup>143</sup> ou à l'hygiène privée (centrée individuellement sur les ouvriers).

<sup>137</sup> C. Moriceau décrit l'hygiénisme industriel comme « une discipline socialement et politiquement nécessaire ». *Ibid.*, p. 65

<sup>138</sup> *Ibid.*, p. 49.

<sup>139</sup> *Ibid.*, *loc. cit.*

<sup>140</sup> *Ibid.*, p. 63

<sup>141</sup> *Ibid.*, p. 67

<sup>142</sup> *Ibid.*, p. 68

<sup>143</sup> En ce qui concerne l'hygiène publique, elle traite le plus souvent l'effet des industries sur leur environnement, et non sur leur population ouvrière.

L'auteur conclue que, du fait de ces multiples facettes, les personnes qui « se sentent autorisées à traiter d'hygiène industrielle » sont nombreuses, ce qui nuit à l'unité de la discipline<sup>144</sup>. En effet, celle-ci, à force de dispersion, finit par « exploser » en de nouvelles spécialités. Contrairement à d'autres pays, en France, on singularise les accidents du travail, qui sont du ressort des ingénieurs, les pathologies professionnelles, du ressort des médecins et le droit du travail, du ressort des juristes. Le sort de l'hygiène industrielle illustre bien les tensions tour à tour centripètes et centrifuges qui sont propres au champ d'intervention professionnel de la santé au travail. Cet exemple met en évidence la permanence d'une tension entre un idéal « pluridisciplinaire » propre à ce champ et la tentation d'émancipation, de singularisation, d'une discipline ou d'un métier en son sein.

Les surintendantes d'usines, étudiées par C. Omnès<sup>145</sup>, sont un autre exemple d'incarnation professionnelle d'une approche globale de la santé au travail. Dès les années 1920, elles promeuvent une approche pluridisciplinaire des risques au travail « s'appuyant sur une connaissance fine des situations de travail ». Ce regard global sur le bien-être des ouvriers au travail n'est pas apparu fortuitement : le mouvement de la Réforme sociale choisit de piocher dans diverses ressources disciplinaires pour former des infirmières à ce nouveau métier attentif au « facteur humain » et exercé en entreprise.

***Encadré 1.3 Les surintendantes d'usine : une pratique infirmière pluridisciplinaire en santé au travail***<sup>146</sup>

Recrutées parmi les infirmières diplômées d'État, les surintendantes d'usine ont représenté une approche globale de la prévention en entreprise, bien avant que la médecine du travail ne soit institutionnalisée. En effet, les surintendantes d'usines se développent dans les années 1920 en France, dans un contexte de forte féminisation des populations ouvrières. Elles sont des pionnières de la prévention au sein même de l'espace de travail, leur mission première est la mise en place de services sociaux dans les usines de guerre, en vue du bien-être des ouvriers au travail. Le mouvement de la Réforme sociale, à l'origine de la création des écoles de surintendantes, considère en effet les services sociaux d'usine comme les instruments d'un « projet alternatif au taylorisme »<sup>147</sup>. La formation des surintendantes reflète cette approche globale et humaniste en intégrant à la fois des enseignements d'hygiène industrielle, de toxicologie, mais aussi de droit du travail, d'économie politique et de sciences sociales. Les aspects sociaux des maladies sont mis en avant. Les surintendantes doivent veiller au bien-être physique et moral des ouvrières sur leur lieu de travail, et promouvoir auprès d'elles une meilleure hygiène de vie.

La formation des surintendantes s'incarne dans des activités diverses, que C. Omnès décompose en trois types d'actions. En premier lieu, elles effectuent un travail administratif de gestion du personnel : elles constituent un fichier recensant l'ensemble des salariés, des fiches individuelles pour chaque travailleur, mais aussi des fiches de poste. Elles élaborent également des statistiques d'accidents du travail et mènent des enquêtes après les accidents du travail pour en rechercher les causes. En second

<sup>144</sup> *Ibid.*, p. 93.

<sup>145</sup> Omnès Catherine, « Les surintendantes d'usine. Attention au « facteur humain » et prévention du risque au travail (1917-1946) », in Omnès Catherine et Pitti Laure (dir.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XX<sup>e</sup> siècle*, Rennes, PUR, 2009.

<sup>146</sup> *Ibid.* Les « infirmières visiteuses », dont l'activité est axée sur la prévention des maladies et la promotion de la santé, se déplacent au domicile des ouvriers mais ne sont pas présentes dans l'espace de travail, cf. Knibiehler Yvonne, *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984.

<sup>147</sup> Omnès Catherine, « Les surintendantes d'usine. Attention au « facteur humain » et prévention du risque au travail (1917-1946) », *op. cit.*

lieu, elles s'occupent de l'hygiène des ateliers et des hommes, en mettant en place les premiers secours et les services médicaux. Enfin, elles œuvrent à l'amélioration de l'organisation et de la sécurité du travail, en s'intéressant à l'orientation professionnelle, notamment *via* la psychotechnique (qui consiste en une allocation rationnelle de la main-d'œuvre). Elles demandent et obtiennent également des adaptations de postes pour les travailleurs dont la santé ne permet plus qu'ils continuent à y travailler.

La conception médico-sociale de la santé des ouvriers qui caractérise le métier de surintendante d'usine cède peu à peu le pas à une approche sociale distincte des enjeux médicaux. En effet, en 1932, la formation des surintendantes d'usine est rattachée à celle des assistantes de services sociaux : elle en devient une spécialisation<sup>148</sup>. À l'inverse, l'institutionnalisation de la médecine du travail, débutée en 1942 et confirmée en 1946, met à l'honneur une culture *médicale* du risque au travail et une approche individualisée de la santé au travail<sup>149</sup>, au détriment de la « culture des conditions de travail globalisante et pluridisciplinaire » qu'incarnent les surintendantes d'usine :

« Les formes diversifiées de prévention que menaient les SU grâce à leur formation étaient désormais éclatées entre plusieurs acteurs : médecins du travail, ingénieurs-sécurité, psychotechniciens, ergonomes, qui travaillaient généralement en ordre dispersé »<sup>150</sup>.

Le caractère généraliste de l'action des surintendantes d'usine a donc fait long feu ; leur légitimité ne reposant sur aucune discipline en particulier, le groupe ne résiste pas à l'institutionnalisation de la médecine du travail.

De nombreuses activités professionnelles émergent dans l'optique de pallier les maux du travail, développant chacune un regard particulier. Ces activités ont toujours été « pluridisciplinaires » en ce qu'elles mobilisent plusieurs disciplines. Différents types de regards peuvent être portés sur la santé au travail, et, dans une optique d'action, ces activités les synthétisent. La notion de « pluridisciplinarité », prise de manière littérale, évoque un rassemblement de disciplines. Or, la santé au travail ne se décompose pas aisément en différentes disciplines qui en épuiserait la complexité. Au contraire, des jeux d'apparition, de regroupement, puis d'émancipation de nouvelles disciplines caractérisent ce domaine. De plus, l'évolution du traitement professionnel de la santé au travail ne se comprend pas en dehors de son contexte productif, ce qui pose la question des marges de manœuvre des groupes professionnels travaillant dans un objectif de prévention<sup>151</sup>. L'originalité de la médecine du travail réside dans une institutionnalisation qui aboutit à son caractère « obligatoire », aux retombées non négligeables en termes de stratégies des acteurs. Cependant, celle-ci s'est construite sur des bases diverses et son unité a été gagnée, à un moment donné, contre la dispersion issue de la compétition entre différentes conceptions disciplinaires.

---

<sup>148</sup> En 1938, c'est au tour des infirmières visiteuses de fusionner avec les assistantes de services sociaux.

<sup>149</sup> *Ibid.*, p. 30.

<sup>150</sup> *Ibid.*, *loc. cit.*

<sup>151</sup> Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire, op. cit.*

## 2.2. La médecine du travail : une légitimité à construire

Dans l'introduction à leur ouvrage historique sur les médecins du travail, S. Buzzi, J.-C. Devinck et P.-A. Rosental dépeignent un groupe professionnel fragile, souffrant d'un déficit de légitimité et de visibilité :

« Hormis pour la tuberculose, les médecins du travail ne sont jamais parvenus à conquérir de rôle significatif dans la prévention ou le dépistage des maladies professionnelles, alors même que ces deux activités auraient été cruciales pour accroître la légitimité et la visibilité de leur profession »<sup>152</sup>.

La médecine du travail, qui oscille entre différentes missions de sélection des travailleurs et de prévention en milieu de travail, peine à acquérir une efficacité sociale reconnue. Sa mission est à replacer dans le contexte des rapports de production : les conflits du travail sont indissociables de son exercice.

Les médecins qui s'intéressent aux conséquences du travail sur la santé se positionnent dans le conflit social, malgré une ambition de neutralité parfois revendiquée. Les membres de la commission de physiologie et d'enquêtes sur le travail, établie en 1913, affirment que la science peut apporter des réponses impartiales à la lutte des classes. Qu'en est-il de cette impartialité ? Selon S. Buzzi, J.-C. Devinck et P.-A. Rosental, « En pratique, ce credo fait basculer les physiologistes du travail vers un point de vue gestionnaire et rationalisateur »<sup>153</sup>. En effet, ces médecins qui ambitionnent d'arbitrer les conflits entre ouvriers et employeurs selon des principes scientifiques tentent de convaincre les employeurs de l'utilité de la médecine dans l'usine, dans le but d'atteindre un « rendement idéal »<sup>154</sup>. Cependant, la volonté d'arbitrer les conflits du travail par le biais de la médecine peut aussi être reprise par des médecins plus directement soucieux d'améliorer la condition ouvrière,

---

<sup>152</sup> Buzzi Stéphane *et al.*, *La santé au travail*, *op. cit.*, p. 7.

<sup>153</sup> *Ibid.*, p. 22. P. Mazel et J. Leclercq, deux médecins militaires, œuvrent à l'établissement d'une médecine du travail qui s'appuierait sur la physiologie du travail pour arbitrer les conflits entre ouvriers et patrons. La physiologie du travail se présente comme une approche scientifique qui, contrairement à l'hygiénisme industriel, ne prend pas en compte le contexte de production mais uniquement les conditions d'adaptation physiologique au travail.

<sup>154</sup> Jules Amar, cité par Buzzi Stéphane, *et al.*, *La santé au travail*, *op. cit.* p. 26

l'image d'Etienne Martin, issu de la médecine légale, qui affirme que les médecins du travail ont le devoir d'utiliser le droit au service de la protection des ouvriers<sup>155</sup>.

Si la loi de 1946 est souvent présentée par les médecins du travail et les acteurs du secteur comme étant à l'origine de la médecine du travail, son institutionnalisation a lieu lors d'une période sombre de l'histoire française : l'occupation allemande et le régime de Vichy<sup>156</sup>. C'est en effet la loi du 28 juillet 1942 qui officialise la médecine du travail et la rend pour la première fois obligatoire pour les entreprises de plus de cinquante salariés. Les pratiques eugénistes de sélection à l'embauche (*via* une visite d'embauche), prennent la forme d'un « contrôle sanitaire » des ouvriers qui, pendant la guerre, permet au régime de mettre en œuvre le Service du travail obligatoire (STO) sous la pression allemande<sup>157</sup>.

Après-guerre, la loi de 1946 étend l'obligation à toute entreprise. Elle confirme l'importance de la visite médicale et construit sa légitimité sur un argument démographique qui est particulièrement entendu à cette période du fait de la dénatalité et des pertes dues à la guerre<sup>158</sup>. Si la loi de 1946 fixe pour la première fois à la médecine du travail un but d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail », elle ne pose pas de cadre précis à la poursuite de cette mission. Ainsi, jusqu'aux années 1960, la « sélection biologique de la main-d'œuvre » constitue encore un objectif majeur pour les médecins du travail<sup>159</sup>. À partir du milieu des années 1960, des critiques se font jour et une nouvelle

---

<sup>155</sup> Etienne Martin est toxicologue industriel et hygiéniste. C'est à partir de la médecine légale, dont les fondements reposent sur les liens entre la médecine et ses implications judiciaires, qu'il promeut une fonction médicale d'incitation à l'application des mesures légales d'hygiène et de protection (rôle que l'on donnera par la suite à l'inspection du travail) et de recrutement rationnel de la main-d'œuvre. Il décrit les problématiques de santé au travail, en particulier l'exposition des ouvriers à des substances dangereuses, comme un combat dans lequel les médecins se doivent d'être aux côtés des plus faibles : « Nous devons corriger les effets de la lutte pour la vie entre des combattants inégalement armés. Plus nous nous civilisons, plus nous devenons solidaires les uns des autres. De là cette nécessité du secours réciproque qui est autre chose que la charité ou la philanthropie. Il faut donc que l'État intervienne : il doit faire des lois ou prendre des mesures pour venir en aide aux combattants les plus faibles, aux vaincus du lendemain. » Martin Étienne, « Notre programme », *La médecine du travail*, n°1, oct 1929, p. 5.

<sup>156</sup> Le succès de leur travail de « ré-écriture » de l'histoire est tel que les documents de type encyclopédie ou dictionnaires (ou, sur le web, wikipedia), mentionnent tous la date de 1946 comme la date de « création » de la médecine du travail. On peut également vérifier sur leurs sites web que beaucoup de sociétés locales de médecine du travail ou de services interentreprises, maintiennent le flou sur leur date de création (c'est notamment le cas dans la région étudiée). Le CISME, dont on a vu qu'il regroupait les directions de services, également instauré en 1942, mentionne pudiquement sur son site web que son existence date de « plus de soixante ans ». [www.cisme.org](http://www.cisme.org).

<sup>157</sup> Buzzi Stéphane, *et al.*, *La santé au travail*, *op. cit.* pp. 50-51.

<sup>158</sup> *Ibid.*, p.58.

<sup>159</sup> *Ibid.*, p.56.

génération de médecins du travail engagés permet une réorientation de la médecine du travail<sup>160</sup>.

Elle s'est ensuite progressivement éloignée de son rôle de sélection pour se diriger vers un rôle de prévention de plus en plus affirmé, qui a pris la forme de pratiques de prévention sur le lieu de travail soutenues par la législation : la loi de 1979 prévoit en effet que le médecin du travail consacre un tiers de son temps de travail à l' « action en milieu de travail ». Malgré ce changement de cap, le certificat d'aptitude demeure au cœur de la pratique de la médecine du travail, et les consultations individuelles occupent toujours le plus clair du temps des praticiens. Si le certificat d'aptitude apparaît désuet à certains, les partenaires sociaux ne sont pas prêts à s'en débarrasser : pour les syndicats, il assure une consultation médicale régulière aux salariés, susceptible de détecter des problématiques de santé et permettant ainsi de les traiter. Pour le patronat, il représente une caution médicale aux conditions de travail que les employeurs offrent à leurs salariés, et peut, le cas échéant, les couvrir devant la loi.

Le scandale de l'amiante révèle alors de manière criante les lacunes de ce système, en exposant le rôle des médecins du travail sur les conséquences à grande échelle de l'exposition des salariés à cette substance dangereuse.

### ***2.3. Le scandale de l'amiante : un élément déclencheur d'une volonté réformatrice***

Dans la période récente, c'est le scandale de l'amiante qui met en évidence la faillite du système de prévention français. La persistance des industriels, notamment du secteur du bâtiment, à utiliser cette substance minérale aux vertus isolantes malgré sa dangerosité avérée scientifiquement a conduit à l'intoxication et à la mort de dizaines de milliers de personnes qui y avaient été exposées dans le cadre de leur travail<sup>161</sup>. La responsabilité de l'État est

---

<sup>160</sup> Stéphane Buzzi *et al.* qualifient la période 1965-1979 de « temps des critiques ». Ces critiques, internes et externes à la profession – les salariés y participent – se nourrissent de l'esprit de mai 68. *Ibid.*, p. 77. Ces médecins ne se reconnaissent notamment pas dans les « médecins aux mains sales » fustigés par les intellectuels : Targowla Olivier, *Les médecins aux mains sales : la médecine du travail*, Paris, éditions Pierre Belfond, 1976.

<sup>161</sup> McCulloch Jock, Tweedale Geoffrey, *Defending the Indefensible. The Global Asbestos Industry and its Fight for Survival*, Oxford, Oxford University Press, 2008. Dans cet ouvrage historique, les auteurs montrent de quelle façon l'amiante a pu continuer à être exploitée, malgré les preuves scientifiques de son extrême dangerosité, grâce à la campagne de défense du minerai (faite de désinformation, de censure, de corruption) menée par les industriels, avec l'aide d'alliés dans les gouvernements et parmi les médecins et les assurances.

engagée dans certains procès<sup>162</sup>. À cette même période, différents rapports se succèdent et sont unanimes : il faut réformer le système de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, en particulier la médecine du travail, et signifier au public, par cette réforme, une reprise en main du domaine de la santé au travail par l'action publique.

En février 2002, la Cour des Comptes conclue son rapport au Président de la République en appelant à la réforme du système de gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles<sup>163</sup>. Une partie de ce rapport se penche sur les lacunes de l'« Institution prévention » (caisse nationale et caisses régionales de sécurité sociale travailleurs salariés, INRS) dans la prévention des risques liés à l'amiante, et stigmatise notamment sa défense de l'usage contrôlé de l'amiante<sup>164</sup>, qui va à l'encontre de connaissances scientifiques de l'époque pour s'aligner sur les intérêts patronaux. La Cour des Comptes présente le cas de l'amiante comme un exemple révélateur de dysfonctionnements profonds du système. Après ce scandale, les auteurs du rapport estiment que la médecine du travail, pilier du système de prévention français, doit être réformée. Ce rapport appelle de ses vœux une « multidisciplinarité »<sup>165</sup> et des partenariats renforcés entre les acteurs.

L'IGAS se prononce également à plusieurs reprises sur les lacunes de ce qu'il appelle le « système de prévention sanitaire en milieu de travail »<sup>166</sup> :

« (...) l'amiante révèle l'inefficacité de la médecine du travail à détecter collectivement l'ampleur du phénomène par le biais de la visite d'aptitude individuelle. Toutes les personnes intoxiquées par l'amiante avaient été déclarées aptes. Pis, certains médecins révèlent que la déclaration d'avis d'aptitude a donné l'autorisation médicale d'exposer des salariés à un risque dont on a pu identifier par la suite qu'il pouvait devenir potentiellement mortel. »<sup>167</sup>

Les médecins n'ont donc pas uniquement fermé les yeux sur des conditions de travail dangereuses, ils les ont cautionnées en délivrant des autorisations d'exposition. À la

---

<sup>162</sup> Le 3 mars 2004, le Conseil d'État, saisi par les héritiers de quatre salariés ayant contracté des maladies respiratoires après avoir exercé une activité professionnelle durant de nombreuses années les mettant en contact avec des poussières d'amiante, rend plusieurs arrêtes condamnant l'État pour carence fautive dans la prévention des risques liés aux poussières d'amiante. Le 15 mai 2014, le tribunal administratif d'Orléans reconnaît la responsabilité de l'État dans le décès d'un ancien salarié atteint d'un cancer broncho-pulmonaire consécutif à l'inhalation de poussières d'amiante.

<sup>163</sup> Cour des comptes, La gestion du risque des accidents du travail et des maladies professionnelles, Direction des journaux officiels, 2002.

<sup>164</sup> L'implication de l'INRS et de son directeur dans le « Comité permanent amiante » aux côtés des industriels de l'amiante en est la marque la plus saillante.

<sup>165</sup> L'emploi de ce terme suggère une référence des auteurs du rapport aux textes internationaux et non aux textes français, sinon on peut penser que c'est le terme de « pluridisciplinarité » qui apparaîtrait.

<sup>166</sup> Zeggar Hayet, Roux Jacques, de Saintignon Pierre, *La prévention sanitaire en milieu de travail*, IGAS-Documentation française, février 2003 et Benevise Jean-François et Lopez Alain, *Les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO)*, septembre 2006.

<sup>167</sup> *Ibid.*, p. 22.

production de rapports par l'administration, s'ajoute celle des parlementaires<sup>168</sup> qui expriment l'idée que le système de santé au travail et de prévention des risques professionnels français a montré ses limites avec l'amiante et qu'il est urgent de le réformer.

La mission de protection de la santé des salariés dévolue aux médecins du travail est donc sérieusement ébranlée par ce scandale et la pertinence du suivi individuel des salariés, remise en cause. L'enjeu de l'indépendance des médecins du travail vis-à-vis du patronat apparaît, par ce scandale, comme un enjeu de santé publique.

Parallèlement, les médecins du travail ne sont plus assez nombreux pour assurer l'ensemble des consultations médicales dont ils ont la charge. Ainsi, la réforme intervient dans un contexte où le suivi individuel est à la fois fortement discrédité et matériellement difficile à assurer.

### **3. Quel recrutement des médecins du travail ?**

#### ***3.1. Une influence réciproque du recrutement sur l'image de la profession***

La particularité de la médecine du travail est de se présenter comme une spécialité dévalorisée d'une profession prestigieuse, la médecine.

Tout d'abord, en médecine du travail, la distance est grande entre le savoir, dispensé à la faculté dans les cours de pathologie professionnelle, et la pratique. La médecine du travail s'exerce dans le contexte d'un système de prévention lié au ministère du Travail, et non au ministère de la Santé. Elle s'inscrit dans le contexte conflictuel de l'entreprise, qui amène les médecins à faire des arbitrages dont ils affirment qu'ils sont rarement « purement médicaux »<sup>169</sup>. Or, la sociologie des professions explique le prestige d'une profession par ses relations au savoir qui la légitime. Selon A. Abbott, dans les métiers centrés sur un savoir (« *knowledge based occupations* »), « les spécialistes du savoir ont tendance à se retirer dans le travail pur parce que la complexité de la chose sue fait finalement obstacle au système de

---

<sup>168</sup> Dériot Gérard, Godefroy Jean-Pierre, « Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer les leçons pour l'avenir, rapport du Sénat n°37, 20 oct. 2005 et Le Garrec Jean, Lemièrre Jean, *Les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante*, Rapport de l'Assemblée nationale n°2884, février 2006.

<sup>169</sup> Expression relevée dans les entretiens de Christine et Miriam. Cette idée revient aussi dans des entretiens informels avec des médecins.

savoir lui-même »<sup>170</sup>. C'est ainsi que l'objet même du savoir perd en prestige, et ce dans toutes les professions, ce qui aboutit à des statuts différents en leur sein :

« Dans une profession donnée, les professionnels au statut le plus élevé sont ceux qui sont confrontés à des problèmes prédigérés et prédéfinis par un certain nombre de leurs collègues. Ces collègues lui ont enlevé la complexité et la difficulté propre aux problèmes humains et leur ont laissé un problème professionnellement défini, bien qu'il puisse toujours être difficile à résoudre. À l'inverse, les professionnels au statut le plus faible sont ceux qui sont confrontés à des problèmes dont les complexités humaines ne peuvent être extraites »<sup>171</sup>.

Si l'on suit ce raisonnement d'A. Abbott, l'impossibilité d'extraire la complexité « humaine » des situations auxquelles sont confrontés les médecins du travail constitue une contrainte qui rejaillit sur leur statut. Ainsi, le prestige lié à la médecine est ici entravé par ses conditions d'exercice, au cœur d'enjeux liés à la production industrielle. De plus, les médecins du travail sont salariés, ce qui entraîne des liens de subordination à leur employeur, que celui-ci soit l'entreprise, ou le service interentreprises<sup>172</sup>. Les salariés suivis ne choisissent pas leur médecin – il leur est imposé – et le médecin ne peut soigner les salariés (il ne peut pas prescrire de traitement) mais doit se contenter d'un rôle de prévention. Le soin représentant une des caractéristiques du métier sur lesquelles reposent les vocations médicales, son absence est un handicap pour l'image de la profession. F. Piotet *et al.* font ressortir de leurs entretiens les expressions fortes de médecins « castrés » et de « médecins aux mains nues »<sup>173</sup>.

En conséquence, la médecine du travail est la dernière spécialité aux épreuves classantes nationales<sup>174</sup>, c'est donc l'échec dans des spécialités plus en vue qui y conduit certains. I. Baszanger a pointé le fait que les étudiants en médecine sont exposés pendant tout leur cursus à la diffusion d'une hiérarchie entre les spécialités qui place à son sommet les

---

<sup>170</sup> Abbott Andrew, *Chaos of disciplines, op. cit.*, p. 22. Traduction personnelle. Cette idée avait déjà été développée par l'auteur dans un article antérieur : Abbott Andrew, « Status and Status Strain in the Professions », *American Journal of Sociology*, vol. 86, n°4, 1981, pp. 819-835.

<sup>171</sup> *Ibid.*, p. 823-824, traduction personnelle.

<sup>172</sup> Théoriquement, ces liens ne sont qu'administratifs, et les médecins jouissent d'une indépendance technique, mais dans les faits cette distinction n'est pas simple. Voir Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire, op. cit.*

<sup>173</sup> Piotet Françoise, Correia Mario, Lattès Claude, « Entre profession et métiers, les médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, n° 58, 1997, pp. 22-89. Durant mes entretiens, la frustration des médecins par rapport à l'absence de soin ne s'est pourtant pas fait sentir. D'une part, durant cette période de réforme, les médecins étaient focalisés sur d'autres problématiques, notamment de conflits de frontières avec les autres groupes professionnels en présence. D'autre part, la montée en puissance des « risques psychosociaux » et l'intervention des infirmières sur des consultations de routine les amènent à rencontrer davantage de problématiques de santé dans lesquels ils jouent, de fait, un rôle thérapeutique. C'est donc davantage l'image aux yeux du public qui heurte les médecins qu'une pratique qu'ils vivraient comme amputée du soin.

<sup>174</sup> Les « épreuves classantes nationales » remplacent en 2004 le concours de l'Internat.

disciplines hospitalières<sup>175</sup>. Elle se penche sur le cas des futurs médecins généralistes et parle à leur sujet d'une socialisation qui « n'est pas faite pour eux »<sup>176</sup>, ni par extension pour les autres étudiants souhaitant s'orienter vers des spécialités non-hospitalières. Plus les médecins restent longtemps dans le cursus d'études médicales dans une autre optique que la médecine du travail (c'est le cas de Christian, qui, on le verra, a abandonné tardivement et à contrecœur son projet initial de devenir chirurgien), plus ils auront été confrontés à une hiérarchisation des spécialités et, quand ils deviendront médecins du travail, auront intégré leur position dominée au sein de celle-ci. Ainsi, la socialisation professionnelle des étudiants qui s'inscrivent dans un autre modèle que le modèle hospitalier se nourrit d'éléments glanés hors du contexte direct de formation, qui contribuent à contrebalancer cette image négative. Par exemple, pour les internes, les occasions de confrontations à des médecins du travail en exercice et les stages en services interentreprises sont des éléments jugés décisifs pour se construire une image positive de la spécialité qu'ils ont embrassée, même par dépit<sup>177</sup>.

#### **Encadré 1.4 Médecins d'entreprise aux États Unis<sup>178</sup>**

Dans son ouvrage, *The Company Doctor*, Elaine Draper donne une image similaire du médecin du travail américain. Elle décrit un groupe professionnel qui recrute parmi le rebut des médecins. Alcooliques, malades mentaux, drogués, les médecins d'entreprise se caractérisent par leur faible intégration sociale (ce sont des « parias »<sup>179</sup> - *social outcasts*). La profession médicale et son association (*American Medical Association*), l'équivalent de l'ordre des médecins en France, s'appliquent à les maintenir à part : l'auteur affirme qu'ils ne sont pas du même niveau social, économique, et académique que les autres médecins<sup>180</sup>.

Ainsi, d'après le récit qu'en fait E. Draper, les médecins d'entreprise se retrouvent en situation de soigner des blessures au travail suite à des accidents et de faire un travail de chirurgien, alors qu'ils sont peu formés à la médecine et peu compétents.

D'après mes entretiens, la médecine du travail est rarement un premier choix : environ un quart des médecins rencontrés mentionnent la médecine du travail comme un choix lié à

<sup>175</sup> Baszanger Isabelle, « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue Française de Sociologie*, XXII, pp. 223 à 245, 1981, p. 231.

<sup>176</sup> *Ibid.*, p. 231.

<sup>177</sup> Lors de plusieurs discussions informelles avec des internes, et lors de l'entretien avec Christian, l'idée de décalage entre une image très négative de la spécialité auprès de leurs pairs étudiants ou au sein de la communauté médicale, et d'un exercice jugé intéressant, est récurrente.

<sup>178</sup> Cet encadré s'appuie sur l'ouvrage suivant : Draper Elaine, *The company doctor. Risk, responsibility and corporate professionalism*, New York, Russell Sage Foundation, 2003.

<sup>179</sup> Sur le forum du site web des internes en médecine, e-carabins, un étudiant se renseigne sur la médecine du travail, inquiet par sa mauvaise image. Un autre lui répond « Bienvenue chez les parias ! » (e-carabins.net, consulté le 15 juin 2013).

<sup>180</sup> *Op. cit.*, p. 11.

une forme de « vocation »<sup>181</sup>. Inversement, le recrutement se fait auprès de médecins qui, pour une raison ou une autre, estiment (ou dont la hiérarchie estime, comme dans l'exemple qui suit) qu'ils ne peuvent envisager d'autres modes d'exercice, suite à une contrainte provenant soit de leurs performances académiques (leur niveau n'étant pas assez élevé pour prétendre à d'autres spécialités), soit d'éléments d'ordre privé (état de santé ou situation familiale). Elle est donc largement choisie par défaut, et se présente pour beaucoup comme un lieu de « conversion »<sup>182</sup>.

Le professeur D., ancien professeur de médecine du travail de la région, se souvient d'une époque où il était médecin inspecteur du travail (MIRT) et où la médecine du travail accueillait de manière systématique une population qu'il décrit comme une sorte de rebut de la population médicale<sup>183</sup> :

*Dans les années soixante-dix, les médecins du travail n'étaient pas recrutés facilement parce que la médecine du travail n'était pas reconnue comme quelque chose de noble. Donc, ben on récupérait les gens... qui ne veulent pas s'impliquer dans le privé, on récupère les handicapés physiques... D'ailleurs, on en a de bons hein, j'avais un type qui avait une paralysie des membres inférieurs, il faisait un très bon médecin du travail. Et on a aussi des handicapés mentaux.*

B : Des médecins du travail handicapés mentaux ?

*Ben des médecins handicapés mentaux qui se convertissaient en médecine du travail. (Silence, je suis dubitative). Mais oui ! Et il y a quatre-cinq ans il y a un psychiatre, un jour, qui me téléphone en me disant « Voilà, écoute, je te téléphone parce qu'y a un médecin qui va pas bien du tout, est-ce que tu pourrais pas le convertir en médecine du travail ? » C'est pas vrai, ça recommence ! J'ai eu des médecins du travail handicapés mentaux, j'ai essayé plus ou moins de les maintenir, mais enfin c'était pas évident ! Il faut se rendre compte de ça, c'est ce que j'appelle les réalités.*

Le fait que mon interlocuteur mêle le présent au passé dans son récit, ainsi que l'anecdote récente qu'il relate, indiquent que ce passé n'est pas totalement révolu : certains médecins se « convertissent » encore en médecine du travail parce qu'ils ne sont plus jugés capables

---

<sup>181</sup> Bien qu'étant faible, ce chiffre surestime probablement la proportion de « vocations ». Notre échantillon est constitué de médecins ayant accepté l'entretien, ou s'étant portés volontaires et n'est donc pas représentatif de l'ensemble du groupe : les médecins impliqués dans leur travail y sont très probablement surreprésentés. De plus, il convient de ne pas prendre les discours au pied de la lettre mais de les situer dans le contexte médical où le « devoir de vocation » est encore prégnant. Sur la construction historique de l'idéal « vocationnel » en médecine, voir Guillemain Hervé, « Devenir médecin au XIX<sup>e</sup> siècle », *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest [En ligne]*, n°116, vol.3, 2009, mis en ligne le 02 juillet 2010, consulté le 24 mars 2013.

<sup>182</sup> Expression employée par le Professeur D. durant notre entretien.

<sup>183</sup> L'entretien avec le professeur D., aujourd'hui retraité, n'a pas valeur de témoignage factuel et je ne peux appuyer aucune chronologie sur la base de son discours. En effet, la manière dont il relate aujourd'hui son expérience passée présente le « danger » qu'il « mette en avant des événements et des faits qui lui paraissent davantage faire sens en fonction de la perception qu'il a rétrospectivement du cours des événements », Pinson Gilles, Sala Pala Valérie, « L'entretien en sociologie de l'action publique », *Revue Française de Sciences Politiques*, n°57, vol. 5, 2007, p. 555-597, dont p. 559. Je l'utilise donc avec prudence. Cependant, s'il ne me permet pas de reconstituer le passé, il nous éclaire sur la manière dont ce passé fait sens pour lui à l'instant de l'entretien, soit au cœur de la réforme. En l'occurrence, le discours du professeur D. est marqué par sa volonté de me montrer qu'il était précurseur et qu'il avait décelé très tôt l'intérêt de s'organiser en « pluridisciplinarité », autour de la notion de « santé travail ».

d'autres modes d'exercice. Parmi mes enquêtés, certains médecins, des hommes, mentionnent le handicap ou la maladie comme cause de leur entrée dans la profession. C'est le cas de Jérémy, qui a eu un accident lorsqu'il était tout jeune médecin et n'a alors pas trouvé d'autre issue que de se tourner, sans enthousiasme, vers l'exercice de la médecine du travail :

*Alors initialement je suis médecin généraliste, et suite à un problème de santé, donc je suis en fauteuil roulant depuis 2000, j'estimais que l'exercice libéral n'était plus possible. J'ai donc recherché un exercice salarié. Une opportunité s'est présentée pour la médecine du travail. Il faut être honnête, j'y suis allé avec des pieds de plombs. Pendant mes études, j'étais passé une fois face à un médecin du travail, je m'étais retrouvé en slip dans une petite cabine pour me faire prendre la tension et puis au revoir, donc euh... L'utilité de la chose ne me paraissait pas très claire. Et j'y suis allé juste parce que fallait bien travailler. Finalement je m'y plais bien.*

L'exemple de Jérémy illustre bien l'entrée en médecine du travail de beaucoup d'hommes médecins du travail, dont le projet initial est contrecarré par des événements rendant difficile l'exercice de la médecine dans d'autres contextes, notamment libéral. Ce dernier se remémore une visite médicale qui lui a laissé l'impression d'une démarche inutile<sup>184</sup>.

Ainsi, la socialisation professionnelle<sup>185</sup> des médecins, depuis leur formation, les conduit à déprécier cette spécialité. Cependant, la mauvaise image de la médecine du travail n'émane pas simplement des pairs médecins et de leur jugement. Elle émane aussi d'un jugement du public sur cette activité. Les médecins du travail doivent composer avec l'image que se font les salariés de leur profession et anticipent les préjugés avec des stratégies de mise en scène de leur professionnalisme<sup>186</sup>. Pour Gaëlle, jeune médecin du travail, cela passe par une prise systématique de la tension artérielle ou, idéalement, par le port d'une blouse blanche, deux attributs associés au milieu médical et à son sérieux<sup>187</sup>. D'après elle, les efforts à fournir pour se sentir respectée comme le serait un médecin issu d'une autre spécialité sont importants :

*Combien de fois les gens, ils disent : « Ben de toute façon, c'est pas un vrai médecin : il ne m'a pas examiné ! » ou : « il n'a même pas pris ma tension ! » (Elle soupire) Donc ... Il faut quasiment une tension systématiquement. Pour que les gens gardent à l'esprit... Parce que quand vous êtes sur de l'entretien « RPS », à la limite, vous pouvez ressembler un peu à un psy... J'avais tendance à mettre une blouse, au départ je mettais une blouse ne serait-ce que pour ça... Et puis, essayez d'avoir une blouse dans le service ! (Elle rit) Il y en a une qui se bat ici et là, et puis alors, c'est pas bien organisé pour les laver, il y a rien... Enfin, ça ne fait pas partie*

---

<sup>184</sup> On voit ici que certains médecins ont une image négative de la médecine du travail quand ils y font leurs débuts – c'est le cas de Jérémy, mais aussi, on le verra, de Christian.

<sup>185</sup> Dubar Claude, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1991.

<sup>186</sup> Cette idée de « mise en scène » de soi a été analysée hors du cadre professionnel par E. Goffman, pour qui les acteurs investissent la scène des interactions de manière stratégique afin de préserver une image positive d'eux-mêmes. Goffman Erving, *The Presentation of Self in Everyday Life*, Anchor Books, Doubleday, New York, 1959. Goffman Erving, *Les rites d'interaction*, Paris, Éditions de Minuit, 1974.

<sup>187</sup> Pour filer la métaphore théâtrale, Gaëlle utilise la blouse blanche et le tensiomètre comme des accessoires dans sa représentation d'elle-même comme médecin.

*du milieu de la médecine du travail. Pas de blouse. De toute façon, on ne voit pas des gens particulièrement malades, donc le côté hygiénique de la blouse est moins important, mais ... C'était le côté jeune, « jeune qui arrive » hein ! Si on veut avoir un peu l'air d'un médecin (Elle rit) et pas d'une petite jeune qui ne connaît rien à rien !*

L'exemple de Gaëlle confirme le lien entre son image d'elle-même comme médecin et l'image que les patients/salariés lui renvoient<sup>188</sup>. L'exercice de la médecine du travail étant éloigné de l'exercice de la médecine généraliste ou hospitalière, qui constitue une référence pour son public, le médecin du travail ne dispose pas de beaucoup d'opportunités « d'agir dans le rôle d'un médecin »<sup>189</sup>, tel que les salariés rencontrés se figurent ce rôle. La pratique systématique de la prise de tension des salariés, qui appartient au répertoire d'action du médecin de ville, constitue pour Gaëlle une manière de se sentir médecin et d'apparaître comme telle aux yeux des salariés<sup>190</sup>. Cette attitude doit être rapportée aux discours de plusieurs femmes médecins rencontrées. Elles se disent confrontées à des interactions parfois difficiles avec les salariés, qui émettent parfois l'idée qu'elles ne sont pas diplômées en médecine, ou, plus précisément, qu'elles sont en réalité infirmières. Les hommes sont moins confrontés à ce genre de discours des salariés et je n'ai pas retrouvé chez eux une telle volonté explicite de « présentation de soi » comme médecins<sup>191</sup>. Cela explique que l'idée que Gaëlle se fait des attentes des salariés à son égard repose sur des stéréotypes plutôt masculins liés à l'utilisation d'un appareillage technique. Ainsi, si le défaut de prestige de la spécialité auprès du groupe des médecins n'est pas lié à sa féminisation, le fait que la spécialité soit féminine semble lui porter préjudice lors des contacts avec les salariés.

---

<sup>188</sup> Huntington Mary Jean, « Development of Professional Self-Image », in Merton Robert K., Reader George G., Kendall Patricia L. (dir.), *The Student-Physician*, op. cit. L'auteure montre qu'au fur et à mesure de ses confrontations avec des patients, l'étudiant en médecine se perçoit de plus en plus comme un médecin : « Self-images appear to be in part "reflexions" of the expectations of others. As students are defined by their patients, so do they tend to define themselves » p. 183.

<sup>189</sup> *Ibid.*, p. 187. Pour M. J. Huntington, au cours des études de médecine, les occasions d'agir comme « quasi-médecin » facilitent le développement d'un sentiment d'appartenance à la profession médicale.

<sup>190</sup> De la même manière, une littérature indigène vient confirmer la difficulté qu'ont les médecins du travail à être considérés comme des médecins, surtout par des salariés qui n'ont pas de problèmes de santé spécifiques. Dans un ouvrage rédigé en partie par des médecins inspecteurs du travail, les auteurs font remarquer que certains de leurs confrères médecins du travail « ont un stéthoscope sur leur bureau comme pour affirmer que oui, ils sont bien médecins » Ehster Jeanne-Marie, Fonds Hervé, Zimmermann Nicole, *Menaces sur la santé au travail*, Saint Malo, Éditions Pascal Galodé, 2010, p. 12.

<sup>191</sup> En revanche, on peut supposer que les hommes, souvent socialisés à d'autres types d'exercice professionnels (qu'ils les aient exercé auparavant ou qu'ils les exercent en parallèle), ont incorporé des attitudes médicales qui les situent davantage dans leur rôle de médecin, en sus de leur sexe, qui, malgré la féminisation de la profession, reste encore largement associé à la représentation traditionnelle du médecin.

### **3.2. Un recrutement des étudiants en médecine du travail qui obéit à des logiques de genre**

On a vu que le faible prestige de la médecine du travail trouvait sa source dans de nombreux éléments liés au cadre d'exercice salarié et à l'absence de soin et de libre choix du praticien. La féminisation de la médecine du travail ne se présente donc pas comme une cause de la dévalorisation du groupe professionnel<sup>192</sup>. En est-elle une conséquence ?

Comme on l'a vu plus haut, 71% des médecins du travail sont aujourd'hui des femmes, et ce malgré leur moyenne d'âge très élevée<sup>193</sup>. Ce taux est cohérent avec les études qui montrent que, dès le début du processus de féminisation de la médecine, les modes d'exercice salariés attirent ces nouvelles recrues de la profession médicale<sup>194</sup>.

Cependant, les statistiques montrent que les femmes y sont plus représentées dans les tranches d'âge 35-39 ans (83%) et 39-44 ans (77%)<sup>195</sup> qui correspondent, pour des femmes qui ont suivi des études longues et ont donc eu leur premier enfant plus tardivement que la moyenne, à une période souvent marquée par des responsabilités familiales accrues. La plupart des femmes médecins du travail que j'ai rencontrées expliquent leur entrée dans le métier par l'envie ou la nécessité de bénéficier des avantages d'un exercice salarié, notamment les horaires et les possibilités de travailler à mi-temps. Leur temps ainsi dégagé est consacré à effectuer une grande partie du travail domestique, leur conjoint étant souvent absorbé par une vie professionnelle prenante –souvent dans une spécialité médicale plus prestigieuse – à laquelle le couple a donné la priorité<sup>196</sup>. Claire, médecin du travail au SST3, a assumé seule sa volonté de consacrer plus de temps à ses enfants, tandis que son mari ne l'a pas envisagé :

*Mon mari à l'époque était... il est chef de service à l'hôpital de X., donc, je veux dire, lui il était médecin hospitalier, il faisait des gardes en soins intensifs cardio, enfin c'était lourd quoi. Donc il était très très pris par son boulot. Moi quand je me suis retrouvée avec mes deux filles... Quand j'étais généraliste, je les déposais à 7h30 le matin, je les récupérais à 8h-8h30 le soir. Je les mettais en pyjama, je les faisais manger, je les mettais au lit. Et le lendemain je les reportais... À un moment donné, on se dit : « bon, qu'est-ce que je fais quoi ? Est-ce que je continue ou est-ce que... » ; bon, puis comme souvent, je dirais c'est souvent la femme qui... Moi, il*

<sup>192</sup> Cacouault Bittaud Marlène, « La féminisation d'une profession est-elle le signe d'un manque de prestige ? », *Travail, Genre et Sociétés*, n°5 vol. 1, Mars 2001, p. 91-115.

<sup>193</sup> Source : Atlas démographique du Conseil national de l'ordre des médecins, 2012, 2013.

<sup>194</sup> Hardy-Dubernet Anne-Chantal, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », *Revue Française des affaires sociales*, n°1, 2005.

<sup>195</sup> Sicart Daniel, « Les médecins au premier janvier 2012 », document de travail de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), n°167, février 2012.

<sup>196</sup> Sur les 15 médecins du travail femmes que j'ai rencontrées en entretien, beaucoup mentionnent un conjoint médecin hospitalier ou libéral (6), cadre supérieur (4) ou chef d'entreprise (2). Cette situation familiale des médecins du travail semble donc stable depuis le travail de F. Piotet et. al. en 1997. Piotet Françoise, Correia Mario, Lattès Claude, « Entre profession et métiers, les médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, n° 58, 1997, pp. 22-89.

*n'aurait pas quitté son poste hospitalier, hein. Comme c'est souvent la femme qui... bon, qui fait le choix quoi. Bon, ceci étant je ne regrette pas. Quand je vois mes filles maintenant, je me dis : « ça va, j'ai eu raison ». (Elle rit) Ça valait le coup !*

Claire n'est pas dupe des dynamiques de genre qui l'ont amenées à abandonner sa pratique de généraliste : « c'est souvent la femme qui... ». Elle s'arrête avant de qualifier ce qu'elle a fait pour pouvoir élever ses enfants d'une manière qui lui convienne, et n'ose désigner comme un sacrifice ce « choix » qu'elle « ne regrette pas ». Du fait d'évolutions sociales liées à la féminisation du marché du travail, le modèle de la « disponibilité permanente »<sup>197</sup> est en perte de vitesse dans l'ensemble des modes d'exercice médicaux, rendant alors la médecine plus ouverte aux femmes – et aux hommes qui ne bénéficient pas de l'assistance domestique d'une épouse au foyer. Cependant, la thématique de la « conciliation » s'applique encore avant tout aux femmes médecins et le choix de la médecine du travail, opéré sous contrainte, reflète une division du travail domestique encore très inégalitaire. G. Bloy, dans son étude sur les jeunes médecins généralistes, constate que les rapports sociaux de genre jouent encore fortement dans sa cohorte, au détriment des femmes :

« Les rapports sociaux de genre réduisent ainsi de manière saisissante l'espace des possibles en matière d'investissement professionnel pour la majorité des jeunes femmes de la cohorte, qui vivent en couple hétérosexuel avec un conjoint appartenant aux franges supérieures de la catégorie cadres et ont de jeunes enfants. Bien au-delà du temps des grossesses, les contraintes induites à cet âge de la vie par la fondation d'une famille se concentrent sur elles de manière asymétrique (...) La configuration dominante reste celle d'une hiérarchisation des carrières comme des revenus au sein des couples, au bénéfice de la carrière masculine et de la mobilité qu'elle impose le cas échéant. Le paradoxe est que la facilité avec laquelle ces jeunes femmes médecins généralistes trouvent à s'employer en tout point du territoire contrarie la prise en compte de leur activité sur un pied d'égalité au sein du couple. Cela aboutit à ce que ces femmes détiennent une sorte de monopole sur le marché dégradé du travail médical »<sup>198</sup>.

Si les salaires en médecine du travail peuvent être élevés, ce qui permet difficilement de parler de « marché dégradé », des dynamiques similaires à celles de la médecine générale s'y observent, comme la facilité à trouver un emploi n'importe où en France, qui permet aux femmes de suivre leur conjoint – et, en quelques sortes, contribue à les y contraindre.

En outre, les médecins du travail pâtissent du lien que fait leur entourage entre un mode d'exercice peu attrayant et sa féminisation. Corinne, médecin du travail au SST1,

---

<sup>197</sup> Cattanéo Nathalie, *Le travail à temps partiel : un rêve ou un cauchemar ?*, thèse de doctorat, Université de Paris VIII, 1996.

<sup>198</sup> Bloy Géraldine, « Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés », *Revue française des affaires sociales*, vol 2, n°2-3, 2011, pp. 9-28, p. 25. L'auteure mentionne également le cas des médecins étrangers – non investigué-, très présents dans les postes médicaux les moins prestigieux.

affirme que la médecine du travail est souvent assignée de l'extérieur comme un mode d'exercice peu intéressant, mais qui convient bien aux femmes. Le fait que les gens préjugent d'une priorité qu'elle placerait, en tant que femme médecin, dans un exercice lui permettant de concilier sa vie familiale et sa vie professionnelle l'irrite :

*On est perçus à l'extérieur comme des médecins ratés, enfin c'est toujours... Alors on vient me dire « c'est bien, parce que vous êtes une femme ! » ; en gros je peux concilier ma vie de famille et ma vie professionnelle ! Ça, on l'entend tout le temps, donc ça me fait encore plus enrager. Même si, c'est pareil, j'ai fait un temps partiel qui est un temps partiel choisi, donc j'ai aussi cette chance, je ne vais pas non plus cracher dans la soupe. J'ai aussi cet avantage que n'ont pas certaines de mes amies qui sont en médecine générale<sup>199</sup>.*

Ce discours témoigne de la prégnance, au détriment des femmes médecins du travail, d'une conception de la place des femmes au travail basée sur ce que Madeleine Guilbert et Viviane Isambert-Jamati ont appelée « l'idéologie de la gardienne du foyer »<sup>200</sup>.

L'échec que représente une orientation en médecine du travail est accentué par le regard des proches. Plusieurs médecins rencontrés racontent l'incompréhension de leur famille lorsqu'ils se tournent vers la médecine du travail. C'est le cas de Diane, qui s'oriente en médecine du travail après s'être rendue compte qu'elle supportait mal d'être confrontée à l'urgence et au stress que supposait la médecine de soin. Bonne élève, elle aurait pu prétendre à d'autres spécialités : en se tournant vers la médecine du travail, elle déçoit ses parents<sup>201</sup> :

*C'est sûr que quand j'ai dit à mes parents : « Je vais être médecin du travail »... Ils m'ont dit : « Pourquoi t'as travaillé comme je ne sais pas quoi, tout ton parcours, pour faire ça ! ». Ben oui, pour faire ça, donc voilà. Et c'est vrai qu'au début quand j'ai commencé : « Ah, vous êtes vraiment médecin ? etc. ». Oui, ben voilà...*

Le cas de Diane est révélateur d'une approche genrée de l'orientation en médecine du travail. Une sorte de « plafond de verre » conduit les femmes à se contenter de la médecine du travail – dans ce cas extrême, il conduit Diane à éviter les spécialités liées au soin, plus prestigieuses,

---

<sup>199</sup> On retrouve ici une dynamique proche de celle qui avait été identifiée dans les travaux pionniers en la matière de Madeleine Guilbert et Viviane Isambert-Jamati. Elles disent des ouvrières à domiciles qu'elles sont « une illustration frappante de la liaison entre cette conception du rôle assigné à la femme (celle de la place normale de la femme au foyer) et la situation réservée à la main-d'œuvre féminine. Si tant d'ouvrières à domicile acceptent de travailler dans des conditions aussi mauvaises, c'est [...] parce que, pour un grand nombre d'entre elles et pour leur entourage, ces conditions de travail sont compensées par la possibilité de remplir en même temps une fonction considérée comme essentielle, celle de gardienne du foyer ». Guilbert Madeleine, Isambert-Jamati Viviane, *Travail féminin et travail à domicile*, Paris, Éditions du CNRS, 1956, p. 210, Cette référence est citée dans : Lallement Michel, « Quelques remarques sur la place du genre dans la sociologie du travail en France », in Laufer Jacqueline, Marry Catherine, Maruani Margaret (dir.), *Le travail du genre : Les sciences sociales à l'épreuve des différences de sexe*, La Découverte, 2003, p. 123-150, p. 131.

<sup>200</sup> *Ibid.*, p. 131.

<sup>201</sup> Le cas de Diane n'est pas isolé : dans un forum d'étudiants en médecine, une entrée prenant la forme d'un appel au secours d'un étudiant expliquant qu'il ne supportait pas la vue du sang témoigne de parcours similaires. Ces étudiants, suite à ce qu'ils vivent comme une erreur d'orientation, se dirigent vers des spécialités préventives comme la santé publique ou la santé au travail. La crainte de décevoir ses parents est également relayée sur ce forum (e-carabins.net, consulté le 15 juin 2013).

parce qu'elle ne se sent pas physiquement préparée ou capable de les assumer. Ainsi, si certaines femmes se tournent vers la médecine du travail afin de pouvoir envisager une vie familiale alors que leurs conjoints se dirigent vers la chirurgie ou la cancérologie, pour d'autres, comme Diane, il s'agit d'éviter les modes d'exercice qui impliquent le soin, pourtant l'aspect le plus valorisé de la médecine.

L'entrée des femmes que j'ai rencontrées en médecine du travail confirme alors l'analyse que fait I. Löwy de la répartition des femmes par spécialités au sein de la médecine :

« Les femmes sont attirées par des spécialités médicales considérées comme compatibles avec les vertus féminines : patience, attention aux besoins des autres, sensibilité, compassion, absence d'arrogance – mais aussi par celles (souvent les mêmes d'ailleurs) qui permettent de concilier exercice de la médecine et obligations familiales. Cela a conduit à une plus grande concentration de femmes dans les disciplines médicales faiblement technicisées, utilisant des traitements de routine, qui mettent l'accent sur l'importance des relations humaines et moins lucratives. »<sup>202</sup>

De leur côté, les hommes pâtissent aussi des stéréotypes de genre qui entourent la médecine du travail et la réservent aux femmes. Si la médecine du travail est une spécialité acceptable pour les femmes qui veulent s'occuper de leur famille, qu'en est-il pour un jeune homme ambitieux ? Christian est un interne venu d'Europe de l'Est pour rejoindre sa compagne en France en espérant y mener les études de chirurgie qu'il avait entamées dans son pays d'origine. Il fait un stage au SST1 lorsque je le rencontre, et me relate son parcours :

*J'ai choisi pour des raisons « pratiques » – pour rester avec mon épouse à M. – médecine du travail. Sachant que ce n'était pas du tout le but initial, et même quelques mois après je n'étais pas du tout convaincu que la médecine du travail m'était destinée. Je voulais revenir sur la filière de chirurgie. Donc j'ai repassé l'internat une deuxième fois, ce n'était toujours pas très bon. Du coup, je suis resté en médecine du travail. Pour moi c'était un petit peu, voilà, la fin : « Qu'est-ce que je vais faire avec la médecine du travail ? ». Voilà, c'était mon premier point de vue en arrivant sur la filière. Ce n'était pas par choix du tout. Après un travail d'intégration un petit peu de cette idée : « bon il n'y a plus de plan B, tu fais avec », j'ai essayé de faire en sorte que ça me plaise un peu, quand même. Parce qu'effectivement, les collègues autour de moi, ils ont un discours qui n'est pas optimiste.*

Comme le montre l'expérience de Christian, les stéréotypes de genres jouent dans la socialisation professionnelle des futurs médecins, et dans la construction de leur image d'eux-mêmes comme médecin. Aucun autre médecin rencontré n'a fait état d'une telle déception face à la nécessité de revoir ses ambitions à la baisse pour devenir médecin du travail<sup>203</sup>. Le

---

<sup>202</sup> Löwy Ilana, *L'emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*, Paris, La Dispute, 2006, p. 193.

<sup>203</sup> Notons que les hommes rencontrés mentionnaient une nécessité financière ou un problème de santé comme raison d'arrivée dans le métier. Le « handicap » de Christian n'est ni économique, ni physique : il est simplement étranger et ses études médicales effectuées en Roumanie ne sont pas reconnues de manière équivalente en France. Ainsi, il aurait pu être chirurgien là-bas, et ce déclassement représente en quelque sorte le tribut à payer pour son expatriation et sa vie familiale avec une femme française.

prestige attaché à la profession de chirurgien n'a rien de commun avec celui de la médecine du travail<sup>204</sup>. Jeune médecin socialisé comme un futur chirurgien, il souffre particulièrement de ce retournement de situation :

B : Le monde du travail vous attirait, vous le connaissiez un peu... ?  
*Non, du tout, moi j'étais dans mon monde de chirurgien, j'avais toujours dit que... Même à mon épouse : « habitue toi, c'est comme ça, on se voit à 10h du soir, voilà ». Donc le monde de l'entreprise, je ne connaissais pas. Ce qui m'a fait faire la médecine, c'était le rêve d'enfance voilà, un des parents qui était dans le milieu médical et qui... Donc ils étaient un petit peu déçus de mon parcours. Le fils qui cherchait la gloire à l'étranger en chirurgie et qui débarque en médecine du travail, ils le voyaient mal ! Mais maintenant, quand ils découvrent un fils qui s'épanouit à travers le travail, et qui n'appelle plus ses parents à onze heures le soir, parce qu'il rentre quand même à des heures sympas... C'est quand même un côté pratique de ce métier. Voilà, ça se passe bien. Vraiment, ce n'est pas pour les horaires cools, ou pas seulement, que j'arrive à accepter ce statut. Effectivement il y a des choses que l'on peut faire à travers le tiers-temps, l'activité sur le terrain. On arrive à retrouver une satisfaction du métier que nos collègues des autres spécialités ne soupçonnent pas.*

Contrairement aux femmes, qui se saisissent des horaires comme d'une opportunité pour accomplir du travail domestique, Christian apparaît décontenancé face à cet argument de recrutement. Sa famille bénéficie de ce surplus de temps : sa mère, qu'il peut appeler à des horaires décents, et sa femme et son enfant. Cependant, d'un côté, il parle des horaires avec mépris : il souhaite acquérir « le goût de faire ce métier, pas par défaut, mais parce voilà on peut faire plein de choses bien, et pas de manière inertielle 9h-17 »<sup>205</sup>. D'un autre côté, une fois l'enregistrement coupé, il revient sur son parcours et sur sa frustration face aux remarques ironiques de ses anciens camarades d'université. Il leur fait remarquer que lui peut se balader avec son fils à 17h et profiter de le voir grandir, ce qu'ils ne peuvent pas faire dans leur exercice prenant. Ainsi, il se réapproprie l'argument, souvent féminin, de la disponibilité à la vie familiale, bien qu'il présente cette disponibilité davantage sous le jour des loisirs que de la responsabilité parentale (il *profite* de sa famille tandis que les femmes choisissent la médecine du travail pour *s'occuper* de leurs enfants).

La consultation de forums étudiants confirme cette volonté de certains médecins du travail – hommes et femmes – de revendiquer leurs conditions de travail, malgré l'éloignement de cette revendication de l'idéal professionnel traditionnel : un forum des internes en médecine du travail, par exemple, propose une section « recettes de cuisine ».

---

<sup>204</sup> Régine Bercot analyse la perte de prestige présumée de la chirurgie, que la profession attribue à une « crise des vocations » et la relativise : la chirurgie perd de l'attractivité mais reste une des spécialités médicales les plus prestigieuses. La féminisation de la médecine joue contre le recrutement de nouveaux chirurgiens : la spécialité demeurant très largement masculine, les étudiantes, même très bien classées, se désintéressent encore d'une spécialité peu accueillante à leur égard (le sexisme y étant répandu), qu'elles perçoivent comme un « bastion masculin ». Bercot Régine, Mathieu-Fritz Alexandre, *Le prestige des professions et ses failles*, Paris, Hermann, 2008.

<sup>205</sup> Extrait de l'entretien avec Christian.

Cette évolution est congruente avec l'évolution globale de la médecine et de l'« éthos professionnel » des jeunes médecins tels que décrits par de récentes études sociologiques<sup>206</sup>.

La justification de l'orientation en médecine du travail repose donc sur des arguments différents selon que l'on parle à un médecin homme ou à une femme, les contraintes qui les mènent respectivement à cette option « réaliste » et non pas « vocationnelle »<sup>207</sup> étant de différents ordres. Ainsi, le recrutement des médecins du travail n'est pas aisé dans un contexte où aussi bien les pairs médecins que l'opinion publique (qui s'exprime notamment par l'intermédiaire des proches des internes au moment de leur choix de spécialité) renvoient une image négative de cette spécialité. La faiblesse de la démographie médicale, aujourd'hui problématique, prend cependant également ses sources au niveau de politiques publiques antérieures qui ont contribué à fragiliser la profession.

### **3.3. Démographie médicale et action publique : la recherche d'un équilibre entre le nombre et la qualité ?**

De par la loi, les médecins sont des acteurs indispensables au fonctionnement des services de médecine du travail (puis des services de santé au travail) : l'obligation d'adhérer à un service repose sur l'obligation de certificats d'aptitude médicale pour tous les salariés. Pour cette raison, le manque de main-d'œuvre médicale est source d'inquiétude à la fois pour la profession et pour les acteurs patronaux.

La médecine, et, en son sein, la médecine du travail, appartient aux professions qui se caractérisent par ce qu'A. Abbott appelle une « démographie rigide »<sup>208</sup>, dans le sens où ses mécanismes de reproduction empêchent ses effectifs d'augmenter ou de diminuer rapidement en fonction, par exemple, de la demande. À plusieurs reprises, les pouvoirs publics vont

---

<sup>206</sup> Robelet Magali, Lapeyre Nathalie, Zolésio Emmanuelle, « Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans », note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des médecins, janvier 2006. Les auteurs identifient une « prise de distance par rapport à "l'éthos professionnel" classique de la profession médicale » qui serait davantage un « effet de génération » qu'un « effet de genre ». Plus récemment, Géraldine Bloy parle d'une « indifférenciation croissante des aspirations » des jeunes médecins hommes et femmes.

Sur ce thème, voir également : Le Feuvre Nicky et Lapeyre Nathalie, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n°1, janv-mars 2005. Lapeyre Nathalie et Robelet Magali, « Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes », *Sociologies pratiques*, n°14, 2007 ; Lapeyre Nathalie et Robelet Magali, « Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? », in Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, pp. 365-378.

<sup>207</sup> Je reprends ici deux termes utilisés par Geneviève Pruvost. Pour analyser les réponses à un questionnaire sur l'entrée dans les métiers de la police, elle les classe en deux types : les réponses « réalistes » et les réponses « vocationnelles ». Pruvost Geneviève, *Profession : policier. Sexe : féminin*, Éditions de la MSH, Paris, 2007.

<sup>208</sup> Abbott Andrew, *The System of Professions*, op. cit., p. 130.

chercher à assouplir la production de médecins du travail pour garantir une main-d'œuvre suffisante pour exercer les tâches définies par la loi. Ce processus repose sur la délicate recherche d'un compromis entre le nombre de médecins formés et le maintien de la qualité de la formation.

La remise en cause générale de l'efficacité de la médecine du travail et de sa fonction sociale a des conséquences sur la démographie de la profession, qui reflète sa « crise identitaire ». En effet, la population de médecins du travail dépend à la fois des modalités d'accès à la profession et de l'attractivité générale de celle-ci, notamment de son image auprès du public. Ainsi, pour étoffer l'effectif de médecins du travail, les pouvoirs publics doivent trouver un équilibre entre la mise en place de passerelles qui ouvrent l'exercice à d'autres médecins et une trop grande ouverture qui dévaloriserait la spécialité. L'action publique repose sur un jeu sur les barrières à l'entrée : elles sont tour à tour élevées pour renforcer la profession, et abaissées pour renforcer les effectifs.

L'exercice en médecine du travail est au départ ouvert à tout médecin : à la création de la médecine du travail en 1942, on peut l'exercer sans diplôme de spécialité. À partir de 1957, l'obtention d'un Certificat d'études spécialisées (CES) est obligatoire pour commencer à exercer, les praticiens déjà en poste en étant exemptés. À partir de cette période, certains étudiants en médecine passent ce CES par mesure de précaution : s'ils venaient pour une raison ou pour une autre à rencontrer des difficultés qui les empêcheraient d'exercer en libéral, ils auraient alors la possibilité de se tourner vers la médecine du travail et de s'assurer un revenu. En 1979, le CES devient obligatoire pour tous les médecins du travail, ce qui favorise un renouvellement de la population des médecins du travail par l'ouverture de nouveaux postes à des médecins formés.

Les CES correspondent à une « filière « féminine » »<sup>209</sup> pour rentrer dans l'exercice de la médecine, par opposition à la médecine générale et aux spécialités, moins accessibles aux femmes. Les hommes profitent aussi de ces formations courtes permettant d'exercer facilement au terme des études médicales. Plusieurs médecins rencontrés ont passé leur CES pour avoir une solution de repli en cas de problème et l'ont fait jouer à la fin des années 1970. Certains l'ont fait pour des raisons de santé, après un accident ou une maladie grave. Quant à Jacques, d'origine ouvrière, il s'est tourné vers la médecine du travail faute de moyens pour s'installer en libéral et attiré par des conditions d'embauche favorables, en attendant de pouvoir exercer comme généralistes :

---

<sup>209</sup> Hardy-Dubernet Anne-Chantal, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », *Revue Française des affaires sociales*, n°1, p. 35-58, 2005, p. 42.

*J'ai préparé ma thèse en réanimation pendant un an et j'ai profité de cette première année de thèse pour passer ma première année de CES de médecine du travail. Parce que je m'étais dit... j'avais quand même eu des confrères qui avaient eu des pépins de santé. Je savais que médecin généraliste, c'est pas une vie de tout repos et que si jamais il arrive un pépin je me retrouve sans rien, donc ce serait quand même bien d'avoir une deuxième corde à mon arc, à savoir un CES de médecine du travail qui m'aurait permis de me réorienter en santé travail si j'avais un problème de santé, donc c'était plus une précaution future quoi. (...) Et bon, en sortant sur le marché du travail avec le CES déjà en poche, j'ai intéressé un certain nombre de services de santé au travail. Et comme je devais me marier, ça a l'air tout bête, quand vous voulez prendre un appartement etc., on vous demande vos fiches de paye, etc. Je me suis dit « Je vais faire de la santé au travail en attendant, ça me permettra de me marier, et après je vais voir dans quel secteur je vais m'installer ».*

Ainsi, Jacques a réussi à passer son CES sans perdre de temps, en parallèle de ses études et de son séjour à l'armée. Ce diplôme s'est avéré précieux pour commencer sa vie active en attendant d'avoir les ressources nécessaires pour s'installer en libéral – projet auquel il renoncera.

En 1982, la réforme des études médicales constitue un tournant<sup>210</sup>. Le diplôme d'études spécialisés (DES) de médecine du travail remplace le CES : la médecine du travail devient une spécialité médicale parmi les autres et fait l'objet de quatre années d'internat. De plus, en sus du numerus clausus restreignant depuis le début des années 1970 l'accès à la seconde année de médecine, le nombre d'interne dans chaque spécialité est désormais également limité.

L'accès à la formation de médecin du travail s'en retrouve donc fortement restreint et le nombre de médecins du travail formés chaque année chute considérablement du fait de cette réforme<sup>211</sup>. En effet, les médecins passaient le CES par mesure de précaution, pensant ne pas s'en servir (effectivement, contrairement à Jacques dont l'urgence financière a déterminé le choix, les médecins titulaires du CES exercent souvent finalement en libéral), tandis que le DES contraint le médecin qui l'obtient à exercer cette spécialité, et celle-ci seulement. De plus, on a vu que la médecine du travail recrutait principalement parmi les étudiantes. Or, ces dernières sont particulièrement déstabilisées par la réforme<sup>212</sup>.

---

<sup>210</sup> Au sujet de l'impact de cette réforme sur les trajectoires médicales, voir le rapport suivant : Hardy-Dubernet Anne-Chantal, Arliaud Michel, Horellou-Lafarge Chantal, Le Roy Fabienne, Blanc Marie-Anne, *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, Rapport de recherche pour le programme INSERM/ CNRS/MiRe 98 « Processus de décision et changements des systèmes de santé », novembre 2001.

<sup>211</sup> Voir figure 1.1 « Nombre de nouveaux diplômés en médecine du travail », dans Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire*, op. cit., p. 58.

<sup>212</sup> « Leur décision ressemblait souvent à des choix professionnels par défaut : elles ne voulaient pas préparer l'internat parce qu'elles ne s'en sentaient pas capables (...); elles ne voulaient pas être médecin généraliste parce que l'image qu'elles en avaient était celle d'un métier peu compatible avec une vie de famille ». Hardy-Dubernet Anne-Chantal, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », op. cit., p. 42.

À cela s'ajoute le respect de plus en plus observé par leurs employeurs, les services de santé au travail, de l'obligation pour chaque médecin du travail d'avoir un diplôme de spécialité, alors qu'ils étaient jusqu'à présent peu regardants. Les conséquences de cette réforme ne se font pas attendre : les médecins du travail sont de moins en moins nombreux à être formés.

Au lieu de jouer sur le *numerus clausus*, les pouvoirs publics instaurent alors différentes voies de reconversion. Dès 1992, ils mettent en place le « Concours Européen », qui consiste en une formation de quatre ans ouverte aux médecins français ayant exercé au moins trois ans et aux médecins français et européens n'ayant jamais passé l'internat. Cent cinquante médecins du travail sont ainsi formés tous les ans pendant la décennie 1990, ce qui n'est pas négligeable au vu des effectifs de la profession<sup>213</sup>.

En 1998, en 2000 et en 2002, des vagues de « régularisations » des médecins exerçant la médecine du travail sans diplôme adéquat permettent de délivrer des autorisations d'exercice à environ 1300 médecins, au terme de 200 heures de formation sur deux ans<sup>214</sup>. Puis, en 2002, la loi de modernisation sociale ouvre pour trois ans la possibilité de passer une « capacité en médecine du travail », qui consiste simplement en une formation de deux ans en parallèle de l'exercice, et donc rémunérée, ce qui s'avère plus avantageux économiquement pour les médecins que le concours européen.

Ces mesures sont controversées. Les professeurs de médecine du travail en particulier expriment un fort ressentiment quant aux voies alternatives de recrutement des médecins du travail<sup>215</sup>. La réforme de 1982 est globalement bien perçue par ces universitaires qui y voient le signe d'une meilleure insertion de la médecine du travail dans le monde médical<sup>216</sup>, puisqu'elle devient une spécialité à part entière. Le concours européen respecte l'intégrité de la spécialité en permettant aux médecins volontaires de rattraper son cursus. Les régularisations et la possibilité de passer une capacité, en revanche, court-circuitent la formation initiale proposée dans les universités et, en offrant des formations que les professeurs jugent sommaires, dévalorisent la profession en abaissant les barrières à l'entrée<sup>217</sup> : les médecins du travail sont alors formés de manière hétérogène, ce qui les éloigne du modèle professionnel parsonien<sup>218</sup>.

---

<sup>213</sup> Aujourd'hui, le nombre de médecins du travail exerçant se situe autour de 4500, mais pendant les années 1990, il était moindre et se situait autour de 2800 en 1995.

<sup>214</sup> Conso Françoise, « Quelle formation initiale pour les médecins du travail ? », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol. 66, n° 4, 2005, pp. 311-312.

<sup>215</sup> *Ibid.*, loc. cit.

<sup>216</sup> *Ibid.*, loc. cit.

<sup>217</sup> Le modèle de la profession anglo-saxonne est représenté par une profession fermée, c'est-à-dire qu'elle trie ses membres selon une logique strictement déterminée en interne, et exclut les autres.

<sup>218</sup> Parsons Talcott, « The Professions and Social Structure », *Social Forces*, vol. 17, n° 4, 1939, p. 457-467.

Leur démographie reflète ces difficultés de recrutement : si la profession médicale est vieillissante<sup>219</sup>, la médecine du travail l'est particulièrement. L'« indicateur » que constitue la pyramide des âges du groupe professionnel est un élément décisif en faveur de la réforme, car les données qui s'en dégagent indiquent clairement qu'une grande proportion de ses praticiens est proche de la retraite. Tandis que sa base est très étroite (peu de médecins du travail en dessous de 44 ans), la tranche d'âge des 55-59 ans y est très surreprésentée, ce qui donne un âge moyen qui avoisine les 55 ans. À titre d'illustration, en 2011 et 2012, chez les hommes, on trouve plus de praticiens de plus de 65 ans (113 et 124) que de praticiens de moins de 40 ans (90 et 112), et en 2013, quasiment autant de praticiens de plus de 65 ans (175) que de praticiens de moins de 45 ans (184). Le renouvellement des effectifs est donc loin d'être assuré. Les professeurs de médecine du travail se mobilisent alors afin d'éviter que l'assouplissement de la démographie médicale, justifiée par le manque de main-d'œuvre, ne signe l'arrêt de mort de la spécialité.

### ***3.4. Les professeurs de médecine du travail promeuvent leur spécialité***

Alternativement aux diverses mesures de reconversion prévues par la loi, les professeurs de médecine du travail souhaitent augmenter le nombre de postes ouverts à l'internat, afin que davantage de médecins soient formés par leur soin, selon le cursus classique. Le rapport rédigé par les Professeurs Françoise Conso et Paul Frimat en 2007 pour l'IGAS préconise ainsi d'augmenter « significativement » le nombre de postes au concours de l'internat, pour le porter de 60 (en 2007) à 100 puis 170 internes, précisant que d'ici cinq ans, 1 700 médecins du travail partiront à la retraite alors que seulement 370 nouveaux médecins auront été formés<sup>220</sup>.

Pourtant, avant même la parution de ce rapport, le nombre de postes ouverts non pourvus témoigne d'une faible attractivité de la médecine du travail : sur 108 postes au concours européen, 22 sont pourvus en 2004, et seulement 14 en 2005. Cette tendance se confirme et les auteurs du rapport et ceux qui militent avec eux pour que le *numerus clausus*

---

<sup>219</sup> Le paragraphe qui suit s'appuie sur les études de la DREES suivantes : Sicart Daniel, *Les médecins au premier janvier 2011*, document de travail de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), n°157, mai 2011. Sicart Daniel, *Les médecins au premier janvier 2012*, document de travail de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), n°167, février 2012. Sicart Daniel, *Les médecins au premier janvier 2013*, document de travail de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), n°179, mai 2013.

<sup>220</sup> Conso Françoise, Frimat Paul, « Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail », Paris, Inspection générale des affaires sociales / Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, 2007, p. 8.

soit relevé doivent se rendre à l'évidence : augmenter le nombre de postes n'est pas la solution. En 2010 encore, sur 120 postes, seuls 88 sont pourvus. En 2011, seuls 68% des postes ouverts en médecine du travail sont pourvus, et 65% le sont en 2012<sup>221</sup>. À titre de comparaison, dans les autres spécialités, l'ensemble des postes est généralement pourvu<sup>222</sup>. Les affectations des postes médicaux font donc apparaître la médecine du travail comme la plus désaffectée des spécialités médicales.

Le fait que les médecins du travail soient tour à tour longuement formés et « autorisés à exercer », selon des modalités plus ou moins contraignantes, nuit à leur recrutement. Les professeurs de médecine du travail refusent que leur réputation de « sous-médecine » se retrouve confirmée par un titre jugé « bradé »<sup>223</sup> et cherchent à revaloriser la formation initiale. Ils tentent de limiter les conséquences du manque de main-d'œuvre sur ses qualifications afin de conforter un groupe professionnel à l'image fragile. Le collègue des enseignants en médecine du travail milite ainsi pour la « modernisation » du contenu de la formation afin d'attirer les candidats potentiels au concours européen et déploie une grande énergie à promouvoir la spécialité. Il met notamment en place un site Internet à l'attention des internes<sup>224</sup>. Sur le forum des internes en médecine, dans une discussion sur le choix de la spécialité, un étudiant s'exclame : « *Ce site, c'est de la folie! J'ai jamais vu un truc comme ça pour promouvoir une « spé », c'est complet, agréable à lire et tout!* »<sup>225</sup> Les efforts de séduction déployés sont donc reconnus par leurs cibles.

Les enseignants en médecine du travail souhaitent attirer des étudiants en médecine peu sensibilisés à leur spécialité. A. Strauss parle d'une concurrence entre les spécialités médicales qui se joue dans la formation et qui expliquerait, à l'époque où il écrit, la lourdeur des emplois du temps : « Les cursus des études médicales sont actuellement surchargés parce que les spécialités médicales rivalisent pour obtenir le temps et l'attention des étudiants. Elles cherchent à recruter, ou tout au moins, à socialiser les futurs médecins à une attitude satisfaisante à leur égard »<sup>226</sup>.

Cette remarque peut être transposée aux circonstances actuelles des études médicales en France. Les autres spécialités ayant manifestement plus de ressources dans la diffusion et

---

<sup>221</sup> Source DREES, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2012 ».

<sup>222</sup> La médecine générale fait exception, avec 95% des postes pourvus en 2011 et 84% en 2012, ainsi que la santé publique et, exceptionnellement, la psychiatrie en 2012.

<sup>223</sup> Expression utilisée par le professeur Jean-Louis R. lors de notre entretien.

<sup>224</sup> Ce site est le suivant : [devenirmedecintravail.org](http://devenirmedecintravail.org)

<sup>225</sup> Forum *e-carabin*, consulté le 24 juin 2013.

<sup>226</sup> Strauss Anselm, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992 [1ère édition américaine 1961], p.79.

la reproduction de leur propre prestige, la médecine du travail peine à la fois à recruter et à socialiser l'ensemble des futurs médecins à une attitude satisfaisante à son égard. La santé au travail n'est en effet que marginalement enseignée pendant les études de médecine : un médecin ne reçoit en moyenne en France que neuf heures d'enseignements portant sur ce thème sur l'ensemble de son cursus<sup>227</sup>. Cette place réduite de la santé au travail dans les études de médecine a des conséquences de plusieurs ordres. D'une part, elle ne favorise ni la prévention ni le dépistage des pathologies professionnelles par les médecins non-spécialistes et présente donc des conséquences en termes de sous-déclaration des maladies professionnelles et de santé publique en général<sup>228</sup>. D'autre part, elle participe également d'une mauvaise image des médecins du travail aux yeux de leurs pairs médecins, la faible quantité d'enseignements perpétuant son faible prestige.

***Encadré 1.5 Vieillesse des médecins du travail et manque de main-d'œuvre médicale : quelques illustrations***

La visite d'un service en zone semi-rurale, en dehors de ma région d'étude, m'a permis de me rendre compte de l'ampleur du manque de main-d'œuvre médicale. Si la moyenne d'âge des médecins du travail avoisine les 50 ans, dans certains services ou certaines « antennes » locales d'un service de santé au travail, les moyennes d'âge des médecins dépassent les 65 ans.

Catherine est une praticienne retraitée qui continue à exercer la médecine du travail dans le service où elle a débuté, trente-cinq ans auparavant. Elle se montre inquiète de la situation démographique et de ses retombées sur la population des médecins embauchés dans les services de santé au travail. D'après son récit, les directions, désespérées, embauchent des médecins généralistes retraités et passent par des agences de recrutement de médecins étrangers<sup>229</sup> :

*J'ai appris l'embauche d'un médecin de 67 ans. Ça laisse rêveur quand même, un médecin généraliste de 67 ans, qu'est-ce qu'il vient faire là ? Ses collègues disent qu'ils ne l'appellent pas médecin du travail<sup>230</sup>... C'est pas possible de connaître les enjeux. C'est vrai que c'est un peu triste, ils prennent ce qu'ils trouvent. Nous, sur cette antenne, on est trois médecins. On est surchargés, avant on était cinq ou six J'ai un collègue qui va avoir 71 ans, ma collègue qui était là ce matin n'a pas loin de 65, et moi je suis en retraite. Donc, quand je pars, qu'est-ce qu'il fait, le directeur ? Il essaie de recruter des médecins à l'étranger, il passe par une agence.*

Dans la lignée de la sociologie fonctionnaliste qui donne au temps de la formation médicale une fonction socialisatrice jugée essentielle pour l'insertion professionnelle future<sup>231</sup>, Catherine et ses confrères estiment que la socialisation professionnelle de ces médecins parachutés de la médecine générale est insuffisante et ne permet pas d'opérer leur « transformation » en médecins du travail. De

<sup>227</sup> Gehanno Jean-François, Weber Jacques, Conso Françoise, Sobaszek Annie, Cantineau Alain, Sibert Louis, Caillard Jean-François, « Détermination des besoins éducatifs des futurs médecins du travail par une méthode de groupes de discussion dirigée », *Archives Des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, vol. 69, n°3, 2008, pp. 423-437.

<sup>228</sup> *Ibid.*

<sup>229</sup> La presse relaie cet aspect frappant de la « crise » de la médecine du travail. Un article du quotidien *Libération*, par exemple, retrace le parcours d'une femme, médecin généraliste en Roumanie, qui est recrutée en France pour renflouer les effectifs d'un service de santé au travail particulièrement déficitaire en main-d'œuvre. Renard Xavier, « Marina, venue de Bucarest pour pallier les carences françaises », *Libération*, 7 juin 2010.

<sup>230</sup> J'ai ajouté l'emphase sur cette phrase.

<sup>231</sup> Merton Robert K., Reader George G., Kendall Patricia L. (dir.), *The Student-Physician*, Cambridge, Harvard University Press, 1957.

plus, ces embauches, sous prétexte d'aider les employeurs à se conformer à la législation (en délivrant les certificats d'aptitude obligatoires aux salariés), embauchent ce nouveau personnel au mépris de la législation qui protège le groupe professionnel en maintenant des barrières à l'entrée (obligation du diplôme d'études spécialisées pour exercer)<sup>232</sup>.

Dans une autre antenne, Laure, médecin du travail, regrette aussi l'arrivée de médecins généralistes, avant tout motivée par l'appât du gain :

B : Il y a beaucoup de médecins retraités ici ?

L : Il y a une collègue à temps partiels et deux médecins hommes qui sont retraités du libéral. Qui n'en ont strictement rien à faire, tous les deux, qui sont là pour les sous. Ils ont fait une opération financière parce que pour partir ils ont eu des sous, pour quitter la médecine libérale à un moment donné il y a eu un dispositif, et donc après, ça leur a laissé le droit de travailler à temps partiel dans une activité salariée.

Les options prises pour faire face au problème démographique sont donc perçues comme des solutions de fortune. Au SST1, le médecin coordinateur me raconte une anecdote à propos d'un médecin étranger qui a été mis au travail très rapidement après son arrivée, au terme d'une formation linguistique sommaire. En visite, ce médecin, originaire d'Europe de l'Est, remarque l'incompréhension des salariés quand il leur demande de « s'éloigner », alors qu'ils sont assis sur la table d'observation. Il veut en réalité leur demander de « s'allonger ». Le médecin coordinateur se montre à la fois amusé et inquiet. Il me signale que la formation en langue française dont ce médecin a bénéficié sera complétée et qu'il se remettra au travail quand il saura mieux s'exprimer.

### ***3.5. Un certain attrait de la médecine du travail : une pratique généraliste qui offre de bonnes conditions de travail***

Cette image d'un groupe professionnel fragile est compensée, dans une certaine mesure, par des conditions de travail privilégiées, notamment au niveau des salaires. En effet, la rareté de la main-d'œuvre, associée à l'obligation légale de certificat médical d'aptitude au travail pour chaque salarié, valorise la rémunération des médecins du travail, qui, malgré leur mauvaise image, restent indispensables aux services qui les emploient. La grille de salaires des services interentreprises est négociée entre le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (le CISME, qui fonctionne comme une fédération représentant les présidents et directeurs de services interentreprises) et les syndicats de médecins du travail. Cette grille mentionne des salaires minimums de départ aux alentours de 4100 euros nets par mois, somme largement dépassée dans les faits, surtout quand deux services se font concurrence sur un territoire<sup>233</sup>. Les salaires sont donc confortables, contrairement à ceux de

---

<sup>232</sup> Dans le cadre de la réforme, le statut des médecins intervenant dans les services de santé au travail sans avoir officiellement le titre de médecin du travail est abordé : à compter de juillet 2012, une procédure est prévue pour les faire rentrer dans la légalité en tant que « collaborateurs médecins ». D'après le site du conseil national de l'ordre des médecins, « Le statut de collaborateur médecin permettra tout autant de recruter de nouveaux médecins dans les services qui connaissent une pénurie que de régulariser la situation de médecins qui aujourd'hui exercent illégalement la médecine du travail dans ces services ». Source : site conseil.national-médecin.fr, consulté le 23 novembre 2014.

<sup>233</sup> Un médecin rencontré mentionne ainsi en entretien le cas d'un jeune confrère auquel un service implanté dans un secteur rural peu attractif aurait offert environ 6000 euros de salaire net de départ, ce qui correspond, dans la convention collective, au salaire indicatif d'un médecin qui aurait entre dix et quinze ans d'ancienneté dans le même service.

la médecine scolaire, une autre médecine salariée dont les effectifs sont plus encore féminisés et dont les praticiennes sont fonctionnaires<sup>234</sup>.

Dans les entretiens, les médecins rencontrés expliquent souvent leur choix de s'orienter vers la médecine du travail par des raisons ayant trait au mode d'exercice salarié et à son confort, notamment les femmes qui prennent en charge un important travail domestique (qui peuvent alors facilement exercer à temps partiel), et, on l'a vu, les hommes ayant rencontré des ennuis de santé. Un autre argument souvent relevé est celui de l'aspect généraliste de la médecine du travail. Elle englobe des problématiques diverses et suppose une conception compréhensive de l'individu. Le degré d'« ouverture intellectuelle » (*intellectual breadth*) offert par une spécialité a été identifié par les interactionnistes dans l'ouvrage classique « *Boys in White* » portant sur les étudiants en médecine<sup>235</sup> comme une composante des « stéréotypes » que les étudiants se forgent de chaque spécialité :

« (Les étudiants) faisaient la distinction entre les spécialités qui couvraient un domaine large et celles qui étaient étroites, celles qui les pousseraient à utiliser tout leur savoir ou toutes leurs capacités, et celles qui ne le feraient pas, celles qui alimenteraient continuellement leur intérêt et leur stimulation intellectuelle, et celles qui deviendraient bien vite ennuyeuses et routinières »<sup>236</sup>.

La distinction en question fonctionne comme un reflet de l'image qu'ont les étudiants des spécialités et de leurs divergences davantage que comme une description de la réalité de l'exercice de ces spécialités<sup>237</sup>. Par conséquent, elle représente une ressource narrative en faveur d'une spécialité, ou au détriment d'une autre, dont les médecins que j'ai rencontrés se saisissent également.

---

<sup>234</sup> Ainsi, selon l'Éducation Nationale qui les emploie, les faibles salaires des médecins scolaires seraient justifiés par leur statut de « salaires d'appoint » au sein de couples dont l'homme exerce une activité – souvent médicale – plus lucrative. Cacouault Bittaud Marlène, Picot Geneviève, « Les médecins scolaires : valorisation d'une expertise ou dévalorisation d'une profession « féminine », in Demazière Didier et Gadéa Charles (*dir.*), *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La Découverte, 2009.

Si les époux de femmes médecins du travail ont un profil similaire, les « salaires d'appoint » qu'elles apportent sont considérablement plus élevés, ce qui assure un vrai confort financier aux familles.

<sup>235</sup> Becker Howard S., Geer Blanche, Hughes Everett C., Strauss Anselm, *Boys in White, Student Culture in Medical School*, Chicago, University of Chicago Press, 1961.

<sup>236</sup> *Op. cit.*, p. 404, traduction personnelle.

<sup>237</sup> *Op. cit.* p. 407. Dans la discussion sur les avantages comparés des différentes spécialités, les étudiants interrogés font peu jouer les critères d'argent, d'horaires et de prestige. En revanche, l'ouverture intellectuelle et la responsabilité médicale que chaque spécialité leur offre sont davantage discutées. Les premiers critères pourraient être utilisés par des profanes pour hiérarchiser les spécialités entre elles. Or, les étudiants mobilisent des critères d'évaluation qui ne peuvent être utilisés et compris que par leurs pairs. Selon les auteurs, la mise en avant de ces critères reflète « l'impact de leur expérience à la faculté de médecine » et la « culture médicale » qui y est diffusée. Cela ne signifie pas que les premiers critères ne sont pas pris en compte au moment de l'orientation, mais que seuls les seconds sont considérés comme sérieux et valides au sein de la communauté médicale.

Dans la lignée de ces prédécesseurs américains, Gaëlle me confie qu'au moment de son orientation, elle voulait « prendre en charge les gens globalement » et que les autres spécialités lui apparaissaient « trop ciblées ».

De même, pour Aude, qui a débuté une spécialité plus prestigieuse et s'est ravisée. La médecine du travail est un mode d'exercice proche de la société, contrairement à l'exercice très spécifique, centré sur un organe, auquel son premier choix de spécialité la destinait.

*Je suis venue en médecine du travail parce que j'estimais que s'enfoncer dans une spécialité m'éloignait de la société. Surtout que je travaillais à l'hôpital et que du coup... on se sur-spécialise sur un tout petit organe<sup>238</sup>. Donc j'avais l'impression que toutes mes années de médecine ne me serviraient plus à rien parce que c'était une toute petite partie du corps humain, qui est loin de l'esprit, qui est loin de la société, etc. Par des jeux de rencontre, j'ai... sans réfléchir davantage, j'ai changé de spécialité. Je me suis retrouvée en médecine du travail par affinité avec le fait que la médecine du travail était vraiment l'interface entre la médecine et la société.*

Ainsi, l'exercice de la médecine du travail est valorisé par la diversité de ses enjeux et le degré d'« ouverture intellectuelle » qu'elle demande.

L'histoire et la sociologie de la médecine et des professions médicales mettent en lumière cet « irrésistible mouvement vers la spécialisation de la médecine »<sup>239</sup>, que les acteurs regrettent. Par exemple, l'idée d'une médecine coupée de la société est avancée par les sociologues R. Bercot et F. De Coninck, qui, dans leur ouvrage sur les réseaux de santé, pointent une tendance actuelle à la spécialisation sur un organe selon une « logique technicienne »<sup>240</sup> qui conduit à une « spécialisation des personnels, des techniques, et des unités organisationnelles qui prennent en charge les pathologies »<sup>241</sup>. En conséquence de cette logique, le social apparaît secondaire et « n'est pas valorisé comme une des dimensions du savoir professionnel »<sup>242</sup>.

C'est dans ce contexte que certains médecins du travail revendiquent, dans leur quotidien professionnel, une approche conjointe de problématiques de santé et de société imbriquées. Pour Aude, qui enseigne également la médecine du travail, la « richesse » de la médecine du travail tient à la diversité des situations rencontrées et des rôles joués, dont elle souhaite transmettre le goût aux étudiants:

*Hier j'ai vu des étudiants en deuxième année de médecine. Je leur ai expliqué ce que pouvait être la médecine du travail. C'était de monter dans un tracteur, dans une*

---

<sup>238</sup> L'utilisation de caractères gras dans les entretiens signifie, sauf mention, que je souligne un passage de l'extrait. Ici, Ici, c'est donc moi qui ajoute l'emphase.

<sup>239</sup> Herzlich Claudine, « Préface », in Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier (dir), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010.

<sup>240</sup> Bercot Régine, De Coninck Frédéric, *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, L'harmattan, logiques sociales, Paris, 2006, p. 26.

<sup>241</sup> *Ibid.*, loc. cit.

<sup>242</sup> *Ibid.*

*grue, d'aller voir les gens dans leur quotidien, c'était être... rejouer le rôle d'un, entre guillemets, enfin avoir les compétences d'un médecin généraliste, puisqu'on est censé rencontrer toutes les pathologies, sans avoir à les traiter, parce qu'on ne doit pas rentrer dans le soin. Mais c'est jouer ce rôle-là, enfin avoir ces compétences-là pour en plus être à l'interface des entreprises, savoir parler à un entrepreneur et à un chef d'entreprise, pour lui dire pourquoi il faut faire ça, le persuader, donc c'est un talent d'avocat derrière, etc. Ce sont des talents multiples d'une richesse extraordinaire.*

Notons tout de même que beaucoup de médecins qui discourent sur la « richesse » de leur métier de médecin du travail en exercent, parallèlement, un autre, ou bien exercent des fonctions spécifiques en sus de leur activité de médecin du travail (référent, coordinateur, etc.). Aude a même complètement arrêté sa pratique pour se consacrer à son activité de recherche et d'enseignement à l'Université. J'ai perçu, durant quelques entretiens, une volonté de faire contrepoids face aux discours traditionnels des médecins concernant leur choix d'orientation en médecine du travail, évoqué plus haut (problématique de santé, priorité donnée à la vie familiale, contraintes du travail domestique). Cependant, les aspects « généralistes » de la médecine du travail sont aussi valorisés par les médecins qui l'exercent, qui mettent l'accent sur l'étendue du registre de leur intervention et sur le plaisir qu'ils prennent à découvrir sans cesse des milieux de travail qui leur sont étrangers. Ces discours participent d'une « présentation de soi »<sup>243</sup> qui vise à ennoblir leur pratique professionnelle : ils apparaissent comme des tentatives de construire une image positive d'eux-mêmes comme professionnel. Bien que révélateurs d'un état d'esprit tourné vers la promotion du métier, ils doivent être replacés dans le contexte d'une spécialité par ailleurs dévalorisée.

Ainsi, la décision pragmatique de se tourner vers la médecine du travail s'ancre, *a priori* ou *a posteriori*, dans une conception de leur utilité sociale de médecin qui repose sur une approche globale de la santé.

\*\*\*\*\*

Dans cette section, la « pluridisciplinarité » apparaît d'abord comme un retour de balancier dans un mouvement dialectique entre la coexistence d'une pluralité de regards sur l'objet « santé au travail » et la constitution d'une unité à partir de plusieurs d'entre eux. Sur le terrain, il ne s'agit pas de disciplines mais avant tout d'un mode d'organisation qui introduit de nouveaux groupes professionnels là où les médecins étaient auparavant seuls à bord.

L'idée de « pluridisciplinarité » sur laquelle repose la réforme permet de répondre à un double enjeu. D'une part, la médecine du travail souffre en France d'une démographie

---

<sup>243</sup> Goffman Erving, *The Presentation of Self in Everyday Life*, op. cit.

défavorable au renouvellement de ses effectifs, elle-même conséquence indirecte d'une autre réforme, celle de la formation médicale en 1982. D'autre part, alors qu'au niveau national, la médecine du travail est fragilisée par le scandale de l'amiante, qui entraîne des critiques sur son mode de fonctionnement, les différentes disciplines qui participent du domaine de la « santé au travail » sont reconnues par les instances internationales comme des interlocuteurs essentiels pour les entreprises. La « fenêtre d'opportunité politique » qui apparaît repose en grande partie sur les chiffres démographiques alarmants. Elle dessine aussi, de par les éléments qui la construisent, une médecine du travail affaiblie.

## Section 2 : Les étapes de la réforme « pluridisciplinaire » des services de santé au travail

Sur le terrain, les références à des moments considérés comme des « tournants » m'entraînent à des allers-retours entre une recherche documentaire sur l'histoire de la réforme de la médecine du travail et l'observation de la mise en œuvre de la « pluridisciplinarité », des discours de justification qu'elle entraîne, et des disputes entre groupes professionnels qu'elle occasionne. Pour dérouler cette chronologie, je m'appuierai non pas sur la parole des acteurs, qui ne peuvent offrir que des points de vue subjectifs de ce déroulement, mais sur les textes officiels, qui s'offrent à notre interprétation en termes de cheminement législatif du terme de « pluridisciplinarité ».

La réforme de la médecine du travail se déroule en plusieurs étapes sur une période d'une dizaine d'année. Des évolutions réglementaires annoncent, puis imposent, le fonctionnement « pluridisciplinaire » des services de santé au travail. Les textes en question tentent d'aplanir les débats qui dominent la réforme et témoignent d'une progression du terme de « pluridisciplinarité », qui devient une sorte d'emblème de cette réforme.

### **1. Avant 2002 : la période « pré-pluridisciplinaire »**

#### ***1.1. Une « pluridisciplinarité expérimentale »***

La question du contrôle par le médecin du travail des actions engagées par d'autres est un enjeu omniprésent dans les textes, qui peut expliquer la lenteur de l'évolution législative. Fin 1988, un décret constitue une première étape au fonctionnement « pluridisciplinaire » des services de médecine du travail. Il indique qu'« à titre expérimental et en vue de développer

les actions que le médecin du travail conduit sur le milieu de travail, (...) des conventions peuvent 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. »<sup>244</sup>

D'après ce décret, c'est uniquement pour poursuivre l'action du médecin et sous sa supervision que les autres groupes pourront être mobilisés. Les premières ressources complémentaires sont introduites dans une visée de prolongement de l'action en milieu de travail du médecin, pour affirmer la mission de prévention primaire des services de médecine du travail. En effet, cette mission est la première touchée quand les médecins se font plus rares : du fait de l'obligation du certificat d'aptitude, les consultations sont privilégiées par les services de santé au travail, tandis que les actions de prévention primaire passent au second plan, et peinent donc à constituer la proportion de l'activité du médecin prescrite par la loi – soit un tiers de son temps.

Notons aussi que l'accent mis sur la prévention primaire a également pour conséquence de protéger le monopole des médecins sur le suivi individuel : ce ne sont que les actions qu'il « conduit en milieu de travail » qui pourront être complétées par d'autres intervenants. Pour pallier le manque à venir de médecins et au lieu de permettre un partage des tâches de suivi individuel, ce décret permet aussi, toujours à titre expérimental, un espacement des visites médicales après avoir signé des accords avec les entreprises. Cet article précise que cette expérimentation, loin de viser un recul de l'activité des médecins du travail, correspondrait à un redéploiement de celle-ci sur la prévention primaire (« pour permettre une augmentation de la proportion de temps que le médecin du travail doit (...) consacrer à sa mission en milieu de travail »).

Ainsi, la « pluridisciplinarité » se dessine comme un tournant vers davantage de prévention primaire effectuée au niveau collectif, en milieu de travail, pour laquelle le médecin serait assisté d'autres professionnels, et moins de suivi individuel, dont le médecin resterait seul garant.

Parallèlement, le contexte législatif évolue, renforçant la pression qui pèse sur les employeurs pour qu'ils identifient et préviennent les risques qu'ils font subir aux salariés. En 1989, une directive-cadre européenne renforce la responsabilité de l'employeur en mentionnant une obligation d'assurer la santé et la sécurité des salariés « dans tous les aspects liés au travail ». Elle est d'abord transposée en France par la loi du 31 décembre 1991 qui

---

<sup>244</sup> Décret 88-1198 du 28 décembre 1988.

rend obligatoire l'évaluation des risques professionnels et met en avant la responsabilité du chef d'entreprise<sup>245</sup>. Cette obligation de sécurité, confirmée par la jurisprudence que créent les jugements progressistes de la Chambre sociale de la Cour de Cassation, notamment en ce qui concerne l'exposition des salariés à l'amiante, se mue en une obligation dite « de résultats »<sup>246</sup> et non plus seulement de moyens. L'employeur est responsable de la santé et de la sécurité de ses salariés et peut être mis en cause au civil en cas de reconnaissance d'une « faute inexcusable » pour manquement à cette obligation. N. Dedessus-Le-Moustier parle au sujet de ces évolutions du système d'indemnisation, qui devient de plus en plus favorable aux victimes, de « l'émergence d'un véritable droit de la santé au travail »<sup>247</sup>.

La « pluridisciplinarité » est pensée dans ce contexte de progrès des droits des salariés. En effet, après avoir affirmé la responsabilité des employeurs en ce qui concerne la santé et la sécurité de leurs salariés, la directive-cadre européenne de 1989 les encourage à mobiliser des compétences diverses pour la prévention des risques professionnels. Les différentes législations nationales doivent alors inventer un cadre à ces ressources de prévention, et inciter les employeurs à les mobiliser. En France, le système préexistant de médecine du travail devra alors être réformé pour pouvoir prendre en compte cette injonction européenne.

### ***1.2. La prévention collective des risques comme objectif de la médecine du travail : une « latéralisation » du projet de réforme ?***

La transcription de la directive cadre européenne de 1989 dans le droit français prend du temps car elle est associée à une réforme globale des services de médecine du travail qui

---

<sup>245</sup> Celui-ci doit tout mettre en œuvre pour : éviter les risques professionnels, évaluer les risques professionnels qui ne peuvent être évités, combattre les risques professionnels à la source, adapter le travail à l'homme par la conception des postes, le choix des équipements et des méthodes de travail, tenir compte de l'évolution de la technique, remplacer ce qui est dangereux par ce qui ne l'est pas ou l'est moins, planifier la prévention, prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle, et enfin donner les instructions appropriées aux salariés.

<sup>246</sup> Les arrêts de la chambre sociale de la Cour de cassation du 28 février 2002 dits « arrêts amiante », indiquent qu' « en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par ce salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise ; le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable [...], lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. » (Cass. Soc., 28 février 2002)

<sup>247</sup> Dedessus-Le-Moustier Nathalie, « La pluridisciplinarité en santé au travail : analyse juridique », *Travail et emploi*, juillet-sept 2005.

suscite des débats. C'est notamment la remise en cause du certificat d'aptitude<sup>248</sup>, au cœur des débats sur la réforme, qui bloque l'entente des partenaires sociaux.

En 1997, la France fait l'objet d'une mise en demeure par les autorités européennes car, sur la question de la mobilisation de compétences diverses, elles estiment ses efforts insuffisants. C'est avant tout l'approche jugée médico-centrée de son système de médecine du travail qui ne convainc pas et qui laisse penser que les aspects non-médicaux, comme le bien-être ou la santé mentale, ne sont pas ou peu pris en charge, et que la prévention est encore avant tout axée sur le niveau individuel et non pas sur les collectifs de travail.

Dans une déclaration commune du 18 décembre 2000, les partenaires sociaux, signataires de l'accord du 13 septembre 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels, réaffirment à la fois leur attachement à la médecine du travail et leur volonté conjointe d'évoluer vers un système pluridisciplinaire. Ils précisent aussi que :

« Le temps dégagé par l'espacement des visites médicales (...) doit être consacré à un renforcement de l'action du médecin du travail et des différents acteurs compétents sur le lieu de travail, dans le seul but d'assurer une meilleure prévention des risques professionnels dans les entreprises »<sup>249</sup>.

Dans l'esprit du décret de 1988, il ne s'agit ni de baisser le montant des cotisations, ni de se contenter d'un suivi individuel plus lâche, mais d'affirmer une action collective portant moins sur l'individu que sur la prévention des risques. La « pluridisciplinarité » doit être synonyme de progression de la prévention dite « primaire » au détriment du suivi individuel, assimilé à une prévention « tertiaire »<sup>250</sup>.

L'objectif de « mise en œuvre d'une véritable pluridisciplinarité » est décomposé comme suit. Dans un premier temps, les démarches d'évaluation des risques des entreprises ou des branches professionnelles peuvent s'appuyer sur des acteurs institutionnels aussi divers que la médecine du travail, les services prévention des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), l'agence nationale et les agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT et ARACT), l'institut de recherche et de sécurité (INRS), qui sont toutes des

---

<sup>248</sup> Reflétant les débats internes au secteur, un rapport de l'IGAS avance que la logique d'aptitude est incompatible avec « une logique de santé publique ». IGAS, *Santé : pour une politique de prévention durable*, 2003.

<sup>249</sup> Source : Déclaration des signataires de l'accord du 13 septembre 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels, 18 décembre 2000, p. 1. Le syndicat général des médecins du travail (SGMT), affilié à la CFE-CGC (confédération française de l'encadrement et confédération générale des cadres), s'était opposé à la simple réduction de la périodicité des visites et a tenu à ce que l'utilisation en prévention collective du temps ainsi libéré soit spécifiée dans l'accord. Le syndicat Force ouvrière s'est montré réticent à signer l'accord, déclarant qu'il n'acceptait pas « que la pénurie des médecins du travail justifie une médecine "au rabais" pour les salariés et un affaiblissement de la prévention des risques professionnels ». Source : site web de Force ouvrière.

<sup>250</sup> Pour une présentation de la classification par l'OMS de la prévention en trois types, voir en introduction générale, note de bas de page n°8.

« institutions composant la pluridisciplinarité ». Dans un second temps, la « pluridisciplinarité » s'organise « dans les services de médecine du travail » :

« La prévention des risques professionnels dans l'entreprise doit être assurée par l'intervention de compétences diversifiées. Pour l'essentiel, il s'agit de spécialistes dans les domaines suivants : ergonomie, hygiène du travail, épidémiologie, secourisme, toxicologie industrielle, psychosociologie du travail, acoustique. Ils participent au service de santé au travail (service autonome ou interentreprises) ou exercent dans des structures autonomes (organismes de contrôle technique, consultants) »<sup>251</sup>.

Les partenaires sociaux s'entendent donc sur la mise au point d'une prévention qui multiplie à la fois les points de vue institutionnels et les points de vue disciplinaires. Cette entente préalable ouvre la voie à l'intervention de l'action publique sous la forme de la loi dite « de modernisation sociale », promulguée en 2002, qui fait évoluer le domaine à différents niveaux. Ainsi, la reconnaissance légale du harcèlement moral, l'ajout de la mention « santé physique et mentale » aux attributions de la médecine du travail, et le passage de la *médecine* à la *santé* au travail, apparaissent en même temps que la « pluridisciplinarité » dans la loi française.

La médecine du travail est une spécificité française à laquelle les partenaires sociaux se montrent attachés. Le consensus autour de la notion de « pluridisciplinarité » apparaît alors utile pour la réformer en douceur. Ainsi, coupler la dynamique de réforme avec une dynamique de « pluridisciplinarisation » de la main-d'œuvre des services permet d'éviter des transformations trop brutales, qui pourraient être perçus comme une remise en cause frontale de la médecine du travail. Le recours à la rhétorique de la « pluridisciplinarité » rappelle les instructions de l'ouvrage d'O. d'Herbemont et B. César, dont l'influence sur la réforme des hôpitaux a été analysée par N. Belorgey :

« S'affranchir des mots qui fâchent nos alliés et les remplacer par d'autres qui les rassemblent dans l'action. C'est l'enjeu du projet latéral. La meilleure manière de réussir un projet difficile (c'est à dire non seulement d'un point de vue technique mais soulevant aussi des oppositions), c'est de l'aménager pour le rendre compatible avec les projets de ses alliés potentiels. C'est ce qu'on appellera la latéralisation du projet »<sup>252</sup>

La lenteur de la négociation entre partenaires sociaux – et la déclaration commune qui en découle – indiquent que les acteurs ne sont pas prêts à s'engager dans une réforme de fond de la médecine du travail. La « pluridisciplinarité » permet 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

---

<sup>251</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>252</sup> D'Herbemont Olivier, César Bruno, La stratégie du projet latéral. Comment réussir le changement quand les forces politiques et sociales doutent ou s'y opposent, Dunod, Paris, 1998 (1996), cité dans Belorgey Nicolas, *L'hôpital sous pression*, La Découverte, Paris, 2010, pp. 132-133.

travail, une diversification des moyens humains mis au service de la prévention fait consensus.

## 2. À partir de 2002 : la loi de modernisation sociale et ses conséquences

L'action publique dans le domaine de la santé au travail témoigne de l'importance de la négociation sociale et de la faible valeur ajoutée de l'État dans ces négociations : la structure proposée dans l'accord des partenaires sociaux sera fidèlement reprise en janvier 2002, un peu plus d'un an plus tard, dans l'article 193 de la loi de modernisation sociale, qui est considéré comme le texte fondateur de la « pluridisciplinarité » dans les services de santé au travail, soit celui qui finit de transposer la directive cadre européenne de 1989<sup>253</sup>.

Ce texte impose une évolution dans l'intitulé des services : les services de *médecine* du travail ou les services *médicaux* du travail (deux intitulés qui avaient cours jusqu'alors) deviennent des services de *santé* au travail, qui ont vocation à intégrer, en plus des compétences médicales présentes, des compétences « techniques et organisationnelles »<sup>254</sup>.

La notion de santé, qui remplace celle de médecine, se veut globale, en cohérence avec la définition de l'OMS. Là où, dans le code du travail, la santé était déjà mentionnée, et notamment l'obligation de l'employeur de préserver la santé de ses salariés par « toutes les mesures nécessaires »<sup>255</sup>, la loi de modernisation sociale fait spécifier que la protection que l'employeur doit à ses salariés concerne leur santé « physique et mentale ».

En juin 2003, un décret rend la « pluridisciplinarité » obligatoire dans les services de santé au travail et crée la fonction d' « intervenant en prévention des risques professionnels » (IPRP). Quelques mois plus tard, une circulaire de la direction des relations du travail sur la

---

<sup>253</sup> On a vu que la loi de 1991 imposant la rédaction d'un « document unique d'évaluation des risques professionnels » commençait de transposer la directive-cadre de 1989 en relayant le souci européen de responsabilisation des employeurs sur les thématiques de santé et de sécurité au travail. Voir à ce sujet Galland Jean-Pierre, « La régulation européenne des risques professionnels et les relations de travail », in Aballéa François et Lallement Michel (dir.), *Relations au travail, relations de travail*, Toulouse, Octarès, 2007.

<sup>254</sup> La déclaration des partenaires sociaux est reprise et synthétisée ainsi dans la loi : « Afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, les services de santé au travail font appel, en liaison avec les entreprises concernées, soit aux compétences des caisses régionales d'assurance maladie, de l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics ou des associations régionales du réseau de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, soit à des personnes ou à des organismes dont les compétences dans ces domaines sont reconnues par les caisses régionales d'assurance maladie ou par ces associations régionales. »

<sup>255</sup> Article L.4121-1 du code du travail.

mise en œuvre de la « pluridisciplinarité » dans les services de santé au travail statue sur les modalités de fonctionnement de cette nouvelle fonction<sup>256</sup>.

Parallèlement à l'introduction d'un nouveau personnel IPRP, le cadre législatif de l'exercice des médecins du travail évolue suite à la loi de modernisation sociale. Dans un contexte où le manque de main-d'œuvre médicale et la recrudescence de visites effectuées à la demande de l'employeur ou du salarié rendent difficile de s'acquitter de toutes les visites obligatoires<sup>257</sup>, le décret du 28 juillet 2004 procède d'abord, sans surprise, à l'espacement des visites médicales périodiques. D'une visite annuelle obligatoire, on passe à une visite tous les deux ans, sauf dans certaines activités jugées particulièrement à risque et auxquelles est attribué le statut de « surveillance médicale renforcée » (les salariés conservent alors une visite médicale annuelle). Ces mesures viennent signifier que l'apparition d'un nouveau personnel dans les services, dédié aux interventions en milieu de travail, ne doit pas contribuer à enfermer le médecin du travail dans son cabinet : l'« action en milieu de travail » du médecin est appuyée, et non pas concurrencée, par la « pluridisciplinarité ». Pour pouvoir assurer cette action, le médecin doit être en partie dégagé des consultations individuelles.

Le même décret institue aussi une « commission médico-technique » au statut consultatif, et lui donne pour mission « de formuler des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaire conduites par ses membres ». Ainsi, l'organisation « pluridisciplinaire » des services se dote d'une instance dédiée, qui deviendra une arène de débats sur la mise en œuvre des évolutions de division du travail entraînées par la réforme.

Entre 2000 et 2004, les services évoluent donc vers la « pluridisciplinarité ». Mais les évolutions sont lentes et les décrets restent vagues. Pour ses promoteurs, les conditions nécessaires au bon fonctionnement de la « pluridisciplinarité » ne sont pas encore réunies, et la réforme des services de santé au travail reste à construire : le système est encore trop centré sur le médecin et la diversification de la main-d'œuvre, trop timide. À la veille de la réforme

---

<sup>256</sup> Circulaire DRT 2004/1 du 13 janvier 2004 relative à la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail. Cette circulaire est signée de la main de J.D. Combexelle, qui occupe depuis 2001 la fonction de directeur général du travail – désignée sous le terme de directeur des relations du travail jusqu'en 2006. L'homogénéité de cette administration pourrait-elle avoir contribué à la « pluridisciplinarisation » ?

<sup>257</sup> On a vu que l'activité des médecins du travail se composait de différents types de visites. Les visites d'embauche permettent, suite à la délivrance d'un certificat d'aptitude, l'embauche d'un salarié, ce qui les rend importantes pour les employeurs. Les visites périodiques présentent un caractère routinier car elles touchent toute la population salariée, même bien portante. Les visites de pré-reprise et les visites à la demande du salarié ou de l'employeur, en revanche, confrontent le médecin à des cas problématiques et, à ce titre, sont effectuées prioritairement. Dans les services où les effectifs suivis par les médecins sont particulièrement nombreux du fait du manque de main-d'œuvre, les visites d'embauche et les visites à la demande prennent totalement le pas sur les visites périodiques, que les médecins n'ont pas le temps d'effectuer.

de juillet 2011, le député qui la porte, Guy Lefrand, s'exprime ainsi lors des débats parlementaires du 30 juin 2011 :

« Nous connaissons tous les raisons qui poussent à agir. Il s'agit de l'évolution de la démographie médicale ; mais surtout d'un besoin profond de changement de notre conception de la santé au travail, qui ne peut plus être assurée par le seul médecin du travail. Qu'il s'agisse de répondre à l'apparition de nouveaux risques, comme les risques à effet différé ou les risques psychosociaux, de s'adapter à l'évolution du monde du travail, en renforçant la prévention de la désinsertion professionnelle et de la pénibilité, ou encore de donner enfin toute sa place à l'action en milieu de travail, le rôle du médecin du travail ne peut plus se concevoir en dehors d'une équipe pluridisciplinaire. (...) »

La présente proposition de loi vise ainsi à approfondir les réformes entamées depuis une dizaine d'années, qui n'ont toujours pas trouvé leur traduction concrète sur le terrain. Les dispositions introduites en 2002 et 2004, qui ont créé les services de santé au travail et commencé à y introduire des compétences pluridisciplinaires, n'ont en effet pas suffi à donner un nouveau souffle à la médecine du travail. Et il en sera malheureusement ainsi tant que le système de prévention et de protection de la santé au travail restera centré sur le seul médecin du travail. »<sup>258</sup>

Ce discours porte l'idée que la réforme du système repose principalement sur sa « pluridisciplinarisation » effective. La main-d'œuvre médicale étant insuffisante, quantitativement et qualitativement, au renouvellement du système de prévention, le médecin du travail ne doit plus être au « centre » des services de santé au travail. En cela, la réforme de 2011 crée une rupture car les services prennent un rôle inédit.

### **3. 2011 : Des services de santé au travail désormais responsables de missions**

La réforme « pluridisciplinaire » n'est pas achevée en 2004. Le processus de réforme se poursuit et, en juillet 2011, une nouvelle loi renforce le caractère « pluridisciplinaire » des services de santé au travail. Après le décret du 30 janvier 2012 (soit au terme de ma période de terrain), les occurrences du terme de « médecin du travail » dans le code du travail disparaissent derrière l'« équipe pluridisciplinaire ».

Avec plusieurs nuances, comme on le voit dans l'article 4624-2 du code du travail :

« Les actions sur le milieu de travail sont menées :

1° Dans les entreprises disposant d'un service autonome de médecine du travail, par le médecin du travail, en collaboration avec les services chargés des activités de protection des salariés et de prévention des risques professionnels dans l'entreprise ;

2° Dans les entreprises adhérant à un service de santé au travail interentreprises, par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, sous la

---

<sup>258</sup> Compte-rendu de l'Assemblée nationale, 2<sup>e</sup> séance du jeudi 30 juin 2011. Source : site web de l'Assemblée nationale.

conduite du médecin du travail et dans le cadre des objectifs fixés par le projet pluriannuel prévu à l'article ».

Les autres articles sont rédigés ainsi : « Le médecin du travail ou, dans les services de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire ». Ainsi, le médecin de service autonome « collabore », tandis qu'en service interentreprises, la mention de l'« équipe pluridisciplinaire », dont on précise qu'elle est « conduite » par le médecin du travail, remplace la mention du médecin du travail.

Le point le plus marquant de la réforme de juillet 2011 consiste en un transfert de la mission qui était autrefois dévolue aux médecins du travail « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » à leurs employeurs, les services de santé au travail. Cette mission reprend celle des médecins du travail<sup>259</sup>, à l'exception d'un ajout notable ; un objectif de prévention de la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail.

Ces missions n'incombent plus simplement aux médecins : les services les délèguent à des acteurs ou groupes d'acteurs, selon des modalités qui restent à définir, mais dans le cadre d'un fonctionnement « pluridisciplinaire » décrit comme suit dans la loi :

« Les missions des services de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail autour des médecins du travail et comprenant des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Ces équipes peuvent être complétées d'assistants des services de santé au travail et de professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire. »<sup>260</sup>

Ce glissement du médecin aux services de santé au travail comme dépositaire de missions de prévention représente un point essentiel de la réforme. D'une part, il donne du crédit aux services en tant que structures de prévention, alors que leur rôle était auparavant circonscrit, du moins officiellement, à la gestion administrative de professionnels de la prévention. D'autre part, il donne prise à de nouvelles formes d'intervention des pouvoirs publics, qui

---

<sup>259</sup> La mission première se compose précisément des missions suivantes : « la conduite d'actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ; le conseil aux employeurs, aux travailleurs et à 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 ; la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ; et la participation au suivi et la contribution à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire ». Cf article L4622-2 de la loi du 20 juillet 2011, relatif aux missions des services de santé au travail

<sup>260</sup> Article L4622-8 du code du travail, modifié par la loi de juillet 2011.

disposent à présent d'interlocuteurs dont ils vont faire des « partenaires ». Enfin, le pouvoir des services en termes d'organisation des ressources humaines devient central.

De plus, la loi de 2011 introduit la notion de « projet de service », qui reprend les propositions formulées par la commission médico-technique quant aux priorités du service :

« (...) Un projet de service pluriannuel qui définit les priorités d'action du service et qui s'inscrit dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens (...) soumis à l'approbation du conseil d'administration. (...) Le directeur du service de santé au travail interentreprises met en œuvre, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et sous l'autorité du président, les actions approuvées par le conseil d'administration dans le cadre du projet de service pluriannuel. »

Ce projet de service décline les priorités nationales et régionales, en prenant en compte les spécificités locales. Il constitue, en cela, un outil dans les relations avec les pouvoirs publics qui permet à ces-derniers d'encadrer les missions des services de santé au travail. D'une part, nous le verrons, les DIRECCTE peuvent s'appuyer sur ce document dans leur décision d'agrément. D'autre part, c'est également sur cette base qu'une contractualisation entre les services de santé au travail, la CARSAT et la DIRECCTE s'opère<sup>261</sup>.

La mise en œuvre de la « pluridisciplinarité » qu'annonce la réforme repose donc sur la définition d'un nouveau cadre de management au sein des services. Dépositaires de missions qui couvrent le domaine de la santé au travail au sens large, les services se dotent de salariés aux compétences et spécialités diverses, mobilisés sur un « projet de service ».

#### ***Encadré 1.6 Une ambiguïté de la réforme : économiser du temps médical ou ajouter des compétences dans les services ?***

L'activité des assistantes santé travail et des infirmières de santé au travail est d'abord pensée par ses promoteurs, professeurs de médecine du travail et direction de service, pour permettre un gain de temps médical.

Ainsi, les professeurs P. Frimat et F. Conso, dans un rapport rédigé en 2007, distinguent-ils clairement la « pluridisciplinarité » telle qu'elle est prévue dans la loi, soit l'adjonction de nouvelles compétences dans les services, des différentes mesures permettant une délégation de certaines tâches du médecin vers d'autres types de personnels<sup>262</sup>. Ils déplorent que les directions de services fassent l'amalgame entre les deux : selon eux, les chiffres de la « pluridisciplinarité » sont gonflés par un nombre important d'AST parmi les « intervenants en santé au travail » (IST) recensés. Certains services, notamment des services de petites tailles qui n'estiment pas avoir les moyens d'embaucher, se contentent de renommer leurs secrétaires « AST » pour afficher une « pluridisciplinarité » en interne<sup>263</sup>.

« En effet, la mise en œuvre de la pluridisciplinarité donne lieu à des interprétations hétérogènes et semble assez souvent confondue avec des initiatives diverses, au demeurant intéressantes, visant à faciliter le travail du

<sup>261</sup> Cf. infra, section suivante, les « contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens » ou CPOM.

<sup>262</sup> Conso Françoise, Frimat Paul, *Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail*, op. cit.

<sup>263</sup> Sur l'importance de nouvelles dénominations, voir infra, encadré 5.2. « À nouveaux rôles, nouveaux noms ».

médecin en le déchargeant de certaines tâches, notamment par le développement d'une fonction d'assistante en santé au travail »<sup>264</sup>.

Ces nouvelles collaborations se caractérisent par la présence de plusieurs acteurs sur un territoire auparavant uniquement investi par le médecin, et ne répondent pas au souci d'approche globale de la santé au travail à travers les regards croisés de plusieurs disciplines, cher aux promoteurs de la « pluridisciplinarité ». Elles se présentent avant tout comme une réponse pragmatique à un problème de démographie médicale.

D'un principe de délégation de tâches attaché à un objectif, le « gain de temps médical », la « pluridisciplinarité » en vient à désigner les acteurs à qui les médecins délèguent les tâches, les infirmières et les assistantes santé travail, puis, par la suite, les « ressources pluridisciplinaires », soient les intervenants en prévention des risques professionnels ou IPRP.

Les changements organisationnels des services, surtout s'ils ont trait à la division du travail entre les médecins et d'autres groupes professionnels, sont regroupés sous ce terme de « pluridisciplinarité », dans un souci de simplifier la communication vis-à-vis du public, et principalement des entreprises adhérentes.

\*\*\*\*\*

Ainsi, la notion de « pluridisciplinarité » a tout d'abord été introduite au niveau européen dès 1989 dans une directive qui visait l'amélioration de la prévention des risques et des maladies professionnelles. Sur ce plan, la France a tardé à modifier sa législation. Celle-ci place en effet le médecin du travail au cœur du système de prévention français du fait de l'obligation du certificat d'aptitude, il est donc souvent le seul interlocuteur des employeurs en ce qui concerne la santé de leurs salariés. La transposition de la directive de 1989 passe par une réforme progressive de services médicaux préexistants, afin d'en faire des services de *santé* au travail. Le personnage central du médecin est remis en cause par la rhétorique réformatrice : son approche est jugée étroite, insuffisante. La réforme de la médecine du travail a donc pour principal objectif de diversifier la main-d'œuvre des services de santé au travail. Les services ainsi réformés se présentent alors moins comme des structures d'accueil à l'action des médecins du travail que comme des instances organisatrices d'une activité de prévention qui dépasse le cadre de la « médecine du travail ».

### Section 3. Les instruments de l'action publique en faveur de la réforme « pluridisciplinaire » des services de santé au travail

La mise en œuvre de la réforme se fait dans un cadre partenarial qui doit faciliter l'évolution du fonctionnement des services de santé au travail vers une plus grande « pluridisciplinarité ».

---

<sup>264</sup> *Ibid.*, p. 24.

Parallèlement à la réforme juridique en tant que telle, plusieurs instruments d'action publique permettent de faire gagner du terrain aux principes sur lesquels se fonde cette réforme, et notamment à la « pluridisciplinarité ». L'État crée ou renforce des leviers d'incitations à l'attention des services de santé au travail pour s'assurer de leur participation aux changements en cours, et il se positionne comme un partenaire dans ces évolutions à travers l'élaboration de « plans » déclinés à l'échelle nationale et régionale, et d'un système de contractualisation qui rassemble les différents acteurs de la santé au travail. Ainsi, en santé au travail, l'action publique organise le système de prévention davantage qu'elle ne joue sur le fond des problématiques. Partenaire parmi d'autres, l'État ne fait que participer à la priorisation des risques à prévenir et à la définition des mesures à mettre en œuvre.

Ces évolutions rejoignent le constat de P. Hassenteufel sur l'évolution de l'action publique : de politiques « substantielles », on passe à des politiques « processuelles » qui font jouer à l'État un rôle d'« animateur »<sup>265</sup>. Le principal mot d'ordre quant à la conduite de la prévention en santé au travail est méthodologique : la « pluridisciplinarité » doit prévaloir. En revanche, le « partenaire » public ne se prononce pas sur le contenu des pratiques, ni sur leur objectif.

## **1. La procédure d'agrément comme levier**

Théoriquement, un agrément délivré par les directions régionales du travail (DIRECCTE) sanctionne la conformité réglementaire de l'action des services. Il pourrait donc servir à inciter les services récalcitrants à mettre en place un fonctionnement « pluridisciplinaire », puisque celui-ci est obligatoire depuis 2004. L'agrément autorise, pour cinq ans, l'activité des services, et fixe l'effectif maximal de travailleurs suivis par le médecin du travail (ou par l'équipe pluridisciplinaire à partir du moment où la « pluridisciplinarité » devient obligatoire) ainsi que la fréquence des visites médicales périodiques spécifiques.

Cependant, en 2004, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) se montre critique au sujet de la procédure d'agrément : les auteurs constatent dans plusieurs régions son absence d'effets sur le fonctionnement des services, l'agrément leur étant quasi-

---

<sup>265</sup> Selon lui, « Le développement de la contractualisation contribue à remettre en cause deux figures constitutives de l'État : celle de l'État comme producteur unique de la règle de droit (qui devient négociée) et celle de l'État comme garant de la mise en œuvre des règles (qui fait l'objet d'un suivi partenarial). Il n'est plus de ce fait le seul dépositaire de l'intérêt général qui devient une catégorie à remplir (et non une substance), un cadre d'interaction (et non plus un contenu) ». Hassenteufel Patrick, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2008, p. 233.

automatiquement délivré<sup>266</sup>. D'après eux, cette situation ne révèle rien moins que l'indigence des politiques de santé au travail au niveau régional. Alors que l'agrément est au « cœur de l'action de l'État », les DIRECCTE ne se saisissent pas de ce levier de changement, qui est alors vidé de son sens : en somme, les pouvoirs publics déclarent forfait et laissent le champ libre aux employeurs<sup>267</sup>.

La DIRECCTE de la région étudiée continue à agréer ou à renouveler les agréments de services dont l'organisation ne correspond pas aux préconisations réglementaires. Jérôme P., responsable du service santé et sécurité au travail au sein de cette administration, désigne le refus d'agrément comme une « bombe atomique », qu'il faudrait à tout prix éviter d'utiliser. Cependant, il mentionne des mesures intermédiaires telles que la délivrance d'agréments provisoires qui peuvent, selon lui, être utilisées pour faire évoluer les services<sup>268</sup>.

*On n'est pas dans une situation totalement satisfaisante au niveau du dispositif réglementaire, mais avec les possibilités de délivrer des agréments provisoires d'un an, il y a des marges de manœuvre plus importantes qu'autrefois, on a la possibilité de demander aux services un certain nombre de modifications dans leur fonctionnement ou dans leur organisation sans pour autant utiliser la bombe atomique que serait le refus d'agrément.*

Ainsi, Jérôme P. décrit une politique qui est celle de la négociation plus que du contrôle.

L'IGAS préconise une reprise en main de cette procédure d'agrément et, plus généralement, une refonte de l'action de l'État sur les services de santé au travail. Les auteurs du rapport insistent sur la nécessité pour les DIRECCTE d'avoir une politique d'agrément claire et de la communiquer aux services de façon transparente. Ils proposent également qu'un système de contractualisation soit mis en place entre chaque service de santé au travail, la DIRECCTE et la CARSAT. Ces préconisations sont reprises dans les textes de la réforme de 2011 à travers les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Ainsi, les pouvoirs publics ne se saisissent pas ou peu de l'instrument de contrôle dont ils se sont dotés. Ils ne viennent pas sanctionner des services déficients mais s'engagent à

---

<sup>266</sup> Voir Aubin Claire, Duhamel Gilles, Lejeune Daniel, *L'agrément des services de santé au travail – Rapport de synthèse*, IGAS, 2004. Selon ce rapport, l'agrément fonctionne comme « une procédure ancienne qui tourne à vide et dont on ne sait ce qu'on en attend ».

<sup>267</sup> *Ibid.* Sur le même sujet voir aussi Dériot Gérard, « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales par la mission d'information sur le mal-être au travail », Tome II Auditions - Sénat, 2010, p. 10. De l'aveu des directeurs de services de santé au travail comme de représentants de la DIRECCTE, la difficulté à laquelle sont confrontées les DIRECCTE dans leurs procédures d'agrément repose principalement sur une législation impossible à respecter dans un contexte où la main-d'œuvre médicale manque cruellement. Par exemple, les services qui affectent à leurs médecins un effectif de salariés supérieur à la réglementation se voient agréés malgré tout. Les pouvoirs publics se montrent donc compréhensifs avec les services et leur gestion de la pénurie médicale.

<sup>268</sup> Ces agréments provisoires, présentés dans le rapport de l'IGAS comme des solutions de fortune sans fondement légal, sont pourtant autorisés par le code du travail ; ils sont attribués pour une durée d'un an avant la réforme, puis à partir de 2011 pour deux ans non renouvelables.

leurs côtés dans un processus de « construction collective de l'action publique »<sup>269</sup>. À la DIRECCTE, Jérôme P. décrit une politique d'accompagnement qui a pour objectif de créer un environnement favorable à l'inscription des services dans l'esprit de la réforme :

*Nous avons dans cette région une politique des agréments qui consiste d'une part à essayer de peser sur l'évolution des services, notamment en leur permettant d'assurer toutes leurs missions, y compris dans le domaine de l'action en entreprise et de la pluridisciplinarité, en mettant en place des moyens suffisants pour que cette pluridisciplinarité débouche effectivement sur des actions de prévention.*

L'outil de régulation que représente l'agrément apparaît insuffisant : faiblement mobilisé, il n'affecte que peu les larges marges de manœuvre des services et la lenteur de leur évolution. En sus de leurs critiques concernant le peu d'effets de l'agrément, les auteurs du rapport de l'IGAS critiquent l'absence d'intégration des services de santé au travail à une politique « plus globale de santé publique »<sup>270</sup> – la réforme va s'attacher à remédier à cette lacune, non en revalorisant l'agrément mais en lui substituant une logique de partenariat incarnée par un système de contractualisation.

## **2. La contractualisation**

Le terme de « contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen » est emprunté au milieu social et médico-social, dans lequel la loi prévoit, depuis 2005, une contractualisation entre les pouvoirs publics et les gestionnaires des structures associatives. En 2007 et 2009, les textes de la réforme de l'hôpital confirment ce nouveau mode de gouvernance : les agences régionales de santé (ARS) et les structures hospitalières sont liées par des « CPOM ».

C'est dans le même esprit que la loi de juillet 2011 vient resserrer les liens entre les services interentreprises et les institutions de prévention en instaurant une contractualisation obligatoire. En effet, le statut d'association de droit privé des services de santé au travail leur donne *a priori* une marge de manœuvre vis-à-vis des pouvoirs publics. Ceux-ci entreprennent, par la réforme, de rationaliser l'action des services en en faisant des relais de leurs politiques nationale et régionale, à travers un système de contractualisation. Les positionnements distincts de l'acteur public et du secteur privé sont rassemblés par un « État régulateur » qui

---

<sup>269</sup> Hassenteufel Patrick, *Sociologie politique : l'action publique*, op. cit.

<sup>270</sup> Aubin Claire, et. al., *L'agrément des services de santé au travail*, op. cit.

s'implique auprès de ses partenaires dans la « gouvernance » de la santé au travail<sup>271</sup>. Ce principe de partenariat crée des rapports dénués de hiérarchie entre les acteurs étatiques et non-étatiques. De plus, la « négociation entre acteurs multiples » y apparaît comme un « mode de coordination » rendant possible l'action publique<sup>272</sup>.

Ce système est en train de se mettre en place au moment de l'enquête. La réforme de juillet 2011 confirme la nécessité pour chaque service de passer des « contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens » (CPOM) avec la CARSAT et la DIRECCTE. On l'a vu, elle prévoit aussi que la commission médico-technique de chaque service rédige un « projet de service », qui serait ensuite soumis pour validation au conseil d'administration. C'est sur la base de ce projet que la contractualisation s'effectue : le contrat doit en effet permettre de vérifier la prise en compte effective du plan régional de santé au travail (PRST<sup>273</sup>) en interne dans le « projet de service » censé le décliner à l'échelle du territoire couvert par le service. Il précise les moyens de mise en œuvre du projet de service et des objectifs définis dans le plan régional. Il vérifie notamment que la priorité est donnée à la prévention collective (actions en milieu de travail, actions par branche professionnelle). Le contrat prévoit aussi des « modalités de suivi, de contrôle et d'évaluation des résultats, à l'aide d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs ». Il s'agit donc d'orienter l'activité des services vers des prestations qui peuvent être évaluées, afin de construire des résultats visibles.

Les outils de régulation mis en place par les pouvoirs publics se renforcent les uns les autres : l'obtention de l'agrément est par exemple aujourd'hui tributaire de la signature préalable du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ainsi, une logique de partenariat supplante la logique de contrôle qui prévalait au système d'agrément (dont on a vu, à travers le discours de Jérôme P., qu'il était déjà largement mobilisé dans cette optique). Dans ce contexte, une fois que l'État et le service sont cosignataires d'un contrat, la procédure d'agrément vient davantage confirmer les liens établis que contrôler le service en vue de sanctionner ses éventuels dysfonctionnements.

---

<sup>271</sup> Hassenteufel Patrick, *Sociologie politique : l'action publique, op. cit.*, p. 269, l'auteur explicite la définition de la gouvernance par P. Le Galès et ses implications sur les modalités de l'action publique. P. Le Galès parle d'une « coordination d'acteurs, de groupes sociaux et d'institutions en vue d'atteindre des objectifs définis et discutés collectivement ». Le Galès Patrick, « Gouvernance », in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot, Pauline Ravinet (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences-po, 2004, pp. 242-250.

<sup>272</sup> Hassenteufel Patrick, *Sociologie politique : l'action publique, op. cit.*

<sup>273</sup> Sur le Plan régional de santé au travail (PRST), voir ci-dessous.

### 3. Le Plan santé travail et plan régional de santé au travail

Au niveau international, la mise en place d'un comité mixte OIT/OMS dédié positionne la santé au travail au carrefour entre l'administration du travail et l'administration de la santé. Cette place ambiguë se retrouve au sein de chaque pays à travers les débats sur le ministère de tutelle des services de santé au travail. Dans son introduction à l'encyclopédie de la santé et de la sécurité au travail éditée par le Bureau International du Travail, J. Mager Stellman parle d'un « problème de double identité qui se traduit par des rivalités bureaucratiques opposant les ministères de la Santé et les ministères du Travail, qui tentent d'imposer leur hégémonie sur les questions de sécurité sur le lieu de travail »<sup>274</sup>.

En France, la médecine du travail a toujours été sous l'égide du ministère du Travail, mais le ministère de la Santé acquiert à partir du début des années 2000 une importance certaine dans la gouvernance de la santé au travail, notamment par une approche « santé publique » des risques professionnels portée dans le « Plan national de santé publique » (PNSP). De plus, dès 1999, l'Institut national de veille sanitaire (InVS), placé sous la tutelle du ministère de la Santé, se dote d'un département dédié à la surveillance des risques professionnels<sup>275</sup>.

Stimulé par ces initiatives de la part d'un ministère concurrent et porté par la dynamique de réforme qui suit la loi de « modernisation sociale » de 2002, le ministère du Travail et ses instances régionales réinvestissent la santé au travail au travers de plans nationaux déclinés en régions<sup>276</sup>. C'est en 2005 que se met en place un système de priorisation des thématiques et de programmation des actions de prévention au niveau national, qui prévoit aussi sa propre déclinaison régionale. Le « plan national santé travail » (PNST) est élaboré pour cinq ans (2005 à 2009) sous l'égide du ministère du Travail ; plusieurs ministères ont également été associés à ce travail (écologie, santé, agriculture, transport, recherche<sup>277</sup>), et les partenaires sociaux ont été consultés. Comme l'explique É. Verdier, le PNST constitue une réaction du ministère du Travail aux plans nationaux « santé publique »

---

<sup>274</sup> Mager Stellman Jeanne, « L'encyclopédie de sécurité et de santé au travail du BIT : le pari de la pluridisciplinarité », *Revue Internationale du Travail*, Vol. 137, n°3, 1998, p. 441.

<sup>275</sup> Verdier Éric, « La gouvernance de la santé au travail : le dialogue social recadré par un paradigme épidémiologique ? », in Courtet Catherine et Gollac Michel (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, 2012, p. 107.

<sup>276</sup> A l'échelle de la région étudiée, l'Institut de médecine du travail a joué un rôle certain dans l'inscription sur l'agenda politique de problématiques de santé au travail, ce qui permettait de créer des guichets à l'attention de projets relatifs à la santé au travail, dans le cadre de politiques de santé publique. Dans un second temps, l'Institut a œuvré pour que la santé au travail dispose de guichets spécifiques au sein même du ministère du Travail. Voir à ce propos en infra, la section 2 du chapitre 2.

<sup>277</sup> Notons que le ministère de la Santé collabore au même titre que d'autres ministères et ne dispose dans la rédaction du Plan Santé Travail d'aucun statut spécifique.

et « santé environnement », car « faute d'initiatives propres, ils (la DGT et ses services extérieurs) s'exposent à être exclus des structures d'animation régionale de ces deux plans qui comportent pourtant des objectifs en matière de santé travail »<sup>278</sup>. L'administration du travail reprend donc la main sur le secteur de la santé au travail en élaborant un plan dont l'organisation est inspirée du Plan de Santé publique (orientations nationales et déclinaisons régionales dans des plans régionaux) :

« Le PNST s'efforce de tracer le canevas général d'un compromis entre d'un côté les exigences de cette démarche sanitaire, notamment de l'approche épidémiologique, et de l'autre, la légitimité historique de la négociation sociale dans le domaine du travail sachant qu'elle est au fondement du positionnement politique du ministère du Travail »<sup>279</sup>.

Le ministère du Travail, dans son rôle d'animation du système de prévention, ne peut pas se positionner comme le fait le ministère de la Santé car il doit porter l'idée d'une action publique menée au nom des partenaires sociaux. Le contexte dans lequel s'inscrivent les problématiques de santé au travail, celui des entreprises privées, conditionnerait selon les auteurs du PNST les marges de manœuvre de l'action publique : c'est en mettant en avant les spécificités de la santé au travail que le ministère du Travail peut justifier l'élaboration d'un plan distinct du plan de santé publique. D'après É. Verdier, « Le ministère du Travail cherche à réaffirmer la légitimité de sa propre intervention en soulignant la dimension organisationnelle et gestionnaire des enjeux de santé au travail ». En effet, le texte de présentation du PNST le confirme :

« Si la santé au travail s'inscrit pleinement dans le champ des politiques de santé publique dont elle ne pourrait se dissocier en totalité, elle relève également, à part entière, des politiques du travail et de l'emploi, par la nature même de ses interventions dans le milieu professionnel. La santé au travail ne saurait s'appréhender en dehors d'approches – concomitantes et conjointes – sanitaires, sociales et économiques, ou organisationnelles. C'est pourquoi la santé au travail ne saurait être regardée comme une compétence exclusive des pouvoirs publics. Cette compétence – et les responsabilités qui en sont le corollaire – est partagée, chacun pour son domaine de compétences propres entre l'État, les partenaires sociaux et les organismes dont ils assurent la gestion, les entreprises et les salariés eux-mêmes. »<sup>280</sup>

Le PNST vise donc surtout à une rénovation de l'organisation du système de prévention, qu'il souhaite « mieux structurer ». Il s'agit d'un véritable plan d'organisation qui donne des

---

<sup>278</sup> Verdier Éric, « La gouvernance de la santé au travail : le dialogue social recadré par un paradigme épidémiologique ? », *op. cit.*, p. 107

<sup>279</sup> *Ibid.*, p. 108

<sup>280</sup> Plan Santé Travail 2005-2009, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, p. 11.

objectifs, des actions pour les atteindre, et un calendrier. Il dispose aussi de moyens financiers qui permettent notamment de financer des projets en lien avec les priorités affichées.

Ces projets sont révélateurs d'une nouvelle approche promue par les pouvoirs publics ; ils témoignent de leur influence sur la forme, par exemple à travers des incitations à s'organiser de manière « pluridisciplinaire ». Les projets portés et subventionnés par la région correspondent en effet à la fois à des thématiques jugées prioritaires et à des modes d'intervention et une méthodologie encouragés<sup>281</sup>. Ainsi, la réforme se présente sous des traits organisationnels et ne remet pas en cause le principe de fonctionnement du système, qui reste fondé sur le rapport de force entre les partenaires sociaux.

\*\*\*\*\*

L'action publique déploie différents instruments qui ont pour objectif, ou comme effet, de faire progresser le principe de la réforme « pluridisciplinaire » des services de santé au travail, et qui préparent sa mise en œuvre sur le terrain. Elle témoigne d'une attention à un développement formel de certaines manières de faire de la prévention, et notamment les collaborations entre les disciplines au sein des services. Des « plans » nationaux et régionaux sont les clés de voute d'un système de contractualisation qui doit fédérer les différents acteurs de la santé au travail, sur le modèle de la réforme du système de santé.

Dans un système orchestré par l'État qui met en scène différents acteurs et intègre différents niveaux de mise en œuvre, tout ce qui relève de ce qu'on appelle volontiers la « méthodologie » est essentiel. L'apparition de la notion de « pluridisciplinarité » participe de ce processus : elle permet de souligner le fait qu'il s'agit avant tout d'une réforme organisationnelle qui ne vise pas à modifier les principes de la santé au travail, que ce soit en termes idéologiques ou politiques. Le recours possible à des critères concrets lui permet d'être aisément évaluée (divers groupes professionnels sont-ils mobilisés dans un même service ?) et quantifiée (combien de professionnels sont embauchés dans les services ? Combien d'interventions d'IPRP sont-elles menées ?). Dans cette optique, la diversification des moyens mobilisés pour prévenir les risques est en elle-même garante d'une efficacité de la prévention.

---

<sup>281</sup> On verra par la suite que cette approche est également largement relayée au niveau de la gouvernance des services interentreprises, *via* une démarche « qualité » et *via* une politique de formation qui se donne pour mission de tout à la fois faciliter les changements du secteur et de s'y adapter.

## Conclusion

La particularité du système français de prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail est de s'articuler autour du médecin du travail. La réforme des services qui les emploient, les services de médecine du travail, rebaptisés services de *santé* au travail, réorganise le cadre de cette prévention en introduisant de nouvelles compétences. Elle « découpe et formate »<sup>282</sup> selon des principes nouveaux la substance du problème à traiter, soit la prévention des atteintes à la santé des salariés du fait de leur travail. Dans cette tâche, la réforme s'inspire de réformes préalables ou concomitantes, notamment de celle du système hospitalier. Ainsi, elle s'inscrit dans une tendance politique globale en reprenant des points clés de la réforme du système sanitaire et social (contractualisation, « qualité », par exemple), jusqu'à faire oublier la spécificité de sa tutelle administrative : le ministère du Travail.

Ces évolutions s'appuient à la fois sur une mise en évidence des lacunes du système de médecine du travail et sur la promotion de la participation de nouveaux acteurs.

D'une part, le système de médecine du travail souffre d'une image négative auprès du public. La capacité des médecins du travail à protéger les salariés est périodiquement remise en cause. Durant les années 1990, le scandale de l'amiante constitue un « événement marquant »<sup>283</sup> qui vient soutenir les représentations de la médecine du travail comme d'un métier inutile, voire nocif, pour les salariés, et les diffuser dans l'opinion publique. De plus, la démographie des médecins du travail est à l'époque considérée comme problématique, le groupe professionnel ayant de plus en plus de difficultés à se renouveler, sous l'effet de facteurs liés notamment à la réforme des études médicales de 1982. Ces deux éléments (remise en cause de l'utilité sociale de la médecine du travail et « pénurie » de médecins du travail), liés entre eux, constituent un « *problem stream* »<sup>284</sup> (ou « flux de problèmes ») qui prépare la mise sur agenda politique de la réforme de la médecine du travail.

Le consensus portant sur la faible efficacité du système de médecine du travail ouvre une « fenêtre d'opportunité politique » : il donne une large marge de manœuvre aux acteurs qui souhaitent réformer le système. En outre, le déficit actuel et anticipé de médecins du travail joue un rôle essentiel dans les débats qui mènent à la réforme des services interentreprises de santé au travail et influence largement son contenu en justifiant un recours à des intervenants issus de différentes disciplines. Cette réforme apparaît nécessaire, et le

---

<sup>282</sup> Muller Pierre, *Les politiques publiques*, Paris, PUF, 2013.

<sup>283</sup> *Ibid.*

<sup>284</sup> Kingdon John W., *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, *op. cit.*

renouveau doit s'appuyer sur une diversification de la main-d'œuvre, les médecins étant trop peu nombreux, mais aussi et surtout, jugés impuissants à relever les défis posés par la santé au travail dans son acception large.

La santé au travail est en effet définie au niveau international comme un objet large et complexe, et qui, à ce titre, doit mobiliser une action protéiforme et des acteurs divers. Depuis les années 1950, les institutions internationales et européennes incitent leurs pays membres à envisager les problématiques de santé au travail de manière pluridisciplinaire. En 1989, une directive-cadre européenne encourage explicitement les employeurs à mobiliser différents types de compétences pour la prévention des problématiques de santé au travail<sup>285</sup>. Dans ce contexte, le système français de prévention, et en particulier la médecine du travail, qui se fonde sur des visites médicales auxquelles on ajoute, depuis 1979, une « action en milieu de travail », toujours exercée par des médecins, peinent à convaincre. Le « *policy stream* »<sup>286</sup> (flux des politiques publiques) français est influencé par ces idées diffusées au niveau international : s'il doit y avoir une réforme, la « pluridisciplinarisation » du système de prévention apparaît comme une approche pertinente.

Poussés par une volonté de rompre avec un fonctionnement jugé obsolète et inefficace, et par une démographie médicale qui ne permet pas de conserver un système médico-centré, les pouvoirs publics et les directions de services s'associent pour assurer l'avènement du fonctionnement « pluridisciplinaire ». Le fait que la démographie médicale se présente comme un élément déclencheur de la réforme permet aux réformateurs, puis, aux acteurs qui la mettent en œuvre, de jouer sur une ambiguïté : la réforme émane-t-elle avant tout d'une contrainte pratique ou de la nécessité de renouveler l'esprit de la médecine du travail ?

La description de l'avancée de la « pluridisciplinarité » en santé au travail a permis d'éclairer le fonctionnement du système français de prévention des risques et des maladies professionnelles, en présentant les acteurs en présence, les enjeux, le rôle de l'État. Comme toute réforme politique, la « pluridisciplinarisation » des services a « pour objectif et pour effet le plus visible de redistribuer des pouvoirs et des capacités d'action, d'imposer des règles générales et de produire des représentations de l'ordre public légitime »<sup>287</sup>. La « pluridisciplinarité » est ici avant tout apparue sous les traits d'une réforme de l'action

---

<sup>285</sup> Les années 1980 marquent une intervention croissante des institutions européennes dans le domaine des risques sanitaires (suite notamment à des crises sanitaires comme le SIDA ou l'affaire du sang contaminé), c'est dans ce contexte que cette directive-cadre intervient.

<sup>286</sup> *Ibid.*

<sup>287</sup> Lowi Theodore, « Four systems of policy, politics and choice », *Public Administration Review*, vol.32, n°4, 1972, pp. 298-310, cité et traduit dans Bezes Philippe, Le Lidec Patrick, « Ordre institutionnel et genèse des réformes », in Lagroye Jacques, Offerlé Michel (dir.), *Sociologie de l'institution*, Belin, Paris, 2010, pp. 55-73, p. 57.

publique qui vise à introduire un personnel non-médecin dans les services interentreprises de santé au travail.

Les partenariats instaurés pour garantir le principe de « pluridisciplinarité » s'inscrivent dans un phénomène global de « dé-différenciation de l'État » par une érosion de la frontière entre l'action publique et le secteur privé<sup>288</sup>. Une « interdépendance accrue entre public et privé » est en effet perceptible dans le domaine de la prévention des risques professionnels. Dans ce domaine comme dans d'autres, on peut mettre en relation la focalisation sur les lacunes de l'action publique avec la diffusion d'une nouvelle rationalité de type économique dans la gestion publique<sup>289</sup>.

Afin de rendre compte des spécificités de ce processus de mise en œuvre de la réforme au niveau des services de santé au travail, le chapitre suivant entame un mouvement vers le niveau local. De quelle manière la réforme est-elle relayée au niveau régional, et plus précisément dans un service de cette région qui met en place un mode de fonctionnement pluridisciplinaire, le SST1 ? Les acteurs régionaux se positionnent aux côtés des services durant le processus de mise en œuvre de la réforme, et un dialogue s'instaure entre eux qui permet à un service, le SST1, de devenir une sorte de laboratoire au sein duquel s'expérimente une politique inspirée par des textes législatifs en cours d'élaboration. Le choix du SST1 apparaît d'autant plus pertinent que cette « politique » du service converge avec la politique publique française en matière de prévention des risques professionnels. Il met en avant une action collective mêlant différents types d'acteurs, privés et publics, qui, pour différentes raisons et selon des modalités différentes, s'engagent pour la « pluridisciplinarité ».

---

<sup>288</sup> Hassenteufel Patrick, *Sociologie politique : l'action publique, op. cit.*, pp. 269-270.

<sup>289</sup> Lascoumes Pierre, Le Galès Patrick, *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2012.



## **Chapitre 2 : La « pluridisciplinarité » incarnée. D'un terme consensuel à sa mise en œuvre dans les services interentreprises de santé au travail**

Pour les raisons évoquées au long de notre premier chapitre, la « pluridisciplinarité » se présente, aux yeux des acteurs de la prévention des risques professionnels, comme une solution pertinente aux problèmes identifiés comme étant à l'origine d'une « crise » des services de santé au travail. Durant la première décennie 2000, les textes de la réforme vont s'appuyer sur elle pour redéfinir les modalités de prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail en France.

La modification du cadre juridique de la prévention des risques professionnels n'est pourtant pas un aboutissement mais constitue au contraire un point de départ à de nombreuses réflexions sur les modalités d'organisation des services de santé au travail. En effet, une fois les premiers textes de la réforme des services de santé au travail promulgués au début des années 2000, la marge d'interprétation de chaque service reste large. Le médecin du travail G. Fernandez, dans son ouvrage paru en 2009, qualifie cette marge de manœuvre d' « utile mais potentiellement conflictuelle »<sup>290</sup>. Pour lui, ce sont les modalités de mise en œuvre de la « pluridisciplinarité » par les équipes de santé au travail qui décideront de la postérité de la réforme.

Ma démarche s'inscrit ici dans la continuité de ce constat en cherchant à approcher les lieux de ce processus de transformation du système. La région choisie, et, au sein de cette région, le SST1, un service de santé au travail qui se présente – et que l'on me présente – comme pionnier dans la mise en œuvre de la réforme, offrent un terrain qui, s'il est peu représentatif de la situation nationale, donne accès à une rhétorique proche de l'esprit de la réforme, à un niveau local. Les acteurs régionaux ne subissent pas les nouveaux modes d'organisation du travail, mais travaillent au contraire à faire advenir le changement. La transformation du système de prévention s'appuie sur des acteurs qui s'approprient la notion de « pluridisciplinarité ». Si celle-ci semble rassembler, et ainsi, permettre une évolution, qu'en est-il des modes d'appropriation et des traductions concrètes de la « pluridisciplinarité » ? De quelle manière les différents acteurs s'en font-ils les relais ?

Une première section procédera à une présentation des acteurs nationaux et de leur ralliement progressif à la « pluridisciplinarité », qui s'opère sur des conceptions différentes de ses objectifs. Malgré ces différences de points de vue, patronat comme syndicats ou associations de médecins du travail se montrent, dans l'ensemble, favorables à l'introduction

---

<sup>290</sup> Fernandez Gabriel, *Soigner le travail*, Paris, Eres, 2009.

de nouveaux professionnels dans les services. Puis, une seconde section descendra au niveau régional, où une conception « pluridisciplinaire » de la santé au travail est promue par le biais d'une action collective pluri-institutionnelle. Au cœur de ce « réseau »<sup>291</sup>, le professeur de médecine du travail local fait figure d'« entrepreneur de réforme »<sup>292</sup>, car il dispose de ressources qu'il active en vue de faire évoluer la profession et son cadre juridique. Enfin, la dernière section se place au niveau d'un service de santé au travail, le SST1, pour accéder aux options prises quant à la mise en œuvre de la réforme et nous initier aux débats que ces changements soulèvent. Son contexte régional participe au fait que le SST1 se présente à son tour comme un « laboratoire » de la réforme<sup>293</sup>.

## Section 1 : Quand les acteurs de la médecine du travail se mettent à la santé au travail

Durant la première décennie des années 2000, l'évolution réglementaire des services de santé au travail aiguise l'intérêt des acteurs pour les questions que pose sa mise en œuvre. Preuve en est, quand les médecins du travail se regroupent, que ce soit dans un congrès professionnel, un syndicat ou une association militante, ils parlent de « pluridisciplinarité ».

Ce terme s'imisce selon des modalités diverses dans les structures propres à la médecine du travail. À première vue, le consensus sur le caractère « pluridisciplinaire » des questions de santé au travail s'incarne dans les évolutions de structures syndicales ou associatives qui s'ouvrent progressivement à divers groupes professionnels. À travers un tour d'horizon de son appropriation par les différents acteurs (patronaux d'un côté et syndicaux et associatifs de l'autre), nous verrons que, bien que le terme soit relativement consensuel, la mise en œuvre d'une réforme sur cette base pourra s'avérer délicate. En effet, le consensus porte sur le bien-fondé d'affronter à plusieurs, plutôt que seul, une problématique sociale. Cependant, la question de la place du médecin du travail dans la « pluridisciplinarité », ou celle, plus abstraite, de la finalité de l'organisation « pluridisciplinaire », sont loin d'obtenir des réponses univoques.

---

<sup>291</sup> J'analyserai l'utilisation indigène de ce terme en mobilisant les travaux de Luc Boltanski et Ève Chiapello. Boltanski Luc, Chiapello Ève, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 2011 (1<sup>ère</sup> édition 1999).

<sup>292</sup> Bezes Philippe, Le Lidec Patrick, « Ordre institutionnel et genèse des réformes », in Lagroye Jacques, Offerlé Michel (dir.), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, pp. 55-73.

<sup>293</sup> Ce jugement est répandu, à la fois à l'intérieur de la région et à l'extérieur, notamment dans les instances officielles ou patronales. Par exemple, lors des journées du CISME de 2010, un professeur de médecine du travail annonce la présentation de deux participants du SST1 en insistant sur le fait qu'ils venaient d'« une région d'inspiration pour les grandes évolutions de notre métier » (source : carnet de terrain).

## 1. Du Congrès de *médecine du travail* au Congrès de *médecine et de santé au travail*

Les Congrès nationaux de médecine du travail sont organisés par les universitaires de médecine du travail, soit une forme d'*establishment* de la profession<sup>294</sup>. Leurs programmes reflètent les centres d'intérêt du moment au sein du groupe professionnel. En l'occurrence, l'analyse de ces programmes révèle un intérêt croissant, d'un congrès à l'autre, pour les questions ayant trait à la « pluridisciplinarité ».

Dès 2000, le Congrès de médecine du travail intègre un volet « pluridisciplinaire », qui porte plus spécifiquement sur l'intervention des infirmières dans les services de santé au travail. Ainsi, la « pluridisciplinarité » apparaît avant tout comme un remède au manque de main d'œuvre médicale, et pose la question de la délégation de tâches du médecin à un personnel qui lui serait rattaché.

En 2002, quelques mois après la loi de modernisation sociale qui officialise le tournant « pluridisciplinaire » de la médecine du travail, le congrès adopte le titre de « Congrès de médecine et de santé au travail », qu'il conservera jusqu'à présent. La thématique « pluridisciplinarité » est pour la première fois à l'ordre du jour aux côtés des questions plus techniques ou organisationnelles telles qu' « asthme et travail », « vieillissement », « nutrition et travail », « sommeil et travail », « effets délétères des restructurations sur la santé », etc.<sup>295</sup> Les communications se présentent soit comme des réflexions, soit, plus souvent, comme des retours d'expériences. Pour la première fois, une session est prévue à l'attention des secrétaires, qui, en organisant une réflexion sur la possibilité de délégations de tâches, préfigure l'avènement des « assistantes santé travail ».

Le congrès qui se tient à Bordeaux en 2004 intervient après les décrets de la réforme de 2002. Il est rebaptisé dans ses actes comme le « congrès de l'espoir » et laisse une place prépondérante au thème de la « mutualisation des énergies »<sup>296</sup>. La « pluridisciplinarité » y apparaît donc comme une forme de salut pour la profession, qui laisse présager d'un avenir meilleur et de collaborations fructueuses.

---

<sup>294</sup> La légitimité des professeurs de médecine du travail comme porte-paroles du groupe professionnel est parfois contestée, du fait de leur manque de pratique de terrain. C'est notamment la position du syndicat de médecine du travail (SNPST) qui déplore que la médecine du travail ne soit pas enseignée par des médecins du travail. La discipline (pathologie professionnelle) se distingue du métier (médecin du travail), ce qui affaiblit le groupe professionnel, car ses porte-paroles sont davantage les représentants de la *discipline* que ceux du *métier*.

<sup>295</sup> Source : programme du 27<sup>e</sup> congrès national de médecine et santé au travail, qui s'est tenu à Grenoble en juin 2002.

<sup>296</sup> Caillard Jean-François, Brochard Patrick (dir.), *Synthèse du 28<sup>ème</sup> congrès national de médecine et santé au travail, Bordeaux, 8-11 juin 2004 : Le congrès de l'espoir*, Éditions Préventique, novembre 2004.

Face aux faibles changements survenus après les décrets de 2004, malgré les attentes et l'« espoir » qu'ils suscitaient, de nouveaux textes plus précis sont attendus. La « pluridisciplinarité » reste donc au programme des congrès suivant, et y figure sous des appellations différentes qui témoignent des questions qu'elle pose aux médecins. En 2010, la thématique qui lui est consacrée est ainsi formulée : « Acteurs de la santé au travail : présent et avenir »<sup>297</sup>. Dans un contexte où les services de santé au travail font encore très inégalement appel à une main d'œuvre diversifiée, les promoteurs de cette thématique mettent l'accent sur la marge de progrès identifiée par les organisateurs et encourage les services à s'engager plus avant, malgré la situation d'incertitude quant aux textes futurs de la réforme. Les organisateurs présentent la mise en œuvre de la « pluridisciplinarité » aux participants comme une politique « d'avenir ».

En 2012, la réforme ayant officialisé l'importance de la « pluridisciplinarité », la question de la place du médecin dans le nouveau système est explicitement posée par la thématique suivante : « L'équipe santé travail : le médecin du travail manager ». La formulation affirmative, plutôt qu'interrogative, suggère de la part des organisateurs une volonté d'explicitier le nouveau rôle du médecin, dicté par les évolutions législatives, plutôt que de s'interroger collectivement sur celui-ci.

Ainsi, la « pluridisciplinarité », dans les congrès, se présente d'abord comme une préoccupation liée à un déficit démographique<sup>298</sup>. Les débats portent alors sur les possibilités de déléguer des tâches à un personnel déjà présent dans les services, les infirmières pour les aspects paramédicaux et les secrétaires pour les aspects techniques. À partir de 2004 et de l'institutionnalisation de la « pluridisciplinarité », les débats intègrent davantage la « pluridisciplinarité experte », soit celle qui est portée par des spécialistes d'autres disciplines, dans un esprit non plus de suppléance mais de complémentarité avec l'activité des médecins. Le congrès est aussi un lieu où les « entrepreneurs de réforme » cherchent à faire passer leurs idées sur la « pluridisciplinarité » et notamment sur la division du travail « pluridisciplinaire ». Les médecins qui s'y déplacent sont en demande de clarifications sur le mandat de chacun, et sur leur nouvelle place dans l'équipe de santé au travail. Ils constituent donc un auditoire attentif à des discours qu'ils n'identifient pas immédiatement comme étant normatifs. Cependant, la présence de militants syndicaux ou associatifs, et plus généralement

---

<sup>297</sup> Source : programme du 31<sup>e</sup> congrès national de médecine et santé au travail, tenu à Toulouse en juin 2010. J'étais par ailleurs présente à ce congrès et j'ai pu constater que les médecins se déplaçaient nombreux aux sessions portant sur la thématique : « Acteurs de la santé au travail : présent et avenir ».

<sup>298</sup> Les pages qui viennent montreront que ce déficit résulte lui-même déjà en partie d'un choix de « démedicalisation » du système de prévention. Voir à ce sujet Marichalar Pascal, « La médecine du travail sans les médecins? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Politix*, vol. 23, n°91, pp. 27-52.

l'expression, marginale mais présente, de points de vue divergents, introduit un débat qui permet de discuter la place de chacun plutôt que de voir ces rôles assignés par les figures d'autorité que sont les universitaires<sup>299</sup>.

## **2. La « pluridisciplinarité » : une modernisation nécessaire pour les directions de services et leurs représentants**

Peu d'informations sont disponibles sur les directeurs de services interentreprises. Nous savons qu'ils sont nommés par les présidents de ces services, qui sont des représentants patronaux. La CFE-CGC avance que les directions de service sont le « bras armé » de la gouvernance patronale des services et qu'en tant que tel, elles sont dépendantes des employeurs<sup>300</sup>.

### ***Encadré 2.1 Qui sont les directeurs de services interentreprises ?***<sup>301</sup>

Le site Internet du CISME<sup>302</sup> recense tous ses adhérents<sup>303</sup>. Grâce aux noms des directeurs que j'y ai trouvés, j'ai procédé à une recherche en ligne pour avoir une idée de leurs profils. Beaucoup d'entre eux sont répertoriés sur des sites tels que « *dirigeants.com* » ou « *société.com* », pour des activités qui peuvent être rapportées à leur fonction de direction de service de santé au travail (ils dirigent des GIE ou entreprises qui font apparaître le conseil aux entreprises, la formation, ou la santé au travail dans leur objet, et dont l'adresse se confond parfois avec celle du service)<sup>304</sup>, ou, au contraire, semblent indépendantes – plusieurs d'entre eux dirigent des sociétés dans des secteurs aussi divers que l'immobilier ou la finance<sup>305</sup>, le commerce, l'industrie (textile, fabrication de pièces automobiles) ou les activités sportives. Cinq des directeurs dont j'ai consulté le profil ont exercé auparavant en tant que cadre de management (les sites de type « *viadeo* » permettent de remonter à leurs anciennes activités professionnelles qui se situent surtout dans le secteur des ressources

<sup>299</sup> Les congrès de santé et de médecine du travail sont des occasions de confrontation de différentes conceptions de la santé au travail par le biais de différents types d'acteurs : les professeurs de médecine du travail, organisateurs, y développent un discours souvent consensuel (le programme présume souvent d'une approche didactique vis-à-vis de médecins décontenancés par la réforme et en demande de précisions), et les différentes mouvances associatives et syndicales, qui assurent un certain degré de controverse. Le caractère officiel et guindé de ce congrès est ainsi fréquemment contrecarré par des prises de parole ou des actions de médecins issus de la mouvance syndicale ou associative.

<sup>300</sup> Expert Christian, « Santé au travail. Quelle responsabilité des acteurs ? », *Espace santé au travail*, CFE-CGC Santé au travail, n°47, mai 2014, p.26.

<sup>301</sup> Le développement qui suit s'appuie sur un échantillon de 40 directeurs de services interentreprises parmi les 270 services recensés comme adhérents au CISME.

<sup>302</sup> Je rappelle que le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise est un organisme représentant les services, ou, plus précisément, les présidents et les directeurs de services interentreprises.

<sup>303</sup> Tous les services interentreprises de santé au travail n'adhèrent pas au CISME mais c'est le cas d'une très grande majorité d'entre eux.

<sup>304</sup> Il est par exemple courant que le directeur du service soit également à la tête d'un organisme de formation en santé au travail – on verra plus loin que c'est le cas au SST1. Les activités développées, souvent dans les locaux du service, le sont à but lucratif et ne peuvent donc s'insérer dans le cadre réglementaire d'un service de santé au travail : la création d'autres structures permet de contourner les contraintes de ce cadre.

<sup>305</sup> Les informations recueillies ne sont pas suffisantes pour déterminer si ces sociétés indiquent un statut patronal, ou simplement une forme de gestion de patrimoine.

humaines). Dans trois cas, j'ai constaté que le directeur était médecin du travail. Un directeur siège aussi au bureau d'un grand groupe de mutuelle privée, ce qui vient confirmer la proximité entre le milieu de la santé au travail et celui des mutuelles complémentaires de santé. Les directeurs de services interentreprises de santé au travail sont donc souvent issus du milieu industriel et des affaires.

Les raisons qui poussent un employeur ou un cadre à s'investir dans les services de santé au travail restent relativement opaques. L'obligation d'adhésion de tout employeur d'un secteur donné peut pousser certains dirigeants à s'impliquer dans le conseil d'administration pour, par exemple, s'assurer que le montant de l'adhésion n'augmente pas. La perception de la santé au travail comme une charge pour les employeurs est ainsi, selon l'analyste C. Rivest, au fondement de la politique déployée par les services interentreprises. Selon elle, les directeurs « ne considèrent généralement pas qu'ils ont une fonction de santé publique »<sup>306</sup> car « le mandat qu'ils reçoivent des employeurs est de gérer les services de façon à ce que la contribution patronale baisse ou reste constante »<sup>307</sup>.

Mes entretiens suggèrent des raisons plus cyniques encore de s'impliquer dans la médecine du travail. Par exemple, un médecin du travail rencontré au SST2 relate que le dirigeant d'un laboratoire d'analyse dont elle a la charge a rejoint le conseil d'administration afin que les examens médicaux prescrits dans le cadre de la médecine du travail reviennent à son entreprise. Selon elle, le cynisme est à son comble, puisqu'elle a eu l'occasion de constater sur le terrain son désintérêt des conditions de travail et de la santé de ses salariés. Chaque entreprise étant adhérente, le budget de la médecine du travail est important et plusieurs cas d'utilisations détournées de ces fonds ont été relevés par la presse, représentant des tentatives de récupérations, par les entreprises, de l'argent dépensé dans leur cotisation à la médecine du travail<sup>308</sup>. Un journaliste qualifie cette manne de « caisse noire » du MEDEF<sup>309</sup>.

Une fois ce décor planté, on comprend que la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail ne constitue pas – loin s'en faut – l'unique préoccupation de ces dirigeants de services interentreprises. La « pluridisciplinarité » ne leur en est pas moins attrayante, et ce pour plusieurs raisons.

---

<sup>306</sup> Rivest Chantal, « France : From a Minimalist Transposition to a Full Scale Reform of the OHS System », in Walters David (dir.), *Regulating Health and Safety Management in the European Union, Work and Society* n°35, Bruxelles, Presses Interuniversitaires Européennes, 2002, p. 103. Traduction personnelle.

<sup>307</sup> *Ibid.*, loc. cit. Traduction personnelle.

<sup>308</sup> Cette récupération peut se faire sous des formes diverses, notamment la jouissance d'un local, pour le MEDEF, loué par le service de santé au travail. J'aborderai la question de ces détournements dans la région étudiée dans la section suivante.

<sup>309</sup> Servenay David, « Médecine du travail : l'autre caisse noire du MEDEF », *Rue89*, 7 novembre 2007.

Le passage à la « santé au travail » de 2002 fut, selon Hubert Seillan, rédacteur en chef de la revue « Préventique »<sup>310</sup>, porteur de « grandes espérances », car « le concept de santé allait nécessairement rappeler que la santé n'est pas de la seule responsabilité médicale et (...) permettre la prise en compte d'autres données que celles du travail, notamment environnementales et sociales »<sup>311</sup>.

Les directeurs de services de santé au travail et leurs représentants, regroupés au sein du centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME), considèrent depuis longtemps leur « pluridisciplinarisation » comme une modernisation nécessaire afin d'améliorer le service rendu aux entreprises. Pour autant, celle-ci implique des changements organisationnels qu'ils s'attachent à accompagner, *via* une démarche qualité et une politique de formation.

Dans un article dont le titre interroge l'existence d'une volonté patronale d'imaginer une « médecine du travail sans les médecins », P. Marichalar met en avant le fait que dès 1987, le CISME présente le système français de médecine du travail comme un système qui souffre de sa trop forte médicalisation<sup>312</sup>. Il cite ainsi un rapport confidentiel interne à l'organisme, dont les termes sont particulièrement durs pour la médecine du travail telle qu'elle est pratiquée à l'époque :

« La simple prévention tertiaire (soins aux victimes des accidents ou nuisances du travail, déclaration des maladies professionnelles) ne répond déjà plus aux attentes des salariés et des employeurs et ne saurait justifier les moyens en hommes et en ressources consacrés à la médecine du travail. (...) Proposer un service : plus global (la santé) ; à la carte ; plus flexible ; comprenant plus d'options ; mais composé de : moins de médecins ; plus d'infirmières ; plus d'ergonomes ; plus de service social » (...) [La médecine du travail française] n'a pas d'équivalent dans le monde, peut-être parce que personne n'en veut<sup>313</sup>. En effet, depuis vingt ans, le système français est inexportable parce qu'il est trop cher, trop lourd (en temps

---

<sup>310</sup> Cette revue se présente sur son site web comme une revue sur le « management global du risque ». Selon la courte biographie le présentant sur ce même site, Hubert Seillan a « conçu et développé un enseignement nouveau et transdisciplinaire : le droit du danger ». Il a, entre autres ouvrages sur la gestion des risques, dirigé un ouvrage sur l'explosion de l'usine AZF de Toulouse comprenant des thèses pour le moins disculpantes pour les dirigeants de l'entreprise.

<sup>311</sup> Seillan Hubert, *Les services de santé au travail. Quel avenir ?*, Bordeaux, Éditions Préventique, 2012.

<sup>312</sup> Marichalar Pascal, « La médecine du travail sans les médecins? », *op. cit.*, pp. 27-52.

<sup>313</sup> D'autres auteurs ont noté l'utilisation par les acteurs patronaux d'un discours sur le manque d'attractivité du système français de prévention pour souligner un besoin de réforme. Voir Mias Arnaud, Legrand Emilie, Carricaburu Danièle, Féliu François, Jamet Ludovic, *Le travail de prévention. Les relations professionnelles face aux risques cancérigènes*, Toulouse, Octarès, 2013. Un de leurs interlocuteurs au CISME leur tient les propos suivants : « Il faut se préparer à autre chose et se demander aussi si on a mieux réussi que les autres pays qui avaient moins de médecins ? est-ce qu'on a moins d'accidents du travail ? est-ce qu'on est mieux au travail en France qu'ailleurs ? Il faut avoir un peu d'humilité » (p. 161). Dans ces propos, le modèle français apparaît comme inefficace et s'accrocher à sa spécificité tient de l'arrogance.

médical), trop pathologiste, trop médical, trop assujetti à un modèle non évolué »<sup>314</sup>

D'après ce document, le CISME cherche à repositionner les services de santé au travail sur une activité qui, en étant moins médicale, correspondrait davantage aux attentes de ses bénéficiaires<sup>315</sup>. Les médecins du travail y incarnent une main d'œuvre onéreuse et une figure dépassée, obnubilée par la « pathologie ». Une main d'œuvre à la fois meilleure marché et plus ouverte à un système de prestation de services devra alors être privilégiée.

D'après les prises de position de certains directeurs de services, c'est aussi la nature des risques, de plus en plus complexe, qui rendrait nécessaire une prise en charge « pluridisciplinaire ». Un article rédigé par un ancien directeur du CISME depuis reconverti dans le « conseil en santé au travail », G. Paillereau, revient sur l'évidence que représentait la « pluridisciplinarité » au début des années 2000. Selon lui, l'évolution « pluridisciplinaire » émerge d'une « prise de conscience »<sup>316</sup> qu'il est possible de dépasser l'action étroite des médecins du travail et d'embrasser plus largement les problématiques de santé au travail.

« Au fil des années, l'évolution des risques professionnels a conduit à prendre conscience de la nécessité d'une nouvelle approche de la santé des salariés, dépassant le cadre étroit de LA visite médicale, fondée sur une meilleure connaissance des lieux, de l'organisation et des conditions de travail, et, partant, des relations travail/santé. Si, dans un premier temps, on a cru que le médecin du travail pouvait assumer seul toutes les dimensions de la Santé au travail, grâce en particulier à ce que l'on appelle le « tiers temps », apparu en 1979, cette vision s'est très vite révélée être une réponse insuffisante et inappropriée aux besoins des entreprises (...).

C'est donc à la fois “naturellement” et avec beaucoup de difficultés que la pluridisciplinarité, marquée par l'arrivée de professionnels autres que médecins, formés à intervenir sur les plans technique et organisationnel, le plus en amont possible des risques professionnels, dans le cadre de la prévention primaire, s'est progressivement imposée comme une nécessité, non pour compenser le déficit de médecins du travail mais pour couvrir le plus complètement possible le champ de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels. »<sup>317</sup>

Pour lui, la « pluridisciplinarité » entérine la prépondérance de la *prévention primaire* sur la *prévention tertiaire*<sup>318</sup>. Elle s'inscrit dans une tendance à favoriser l'action en amont des problématiques de santé et non pas de se contenter d'intervenir *a posteriori* en déclarant des maladies professionnelles ou en orientant les salariés vers le circuit de soin approprié. De ce

---

<sup>314</sup> Marichalar Pascal, « La médecine du travail sans les médecins? », *op. cit.*, p. 35.

<sup>315</sup> Ici, on pense à l'idée, développée par F. Pierru, de « mise en crise » délibérée du système hospitalier pour justifier des réformes qui libéralisent le secteur. Pierru Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, 2007.

<sup>316</sup> Selon l'expression utilisée par G. Paillereau dans l'extrait ci-dessous.

<sup>317</sup> Paillereau Gabriel, « La Pluridisciplinarité en Santé au travail : indispensable et à géométrie variable », *ephygie.com*, juin 2013.

<sup>318</sup> Cf. infra, présentation des trois types de prévention selon l'OMS en introduction générale, note n°8.

point de vue, seul un fonctionnement « pluridisciplinaire » permet de s'éloigner d'un système fondé sur une activité médicale, qui, malgré les évolutions de la pratique, reste largement cantonnée à un suivi individuel des salariés. L'« action en milieu de travail », auquel le médecin doit consacrer un tiers de son temps à partir de 1979, est une « réponse insuffisante et inappropriée aux besoins des entreprises », que les médecins ne peuvent mener à bien correctement sans l'appui de nouveaux acteurs. La « pluridisciplinarité » permet une action plus compréhensive, au plus près des demandes des entreprises. Dans le texte ci-dessus, G. Paillereau utilise une métaphore spatiale pour indiquer cela : il s'agit de « couvrir le plus complètement possible le champ de la santé au travail ».

La réforme « pluridisciplinaire » des services doit donc donner moins de place au point de vue médical, et notamment à la consultation individuelle, afin d'élargir le domaine d'intervention couvert. Au cours d'une table ronde sur le thème de la « pluridisciplinarité » au congrès de la Société d'ergonomie de langue française (SELF), en 2010, le directeur du service le plus important de France, Bernard Gaisset, affirme la nécessité d'opérer une véritable « révolution culturelle » :

« Dans notre pays, la santé = les soins. Il faut qu'on fasse une révolution culturelle. La santé, ce n'est pas que les soins. Il y a un travail extraordinaire à accomplir pour changer les mentalités. La question c'est « comment on va le faire ? » La réponse passe par l'intervention de compétences pluridisciplinaires, les médecins étant un des éléments du dispositif. La prévention n'est pas un sujet qui se limite à la pathologie mais c'est essentiellement un sujet de comportements et d'analyse de l'environnement ; c'est d'abord un sujet culturel (...) »<sup>319</sup>.

Dans le discours de B. Gaisset, l'approche médicale entraîne une approche par la pathologie et par le soin, tandis qu'une approche « pluridisciplinaire » pourrait permettre d'adopter un point de vue plus large sur les problématiques de santé au travail. Il présente le chemin à parcourir vers la « pluridisciplinarité » comme une action collective nécessitant un travail quasi-militant de « changement des mentalités »<sup>320</sup>. Le directeur du SST1, Bruno Maire, mentionne également en entretien un objectif de « changer l'image du service » auprès de ses adhérents : les visites médicales ne doivent plus être considérées comme des contreparties de l'adhésion au service, qui peut leur offrir une gamme de services plus complète grâce à une main d'œuvre diversifiée.

---

<sup>319</sup> Bulletin de la SELF n° 159, septembre 2010, p. 26.

<sup>320</sup> Expression employée par B. Gaisset dans l'extrait ci-dessus.

La « pluridisciplinarité » se présente dans les discours des directeurs de service comme un « principe fondateur général »<sup>321</sup>, qui s'auto-légitime par son « adéquation à la nature de l'univers »<sup>322</sup> – il s'agit d'investir un domaine qui attend d'être investi. Son caractère consensuel, qui s'appuie sur la complexité des problématiques de santé au travail, lui confère une force instituante. Les directions de services s'enthousiasment pour la « pluridisciplinarité » présentée avant tout comme un nouveau mode d'organisation susceptible d'être plus efficace et mieux à même de répondre aux problématiques de prévention des risques professionnels. Pour ces acteurs, le système de médecine du travail présentait des défauts qui tenaient principalement au caractère médical de la prévention. Ils s'attachent alors à dissocier leur action de la seule action des médecins – qui, de surcroît, sont à la fois vieillissants et de moins en moins nombreux.

Une anecdote permet de conclure sur l'avidité de changement des directions de services. En entretien, Stéphane, ergonomiste au SST1, mentionne avoir reçu des directives de sa hiérarchie quant à la manière de se présenter aux entreprises. S'il a tendance à continuer à utiliser le terme de « médecine du travail » pour que les entreprises puissent situer son action, sa direction souhaite amener ses employés à rompre avec ce terme :

*Notre direction, elle ne veut pas qu'on dise « Médecine du travail », il faudrait dire « Service de Santé au Travail », depuis la réforme... Puisque « Médecine du travail » ça fait un peu « pépé dans son cabinet » quoi !*

Ainsi, la réforme permet à la fois de pallier le manque de médecins du travail et de changer l'esprit du système de prévention des risques professionnels. S'ils s'y montrent favorables, les différents représentants nationaux des médecins du travail portent une conception différente de la « pluridisciplinarité ».

### **3. Une ouverture des structures syndicales et militantes aux non-médecins**

D'autres porte-paroles du groupe professionnel proposent un discours alternatif à celui des professeurs de médecine du travail, soient les associations et les syndicats de médecins du travail. Ces derniers s'approprient le passage à la « pluridisciplinarité ». D'abord, ils engagent des réflexions à son sujet, puis dans un second temps, ils s'ouvrent à des représentants d'autres disciplines.

D'une enquête d'opinion menée par le syndicat national des médecins du travail (SNMT) en 2002 ressort que leurs adhérents déclarent à 85% considérer la

---

<sup>321</sup> Douglas Mary, *Comment pensent les institutions*, Paris, La Découverte, 2004 [1<sup>ère</sup> édition 1986]

<sup>322</sup> *Ibid.*, p. 81.

« pluridisciplinarité » comme une avancée. En 2003, le nom de « syndicat national des professionnels de la santé au travail » (SNPST) est adopté et les statuts modifiés pour pouvoir accueillir des acteurs non médecins, notamment des infirmières et des intervenants en prévention des risques professionnels ou IPRP. L'appellation du syndicat ne fait plus référence à un segment professionnel mais au regroupement de « professionnels » de divers horizons autour d'un *objet* commun : la santé au travail. Ce changement fait écho à la transformation des services de *médecine* du travail en services de *santé* au travail survenue en 2002.

Si la date de changement de nom (2003) suggère que l'évolution du syndicat épouse celle des textes de loi, ses membres affirment ne pas avoir suivi le même agenda que la réforme : avant que la loi de modernisation sociale de 2002 ne transpose la directive-cadre européenne de 1989<sup>323</sup> et n'impose une « pluridisciplinarité » des services, ils avaient déjà engagé des réflexions sur le travail en équipe, notamment sur la collaboration entre infirmières et médecins du travail. Le syndicat s'était en effet rapproché du groupement des infirmières du travail (GIT) à travers plusieurs rencontres. Celles-ci aboutissent, en mai 2000, à la rédaction conjointe d'un texte contenant des « propositions pour les équipes pluridisciplinaires ». Les auteurs y insistent sur leur souhait d'obtenir une indépendance statutaire des professionnels intervenants. Ils suggèrent aussi la constitution d' « unités de base en santé au travail », comprenant médecin, infirmière et secrétaire, et sous la responsabilité du médecin, qui pourront coopérer avec d'autres partenaires en fonction des problèmes à traiter (ergonomes, épidémiologistes, psychologue, toxicologue). Cette évolution du syndicat ne se produit pas sans heurts : P. Marichalar revient, dans sa thèse, sur une controverse interne, illustrée par deux articles parus en 2005 dans le journal du syndicat. Dans le premier, un médecin exprime une réserve vis-à-vis de la « pluridisciplinarité » suite à son expérience : elle estime notamment les conditions de recrutement du nouveau personne mauvaises et montre globalement peu d'enthousiasme à ces nouvelles collaborations. Un autre médecin rétorque dans le numéro suivant en exprimant un point de vue plus ouvert aux acteurs « pluridisciplinaires » et enjoignant ses confrères à faire la « révolution culturelle » que le « choc culturel » du décret de 2004 impose. Il reprend ainsi la rhétorique des dirigeants de services, qui ont l'a vu, s'appuie sur l'idée d'une « culture médicale » qui doit évoluer.

La position du syndicat sur la « pluridisciplinarité » est donc à la fois ouverte et méfiante, et si les membres du syndicat sont souvent pionniers dans les nouvelles

---

<sup>323</sup> Voir infra, chapitre 1, section 2.

collaborations, notamment les collaborations avec les infirmières, les évolutions du fonctionnement des services au nom de la « pluridisciplinarité » sont accueillies avec circonspection. Cette méfiance émane, d'une part, d'une vigilance extrême quant à l'autonomie des médecins du travail et à ses conditions d'exercice et, d'autre part, mais de manière souvent intriquée, d'un souci de défendre avant tout les intérêts des salariés et de s'opposer, ce faisant, à une approche gestionnaire de la santé au travail, au profit des employeurs.

Un réseau associatif de médecins du travail se développe autour d'un militantisme professionnel qui se donne pour objectif de réfléchir à la mission de protection de la santé des salariés qui définit leur exercice. Dès 1990, l'association Santé et Médecine du travail (A-SMT) se déclare dans un projet de charte comme une association ouverte à tous les médecins du travail et « aux spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la Médecine du Travail »<sup>324</sup>. La « santé au travail » dans son acception la plus large est précisément une des valeurs que défend cette association, qui se préoccupe très tôt de santé mentale au travail et diffuse les idées de la psychopathologie du travail à un public de médecins du travail. La pluridisciplinarité est « pratiquée dans les faits », car le médecin du travail « n'est pas omniscient ». Cependant, les discours sur la « pluridisciplinarité » témoignent d'une vigilance quant aux objectifs et aux modalités d'intervention des nouveaux venus<sup>325</sup>.

En accord avec le discours de ses confrères de l'association « SMT », le médecin du travail Dominique Huez affirme que, pour que la collaboration soit possible, il faut que « les professionnels soient inscrits clairement du côté exclusif de la santé au travail, et non de la gestion des risques, qui est de la responsabilité de l'employeur »<sup>326</sup>. Il pointe une incompatibilité entre les deux logiques et une possible perversion de la santé au travail par la logique de gestion des risques, dominée par la « rationalité économique ».

L'association E-Pairs, dont on a vu en introduction qu'elle était issue de cette même mouvance, se saisit du thème de la « pluridisciplinarité » pour mener une réflexion approfondie sur les missions de la médecine du travail et celles des services de santé au travail. Pour ces médecins qui ont fait de la réflexivité leur activité collective de prédilection, l'ouverture des services à d'autres groupes professionnels est l'occasion de repenser leur métier.

À la suite du SNPST, en 2004, le Syndicat Général des Médecins de Travail (SGMT)

---

<sup>324</sup> Cahier SMT n°4, 28 avril 1990.

<sup>325</sup> Seitz Gilles, « Pluridisciplinarité », *Les Cahiers SMT*, n°19, juin 2004, pp. 72-73.

<sup>326</sup> Huez Dominique, « Pluridisciplinarité et système de santé au travail. Point de vue d'un médecin du travail », *Performances, santé et fiabilité humaine*, n°5, juillet août 2002, pp. 22 à 26, dont p. 25.

affilié à la CFE-CGC<sup>327</sup> et par conséquent, seul syndicat représentatif auquel les médecins du travail peuvent adhérer, adopte le nom plus ouvert de Syndicat général des médecins et des professionnels des Services de Santé au Travail (SGMPSSST), communément appelé CFE-CGC Santé au Travail<sup>328</sup>. Ce changement de nom n'empêche pas ses membres de relayer abondamment, dans leurs communications publiques, une méfiance de leurs confrères – qu'on suppose partagée – vis-à-vis de la réforme et plus particulièrement de l'introduction de nouveaux types de personnels dans les services de santé au travail, avec pour argument principal la crainte d'une dévalorisation de leur profession. Interviewé par le « journal du Net » comme un opposant à la réforme, Bernard Salengro, médecin du travail responsable de cette branche de la CFE-CGC, regrette notamment l'absence de « garantie » quant à la formation des intervenants en prévention des risques professionnels, et le fait qu'ils n'aient pas règlementairement de comptes à rendre aux médecins du travail, mais uniquement à leur employeur<sup>329</sup>.

Soulignons ici qu'il est rare de rencontrer des structures médicales effectivement ouvertes à des acteurs non-médecins – les syndicats ne font pas exception. Certes, les autres professionnels ne s'aventurent que timidement au SNPST et à la CFE CGC « Santé au Travail », où ils sont peu nombreux, mais le simple fait de voir des syndicats de médecins s'ouvrir à des infirmières et des ergonomes constitue un fait marquant, car le milieu de la santé se syndicalise davantage par groupe professionnel que par branche ou par domaine d'activité<sup>330</sup>.

Ainsi, l'appropriation de la notion de « pluridisciplinarité » par le milieu militant, si elle contribue à légitimer l'utilisation de ce terme, participe à la mise en débat de sa mise en œuvre concrète au sein des services. Les modalités d'introduction des nouveaux collaborateurs des médecins dans les services, et les modalités de collaboration, constituent depuis la réforme leur principal objet de réflexion.

---

<sup>327</sup> Confédération française de l'encadrement-confédération générale des cadres.

<sup>328</sup> Cependant, le journal du syndicat « Espace Médecin du travail », gardera ce nom ciblé sur le groupe professionnel jusqu'en 2010, date à laquelle il s'interrompt pour revenir quatre ans plus tard, en 2014, cette fois sous le titre d'« Espace Santé au travail ».

<sup>329</sup> Salengro Bernard, « L'employeur aura moins de médecins dans les pattes », *Journal du Net*, mis en ligne en octobre 2004, consulté le 18 décembre 2013.

<sup>330</sup> Dans le milieu de la santé, chaque groupe professionnel possède ses propres structures syndicales : les infirmières, les sages-femmes, les biologistes, les orthophonistes, les pharmaciens, les médecins libéraux, les chirurgiens... En 2004, la loi portant réforme de l'Assurance Maladie amène à regrouper de nombreuses structures syndicales en une « Union Nationale des Professionnels de Santé ». Cette démarche permet aux pouvoirs publics d'avoir moins d'interlocuteurs, et qu'ils soient davantage coordonnés entre eux. La multiplicité de structures syndicales par métier et non par « branche », en revanche, perdure : ce sont avant tout les groupes professionnels qui sont représentés.

\*\*\*\*\*

Divers porte-paroles des médecins du travail accompagnent le changement vers la « pluridisciplinarité », le soutiennent et lui donnent corps par une ouverture à des acteurs professionnels non-médecins. Malgré les divergences de conceptions de ce que doit ou devrait être la « pluridisciplinarité », les acteurs s'entendent sur ce terme et se l'approprient.

La « pluridisciplinarité » rassemble un milieu éclaté et mis en difficulté par les problématiques de santé au travail rencontrées au quotidien. D'une part, les médecins du travail sont isolés dans leurs pratiques quotidiennes, et, de moins en moins nombreux, peinent à remplir leurs missions. Leurs représentants syndicaux et associatifs sont d'accord pour que leur territoire professionnel soit partagé, car cela leur permettra d'obtenir une assistance précieuse dans un contexte où la protection de la santé des salariés est particulièrement problématique. En revanche, ils s'interrogent sur la possibilité de maintenir leur souveraineté sur l'ensemble de ce territoire à travers une simple délégation de tâches à des groupes qui leur seraient subordonnés, et s'avèrent réticents à collaborer avec des groupes dont l'action pourrait leur échapper. Les directions de service, quant à elles, imaginent un système qui donnerait une place moindre aux médecins et s'intéresserait d'abord aux demandes des entreprises : la « pluridisciplinarité » servirait à leur formuler une réponse adéquate. De leur point de vue, la « pluridisciplinarité » symbolise un progrès nécessaire, une avancée du système de prévention des risques professionnels, qu'il s'agit d'encourager et d'accompagner.

Ainsi, la « pluridisciplinarité » apparaît comme un mot valise qui cristallise des espoirs de changements dans le milieu de la médecine du travail. Le fait, pour les acteurs syndicaux et associatifs, de vouloir rentrer dans le détail de ses implications suggère qu'ils ne sont pas dupes du consensus portant sur ce terme. Derrière l'idée de diversification de la main d'œuvre des services, globalement acceptée, différentes conceptions des missions des services de santé au travail subsistent.

## Section 2 : Une mobilisation régionale pour la « pluridisciplinarité »

À un niveau régional, différentes parties prenantes de la réforme s'allient pour la promouvoir et la mettre en œuvre, tels que les services déconcentrés de l'État (Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi – DIRECCTE, caisse régionale d'assurance maladie – CRAM – puis caisse d'assurance retraite et de la santé au travail – CARSAT), la faculté de Médecine (service de pathologies

professionnelles), le patronat, les directions de service, mais aussi d'autres groupes tels que les infirmières du travail ou les organismes de formation.

À l'échelle de la région choisie, que les acteurs nationaux perçoivent comme motrice, l'engagement d'« entrepreneurs de réforme » apparaît déterminant dans une dynamique régionale construite sur des alliances fortes entre partenaires. Selon P. Bezes et P. Le Lidec, un engagement de ces acteurs est une condition nécessaire (si elle n'est pas suffisante) des réformes institutionnelles, qu'ils définissent ainsi :

« On indexera (...) l'émergence de réformes institutionnelles à l'apparition et l'identification d'« entrepreneurs de réforme », c'est à dire de groupes d'acteurs qui revendiquent 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 »<sup>331</sup>.

Au sein de la région enquêtée, les professeurs Richard D. et Pierre L. constituent deux exemples locaux d'« entrepreneurs de réforme » qui, depuis leurs positions universitaires, créent et animent des structures qui leur permettent de promouvoir leur vision singulière de l'avenir de la médecine du travail.

## **1. Un contexte régional spécifique**

L'histoire de la santé au travail dans la région choisie, dans laquelle s'inscrit le service étudié, se distingue par une histoire sociale fortement marquée par la fréquence de maladies et accidents graves dus au travail et par la pauvreté post-industrielle, mais aussi par un patronat social puissant, et, enfin, par un enseignement renommé en médecine du travail.

### ***1.1. La « culture de l'effort », ennemie de la prévention ?***

Bernard Duroy, médecin coordinateur au SST1 à l'approche de la retraite, me raconte que quand il est arrivé pour son premier emploi en tant que médecin du travail dans une grande industrie de la région, il a cherché le local médical, puis demandé son chemin : « On m'a dit de suivre les flèches « Morgue » ! ». La pyramide des âges des médecins du travail est telle que pour beaucoup d'entre eux, les premiers contacts avec le monde du travail se sont déroulés dans un environnement industriel aujourd'hui révolu, dans lequel la maladie et la mort étaient relativement communes. Dans le souvenir d'Édith, médecin du travail au SST1,

---

<sup>331</sup> Bezes Philippe, Le Lidec Patrick, « Ordre institutionnel et genèse des réformes », *op. cit.* p. 58.

l'usine est à la fois un lieu de travail caractérisé par sa rudesse et le cadre d'une convivialité et d'une solidarité ouvrière qu'elle admire :

*Pour financer mes études médicales, j'étais infirmière de médecine du travail. Donc je travaillais dans une filature, de 5h du matin à 9h et la semaine suivante de 17h à 21h. C'est là où j'ai découvert non seulement le monde du travail mais en plus par la voie du textile. Il y avait une ambiance très collective, très festive alors que le travail était très difficile. Donc là j'ai tout de suite été conquise en me disant, à cet âge, j'avais 22 ans, quand je voyais le boulot qu'ils faisaient pendant huit heures d'affilé, je me disais « Comment ils peuvent rester ? ». Et les gens me disaient qu'ils adoraient ce qu'ils faisaient. Alors ça, ça m'a posé une question, qui est toujours à l'ordre du jour, ça s'appelle le sens du travail.*

Après la fermeture de beaucoup d'usines de textiles et des mines, la région est beaucoup moins industrialisée. La population régionale est toujours très dense mais particulièrement touchée par le chômage, ce à quoi s'ajoute un faible taux de travail des femmes et des jeunes de moins de vingt-cinq ans qui en font une des régions les plus pauvres de France<sup>332</sup>. Les revenus moyens par ménage y sont en effet les plus faibles de France<sup>333</sup>.

Historiquement, la région choisie se caractérise par un contexte industriel et minier dans lequel les accidents graves ou mortels étaient fréquents. La médecine du travail était donc avant tout une médecine d'urgence, davantage orientée sur le soin des ouvriers que sur la prévention. De plus, les médecins des mines pouvaient à l'époque prescrire des médicaments ou des examens, ce qui les inscrivait pleinement dans une logique de soin<sup>334</sup>. Dans ce contexte, la prévention des maladies à effets différés, beaucoup moins visibles que les accidents graves, a peiné à s'imposer. Pourtant, les maladies professionnelles sont également graves et fréquentes – de nombreux cas de silicozes et de cancers liés à l'amiante y sont progressivement reconnus.

Cette histoire régionale – ainsi que la « culture » ouvrière qui la caractérise – façonne des représentations de la santé au travail et des maladies professionnelles spécifiques qui ont été largement abordées par les sciences sociales. O. Schwartz a notamment montré que le salaire au rendement dans les mines d'extraction de charbon entraînait une valorisation du travail et de l'effort, fruit d'une intériorisation par les salariés des contraintes économiques<sup>335</sup>.

---

<sup>332</sup> Dans mes entretiens avec les médecins ou les IPRP, la référence à la pauvreté et au faible niveau socioculturel du public auquel ils sont confrontés revient souvent, notamment pour justifier des modes d'action dont on admet qu'ils n'auraient pas lieu d'être si la population était plus favorisée (destinés par exemple à éviter au maximum de faire déplacer les salariés suite au constat que ces déplacements ne sont pas aisés).

<sup>333</sup> Source : données INSEE.

<sup>334</sup> Les médecins du travail ont perdu ce droit de prescrire face à l'insistance de leurs confrères thérapeutes qui y voyaient une concurrence déloyale, sur une « clientèle » captive.

<sup>335</sup> Schwartz Olivier, *Le Monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, Paris, Presses universitaires de France, 1990.

J. Brassart et C. Niewiadomski décrivent dans leur ouvrage sur les liens entre la culture populaire et les cancers professionnels ce qu'ils appellent une « culture du silence » et une « culture de résignation »<sup>336</sup>. Pour S. M. Barkat et E. Hamraoui, ces comportements sont à la fois des manifestations de servitude volontaire et de « courage viril » :

« (l'individu) est pour ainsi dire coincé entre une image élogieuse de soi et la consommation progressive du corps dans la production. L'image de soi se soutient de l'épuisement du corps et l'épuisement du corps est rendue supportable, sinon acceptable, par la promotion de l'image de soi »<sup>337</sup>.

De même, M. Loriol, dans son approche socio-historique de la fatigue, relate une valorisation de celle-ci dans les milieux ouvriers : « Les représentations de la fatigue au travail (chez les ouvriers) sont indissociables des représentations de la vieillesse, de la retraite, comme droit social au repos lié au don de soi pour la collectivité que représente l'usure d'une vie productive »<sup>338</sup>.

Ces idées sont relayées par de nombreux acteurs rencontrés dans la région, notamment dans leur argumentation en faveur d'un nouveau système de prévention. En effet, qu'ils soient médecins, infirmières, ou membre du personnel de direction, beaucoup de mes interlocuteurs prennent cette « culture » au sérieux et se disent professionnellement motivées par l'idée de la contrebalancer par une « culture de prévention » qui pourrait améliorer la santé de la population. Cette « culture de prévention » s'attacherait avant tout à prévenir les maladies avant leur apparition sous la forme d'actions de prévention dite « primaire », car les préventions secondaires et tertiaires interviennent d'autant plus tard que les salariés sont peu enclins à se plaindre, et perdent alors de leur efficacité.

Le professeur Richard D. est un ancien professeur de médecine du travail de la région. Il y exerce de 1973 jusqu'au milieu des années 2000. L'un de ses chevaux de bataille est cette « culture du travail » qu'il attribue aux régionaux<sup>339</sup>. Dans son discours, il lie la résignation – qu'il associe à une valorisation de l'effort liée à la « culture » locale – et l'acceptation par les ouvriers des maladies graves qui les touchent :

*Je crois qu'avant il y avait une espèce de fatalité, les gens acceptaient les mauvaises conditions de travail. Moi, je me souviens toujours des mineurs, ben, pour eux c'était normal d'être dans ces conditions de travail. Quand ils avaient une silicose, ça voulait dire qu'ils avaient bien travaillé, et quand ils en avaient pas, parce que*

---

<sup>336</sup> Brassart Josette, Niewiadomski Christophe, « Culture populaire et cancers des voies aéro-digestives supérieures dans le Valenciennois », in Niewiadomski Christophe, Aïach Pierre (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2008.

<sup>337</sup> Barkat Sidi Mohammed, Hamraoui Éric, « Éthique et santé au travail. Esquisse d'une remise en perspective ontologique », *Revue des Sciences Sociales*, n°39, 2008, pp.12-19, dont p. 14.

<sup>338</sup> Loriol Marc, *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Paris, Anthropos, 2000, p. 97.

<sup>339</sup> Une interview parue en 2007 dans un magazine portant sur la santé met particulièrement en lumière cette perception du professeur D.

*des fois il y a des gens chez qui on n'en trouvait pas, ils râlaient, ils disaient « oui, je vais passer pour quoi ? ». Ils auraient voulu avoir une silicose, c'était ça la mentalité des travailleurs de l'époque.*

Le professeur D. va plus loin dans une interview donnée à un magazine régional et compare la silicose à « une forme de Légion d'Honneur pour un travail bien réalisé » : il voit donc une forme de fierté, voire de « dureté »<sup>340</sup> dans la mentalité des ouvriers de sa région. De plus, il lie explicitement la difficulté à prévenir les maladies professionnelles à cette « culture » de l'effort : « dans ces conditions, ce n'est pas facile de faire de la prévention »<sup>341</sup>.

Le discours de Thomas, ergonomiste devenu membre de l'équipe de direction du SST1, va dans le même sens. Selon lui, la valorisation de l'effort est aussi une valorisation de la souffrance physique due au travail.

*Le bassin minier, c'est un peu particulier. C'est vraiment une autre mentalité, une autre vision du travail et de la souffrance au travail. Les gens sont malheureusement... Je ne sais pas comment le dire. Alors, c'est un peu ancré dans les mémoires et le collectif, c'est... Voilà, à la fin de la journée, si on n'est pas harassé et usé par son travail, c'est qu'on n'a pas bossé quoi. Bon, moi j'ai une vision un peu opposée à ça, mais... (Il rit) C'est pas être faignant de dire : « Allez, j'ai ma journée de travail derrière moi et je ne suis pas complètement cassé de mon dos et je n'ai pas des doigts en moins ». Non, ce n'est pas grave !*

Ces discours stigmatisant l'effet néfaste d'une « culture ouvrière » sur les avancées de la prévention des maladies dues au travail occultent cependant le fait que les salariés ne sont pas simplement victimes de leurs comportements à risque, mais qu'ils subissent largement des conditions de travail pathogènes. Leur exposition à des substances dangereuses, les maladies qu'ils développent et les décès qui en résultent, ne peuvent être attribués à une « culture

---

<sup>340</sup> « Aujourd'hui, les gens de la région restent des personnes plus dures au travail et plus résistantes à la souffrance. Même si cette dernière a beaucoup évolué en abaissant les seuils de tolérance, il n'en reste pas moins que les régionaux sont appréciés pour cette tendance plus nette à travailler que dans les autres régions. Ce n'est pas un hasard si une marque automobile japonaise réputée s'est installée dans la région. Ils ont vite identifié ces notions de qualité et d'ardeur au travail des gens de notre région, cette culture de la pénibilité et de la souffrance », atteste le Professeur Richard D. dans l'interview sus-mentionnée.

<sup>341</sup> Cette « culture » de l'effort, qui conduit les ouvriers à occulter leur fatigue individuelle, est analysée par M. Loriol dans les termes, empruntés à C. Dejours, d'une « idéologie collective de défense ». Les ouvriers se protègent ainsi de l'angoisse liée à la dureté de leurs conditions de travail. Loriol Marc, *Le temps de la fatigue*, op. cit. p. 92. Sur les stratégies de défense collectives, voir Dejours Christophe, *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, 1998 et Dejours Christophe, *Travail, usure mentale*, Paris, Bayard, 2000 (1<sup>ère</sup> édition 1980).

ouvrière » – un comportement prudent ou un moindre investissement dans le travail auraient-ils changé la donne ?<sup>342</sup>

De plus, le silence sur les cancers professionnels liés à l'exposition au charbon (silicose) et à l'amiante (cancer de la plèvre, mésothéliome, asbestose) n'est pas l'apanage des ouvriers. Ils ont au contraire largement subi une loi du silence aux enjeux économiques non négligeables, pour les industriels comme pour le régime de protection sociale. La difficile reconnaissance de ces maladies professionnelles a été un processus conflictuel dont on ne saurait attribuer la lenteur à la seule culture ouvrière de la résignation, même si elle a pu constituer un frein. C. Amoudru<sup>343</sup>, ancien médecin dans le secteur minier, fait le lien entre ces deux réalités :

« On doit retenir le mutisme, courageux ou résigné, des victimes. Peu de récriminations manifestes ni d'appel à plus d'attention sur leur sort et encore moins de demande de pitié. On constate même une espèce de fierté triste des risques du métier. Par exemple, on voit affichée sur les tombes la mention : « silicosé, cent pour cent » ; c'est à la fois un évident témoignage de souffrance vécue, mais c'est aussi comme l'attestation d'une vie de grand travailleur et une forme quasi officielle de médaille du mérite. Parler plus haut, plus fort ? La vérité est effectivement restée trop enclose dans les milieux médicaux et au ministère de l'Industrie. Mais on a vu que ceux qui ont cherché de façons diverses à porter le débat sur la place publique et à alerter l'opinion n'ont pas vraiment été suivis par les leaders syndicaux, ni par les mineurs eux-mêmes »<sup>344</sup>.

Le médecin concède une vérité « enclose » et fait ressortir la difficulté d'interpréter le mutisme des mineurs comme un obstacle à la prévention dans un contexte où les acteurs dominants profitent de ce silence et l'entretiennent. Respectivement historien et sociologue, P.-A. Rosental et J.-C. Devinck vont plus loin et décrivent un travail de dissimulation des dommages causés par la silicose qui vise à réduire le coût de sa réparation et passe notamment par des « stratégies d'opacité statistiques mises en œuvre par les charbonnages »<sup>345</sup>. Pour contrer cette tendance au long cours, qui a aujourd'hui encore des effets sur la réparation des

---

<sup>342</sup> Dans le domaine de la santé publique, des discours similaires ont cours qui stigmatisent avant tout les classes défavorisées, comme le notent François Buton et Frédéric Pierru : « La santé publique, sous l'effet de l'hégémonie de l'épidémiologie dite des facteurs de risque (riskfactorology), tend à incriminer les comportements individuels délétères pour la santé, ou la « culture » des individus, sommés, par des campagnes d'information, de devenir des « acteurs de leur propre santé », au mépris des connaissances sociologiques de base sur les rapports sociaux différenciés au corps, à l'alimentation, aux risques, à la médecine ». Buton François, Pierru Frédéric, « Les dépolitisations de la santé », *Les Tribunes de la Santé*, printemps 2012, les Éditions de la Santé, p. 56.

<sup>343</sup> Amoudru Claude, « Pneumoconioses : l'exemple des Houillères du Nord-Pas-de-Calais (1944-1990) », in Mur Jean-Marie (dir.) *L'émergence des risques*, EDP Sciences, Les Ulis, 2008.

<sup>344</sup> *Ibid.*, p. 69.

<sup>345</sup> Rosental Paul-André, Devinck Jean-Claude, « Statistique et mort industrielle. La fabrication du nombre de victimes de la silicose dans les houillères en France de 1946 à nos jours », *Vingtième Siècle : Revue d'histoire*, vol. 3, n° 95, 2007, pp. 75-91.

maladies professionnelles, des chercheurs en sciences sociales travaillent à mettre en évidence l'invisibilisation et la sous-estimation des maladies professionnelles<sup>346</sup>.

## ***1.2. Une « tertiarisation » des maladies professionnelles ?***

Un président de service de santé au travail a récemment sous-entendu en interview que les maladies professionnelles « lourdes » feraient aujourd'hui place à des troubles d'origine organisationnelle. Dans la presse locale, il invoque un changement de paradigme : « on est passé de la silicose au stress »<sup>347</sup>. Cette affirmation émanant d'un acteur patronal, avocat d'affaire et directeur de service de santé au travail, alimente la thèse de S. Buzzi, J.-C. Devinck et P.-A. Rosental selon laquelle la problématique des « RPS » viendrait minimiser celle des risques physiques du travail<sup>348</sup>.

Parallèlement, dans un discours prononcé à la fin de l'année 2009, le ministre du Travail Xavier Darcos exprime cette même idée de « tertiarisation » des risques professionnels. Dans nos sociétés désindustrialisées où l'emploi se concentre dans le secteur tertiaire, de nouveaux risques, des risques « émergents », et d'ordre principalement psychologique, se substituerait à des risques professionnels de type « classique » et seraient plus difficiles à identifier :

« Sans doute n'avons-nous pas suffisamment mesuré la mutation qu'a connue l'économie française, qui est passée d'une économie essentiellement industrielle, marquée par des accidents dans les mines par exemple, à une économie davantage tournée vers les services et la financiarisation. Ces risques psychosociaux, nous les avons longtemps sous-estimés, parce qu'il est plus facile de repérer quelqu'un qui tombe d'un haut-fourneau que quelqu'un qui souffre »<sup>349</sup>.

Il est d'autant plus étonnant de mettre la silicose et le stress sur le même plan, que ce dernier

---

<sup>346</sup> En France, je pense en particulier aux travaux d'Annie Thébaud-Mony, mais aussi à d'autres travaux sociologiques, historiques ou de science politique, parmi lesquels les ouvrages suivants : Thébaud-Mony Annie, *Travailler peut nuire gravement à votre santé. Sous-traitance des risques, mise en danger d'autrui, atteintes à la dignité, violences physiques et morales, cancers professionnels*, Paris, La Découverte, 2007 ; Henry Emmanuel, *Amiante : un scandale improbable*, Presses Universitaires de Rennes, 2007 ; Jouzel Jean-Noël, *Des toxiques invisibles : sociologie d'une affaire sanitaire oubliée*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2013 ; Thébaud-Mony Annie, Daubas-Letourneux Véronique, Frigul Nathalie, Jobin Paul (dir.), *Santé au travail : approches critiques*, Paris, La Découverte, 2012 ; Rainhorn Judith (dir.), *Santé et travail à la mine. XIX<sup>e</sup>- XX<sup>e</sup> siècle*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2014.

<sup>347</sup> Diéval Perrine, « Régis Lamoril, président de l'AST 62-59 : "On est passé de la silicose au stress..." », *La Voix du Nord*, 11 janvier 2010.

<sup>348</sup> Buzzi Stéphane, Devinck Jean-Claude, Rosental Paul-André, *La santé au travail*, Paris, La Découverte, 2006. Pour les auteurs, la « prise de conscience » qui accompagne la médiatisation de la souffrance au travail « marque un progrès mais éloigne l'attention des "autres" pathologies liées à l'activité professionnelle, plus directement physiologiques celles-là, qui sont pourtant en rapide expansion de nos jours », p. 5.

<sup>349</sup> Darcos Xavier, discours prononcé devant le conseil d'orientation des conditions de travail (COCT), 9 octobre 2009.

n'est pas reconnu comme une maladie professionnelle et ne fait donc que très marginalement l'objet d'une réparation par la branche AT/MP<sup>350</sup> des assurances maladies, au contraire des maladies liées à l'amiante qui sont coûteuses pour les entreprises.

Pour nuancer la thèse de la « tertiarisation des risques », ajoutons également que des enquêtes épidémiologiques montrent que les « RPS », malgré une image centrée avant tout sur le secteur tertiaire et en particulier sur une population cadre, sont également présents dans les industries parmi les ouvriers. Marie Murcia analyse par exemple dans sa thèse le « rôle des facteurs psychosociaux au travail sur les troubles de la santé mentale et leur contribution dans les inégalités sociales de santé mentale »<sup>351</sup>. La faiblesse de la « latitude décisionnelle » de nombreuses professions appartenant aux catégories socio-professionnelles les moins élevées les expose en effet au « *job strain* », pour peu que les exigences auxquelles elles font face soient élevées<sup>352</sup>. Les problématiques de suicides au sein du monde agricole viennent également invalider l'association souvent faite entre le secteur tertiaire et la souffrance mentale<sup>353</sup>.

Certes, les maladies professionnelles évoluent et les statistiques régionales se rapprochent de plus en plus des chiffres nationaux. Cependant, les habitants de la région souffrent encore de nombreuses maladies professionnelles à effets différés, notamment celles qui sont liées à l'amiante (qui représentent 19% des maladies qui y sont déclarées, la moyenne française étant de 9%) et l'indice de fréquence des maladies professionnelles y est sensiblement supérieur à l'indice national. En 2009, on dénombre 4200 maladies professionnelles indemnisées dans cette région, soit 8,5% des maladies au niveau national pour 5,9% des effectifs salariés<sup>354</sup>.

D'une part, cette « montée en puissance » apparente des « RPS » ne doit donc pas dissimuler la persistance de risques d'accidents et de maladies professionnelles reconnus comme tels. D'autre part, quand les « RPS » font l'objet d'une quantification, on constate qu'ils touchent bien l'ensemble de la population salariée, et, comme les autres risques, surtout les catégories socio-économiques les plus fragiles, particulièrement présentes dans la région.

---

<sup>350</sup> Accidents du travail / Maladies professionnelles.

<sup>351</sup> Murcia Marie, « Rôle des facteurs psychosociaux au travail sur les troubles de la santé mentale et leur contribution dans les inégalités sociales de santé mentale », Université Paris Sud XI, thèse de doctorat de santé publique, option épidémiologie soutenue le 18 décembre 2012.

<sup>352</sup> Karasek Robert, « Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, n°24, 1979, pp.285-308 et Karasek Robert, Theorell Töres, *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books, 1990.

<sup>353</sup> La presse quotidienne se fait le relais de ces suicides. Girard Laurence, « Un suicide tous les deux jours chez les agriculteurs », *Le Monde*, 11 octobre 2013.

<sup>354</sup> Source : atlas régional de santé au travail 2012.

### ***1.3. Médecine du travail et patronat social dans la région : une relation ambiguë***

Les services de médecine, puis de santé au travail sont des associations loi 1901 et, à ce titre, leur conseil d'administration représente leurs adhérents. Les employeurs, par le biais des cotisations dont ils s'acquittent et du statut d'adhérent qui s'ensuit, font vivre des services de santé au travail qui ne reçoivent aucune subvention publique. Ainsi, le patronat local et la médecine du travail sont intrinsèquement liés. En fonction de la manière dont ils sont ou non mobilisés, ces liens ont des conséquences diverses sur l'administration des services.

Dans la région choisie, le patronat des mines et de la métallurgie a une influence sur la création et le développement de la médecine du travail. Chrétien et paternaliste, il constitue un patronat social puissant propre à la région, et auquel les personnes que j'ai rencontrées attribuent un rôle ambigu. Le professeur D. le décrit comme étant, d'un côté, sincèrement préoccupé par la santé de ses salariés, mais, de l'autre, agissant avec les services de santé et l'argent qu'ils génèrent comme s'ils en étaient propriétaires, notamment à une époque de « confusion des genres » généralisée :

*Je me souviendrai toujours que j'avais été comme médecin inspecteur à V, pour voir le service médical. Ce service était installé dans la chambre de la métallurgie ! Voilà déjà un mélange, avec des secrétaires plus ou moins payées par la médecine du travail... Et alors ils faisaient leur bilan, très contents d'eux, c'était un bilan de médecine du travail ringarde, quoi. Ils m'ont demandé, j'ai dit ce que je pensais.*

B : C'était très répandu ?

*Ah oui ! Beaucoup de services de médecine du travail étaient plus ou moins en collusion avec le patronat, hein. Du coup les syndicats disaient « médecine du travail égale médecine de patrons ». Alors quand je faisais de la formation de cadres syndicaux de CHSCT<sup>355</sup>, c'était au bazooka qu'ils y allaient !*

Le Professeur D. parle au passé et mentionne par la suite au cours de l'entretien une période de « ménage »<sup>356</sup> impulsée par la direction régionale du travail. Cependant, la force de ces liens entre médecine du travail et organisations patronales locales a toujours des implications aujourd'hui. L'UIMM<sup>357</sup> (Union des industries et métiers de la métallurgie) regroupe des fédérations professionnelles du secteur de la métallurgie. Son poids politique est particulièrement fort au sein du mouvement des entreprises de France (MEDEF), et elle

---

<sup>355</sup> Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

<sup>356</sup> Sur ce même sujet, la même métaphore du ménage est employée par Yvon Gattaz, ancien président du CNPFT, interrogé par Rue89. Après avoir reconnu l'existence de ce qu'il nomme des « dérives », il affirme que celles-ci ont été « corrigées » par un « coup de balai ». Cf. Servenay David, « Médecine du travail : l'autre caisse noire du MEDEF », *Rue89*, 7 novembre 2007.

<sup>357</sup> Avant 2001, le sigle d'UIMM désigne l' « Union des industries métallurgiques et minières ». Ce changement de nom veut symboliser une modernisation, la référence aux industries minières n'ayant qu'une signification historique, depuis la fermeture des mines dans les années 1980 et jusqu'au début des années 1990.

s'occupe en particulier des aspects sociaux de l'action patronale<sup>358</sup>. Dans la région étudiée, l'histoire de certains services de santé au travail est intrinsèquement liée à celle de ses fédérations locales. Dans une salle de réunion où je me rends pour faire un entretien, des affiches de l'UIMM sont exposées. Je mène alors une recherche systématique sur Internet en comparant les adresses de services de santé au travail et les adresses locales de l'UIMM et du MEDEF. Il en ressort qu'un nombre important de services de santé partage certaines de leurs adresses<sup>359</sup> avec ces organismes patronaux.

Certains médecins estiment aujourd'hui encore que cette proximité constitue un handicap dans leur exercice. Le fait qu'une organisation patronale utilise les ressources des services de santé au travail (issues des cotisations des employeurs locaux adhérents) à ses fins propres, dénote l'idée, encore courante, que le patronat est, en quelque sorte, propriétaire de l'organisation de la prévention, car il subventionne les services. Or, cette idée est susceptible de mettre en péril l'objectif de protection de la santé des salariés attribuée à ce système de prévention. En effet, les employeurs sont ceux qui exposent leurs salariés à des risques professionnels. Le médecin responsable de la santé au travail à la CFE CGC, Bernard Salengro, estime que, comme les dealers de drogues sont les moins bien placés dans la prévention de la toxicomanie, le patronat ne devrait pas avoir la charge de la prévention des risques professionnels<sup>360</sup>.

Je fais part de mon étonnement à Miriam, médecin du travail au SST 3 : en essayant de la joindre, j'ai obtenu une boîte vocale qui m'indiquait que j'étais « bien au MEDEF ». Elle réagit ainsi :

*Je ne supporte pas ça ! Et je ne sais pas par quelle porte vous êtes arrivée, mais il y a une porte qui est marquée Medef. Ça je ne supporte pas. Et il n'y a pas que moi, hein, bien sûr. Donc on a fait changer les numéros de téléphone sur nos ordonnances et là on n'a pas le Medef qui parle. Parce que ça non, pour les salariés, il n'est pas question de ça. D'abord, tous les employeurs ne sont pas au Medef, mais même, pour les salariés ce n'est pas normal, ça je suis à fond contre. Mais historiquement ici, le patronat est lié vraiment à la création de la médecine du travail. Ce qui fait que la population qui a un certain âge associe directement... ou a associé. Moi, je répète la légitimité qu'on a, de les protéger, de faire notre boulot quoi, ce qui fait que bon, tout ça c'est parti. Mais là, pour le coup vous avez vu la symbolique ? Le téléphone, la porte... Et les bureaux. Le bureau de la juriste – qui*

---

<sup>358</sup> Voir Fraboulet Danièle, *Quand les patrons s'organisent. Stratégies et pratiques de l'Union des industries métallurgiques et minières (1901-1950)*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2007 ; et Offerlé Michel, « L'action collective patronale en France, 19e-21e siècles. Organisation, répertoires et engagements », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. 2, n° 114, 2012, pp. 82 à 97.

<sup>359</sup> Si les adresses du siège des services font l'objet de peu de mélange, celles des différentes antennes des services et celles des locaux alloués aux organismes pluridisciplinaires, en revanche, sont moins visibles et font l'objet de davantage de partages avec les adresses des organismes patronaux locaux. Ainsi, ce sont aujourd'hui les adresses les moins visibles qui restent associées au patronat.

<sup>360</sup> Source : « On ne demande pas au dealer d'organiser la prévention contre la drogue », blog de Gérard Filoche, 12 février 2011, [www.filoche.net](http://www.filoche.net), consulté le 20 janvier 2014.

*est très sympa hein, vraiment – du Medef est là, dans le couloir au bout. Notre directeur général, il fait partie du consortium du Medef.*

Au quotidien, la salariée du MEDEF s'apparente à une collègue, ce qui ferait presque oublier aux médecins les questions que pose sa présence et notamment l'usurpation potentielle des ressources du service. Par exemple, quand un service de santé au travail et des salariés du MEDEF partagent le même couloir : quel loyer est-il payé par le MEDEF au service de santé au travail propriétaire des lieux ? Quel usage est-il fait des ressources communes, des fournitures ?

Au SST1, les liens entre le patronat et la médecine du travail sont moins manifestes que dans d'autres services visités. Philippe Duroy, médecin coordinateur au SST1, explique cela par la présence de patrons administrateurs dévoués depuis le départ à la cause de la santé au travail :

*Par chance, à l'ouverture du service fondateur, en 1943, c'est à dire trois ans avant l'obligation de la médecine du travail, c'était une volonté délibérée du patronat d'améliorer la santé de sa main d'œuvre. Donc c'était pas une obligation, et nous avons eu la chance d'avoir des administrateurs ouverts et pour lesquels un sou investi en médecine du travail, à l'époque, était un sou qui avait un retour sur investissement sur la santé de leurs salariés et c'était pas un sou qui devait retourner au MEDEF – au CNPF, autrefois – d'une façon déguisée. Donc, probité et intérêt de nos administrateurs dès la fondation et les premiers médecins du travail qui étaient là, par des réseaux qui sont assez propres à M., où il y avait une culture... je ne sais pas comment dire... Sociale-démocrate, on va dire ça comme ça.*

Le fait que le service ait été créé avant l'obligation légale de médecine du travail peut certes être perçu comme un gage de préoccupation du patronat pour la santé de ses salariés, doublé d'une prise de conscience de l'intérêt économique de la prévention des risques et des maladies professionnelles par rapport à la réparation. Cependant, il n'est pas univoque et peut aussi, comme l'a montré D. Fraboulet à propos de l'UIMM, témoigner d'une volonté de sa part de contrôler la surveillance médicale des salariés :

« L'Union poussait parfois à anticiper l'action de l'État pour mieux la limiter, par exemple dans le cas de la médecine du travail. Si son utilité était reconnue, il fallait éviter la constitution d'une surveillance extérieure à l'entreprise »<sup>361</sup>.

Ainsi, les racines profondes du SST1 révèlent bien l'existence d'une préoccupation ancienne du secteur privé pour la santé au travail, mais cette préoccupation témoigne de motivations diverses et ambiguës.

---

<sup>361</sup> Fraboulet Danièle, « Le patronat de la métallurgie et l'(in)aptitude pendant la première partie du XXe siècle », in Omnès Catherine, Bruno Anne-Sophie (dir.), *Les mains inutiles, inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2004, pp. 293-294. Selon les recherches de l'auteur, l'UIMM incite d'abord les entreprises à se doter d'un service de sécurité, puis de services médicaux dès les années 1930, notamment pour contrer l'Inspection médicale du travail naissante.

Poussée par ce contexte favorable, la médecine du travail et son enseignement se développent de manière dynamique dans la région choisie. Cette région n'est pas pour autant pionnière dans la protection de la santé des salariés, surtout en ce qui concerne certaines maladies aux enjeux locaux particulièrement forts<sup>362</sup>. Ainsi, la stigmatisation de la « culture » ouvrière de la résignation et la lente évolution dans la reconnaissance des maladies professionnelles sont à mettre en parallèle avec la « collusion » que se remémore le Professeur D. entre les services de médecine du travail et le patronat local.

## **2. La médecine du travail dans la région étudiée**

La région choisie se présente comme l'un des quelques grands foyers d'enseignement de la médecine du travail en France. L'importance de la discipline « pathologie professionnelle » à l'Université de M. peut être expliquée par l'histoire industrielle de la région : le patronat paternaliste des mines s'intéressait à la santé de ses ouvriers.

Aujourd'hui, les internes et les jeunes médecins du travail de la région parlent d'une spécificité de leur formation par rapport à d'autres universités, qui les amène notamment à anticiper une réforme des services interentreprises dans laquelle le professeur de médecine du travail local, le Professeur L., est impliqué.

### ***2.1. Une formation régionale marquée « pro-pluridisciplinarité »***

Dans la région, la particularité de l'enseignement en médecine du travail réside pour partie dans sa proximité idéologique avec les textes de la réforme, puisque le professeur de médecine du travail local est impliqué au niveau politique dans le processus de réforme. Le travail « pluridisciplinaire » y est très tôt encouragé, en mettant l'accent sur les aspects identifiés comme étant « préventifs » de l'activité des services. Les projets de prévention par branche et la veille *via* des questionnaires de santé au travail sont particulièrement valorisés tandis que les aspects « cliniques » le sont moins (cliniques de l'activité et psychodynamique du travail sont très peu portées au niveau régional et ne font pas l'objet d'enseignements ; c'est davantage le cas dans l'Ouest de la France et en région Lyonnaise). La région est

---

<sup>362</sup> Dans la région, des médecins, enrôlés par les houillères, ont en effet joué un rôle actif dans l'opposition à la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle. Voir Devinck Jean-Claude, Rosental Paul-André, « Une maladie sociale avec des aspects médicaux »: la difficile reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle dans la France du premier XXe siècle », *Revue d'Histoire Contemporaine*, n°56, vol. 1, 2009.

également pionnière en ce qui concerne les collaborations des médecins avec les infirmières et les assistantes santé travail (AST), et, nous y reviendrons, les formations de ces dernières.

Les médecins reconnaissent ce « formatage », dont ils prennent particulièrement conscience lors de rassemblements professionnels nationaux. Gaëlle, médecin du travail au SST1, revendique sa formation locale :

*On voit des différences en fonction des régions, dans les médecins du travail, sur l'accueil de la réforme, des nouvelles façons de travailler, etc. Et moi je me rappelle il y a quelques années dans des congrès, j'entendais des médecins dire : « Non mais vraiment vous les (originaires de cette région) vous sciez la branche sur laquelle vous êtes assis ! Pourquoi voulez-vous travailler comme ça ? ». Et c'est pour ça que je dis : « moi j'ai été formée avec Monsieur L. », parce que je pense que j'ai, entre guillemets, été un peu formatée avec ça. Alors ça m'a convenu très bien hein ! Alors repartir dans une autre région...*

Comme dans d'autres régions où la qualité de l'enseignement local de médecine du travail est reconnue, les médecins du travail qui sont formés dans cette région sont nombreux à rester y exercer<sup>363</sup>.

Les étudiants en médecine sont, comme on l'a vu, loin d'être acquis à la discipline et la déconsidèrent. Le professeur de médecine du travail local a le souci de présenter sa spécialité sous le jour le plus positif possible pour recruter des internes. Diane, médecin du travail au SST1, apprécie cet effort :

*C'est une bonne formation et un bon contenu, et puis surtout voilà, on donne la « niaque » quoi, le médecin du travail ce n'est pas un sous médecin, c'est un médecin. Donc c'est important. Donc ça, ce n'est pas un souci. C'est une belle formation.*

L'enseignement de la région, bien avant la réforme, promet aux étudiants des changements dans l'exercice de leur métier et les préparent à travers une formation adaptée. La réforme est particulièrement attendue par le professeur et par ses élèves, qui fondent beaucoup d'espoirs sur les changements réglementaires à venir<sup>364</sup>.

## **2.2. Un profil démographique vieillissant comparable au niveau national**

---

<sup>363</sup> Source : Atlas de démographie médicale du CNOM, 2012

<sup>364</sup> Yves, médecin du travail au SST2 originaire de la région, a pourtant refusé de se former dans la région pour avoir accès à une formation qu'il juge moins « médico-centrée ». Ainsi, si la formation régionale est favorable à la pluridisciplinarité, il regrette que cette dernière soit conçue comme une « boîte à outils » au service du médecin, et non comme des approches disciplinaires autonomes et valorisées en tant que telles. On reviendra dans la seconde partie sur les débats concernant les rapports entre médecins et intervenants « pluridisciplinaires ».

Trois ans avant le début de l'enquête, une étude nationale<sup>365</sup> a identifié que les médecins du travail qui exerçaient dans la région étaient en moyenne moins formés que dans le reste du pays, car ils étaient moins souvent titulaires du diplôme de spécialité. En effet, on a vu que cohabitaient dans les services de santé au travail français des médecins spécialistes en médecine du travail et des médecins généralistes compétents en médecine du travail. La région se distingue par un taux particulièrement élevé de ces derniers, qui représentent en 2007 la moitié de l'effectif des médecins exerçants en santé au travail : on trouve un peu moins de deux médecins spécialistes pour 10000 actifs, soit 10% de moins que la moyenne nationale, mais également un peu moins de deux médecins compétents pour 10000 actifs, soit 10% de plus que la moyenne nationale. Au final, en 2007, la région, comparativement aux autres régions françaises, est très bien pourvue en médecins du travail et doit cette démographie favorable aux passerelles qui ont été, un temps, établies entre médecine générale et médecine du travail.

Cela n'a pourtant pas empêché la tendance générale au vieillissement de s'affirmer : aujourd'hui, la pyramide des âges de la population de médecins du travail dans la région correspond à la pyramide des âges au niveau national, et se caractérise par un fort vieillissement. Selon l'atlas de démographie médicale du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) de 2012, la région a perdu 11% de ses effectifs de médecins du travail entre 2007 et 2012. Cependant, le décalage est net entre le département où se situe le SST1, qui présente une forte densité de médecins du travail, et le département voisin, qui présente selon les critères de l'atlas du CNOM une faible densité de médecins du travail, ce qui crée une concurrence avec le principal service du département voisin, le SST2, qui cherche à débaucher ses médecins<sup>366</sup>.

### **3. La « pluridisciplinarité institutionnelle » au service de la « pluridisciplinarité » dans les services de santé au travail**

La région présente plusieurs spécificités qui en font un cadre, qui, sans être représentatif de la manière dont la « pluridisciplinarisation » des services de santé au travail

---

<sup>365</sup> Cohoner Céline, Leclerc Céline *et al.*, « La santé au travail dans les régions de France », Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, 2008.

<sup>366</sup> Plusieurs personnes interrogées, de part et d'autre, témoignent de la concurrence qu'exerce le SST2 sur le SST1, et des moyens employés pour attirer une main d'œuvre médicale trop rare : salaires élevés et voitures de fonction sont les arguments phares du SST2, le SST1 offrant une réputation dynamique, des infrastructures et un environnement de travail de qualité (laboratoire, plateau médical, plateforme pluridisciplinaire) et une plus grande proximité avec une grande ville.

se déroule en France, permet de mettre en exergue des dynamiques communes à celles d'autres régions, comme la valorisation du travail « en réseau » et de l'approche « projet ». L'enthousiasme régional à propos du fonctionnement « pluridisciplinaire » est l'une de ces spécificités, et il m'est largement relayé en entretien, à l'intérieur et à l'extérieur de la région. Beaucoup de personnes rencontrées pensent en effet que d'autres régions offrent un terrain moins favorable à l'évolution des services.

On l'a vu, la « pluridisciplinarité » désigne aussi, dans le texte européen repris dans la loi française de 2002, la possibilité de s'appuyer sur une pluralité d'acteurs issus de différentes institutions. En cela, la région apparaît exemplaire, et offre aux différents acteurs de la santé au travail des occasions de rencontres fréquentes. Les acteurs de cette « pluridisciplinarité institutionnelles » parlent d'un « réseau », et je reprendrai ce terme indigène en l'éclairant des apports à son propos de L. Boltanski et E. Chiapello, qui lient directement sa mobilisation à celle d'une logique de « projets ».

### ***3.1. Le fonctionnement en réseau***

D'après L. Boltanski et E. Chiapello, le terme de « réseau », au départ connoté négativement, a été « récupéré » du fait d'une utilisation en informatique perçue positivement mais aussi « de la recherche, dans les sciences sociales, de concepts pour identifier des structures faiblement, voire pas du tout hiérarchiques, souples et non limitées par des frontières tracées *a priori* »<sup>367</sup>. L'utilisation de ce terme, dans le cadre de la mise en œuvre d'une action publique de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, vient appuyer l'idée de « dé-différenciation » de l'action publique et de l'intrication, en son sein, d'acteurs privés et publics<sup>368</sup>.

Le prédécesseur du professeur Pierre L., le professeur Richard D., s'intéresse très tôt à l'ergonomie, alors que la discipline est encore balbutiante. Pour Suzanne N., une de mes interlocutrices de l'Institut régional de santé au travail, il a « toujours été très en amont, très en avance ». En 1985, il crée une structure qui regroupe « des professionnels pluridisciplinaires, ergonomes, physiologues, psychologues, médecins du travail »<sup>369</sup>. Il m'indique, en entretien, avoir choisi de créer un organisme distinct dédié à l'ergonomie afin

---

<sup>367</sup> Boltanski Luc, Chiapello Ève, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999, p. 156.

<sup>368</sup> Hassenteufel Patrick, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2008.

<sup>369</sup> Source : entretien avec Suzanne.

que la discipline ne se fonde pas dans l'institut de médecine du travail, comme c'est le cas dans d'autres régions.

En 1986, il crée un groupement d'intérêt scientifique sur la « travail santé », qui devient en 1991 un groupement d'intérêt public<sup>370</sup>. L'intitulé de la société régionale de médecine du travail se transforme aussi sous son impulsion : en 2001, avant que beaucoup d'autres acteurs du secteur suivent le mouvement, il échange le terme de « médecine du travail » pour celui de « santé au travail »<sup>371</sup>. Cette société régionale se démarque des autres sociétés de médecine du travail françaises par son ancrage universitaire, qui fait d'elle davantage qu'une société savante et la lie au laboratoire de recherche en pathologie professionnelle : pour marquer cette différence, elle adopte le nom d' « Institut ».

Quand je le rencontre en entretien, le professeur D. revendique son rôle de précurseur dans l'évolution des services de médecine du travail vers la « santé au travail » :

*J'étais un peu à l'origine de cette évolution puisque le terme « santé au travail », je l'ai ramené du Québec. Quand j'y suis allé, c'était pour le ministère du Travail. J'y ai passé trois semaines pour voir les différents ministères et voir comment ils appréhendaient les différents problèmes de santé et de travail, etc. Moi j'arrivais avec mon truc de médecine du travail et eux, ils avaient plus une approche « santé travail », avec les centres locaux de soins communautaires, départements de santé communautaire et j'ai été séduit par ce truc de « santé travail », qui montre bien que c'est pas de la médecine du travail mais des problèmes de santé liés au travail, et que les gens qui s'occupent de santé... Il n'y a pas que les médecins, il y a aussi les infirmières, les ergonomes, les physiologues, les psychologues, etc. Tout ça il faut que ça rentre dans une équipe « santé travail ». Donc, dès ce moment-là, j'ai prôné la santé au travail. Donc quand c'est arrivé en 2000, ça a mis plus de 20 ans à venir, bon, c'est devenu « santé travail », je suis tout à fait d'accord avec cette définition !*

Le professeur D. porte également une conception de la place du médecin dans la « pluridisciplinarité » qui est également promue par le professeur Pierre L., avec qui il enseigne, puis qui lui succède. Si la « pluridisciplinarité » représente le salut de la médecine du travail, la modernise et la rend pertinente, il est indispensable que le médecin du travail garde un rôle prépondérant et coordonne l'équipe pluridisciplinaire. Le médecin conserve un rôle à part dans la « pluridisciplinarité » : il ne fait pas partie de l'équipe pluridisciplinaire, qui se définit alors en creux comme l'ensemble des non-médecins intervenants dans les services de santé au travail :

*De toute façon si on gardait la médecine du travail telle qu'elle était auparavant, elle mourrait parce que... Il faut intégrer toutes les autres disciplines. Mais pour*

---

<sup>370</sup> Ce groupement d'intérêt public regroupe des acteurs régionaux en Santé Travail Environnement de la région (Université du Droit et de la Santé, CHRU, Conseil Régional, l'Institut de santé au travail local, et la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail).

<sup>371</sup> La société locale de médecine du travail est créée au moment où la médecine du travail s'institutionnalise, soit, me dit-on, officiellement, en 1946, et officieusement, en 1944. Les acteurs locaux, fervents défenseurs d'une certaine idée de la médecine du travail, n'assument pas son héritage pétainiste.

*moi, il faut que le médecin du travail reste parce qu'il a l'indépendance lié à son exercice médical, secret médical et tout ça. C'est important, ça il faut absolument le garder, l'indépendance du médecin du travail. Et qu'il coordonne une équipe, pas qu'il soit chef, mais qu'il coordonne une équipe où il y a les intervenants, les IPRP, les infirmières du travail, les secrétaires, les ergonomes, etc. Qu'il y ait une équipe dont le médecin du travail garantira par son statut l'indépendance.*

Le professeur fait allusion au statut spécifique du médecin du travail dans l'équipe « pluridisciplinaire », qui fera l'objet de débats : l'équilibre souhaité, soit une absence de lien hiérarchique et une fonction de coordination, s'avère en effet difficile à mettre en place.

Ce « réseau » régional ne peut rester abstrait : les occasions de rencontres et de travail collectif permettent de le faire exister. L. Boltanski et E. Chiapello définissent un projet comme un « bout de réseau fortement activé pendant une période relativement courte, mais qui permet de forger des liens plus durables qui seront ensuite mis en sommeil tout en restant disponibles »<sup>372</sup>. Ainsi, les acteurs régionaux favorisent particulièrement la conduite de projets de santé au travail qui réunissent des acteurs institutionnels et des médecins du travail et « activent » ainsi leur réseau. Au sein des institutions régionales, mes interlocuteurs présentent l'animation de réseau comme une de leurs tâches principales. Par exemple, le PRST (plan régional de santé au travail) est « co-animé » par la DIRECCTE et la CARSAT, en partenariat avec les autres acteurs de la prévention.

La « pluridisciplinarité », d'après Jérôme P., un agent de la DIRECCTE chargé de la santé au travail, c'est avant tout un réseau de ressources pour la prévention, à la disposition des entreprises et de leurs salariés : un réseau local, qui se base sur la mobilisation de différents professionnels, et un réseau national, interinstitutionnel.

*Pour nous, la « pluri » se situe à deux niveaux, un premier niveau qui est celui de l'entreprise, qui doit pouvoir mobiliser des compétences pluridisciplinaires quand elle veut traiter des questions dans le domaine de santé sécurité. Et les agents ou les interlocuteurs de terrain de l'entreprise, inspecteurs du travail, médecins du travail, agents des CARSAT etc., eux, doivent pouvoir compter sur un niveau d'appui qui va permettre, quelle que soit la difficulté de la question posée de trouver la bonne réponse sur le plan technique, la ressource nécessaire. Au niveau national il y a l'INRS, il y a la DIRECCTE... pour notre région ça fonctionne relativement bien, au niveau national ça marche bien, au niveau régional aussi.*

Cette conception est appuyée par une MIRT, Martine, qui parle à ce sujet de « grande pluridisciplinarité » par opposition à celle qui est mise en place au sein des services de santé au travail :

*Parce que la pluridisciplinarité, c'est à l'intérieur soit des entreprises, soit des services, mais aussi, il y a la grande pluridisciplinarité entre toutes les institutions de prévention, entre la CRAM, l'Inspection du Travail, les services de santé au travail. Hein, c'est à deux niveaux.*

---

<sup>372</sup> Luc Boltanski, Ève Chiapello, *Le nouvel esprit du capitalisme*, op. cit., p. 170.

*On a justement, dans la région, un grand passé de travail en commun. Entre les institutions.*

C'est notamment *via* des groupes de travail que ces animateurs cherchent à accroître l'efficacité des actions « pluridisciplinaires », en créant « un langage commun ». Selon Martine, c'est ce langage commun, ainsi que l'intervention en équipe, qui assure une crédibilité par rapport aux employeurs, en particulier sur les risques émergents comme les risques psychosociaux ou « RPS » :

*Et on ne peut pas travailler tout seul. On ne peut pas aller tout seul dans une entreprise en disant « bon, ben qu'est-ce qu'on fait ? ». L'intérêt c'est justement que chacun travaille ensemble pour pouvoir avoir... On travaille beaucoup mieux sur un sujet de prévention quand on est tous ensemble, quand on parle le même langage tous ensemble. Parce que l'employeur sait qu'il y a langage commun. On va tous dans le même sens, donc... C'est la force tranquille qui avance.*

La DIRECCTE met ainsi en place des groupes de travail sur différentes thématiques, auxquels on donne le nom de « réseaux ». Par exemple, dans une visée de cohérence régionale sur le sujet, un médecin inspecteur de la région réunit des médecins du travail, une ergonome de l'agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) et des agents de la DIRECCTE pour débattre de la mise en œuvre d'une prévention des « risques psychosociaux »<sup>373</sup>.

Les services de santé au travail se situent au cœur du réseau régional. D'une part, leurs rapports avec la DIRECCTE et la CARSAT font l'objet d'une réglementation précise<sup>374</sup>. D'autre part, les administrateurs de l'Institut sont, dans leur quasi-totalité, issus des services interentreprises de santé au travail<sup>375</sup>. Ces liens garantissent des collaborations fréquentes et un appui réciproque entre le service et l'institut.

Par la création et l'entretien de ces connexions, l'Institut s'affirme comme un acteur incontournable de la santé au travail, comme me l'explique Laurent, qui y est chargé de mission :

*De notre côté, à l'institut, on essaie de valoriser ce qui se fait dans tous les territoires. C'est l'intérêt d'avoir une compétence régionale. On essaie de mutualiser au mieux les expériences des uns et des autres en faisant des répertoires d'outils, des répertoires d'acteurs, d'actions, et en faisant se rencontrer tout ce petit monde soit dans les groupes de travail, soit dans les séminaires ou au cours de conférences qu'on organise en région.*

---

<sup>373</sup> Il existe aussi un réseau CMR [cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques], un réseau précarité, un sur les troubles musculo-squelettiques, un sur la précarité, le maintien dans l'emploi... Ces réseaux mêlent donc des thématiques par pathologie ou par problématique sociale.

<sup>374</sup> Voir supra, chapitre 1, section 3.

<sup>375</sup> Le bureau est composé de deux directeurs de services, d'un président de service et de deux médecins coordinateurs, tandis que tous les directeurs de services de la région sont représentés comme « personnes morales » (sur cinq personnes physiques élues, on trouve cinq médecins du travail issus de services interentreprises, une praticienne hospitalo-universitaire, un médecin en service autonome, une infirmière, une responsable de services social et infirmier du travail et une ergonome).

Par exemple, c'est avec l'appui de l'Institut que les services de santé au travail de la région mettent en place un groupe de travail, à visée expérimentale, sur les entretiens santé travail infirmiers (ESTI). Les informations sur ce groupe de travail, les avancées et l'historique du groupe, par exemple, sont consignés sur le site internet de l'institut.

La finalité de ce réseau « pluridisciplinaire », dont les membres s'attachent à montrer la force de mobilisation, est rarement discutée, à tel point que ce réseau peut donner l'impression de tourner en boucle et d'avoir le renforcement de la « pluridisciplinarité » pour seul objectif. En effet, tous les acteurs estiment nécessaires de trouver un langage commun, et d'afficher une cohérence et une bonne entente. Cependant, pour Sabine, chargée de mission de l'ARACT, la « pluridisciplinarité » consiste d'abord à faire fonctionner le réseau de prévention de manière stratégique, en fonction des domaines de légitimité et des marges de manœuvres de chacun, afin de faire évoluer les conditions de travail.

*La pluridisciplinarité, elle n'est pas que dans les services de médecine du travail, elle est bien plus large que ça : la CRAM, l'Inspection du travail, et les acteurs internes de l'entreprise. Alors, c'est difficile, hein, mais on essaie avec les acteurs de la prévention de se coordonner. Comment un CHSCT peut utiliser son médecin du travail, son inspecteur du travail, son ingénieur de la CRAM ? Comment l'inspecteur peut aussi sensibiliser les salariés, les amener à poser un certain nombre de questions dans le CHSCT... Parce qu'à un moment, si le salarié dit « voilà, dans le secteur trucmuche il y a un problème de charge de travail et les salariés souffrent », le médecin du travail confirme qu'elle a des plaintes et une dégradation des indicateurs de santé et l'inspecteur du travail, à ce moment-là, est en droit de dire, « Je vous demande de faire l'évaluation des risques ». Eh bien on avance. C'est dur, parce que quand est-ce qu'on va pouvoir prouver qu'il y a une situation à risque ? Ce n'est pas aussi simple que de dire « 80 décibels ». Mais chacun a son rôle à jouer dans cette affaire-là, dans l'objectivation des situations à risques. C'est là que peut jouer la pluridisciplinarité, pour moi.*

Ces propos, par contraste, montrent à quel point cette vision de la « pluridisciplinarité », opérationnelle et centrée sur la résolution de problématiques de santé au travail auxquelles les salariés sont confrontés, est absente des autres discours. Pour elle, la « pluridisciplinarité » désigne la fin de l'ignorance réciproque entre les différentes institutions de la prévention, et la création d'une solidarité qui leur permette de peser vis-à-vis des employeurs.

### **3.2. Le rapprochement avec la santé publique : une stratégie régionale**

Une autre spécificité de la région réside dans son approche « santé publique », qui consiste d'abord en un travail s'apparentant à une forme de lobbying pour faire reconnaître les problématiques de santé au travail comme des problématiques de santé publique, dans l'idée qu'il en va non pas de l'intérêt particulier des entreprises et des salariés, mais plus

globalement de l'intérêt général, de lutter contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Cette préoccupation d'inscrire la santé au travail dans une politique de santé publique est présente, on l'a vu, dans divers rapports favorables à une réforme<sup>376</sup>.

Le professeur L. a contribué à fédérer les différents acteurs de la prévention, ce qui a permis de faire connaître les problématiques de santé au travail au-delà des cercles habituellement concernés et d'accéder à des financements. Laurent, chargé de mission à l'Institut, décrit la difficulté pour les projets de santé au travail d'obtenir des ressources de la santé publique, face à des appels d'offre « pointus »<sup>377</sup> et concernant uniquement des disciplines spécifiques. La création d'un groupement d'intérêt public ou GIP a permis de faire évoluer les choses et d'accéder à des financements par le biais de la promotion d'une notion fédératrice, la « santé travail »<sup>378</sup>. En effet, comme me l'explique Laurent, il s'agissait au départ de s'adapter au cadre de la santé publique et à ses grandes priorités en recherchant les contributions potentielles des thématiques propres à la « santé travail ». Avec le temps, ces thématiques deviennent en elles-mêmes des enjeux légitimes de santé publique et justifient l'utilisation de fonds publics spécifiques. Le terme de « santé travail » est utilisé comme un pendant au terme de « santé publique » : l'Institut travaille à la promotion de la « santé travail » et milite pour lui faire une place au sein de la santé publique, ce qui s'avère fonctionner (la réforme de la santé au travail travaillant également dans cette direction) : un volet « santé travail » est intégré au plan régional de santé, le PRST.

Ainsi, l'action de l'Institut s'apparente à une « croisade morale » au sens que lui confère H. Becker<sup>379</sup> : les « entrepreneurs de morale »<sup>380</sup> qui la mènent cherchent à faire reconnaître l'importance d'un problème au public, et à amener les pouvoirs publics à légiférer. Ici, il s'agit d'élargir les frontières de la « santé publique » pour qu'elle puisse accueillir les problématiques de santé au travail. Ce surplus de visibilité permet de faire avancer leur cause en facilitant le financement d'études et de projets qui y sont liés.

---

<sup>376</sup> C'est le cas de ce rapport de l'IGAS : Aubin Claire, Duhamel Gilles, Lejeune Daniel, *L'agrément des services de santé au travail - Rapport de synthèse*, IGAS, 2004.

<sup>377</sup> Expression utilisée par Laurent lors de notre entretien.

<sup>378</sup> Il est difficile d'obtenir un discours libre de la part des agents de la DIRECCTE sur le rôle de l'Institut régional de santé au travail dans le paysage institutionnel de la région mais je finis par comprendre que les acteurs régionaux reprochent à l'Institut de capter les subventions régionales destinées au secteur de la santé au travail, au détriment d'autres acteurs. De plus, l'Institut constitue un échelon supplémentaire qui n'est pas forcément jugé utile – la DIRECCTE peut par exemple toucher elle-même les services de santé au travail desquels elle est désormais « partenaire ».

<sup>379</sup> Becker Howard S., *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York, The Free Press, 1973, pp. 147–153.

<sup>380</sup> *Ibid.*

L'enjeu est donc la mise sur agenda politique des problématiques de santé au travail, d'abord au sein du ministère de la Santé, le seul à offrir des possibilités de financements pour des projets liés à la santé, puis au sein du ministère du Travail en militant pour la création de nouveaux financements adaptés, ce que l'Institut obtient à force de lobbying :

*Les indices étaient rouges pour la population sur de nombreux thèmes dans la région, parmi lesquels cancers et addictions par exemple, et ces domaines s'inscrivaient dans des lignes budgétaires, le ministère de la Santé finançait des projets. Donc si on voulait bénéficier de cette manne et faire connaître la santé travail, il fallait faire les correspondances entre les uns et les autres et trouver les sujets « cancers » ou « addictions » traitables par la santé au travail. Donc, c'est des figures imposées, mais il a fallu également qu'on montre quelle était notre force de frappe et notre capacité en termes de moyens, d'organisation, pour pouvoir faire évoluer ces thématiques et ces priorités et les faire connaître aussi à la santé publique.*

Laurent est à l'aise avec la santé publique et ses outils, son discours témoigne d'une conception programmatique de la santé (« les indices étaient au rouge ») et d'une réflexion en termes de populations. Il témoigne aussi d'un positionnement stratégique de l'Institut qui cherche à implanter les thématiques de « santé travail » sur le territoire de la santé publique. Cette stratégie porte ses fruits et les problématiques de santé au travail sont tellement reconnues en santé publique qu'elles semblent s'y fondre, au risque de ne plus répondre aux impératifs qui lui sont spécifiques :

*Pendant un temps, l'Institut a développé énormément la santé publique et il a fallu qu'on se réveille à notre tour en disant « Tiens, une partie du public nous suit, on a des financements, on a des lignes, c'est bien arrêté, mais est-ce qu'on répond réellement aux critères ou aux besoins de la santé travail sur tous les domaines ? » et là, il a fallu qu'on retravaille pour pouvoir proposer quelque chose qui fasse la correspondance, le pendant entre la santé publique et la santé travail. Donc on a essayé d'inverser la vapeur en disant « Attendez, on défend avant tout la santé travail et notre projet sera avant tout un projet de santé travail dans la santé publique ».*

Ainsi, Laurent décrit l'effort premier d'adaptation à la santé publique, qui a permis d'inscrire la « santé travail » dans ce domaine plus large, puis, dans un second temps, une volonté de ne pas compromettre la « santé travail » mais de conserver ses spécificités. Le cadre législatif s'est lui-même adapté : la « santé travail » est depuis 2004 reconnue comme une composante de la santé publique<sup>381</sup>. La mise en visibilité de certaines problématiques de santé liées au travail (cancers professionnels, troubles musculo-squelettiques) a ainsi été rendue possible.

De plus, selon les promoteurs du rapprochement santé publique/santé travail, un de ses bénéfices réside dans l'apprentissage par les médecins du travail d'une méthodologie propre à la santé publique, qui s'appuie notamment sur la conduite de projet et l'épidémiologie.

---

<sup>381</sup> Loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique, articles 10 et 55.

Les acteurs régionaux, menés par le Professeur L., se retrouvent sur l'idée que la médecine du travail doit abandonner son approche de suivi individuel, qui ne tient de toute façon plus étant donnée le déficit de médecins du travail, pour adopter une approche collective et programmatique. L'explication que m'en donne le professeur L. en entretien est centrée sur la « pluridisciplinarité » :

*La solution, c'est des programmes déclinés par des équipes pluridisciplinaires, définis en fonction d'objectifs établis en fonction des évaluations faites par chacun des partenaires. Alors si t'es dans une grosse boîte, pour moi tous ces programmes doivent être faits avec le CE<sup>382</sup> et le CHSCT<sup>383</sup>, et si t'es dans une petite boîte moi j'ai proposé que ça se fasse dans le cadre d'accords de branche. Mais ça... Il faut, un, que les présidents et directeurs de service en soient convaincus, or pour l'instant, je leur dis qu'ils vendent de la visite médicale, ils ne vendent pas de la santé travail, hein. Et deux, il faut arriver à convaincre les médecins qu'ils ne sont pas les médecins généralistes de l'entreprise ou qu'ils ne sont pas les médecins généralistes des salariés de l'entreprise mais qu'ils sont bien les médecins **spécialistes** (il souligne ce terme) santé travail au service de l'entreprise et des salariés.*

Le « réseau régional » se donne pour objectif d'apprendre aux médecins à inscrire leur action dans un programme, dans des projets. C'est dans ce cadre, et non dans le colloque singulier, que leur spécialité « santé travail » doit s'exprimer. Pour que les médecins puissent prendre ce tournant de la « pluridisciplinarité », leurs employeurs aussi doivent être éduqués. Le professeur L. met ici l'accent sur la commercialisation d'une offre par les services, et sur l'inadéquation de cette offre avec les besoins des entreprises et des salariés.

Laurent, chargé de mission à l'Institut, voit cette évolution comme un progrès pour la médecine du travail : les médecins sont mieux formés pour « monter des actions » et, *via* la « pluridisciplinarité », ils disposent d'acteurs pour les assister sur ces « actions » :

*L'intérêt de la santé publique, c'est le mode opératoire, qui faisait réellement défaut en santé travail. Donc on a formé les gens, on les a habitués à fonctionner par projet, par action. Ils n'avaient pas l'habitude de développer des partenariats, de porter des projets d'envergure régionale. Et parce que les médecins du travail ont une certaine moyenne d'âge, ils ont été formés il y a une trentaine d'années, pour le grand lot. Donc des médecins se sont formés et sont en capacité aujourd'hui de monter des actions et de l'autre côté, les services se sont réveillés et ont embauché des intervenants en prévention, ont formé des nouveaux métiers et ont à leur tour développé des équipes qui leur permettent aussi d'intervenir en entreprise en appui des médecins et sur leur commande.*

Le discours de Laurent témoigne d'une cohérence voulue par les concepteurs de la « pluridisciplinarité » entre une approche « projet » dont le médecin serait le centre, et l'arrivée d'autres compétences qui s'inscriraient dans cette approche. L'Institut de santé au travail est l'organisme par lequel cette approche « projet » s'est concrétisée dans la région *via*

---

<sup>382</sup> Comité d'entreprise

<sup>383</sup> Comité d'Hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

une stratégie de rapprochement avec le domaine de la santé publique, sa méthodologie... et ses opportunités de financements, notamment dans le cadre du « plan régional de santé ».

*Je me souviens de L. qui faisait des exposés auprès de nos troupes, auprès des médecins du travail, qui disait : « Attendez, on ne doit plus se poser la question "est-ce qu'on doit faire de la santé publique ou de la santé travail ?", la santé travail fait partie de la santé publique ! À nous de défendre nos critères et nos attendus pour que la santé publique nous prenne en compte dans son giron ».*

Le travail fourni par l'Institut s'inscrit dans un objectif global de rénovation de l'image de la médecine du travail qui est celui de Pierre L., et qui a pour objectif d'installer une conception « pluridisciplinaire » de la santé au travail. Ainsi, les « entrepreneurs de morale » proposent une solution aux problématiques qu'ils mettent en évidence aux yeux du public : le fait de militer pour que la santé au travail et ses objets fassent partie intégrante de la santé publique fait apparaître la méthodologie issue de la santé publique comme la plus pertinente. En creux, le médecin du travail apparaît comme un « chef de projet » : cette croisade morale rejoint donc une entreprise de réforme de la médecine du travail, de ses moyens et de ses méthodes.

### **3. 3. Le professeur L. et l'Institut : des entrepreneurs de la « pluridisciplinarité »**

Le professeur Pierre L. accompagne le professeur Richard D. dans ses activités universitaires et institutionnelles, puis prend progressivement sa suite à partir du début des années 2000 dans un certain nombre d'instances. Son frère est sénateur socialiste et il fait partie d'une notabilité régionale. En sus de son statut de professeur, il a des responsabilités universitaires au niveau local et au conseil national des universités. Il préside l'Institut régional de santé au travail et est également impliqué dans de nombreux organismes régionaux et nationaux, ce qui le rend omniprésent dans le milieu de la prévention<sup>384</sup>.

Les multiples postes qu'il occupe lui donnent des ressources précieuses dans sa promotion de la réforme des services de santé au travail. À l'instar des « entrepreneurs de réformes » décrits par P. Bezes et P. Le Lidec, le professeur L. est en effet en mesure de « négocier des propositions acceptables par une majorité d'acteurs » :

« Ce processus (de réforme) sera d'autant plus facilité qu'il sera porté par des acteurs ou groupes d'acteurs capables de persuader, de concilier des points de vue disparates et de construire des compromis et des coalitions. Ces activités supposent des ressources et une légitimité dont disposent

---

<sup>384</sup> Il préside le comité d'orientation de l'association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) et il est médecin conseil de l'organisme de prévention du secteur bâtiment travaux publics, l'OPPBT. Après avoir siégé au conseil scientifique de l'agence française de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail (AFSETT), il est nommé en 2011 directeur du conseil scientifique de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), l'organisme qui lui succède.

particulièrement des acteurs parties prenantes de plusieurs univers institutionnels ou segments sociaux en relation les uns avec les autres »<sup>385</sup>.

Ainsi, ses collaborateurs, admiratifs, lui reconnaissent la capacité de faire le lien entre le patronat local et des acteurs régionaux plutôt connus pour leur engagement aux côtés des salariés<sup>386</sup>. Pierre L. se fait un point d'honneur, au cours de sa carrière, de décloisonner le domaine de la santé au travail. En héritier du Professeur D., il promeut l'usage du terme de « santé-travail », qui dépasse la médecine du travail mais dans laquelle les médecins doivent jouer un rôle clé.

Il rédige des rapports parlementaires sur la médecine du travail, au fil desquels il s'intéresse aux solutions à apporter au déficit démographique de médecins du travail et élabore, selon ses propres termes, une forme de « stratégie de survie » pour la profession. Celle-ci repose sur un fonctionnement par projet ou par programme de prévention, mis en œuvre par des équipes pluridisciplinaires et qu'il justifie ainsi lors de notre entretien :

*Je n'ai jamais écrit qu'il fallait interdire au médecin de voir ses salariés. Est-ce que ça doit être au médecin de le faire ? Ou est-ce que ça peut être des psychologues, des infirmiers... Ce qui est important c'est que ça rentre dans un suivi de santé, qu'on propose : « Vu votre situation, vu l'entreprise, on va agir là, là, là et puis je vous revois dans trois mois avec l'infirmière, si il y a un problème je vous reverrai » etc. Donc c'est un programme.*

B : Donc ce n'est pas important que ce soit le médecin qui le fasse ?

*Ben, c'est important que ça soit le médecin qui programme. Pour moi, c'est lui qui doit faire l'ordonnance... alors certains parlent d'ordonnance de prévention, c'est un grand mot, mais c'est l'ordonnance du programme de suivi collectif de santé, qui est à la fois collectif pour l'entreprise et individuel pour chacun d'entre nous en fonction de sa situation. Et ce programme peut être décliné par l'équipe. Et donc, quand on entend les salariés dire « Il n'y a plus de médecins, on va supprimer la visite médicale! », Ben oui, mathématiquement parlant on ne voit pas comment faire. Mais le salarié pourra être vu par d'autres personnes de l'équipe, avec des objectifs différents. Surtout si ça n'est plus de l'aptitude. Donc ça, c'est le gros changement qui doit arriver avec la loi.*

Le médecin du travail doit donc changer de rôle et les services de santé au travail, offrir un suivi « collectif et individuel » reposant sur des intervenants variés. Il porte ces idées au niveau national dans ses rapports parlementaires ; il les diffuse aussi au niveau régional par l'intermédiaire d'instances de mise en réseau – un « GIP » (groupement d'intérêt public), qui coordonne les acteurs de la recherche, et l'Institut régional de santé au travail, qui organise la formation et la diffusion de l'information.

De plus, l'Institut, *via* un site web dont la portée dépasse le niveau régional, diffuse les informations sur la santé au travail et la réforme pluridisciplinaire des services et travaille à changer l'image de la discipline. Depuis 2008, il est également agréé pour la formation

---

<sup>385</sup> Bezes Philippe, Le Lidec Patrick, « Ordre institutionnel et genèse des réformes », *op. cit.*, p. 59.

<sup>386</sup> Entretien informel avec Eric, salarié de l'Institut régional.

médicale continue (FMC) puis pour le « développement professionnel continu » (DPC) et dispose d'une large offre de formations à l'attention notamment des personnels des services de santé au travail régionaux et nationaux. La mobilisation de ressources pour la cause de la réforme se fait donc aussi dans un cadre organisationnel très structuré<sup>387</sup> avec, en son sein, des salariés qui promeuvent la « pluridisciplinarité », que cela soit directement (par exemple, en écrivant les discours du professeur L. ou en diffusant des informations sur la réforme) ou plus indirectement (par exemple, dans le cadre de sessions de formation). L'organisation du « réseau » de prévention en santé au travail se fonde en effet sur une forte politique d'information et de formation, la formation étant un lieu où les liens se réaffirment et se resserrent.

### ***Encadré 2.2 Un lieu d'acculturation à la politique régionale : les « Journées » de l'Institut***

L'Institut organise, entre autres, des « journées » hébergées une fois par trimestre par l'Université. Leur programmation est réalisée par le professeur L., en collaboration avec un médecin de service autonome et l'équipe de salariés de l'Institut. Elles « proposent aux médecins et professionnels de santé-travail d'approfondir leurs connaissances sur des thèmes cliniques, à partir de différentes pathologies ou de différents risques professionnels ». Ces journées sont souvent thématiques, et elles présentent des actions qui correspondent à la politique de l'Institut : par exemple, des médecins ou des IPRP viennent présenter des projets collectifs. Elles sont également l'occasion de promouvoir le fonctionnement « pluridisciplinaire » en mobilisant des médecins, des infirmières, des IPRP qui témoignent de leurs expériences positives de collaboration et font apparaître la « pluridisciplinarité » comme une ressource pour le médecin et pour l'entreprise.

Ces journées sont conclues par un point sur les « actualités juridiques » réalisé par le professeur L., qui est pour lui l'occasion de donner son avis sur l'évolution de la réforme et, souvent, de rassurer les médecins et de les encourager dans la nouvelle voie qui leur est proposée. Il commente les nouveaux textes et fait en sorte que les acteurs des services de santé au travail comprennent ce que la loi va changer, ou non, dans leur pratique quotidienne. Il fait ainsi profiter aux acteurs régionaux de sa stature nationale en leur apportant des éclairages et des informations en avant-première, en leur communiquant des éléments glanés dans des instances nationales. Ce contenu politique, présenté comme un point d'information juridique, est très apprécié par les médecins : un des médecins que j'ai rencontré m'a confié se rendre à ces journées principalement pour entendre le discours du professeur.

Ces journées sont donc construites comme un lieu d'acculturation au système de la région. Les services répercutent les informations de ces journées de formation et en sont partenaires, en tant que membres du conseil d'administration de l'Institut, mais ne vont pas jusqu'à accepter leur tenue sur le temps de travail : elles ont lieu le samedi matin. Cependant, au SST1, leur contenu scientifique fait invariablement l'objet d'un compte rendu aux médecins.

---

<sup>387</sup> Au sein de la sociologie des mouvements sociaux, le courant de la mobilisation des ressources insiste sur le rôle des entrepreneurs de cause et sur celui des « organisations de mouvement social » dans le travail de mobilisation pour le changement. Dans notre cas, cette conception « top down » du changement paraît particulièrement pertinente pour expliquer la diffusion d'un diagnostic de la situation de la médecine du travail et la promotion de son remède : la « pluridisciplinarité ». Cette solution, qui aurait pu faire débat et apparaître au milieu de solutions concurrentes, s'impose alors comme la seule orientation possible pour la médecine du travail. McCarthy John D., Zald Mayer N., « Resource Mobilization and Social Movements: A Partial Theory », *American Journal of Sociology*, Vol. 82, n°6, mai 1977, pp. 1212-1241.

Le professeur L. est un entrepreneur de réforme particulièrement visible et qui joue de cette visibilité. Cependant, ses capacités sont décuplées par sa collaboration avec un « entrepreneur de réforme » beaucoup plus discret : Suzanne, qui est la responsable administrative de l'institut. N'étant ni médecin du travail ni universitaire, elle ne communique pas directement sur la santé au travail mais elle travaille à organiser ce « réseau », de manière très concrète, en mettant les acteurs en contact les uns avec les autres, ou en facilitant le financement de certaines recherches. Ainsi, même à ce niveau, on observe une division sexuelle du travail : le professeur fait des discours et la femme stratège à ses côtés s'arrange pour que ces discours soient entendus, que des relais soient mis en place afin que le public soit prêt à les recevoir... Ces quelques lignes ne peuvent rattraper le peu de place que prend Suzanne dans ce travail, comparativement au professeur L : ce positionnement, dans l'ombre, est largement voulu par l'intéressée, qui, quand je l'ai rencontrée sur le terrain, s'est avérée plus prompte à me mettre en contact avec des acteurs, voire à les encourager à me parler, qu'à se livrer elle-même<sup>388</sup>.

\*\*\*\*\*

La région choisie se caractérise par une histoire de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles marquée, plus encore que le reste du territoire français, par l'intervention précoce de différentes parties prenantes. Dès le début des années 1940, poussés par des motivations ambivalentes, les industriels s'impliquent dans la création de services médicaux du travail, puis influent sur leur action. L'action publique, et notamment l'institutionnalisation de la médecine du travail, se développe alors dans un cadre où les acteurs privés ont, plus qu'ailleurs, imprimé leur marque. Aujourd'hui, le réseau institutionnel de la prévention des risques et des maladies professionnelles est dense dans la région, notamment du fait de l'implication d'universitaires particulièrement actifs qui jouent un rôle

---

<sup>388</sup> J'ai pu me rendre compte plusieurs fois de sa réticence à communiquer. Elle me pousse à réaliser un entretien avec Laurent, un salarié de l'institut, et, en passant dans le bureau alors que nous sommes en pleine discussion, se félicite de ce que cet entretien dure longtemps : « comme ça je n'aurai plus rien à dire ». Le court entretien réalisé avec Suzanne l'est « en attendant » que le professeur L. se libère, comme s'il était l'interlocuteur légitime, important, et qu'elle n'était qu'un personnage secondaire, et elle l'occupe à relater des événements factuels propres à l'histoire de la santé au travail dans la région. De son point de vue, le fait qu'elle ne soit pas issue de la profession médicale mais qu'elle n'ait qu'un rôle gestionnaire de l'Institut, l'autorise à se dédouaner d'une prise de parole en son nom. Son rôle est pourtant largement politique et son influence dans la région est importante. La description de Suzanne comme une stratège peut également être complétée par l'anecdote suivante : alors que je suis à l'institut pour rencontrer le professeur D. en entretien, elle me salue chaleureusement et me questionne, sans transition, sur les entretiens que j'ai réalisés ces derniers jours : qui ai-je rencontré ? Prise au dépourvu, je réponds. J'apprends par la suite par un étudiant qui a réalisé, dans le cadre de l'institut, une enquête sur les médecins du travail face aux risques psychosociaux, que la divulgation à Suzanne de l'identité des personnes rencontrées avait un enjeu – elle a donc habilement réussi à me soutirer des informations que je n'aurai pas données dans d'autres circonstances.

qu'on peut à la fois qualifier d' « entrepreneurs de morale » (en ce qu'ils attirent l'attention sur la santé au travail comme problème public et proposent des modes d'action de prévention) et d' « entrepreneurs de réforme » (en ce qu'ils jouent sur leurs inscriptions institutionnelles multiples pour faire avancer l'idée de « pluridisciplinarité » comme plan de sauvetage pour les médecins du travail). La « pluridisciplinarité » dispose ainsi localement d'un système de diffusion efficace qui s'appuie sur de nombreux relais. Ce réseau est qualifié de « pluridisciplinarité interinstitutionnelle ». Il est cependant moins mobilisé pour faire dialoguer les disciplines entre elles que pour construire du consensus<sup>389</sup>, qui lui-même pourrait servir à instaurer la « pluridisciplinarité » comme nouveau mode de fonctionnement des services. En d'autres termes, la « pluridisciplinarité interinstitutionnelle » joue en faveur de l'organisation « pluridisciplinaire » des services de santé au travail.

Le service étudié, le SST1, de par sa taille, son ambition et l'ambition qu'ont pour lui les acteurs régionaux, se situe au cœur du réseau régional de prévention, et ses choix en termes de mise en œuvre de la « pluridisciplinarité » sont influencés par cette dynamique locale.

### Section 3. Le SST1 : un laboratoire de la « pluridisciplinarité »

Le service est en pleine évolution au moment où je suis sur le terrain (entre 2010 et 2012). D'une part, un processus de fusion, dont on a vu qu'il était encouragé au niveau national dans une visée de rationalisation, entraîne des changements organisationnels importants. À un service principal, de taille importante et aux infrastructures développées, se greffent des services de taille plus modeste dont les modes d'organisation sont différents. Les évolutions organisationnelles liées à la réforme de la médecine du travail se mêlent donc aux changements liés à la fusion.

Au sein de la direction du service, l'organisation de la « pluridisciplinarité » a été mûrement réfléchi : loin de se laisser surprendre par les réformes, le directeur du SST1 tente de les anticiper, voire travaille à les faire advenir. La proximité avec le professeur L., avec qui il siège au conseil d'administration de l'Institut de médecine du travail local, fait endosser à son service un rôle de laboratoire d'expérimentation de nouvelles formes de collaborations

---

<sup>389</sup> Ce contexte pourrait favoriser un questionnement sur la pertinence de maintenir autant d'institutions dédiées à la santé au travail. Si la recherche de cohérence et d'unité est une priorité, pourquoi ne pas encourager une fusion de ces institutions ? Ainsi, si une dialectique entre unité et éclatement caractérise les acteurs disciplinaires de la santé au travail, les acteurs institutionnels pourraient aussi être touchés. Notons qu'à l'INRS, la menace d'une absorption par la CRAM est un thème de discussion, source d'inquiétude, qui revient fréquemment.

dans les services. Le SST1 fait ainsi figure de bon élève de la réforme et de « moteur »<sup>390</sup>. Il est très présent dans les différentes manifestations du secteur, que ce soit le congrès de médecine et de santé au travail ou les journées du CISME, où médecins et personnel de direction exposent sa nouvelle organisation comme un modèle à suivre. Après avoir présenté le SST1, nous verrons comment ses instances dirigeantes ont conçu et mis en place un dispositif qu'elles nomment la « pluridisciplinarité »<sup>391</sup>.

## **1. Présentation du service de santé au travail étudié, le SST1**

L'organisation et le fonctionnement des services médicaux du travail sont régis par le code du travail. Depuis 1946, la médecine du travail s'applique en France à tous les salariés, quel que soit leur régime de sécurité sociale. Le médecin du travail est salarié de l'entreprise ou du service interentreprises, qui est une association de droit privé relevant de la loi 1901. Cependant, un contrôle social de ces services et la protection légale de l'indépendance<sup>392</sup> des médecins du travail sont prévus par la loi. Le médecin bénéficie en effet d'un statut de salarié protégé<sup>393</sup>. Le code du travail affirme également que les conditions d'exercice des intervenants « pluridisciplinaires » au sein des services de santé au travail doivent garantir leur indépendance, mais ils ne bénéficient pas du statut de salariés protégés.

### ***1.1. Une organisation en plein changement après la fusion de plusieurs services***

Le service étudié, le SST1, ne prend sa forme actuelle que peu de temps avant que mon enquête ne commence, l'organisation est donc en train de se mettre en place pendant mon travail de terrain. Le service qu'on peut considérer comme la base du SST1 est créé en

---

<sup>390</sup> Ce terme de « moteur » vient du CISME, qui, d'après le « Rapport sur le bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de risques professionnels » (*op. cit.*), fait, depuis la réforme, une distinction entre des services « moteurs » et des services « attentistes ». Il est repris par l'équipe de direction du SST1, consciente d'être un de ces « moteurs » de la réforme.

<sup>391</sup> Je m'intéresserai pour l'instant moins à la vision des acteurs, par le bas, qu'à une conception idéale, issue du management et à sa mise en œuvre « théorique », telle qu'elle s'affiche dans les présentations officielles.

<sup>392</sup> Si les textes parlent d'« indépendance », P. Marichalar suggère l'usage du terme d'« autonomie », qui suppose un contrôle sur les tâches jugées centrales au métier – les acteurs sociaux, même appartenant à une profession institué, étant toujours interdépendants. Marichalar Pascal, *Médecin du travail. Médecin du patron ?*, Paris, Presses de Sciences-Po, 2014, pp. 16-17.

<sup>393</sup> Le code du travail stipule que : « Tout licenciement d'un médecin du travail envisagé par l'employeur est soumis pour avis, soit au comité d'entreprise, soit au comité interentreprises ou à la commission de contrôle du service interentreprises. Dans les services interentreprises administrés paritairement, le projet de licenciement est soumis au conseil d'administration (...) Le licenciement d'un médecin du travail ne peut intervenir qu'après autorisation de l'inspecteur du travail dont dépend le service de santé au travail, après avis du médecin inspecteur du travail »

1943 ; c'est la date de 1943 qui apparaît aujourd'hui comme date de création du service sur les documents officiels<sup>394</sup>.

Au 31 décembre 2011, le SST1 est un des plus gros services de France en termes de nombre de salariés et d'entreprises suivis<sup>395</sup>. Il emploie 507 personnes, dont 175 médecins (ce qui correspond à 136 équivalent temps plein), 12 IPRP, 44 AST (39 équivalent temps plein) et 29 infirmières. Les autres employés sont des chauffeurs assistants médicaux (qui prennent le rôle de secrétaires dans les centres mobiles), des médecins issus d'autres spécialités, des cadres, des personnels de laboratoire et du personnel d'entretien. Le temps partiel des médecins dans le service s'évalue à hauteur de 22%, ce qui est particulièrement faible au regard de la moyenne nationale<sup>396</sup>, moitié moins pour les infirmières (11%) et 14% pour les secrétaires.

Le SST1 couvre aujourd'hui une large zone et des bassins d'emploi divers, urbains et caractérisés par une surreprésentation du secteur tertiaire pour certains, ruraux et caractérisés par des taux de chômage bien supérieurs à la moyenne régionale et nationale pour d'autres. Il compte 30 800 adhérents et suit plus de 450 000 salariés. Il se divise en quatre antennes qui recourent partiellement l'implantation des anciens services. Malgré l'étendue du territoire couvert après la fusion, le maître mot reste la proximité et le SST1 s'engage à offrir à ses adhérents « une équipe de santé au travail à moins de 30 minutes de (leur) entreprise ». Pour honorer cette politique, de très petits centres (un ou deux médecins, parfois à temps partiel) subsistent. Sur 37 « secteurs géographiques », on trouve 27 centres fixes (qui comprennent a minima un bureau médical, une salle d'attente et un bureau de secrétaire), 16 centres mobiles (cars équipés comme des cabinets médicaux et comprenant le matériel nécessaire à certains examens complémentaires) et 200 centres au sein d'entreprises (les médecins du travail y ont un bureau et collaborent souvent avec une infirmière sur place).

---

<sup>394</sup> Les noms des services qui se succèdent reflètent l'histoire de la médecine du travail : d'abord évoquée telle quelle jusqu'en 2005 (le nom mentionne une visée de « progrès de la médecine du travail »), puis au terme de « médecine » on ajoute le terme de « santé », jusqu'à la fusion de trois services en 2009. À cette date, le nom du service fusionné utilise la juxtaposition sans préposition des termes de santé et travail et le terme de « médecine » disparaît : le SST1 est un service de « santé travail ». Le service intègre encore trois autres services en juin 2010 pour prendre sa forme actuelle.

<sup>395</sup> Source : rapport d'activité 2011 du SST1.

<sup>396</sup> A titre de comparaison, F. Piotet *et al.* recensent dans leur enquête de 1996 un taux d'activité à temps partiel beaucoup plus conséquent : 68% des femmes et 28% des hommes. Aujourd'hui les temps partiels sont plus rares. Piotet Françoise, Correia Mario, Lattès Claude, « Entre profession et métiers, les médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, n° 58, 1997, pp. 62-129.

Autour du service lui-même, on trouve des organismes à divers statuts, groupement d'intérêt économique (GIE)<sup>397</sup> ou entreprise, dont les salariés contribuent directement ou indirectement à l'activité du service. Les présidents et les conseils d'administration des services du département décident en 2003 (bien avant la fusion) de créer un GIE (qu'on appellera ici le GIE1) afin de mettre en commun les ressources pluridisciplinaires existantes.

Le service est également membre d'un autre GIE (le GIE2), anciennement « plateforme pluridisciplinaire » principalement mobilisée par le service interentreprises du département voisin (SST2), le GIE2 est conservé quand les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) qu'il emploie rejoignent le SST2, sur la décision de leur direction. Il garde notamment une fonction d'archivage pour tous les services de la région, et est également coéditeur, avec le GIE1, d'un magazine trimestriel offert à leurs adhérents par une grande majorité des services de santé au travail de la région.

Dans cette nébuleuse, on trouve aussi un organisme de formation en santé au travail qui emploie 7 personnes, dont 3 formateurs à temps plein. C'est une entreprise au statut de société par actions simplifiées (SAS), dont le président est le directeur du SST1. Son siège social a d'abord été confondu avec l'adresse d'un ancien service aujourd'hui fusionné, puis a été modifié en fonction du jeu des fusions. L'entreprise est aujourd'hui implantée sur deux sites qui correspondent à deux antennes du service<sup>398</sup>.

## ***1.2. Richesse et diversité des ressources tournées vers les médecins du travail***

Le service qui se présente par plusieurs aspects comme la base du SST1 (beaucoup d'acteurs interrogés vivent leur intégration au SST1 comme une « absorption » par ce service

---

<sup>397</sup> Le GIE est défini ainsi dans le code de commerce : « Deux ou plusieurs personnes physiques ou morales peuvent constituer entre elles un groupement d'intérêt économique pour une durée déterminée. Le but du groupement est de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité. Il n'est pas de réaliser des bénéfices pour lui-même. Son activité doit se rattacher à l'activité économique de ses membres et ne peut avoir qu'un caractère auxiliaire par rapport à celle-ci. » (Code de commerce, article L251-1). Le chapitre suivant abordera les différentes modalités d'emploi des IPRP.

<sup>398</sup> J'apprends l'existence de cette « filiale » (selon les mots du directeur du service lors d'une présentation aux Journées du CISME en 2011) au détour d'une salle d'attente d'antenne, alors que je devais faire un entretien. Parmi les prospectus, celui du « SMT formation » retient mon attention car son adresse est celle d'un des services fusionnés, le SMT2. Les « prestations » proposées semblent assez éloignées des missions d'un service de santé au travail : secourisme et utilisation du défibrillateur, PRAP, sécurité, sécurité routière, incendies, ... Les intitulés s'adressent avant tout aux employeurs (par exemple « Prévenir le risque alcool »). Certaines formations s'inscrivent dans une démarche légale (comme par exemple la préparation d'habilitation électrique pour les non-électriciens, qui répond à une obligation qu'ont les employeurs de former leurs salariés pour éviter les dangers dus à l'électricité dans l'exécution des tâches qu'ils leur confient).

A noter aussi une formation « gestion du stress » qui porte une conception des « risques psychosociaux » contraire à celle qui est portée par le médecin référent « RPS », soit une individualisation de la problématique.

et non comme une fusion des différents services)<sup>399</sup>, qui se situe au cœur de la plus grande ville de la région, est particulièrement bien pourvu en ressources médicales.

C'est tout d'abord un des seuls services en France qui dispose de son propre laboratoire d'analyses médicales. Les médecins du travail ont aussi accès à un « plateau médical » comprenant des consultations de pneumologie, de cardiologie, de dermatologie, d'oto-rhino-laryngologie, de rhumatologie, de psychiatrie, de neurologie, et d'ophtalmologie<sup>400</sup>. D'après le site web du service, ces consultations permettent aux médecins du travail d'avoir l'avis de médecins spécialistes quand la question de l'inaptitude se pose, elles permettent aussi de « suivre les salariés qui sont exposés à des risques de maladies professionnelles » et d' « aider au maintien dans l'emploi des salariés touchés par un handicap ou une inaptitude au poste »<sup>401</sup>. De même, des infirmières sont parfois embauchées dans les services pour effectuer des « examens complémentaires », notamment des prises de sang, sur prescription du médecin, et sur rendez-vous.

Dans beaucoup de services, et, au moment de l'enquête, dans beaucoup d'antennes du SST1, les secrétaires médicales jouent également un rôle d'appui du médecin très important, qui dépasse les aspects administratifs. Elles interviennent en effet à la fois sur l'élaboration du planning et sur la « préparation » des consultations. Ainsi, elles effectuent des examens complémentaires (le plus classique étant celui de la vue, mais aussi des analyses d'urine par exemple) avant la consultation médicale, ce qui constitue un gain de temps pour le médecin<sup>402</sup>. Si ces ressources apportent au médecin un certain confort d'exercice, elles sont avant tout tournées vers lui et ne sont pas explicitement développées dans un esprit de « pluridisciplinarité ».

De même, quand un ergonome intègre à mi-temps puis à plein temps le service à la fin des années 70<sup>403</sup>, les fonctions qu'il remplit paraissent très techniques au regard des pratiques qui ont cours aujourd'hui, et s'apparentent d'abord surtout à du conseil aux médecins quant à l'adaptation de postes de travail suite à un accident, ou face à un handicap.

---

<sup>399</sup> Des attributs très concrets comme la domiciliation du service et son directeur, justifient cette impression. D'autre part, son rôle de « moteur » dans la région est largement admis.

<sup>400</sup> Pour y adresser un salarié, le médecin remplit un « bon de spécialité » lors de la visite, qui comprend trois volets, un pour le salarié lui-même qui lui précise qu'il demande un examen complémentaire et la nature de l'examen, un autre pour l'employeur qui stipule le lieu et la date du rendez-vous sans spécifier la nature de l'examen, et un dernier pour le spécialiste, qui indique le motif de la consultation.

<sup>401</sup> Source : site Internet du SST1

<sup>402</sup> Je reviendrai dans le chapitre 5 sur les frontières entre les examens effectués par les infirmières et ceux effectués par les secrétaires.

<sup>403</sup> Il est l'un des tous premiers ergonomes embauchés dans un SST en France. On a vu dans la section précédente que, localement, le contexte se prêtait à une introduction précoce de l'ergonomie dans le service, le professeur de médecine du travail de l'époque étant un fervent promoteur de l'ergonomie en médecine du travail.

Autre exemple de changement de l'esprit du service : le psychiatre est depuis longtemps mobilisé par les médecins, surtout pour des avis d'expertise en vue d'une mise en inaptitude d'un salarié qu'ils suivent. Ces collaborations n'ont pas été pensées dans le cadre d'une réflexion sur la prévention « RPS » mais bien comme un service offert au médecin. Par la suite, les psychologues intègrent le service et le psychiatre n'est pas impliqué dans ce qui relève désormais de la « pluridisciplinarité » : la prévention des « RPS ».

La fusion permet théoriquement à tous les médecins du service de faire appel à ces ressources. Dans les faits, les médecins spécialistes et le laboratoire étant situés en ville, les médecins exerçant dans des localités éloignées n'osent pas y envoyer leurs salariés, et ces ressources profitent surtout aux médecins des « antennes » situées en ville.

## **2. De nouveaux acteurs : le « niveau 1 » de la « pluridisciplinarité »**

Le service choisit de hiérarchiser son offre « pluridisciplinaire » en deux « niveaux »<sup>404</sup>. Le « premier niveau » de pluridisciplinarité se caractérise moins par la confrontation de plusieurs disciplines que par la présence de plusieurs acteurs sur un territoire auparavant uniquement investi par le médecin. Etiqueté « pluridisciplinaire » bien qu'empruntant aux compétences paramédicales des infirmières et aux compétences techniques des « assistantes santé travail », ce « niveau 1 » ne semble pas directement répondre au souci d'approche globale de la santé au travail à travers les regards croisés de plusieurs disciplines, cher aux promoteurs de la « pluridisciplinarité »<sup>405</sup>. Jean-Marc, le médecin choisi pour coordonner la « pluridisciplinarité », l'explique comme une réponse pragmatique à un problème à la fois bien réel et anticipé de démographie médicale :

*La démographie médicale va obliger à la pluridisciplinarité de premier niveau. Sur certaines antennes la démographie médicale était assez bonne. Par contre sur certaines antennes, elle est très mauvaise. Donc la pluridisciplinarité se développe... la collaboration se développe plus par problème de démographie médicale. Les médecins lâchent prise à un certain moment en disant : « bon, là je ne peux plus tout faire ».*

---

<sup>404</sup> Cette distinction entre le niveau 1 et le niveau 2 est spécifique au SST1. Ailleurs, les pôles « pluridisciplinaires » sont majoritairement composés de techniciens généralistes peu diplômés. Le SST1, lui, se targue d'embaucher en tant qu'IPRP uniquement des professionnels à partir de bac+5. La dissociation de deux niveaux de pluridisciplinarité contribue donc à donner une image de sérieux au pôle d'expertise pluridisciplinaire et aux IPRP qui le composent (le niveau 2).

<sup>405</sup> Voir en particulier le rapport suivant : Conso Françoise, Frimat Paul, « Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail », Paris, Inspection générale des affaires sociales / Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, 2007. Les auteurs déplorent le fait que certains services arguent d'« intervenants en santé travail » dans le cadre de la pluridisciplinarité qui ne sont pas tous IPRP : « la mise en œuvre de la pluridisciplinarité donne lieu à des interprétations diverses, au demeurant intéressantes, visant à faciliter le travail du médecin en le déchargeant de certaines tâches, notamment par le développement d'une fonction d'assistante en santé au travail » (p. 24).

La mise en place précoce de la « pluridisciplinarité niveau 1 » contribue à la notoriété du SST1 au niveau national. Le SST1 fait donc figure de bon élève car ses dirigeants se montrent préoccupés par une gestion prévisionnelle de leur main d'œuvre<sup>406</sup>, quand d'autres services (notamment le SST5 visité dans une autre région) vivent au jour le jour.

### **2.1. Les « assistantes santé travail » (AST)**

Quand le manque de médecins commence à se faire sentir suite à la réforme des études de médecine de 1982, soit durant les années 1990, les visites médicales étant encore au cœur de l'activité des médecins du travail, ce sont d'abord les « actions en milieu de travail » qui pâtissent de ce déficit. Or, celles-ci sont jugées importantes, mais comprennent des aspects chronophages qui ne nécessitent pas l'intervention d'un médecin. Le fait que les médecins du travail fassent eux-mêmes les mesures de bruit et de lumière sur les lieux de travail est très tôt identifié comme une perte de temps qu'il serait facile à contrer en introduisant un personnel « technicien » dans un système « pluridisciplinaire ». C'est ce qu'avance un article sur l'état de la médecine du travail en France, co-rédigé dans une revue internationale par un médecin du travail français et un de ses confrères japonais :

« Il est essentiel de mettre en place une pluridisciplinarité extensive en collaboration avec de nombreux techniciens en médecine du travail (aujourd'hui la plupart des médecins vérifient eux-mêmes les niveaux d'intensité sonore et lumineuse) »<sup>407</sup>.

Les dirigeants du SST1 me présentent la formation d' « assistantes santé travail » ou AST comme une mesure concrète qu'ils ont prise face à la baisse du nombre de médecins, dès le début des années 2000 : les secrétaires, notamment celles qui se retrouvent désœuvrées à la suite du départ en retraite du médecin qu'elles assistaient, sont formées afin que les médecins puissent leur déléguer certaines tâches, et endossent alors un nouveau rôle, avec un nouveau statut. Ce modèle permet de gagner du temps médical, si précieux dans le contexte démographique des médecins du travail. Il a pris naissance dans la région, sous l'impulsion des directeurs de services, puis a été diffusé jusqu'à être reconnu par la loi. Le rapport Conso

---

<sup>406</sup> La politique du service en ce sens 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.

<sup>407</sup> Libert Bertrand, Yamada Yuichi, « Occupational Medicine in France : a Perspective at the Fiftieth Anniversary of *Médecine du travail* », *Journal of Occupational Health*, vol. 40, pp. 91-95, traduction personnelle.

Frimat, en 2007, le qualifie d'initiative intéressante, mais à ne pas mettre sur le compte de la « pluridisciplinarité »<sup>408</sup>.

Puis, le rapport Dellacherie, Frimat et Leclercq (en 2010), stipule dans une de ses recommandations : « créer un nouveau métier : les assistantes médicales en santé-travail »<sup>409</sup>. Les auteurs rappellent que le code du travail prévoit que les secrétaires médicales assistent chaque médecin du travail dans ses activités. Puis, ils évoquent les pratiques de collaborations entre médecins et secrétaires qui ont cours. D'une part, les secrétaires réalisent des « actes paramédicaux »<sup>410</sup> et, d'autre part, elles assistent parfois leur médecin sur leur action en milieu de travail :

« à la demande du médecin du travail, après une formation spécifique en matière d'évaluation des risques professionnels, les assistantes peuvent être amenées à se déplacer dans les entreprises pour préparer les fiches d'entreprises en particulier dans les PME/TPE, qui sont ensuite validées par le médecin, ou pour réaliser des mesures de bruit ou des prélèvements, qui sont ensuite interprétés par les médecins du travail ou les IPRP »<sup>411</sup>.

La mission se dit favorable à ses pratiques « sous réserve de l'obtention d'une qualification et sous réserve qu'elle s'inscrive dans une procédure encadrée par le médecin (prescription ou protocole écrit) ».

C'est sur ce second volet (l'action des assistantes en milieu de travail), que se construit le métier d'AST au SST1. Dès 2002, les services de la région mettent progressivement en place cette nouvelle fonction d'« assistante santé travail » en envoyant chaque année quelques-unes de leurs secrétaires en formation, pour aboutir en 2011 à une centaine d'« AST » formées. Cette formation est dispensée par un organisme privé, l'Institut social de M., hébergé au sein de l'université catholique. Les secrétaires ont deux semaines de cours par mois et, au bout d'un cursus d'un an, se voient délivré un « certificat ».

La direction du SST1, en accord avec le professeur L., souhaite créer un métier qui aurait pour vocation première de libérer du temps médical, et c'est dans un premier temps uniquement selon cette logique qu'est pensé son mandat. Il s'agit de chercher ce que les médecins n'ont « pas le temps » de faire et qui ne relève pas de compétences médicales ou paramédicales, comme me l'explique Thomas, membre de l'équipe de direction :

*Chez nous il y a des médecins et des secrétaires médicales, et donc moins de visites médicales, moins de médecins aussi à terme ; et on a dit : « les secrétaires, il faut qu'on... on ne peut pas les mettre sur le carreau et les licencier une à une, hein.*

---

<sup>408</sup> Conso Françoise, Frimat Paul, « Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail », *op. cit.*

<sup>409</sup> Dellacherie Christian, Frimat Paul, Leclercq Gilles, « La santé au travail. Vision nouvelle et professions d'avenir », Paris, ministère du Travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2010.

<sup>410</sup> Sur ce point, voir en infra le chapitre 5.

<sup>411</sup> *Ibid.*, p. 43.

*Donc on a fait apparaître le nouveau métier d'assistante santé travail. Donc sur à la fois les mesures de bruit, aide à l'évaluation des risques, elles sont formées aussi aux présentations, faire des présentations en entreprise, réaliser des plaquettes, des documents<sup>412</sup>...*

La formation d'AST est opérée par un organisme de formation privé mais le contenu pédagogique est construit par un comité de pilotage dans lequel l'Institut de médecine du travail local et les directeurs des services de la région sont impliqués. L'engagement des directeurs de services dans le projet se manifeste aussi par un programme de formation en alternance, avec un volume horaire conséquent au regard des formations AST proposées par d'autres organismes en France<sup>413</sup>.

L'implication des directeurs de service dans la formation des assistantes santé travail leur permet de participer à façonner le métier. Ainsi, en 2010, la mission Leclercq, Dellacherie et Frimat appelle de ses vœux le métier d' « assistante médicale de santé en santé-travail ». À compter de cette date, le mot « médical » n'apparaît cependant plus : il est notamment absent de la loi de 2011 et des décrets de 2012, ce qui fait disparaître la mention de liens hiérarchiques entre les assistantes et les médecins. Dans l'esprit de la réforme « pluridisciplinaire », qui donne des missions aux services eux-mêmes et non plus aux médecins, les AST peuvent alors être mobilisées pour des tâches définies par les dirigeants des services, comme on le verra plus loin.

## ***2.2. Les infirmières de santé au travail ou IST***

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. Ceux-ci, du fait de leur inscription universitaire, sont particulièrement enclins à comparer l'exercice de la médecine du travail à d'autres formes d'exercice médical. Ils constatent, en relation avec les autres secteurs, que les collaborations avec les infirmières sont faibles<sup>414</sup>.

De plus, cette évolution s'inscrit dans la lignée d'une réflexion menée depuis le début des années 2000 dans la communauté médicale sur les solutions à apporter au manque de main d'œuvre médicale. Le Professeur Yvon Berland, ancien doyen de la faculté de médecine de Marseille, rédige en 2003 un rapport ministériel sur les « Coopérations des professions de

---

<sup>412</sup> Le chapitre 5, section 1, détaillera le contenu du travail des AST et les enjeux de division du travail que leur arrivée soulève dans les services.

<sup>413</sup> Elle correspond à 420 heures d'enseignement sur une année et un stage sous tutorat, auxquels s'ajoute du travail personnel pour des exposés et pour le dossier de fin d'étude. À titre de comparaison, l'AFOMETRA propose le même genre de cursus avec 300 heures d'enseignement.

<sup>414</sup> Source : Entretien avec le Professeur Jean-Pierre R., novembre 2011.

santé ». Alors qu'il s'était déjà intéressé au problème de la démographie médicale lors d'une précédente mission pour le ministère<sup>415</sup>, il a cette fois pour mission d'en explorer les solutions possibles. Des expérimentations sont mises en place pour favoriser la coopération entre professionnels et des « transferts de tâches et de compétences » sont alors préconisés dans le rapport final<sup>416</sup>. Ce même rapport final fait état de ces expérimentations et utilise le terme d'« infirmières expertes » pour désigner les infirmières qui participent aux expérimentations de nouveaux transferts de tâches.

Si les expérimentations concernent des délégations de soins spécifiques très éloignées des problématiques de délégations en médecine du travail, certains points relevés en conclusion du rapport soulèvent des enjeux communs concernant la relation entre le « contexte » et les gains économiques que représentent ces délégations. L'allègement ou non de la charge de travail du médecin, le différentiel de salaire entre médecins et infirmières, et la durée des entretiens infirmiers sont en effet des questions qui se posent en médecine du travail.

« (...) La plupart des rares études recensées concluent que des infirmières formées de façon appropriée peuvent délivrer des soins d'aussi bonne qualité que les médecins et atteindre des résultats de soins équivalents. Néanmoins, en terme économique, la diminution de la charge de travail du médecin et la réduction des coûts semblent très liées au contexte de soins. *La charge de travail des médecins peut rester inchangée, notamment parce que les infirmières développent leurs activités pour des besoins jusqu'alors non satisfaits* ou parce que la présence des infirmières génère une demande de soins nouvelle. Si le médecin voit sa charge de travail modifiée, *l'économie induite sera plus importante notamment si le médecin peut réallouer ce temps à une activité strictement médicale*. L'économie réalisée est aussi très dépendante de l'amplitude du différentiel de salaire entre le médecin et l'infirmière et peut être réduite par la durée des consultations infirmières qui est plus longue que celle des médecins »<sup>417</sup>

La mission Conso Frimat, en 2007, se prononce en faveur de la reconnaissance d'une qualification<sup>418</sup> d'infirmière en santé au travail « La généralisation d'une fonction infirmière dans les services de santé au travail permettrait une meilleure allocation et efficacité du temps médical en développant des actions de prévention sans rien sacrifier aux impératifs de qualité

---

<sup>415</sup> Berland Yvon, Rapport de la Commission Démographie médicale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, mai 2005.

<sup>416</sup> Berland Yvon, Bourgueuil Yann, « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé », rapport d'évaluation pour l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), juin 2006.

<sup>417</sup> *Ibid.*, pp. 66-67.

<sup>418</sup> Notons que le choix du terme de « qualification » permet d'éviter celui de « spécialisation », ou de « spécialité », qui ont des implications juridiques trop importantes dans le monde médical.

du suivi médical »<sup>419</sup>. La qualification serait acquise au terme d'un cursus de formation obligatoire.

À la suite de la première mission de 2007, le rapport Dellacherie Frimat (2010) propose d'optimiser le « temps infirmier » en service de santé au travail, en affectant le personnel qualifié à des tâches qui demandent plus de compétences que les prises de sang et autres examens complémentaires. Il faudrait donc distinguer deux types d'exercice infirmier en santé au travail : d'une part, l'exercice classique, qui consiste principalement à continuer à effectuer des examens complémentaires, et, d'autre part, un nouvel exercice labellisé « santé travail », qui se construit sur un personnel infirmier formé sur les thématiques spécifiques à ce domaine. Une fois formées, les infirmières sont à même de prendre le relais du médecin du travail sur de nombreux aspects de son activité, et, ainsi, d'atténuer l'effet du manque de main d'œuvre médicale.

Plusieurs services ayant par la suite rejoint le SST1 lors de la fusion se montrent « moteurs » en ce qui concerne la transformation du rôle des infirmières. 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. Tout comme les AST se distinguent des secrétaires de par leur nouveau positionnement dans le service et leurs missions, les « infirmières santé travail » ou « IST » se démarquent des « IDE » (infirmières diplômées d'État) par des missions et des compétences spécialisées sur le domaine de la santé au travail. Il s'agit donc de former les infirmières sur le domaine de la santé au travail afin qu'elles puissent seconder le médecin dans sa mission de prise en charge de la santé des salariés et dans celle de prévention, et non plus être cantonnées aux examens complémentaires, qui excluent une vision globale de la santé.

Début 2007, le SST1 lance une « expérimentation » quant au nouveau rôle des infirmières. Dans un document élaboré par des médecins volontaires du service, les missions confiées aux infirmières dans le cadre de l'expérimentation sont pour deux d'entre elles, « non dérogoires » (vis-à-vis du cadre juridique de la place de l'infirmière dans les services de santé au travail) tandis que deux autres sont respectivement « dérogoire » et « partiellement dérogoire ». Faire passer des questionnaires aux salariés vus en consultation médicale en amont de celle-ci est une première mission, à laquelle s'ajoute une mission d'information et de sensibilisation en entreprises (appelée « action de prévention »), que

---

<sup>419</sup> Conso Françoise, Frimat Paul, « Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail », *op. cit.*, p. 76.

certaines infirmières sans formation spécifique à la santé au travail effectuaient déjà. Les deux autres missions, inédites en services de santé au travail, introduisent la possibilité d'un suivi individuel des salariés par l'infirmière.

Premièrement, il s'agit d'assister le médecin dans sa « gestion des dossiers difficiles et/ou chronophages », mission qui est déclinée en plusieurs sous-missions. Elle peut en effet prendre la forme d'une « aide directe aux salariés fragilisés », d'un « soutien psychologique de salariés en difficulté », d'une « contribution paramédicale à la prise en charge de problèmes spécifiques (addictions diverses, problèmes sociaux...) » et d'un « suivi paramédical de salariés à pathologies identifiées par le médecin » (exemple : nouvelle prise de tension, contrôle d'acuité visuelle, recueil au moment pertinent d'échantillon biologique...). Deuxièmement, l'infirmière a pour mission de réaliser un « point sanitaire paramédical » en alternance avec le médecin du travail. Ces « visites intercurrentes » permettent d'espacer les consultations médicales.

Au terme de cette période expérimentale, la direction du SST1, tout comme le professeur Pierre L. et les acteurs régionaux impliqués dans la formation des infirmières, continuent à croire en un nouveau rôle des infirmières et attendent de la réforme son inscription dans la loi. En attendant que ce rôle soit officiel, le SST1 propose à ses infirmières de se former et continue d'encourager les collaborations médecins-infirmières.

Au terme de la réforme, le service s'appuie sur les infirmières nouvellement formées pour mettre en place une nouvelle organisation en « équipe de santé au travail », ou « équipe locale ».

### ***Encadré 2.3 Une formation en santé au travail pour les infirmières ?***

À partir de 1992, des professeurs de médecine du travail et le Groupement des Infirmières du Travail travaillent ensemble à la conception d'une formation en santé au travail pour les infirmières: le DIUST (diplôme interuniversitaire de santé au travail). Ils souhaitent transformer un exercice dévalorisé<sup>420</sup> en un exercice spécifique, nécessitant savoirs et compétences, et pallier par la formation d'infirmières le déficit de médecins à venir. Pour cela, ils forment une association qui promeut le DIUST, mais aussi, à terme, la mise en place d'une licence puis d'un master spécialisé dont certains modules sont d'ores et déjà préparés.

À partir de 1994-1995, une formation de DIUST est proposée dans plusieurs universités (Strasbourg, Rouen et Toulouse, puis Bordeaux, Limoges et Tours). Le contenu des enseignements du DIUST est élaboré au niveau national par une équipe pédagogique composée d'infirmières, de médecins du travail et de professeurs de médecine du travail. Dans les trois villes pionnières et à M., à partir de 2006, des filières spécifiquement dédiées aux infirmières au sein de licences plus généralistes sont mises en place, comme à Strasbourg et à Rouen la filière « Prévention Education » de la licence professionnelle

<sup>420</sup> Comme les infirmières scolaires, les infirmières du travail ont la réputation d'être largement oisives. D'après Laurence, une infirmière en service autonome rencontrée en entretiens, elles ont ainsi acquis le surnom de « tricoteuses ».

« Métiers de la santé au travail et dans l'environnement » et à M. la mention « santé-travail » de la licence « Ingénierie et Santé Publique ». Ces formations connaissent un franc succès.

Sous la responsabilité pédagogique du professeur L., une équipe enseignante est coordonnée et animée par une infirmière (il n'existe plus d'harmonisation nationale des contenus pédagogiques). Cette équipe peut mobiliser des compétences diverses, allant de l'épidémiologie à la toxicologie, l'ergonomie ou la sociologie, et puise notamment parmi les médecins du travail les plus impliqués localement dans la mise en place des équipes médicales. Les enseignements sont répartis sur six semaines dans l'année, le reste du temps étant consacré à l'exercice professionnel en entreprise ou en service interentreprises. Ils couvrent toujours les sciences biologiques, mais aussi l'informatique et les sciences humaines, ce qui rappelle la formation généraliste des surintendantes d'usines<sup>421</sup>. L'entreprise et les interactions en son sein forment un contexte d'exercice qui est pris en compte à travers des cours en sociologie des entreprises, ou sur l'organisation et l'économie du secteur sanitaire et médico-social. La capacité des infirmières à mettre en avant leurs compétences est également développée afin qu'elles soient en mesure de négocier leur place au sein du service. Enfin, la plupart des formations impliquent la rédaction d'un mémoire de fin d'études rédigé sous la direction d'un médecin du travail et reposant sur l'expérience professionnelle des infirmières.

### ***2.3. Un nouveau mode d'organisation : les équipes locales de santé au travail***

Après la fusion de 2010, le système de fonctionnement en « équipe santé travail » ou « équipes locales de santé au travail », promu par le SST1, est précisé *via* une communication interne, puis externe à l'attention des adhérents. Ce système est notamment présenté dans le rapport d'activité 2011 à travers des organigrammes « fonctionnel » et « général ».

D'un point de vue « fonctionnel », d'après ce rapport, « l'organisation est entièrement dédiée au service des Équipes Locales de santé au Travail ». Sur le schéma, elles sont représentées au centre et vers elles convergent les fonctions transversales « support » (service RH, communication, service technique, organisation et logistique, systèmes d'information, qualité, système administratif et financier et aide juridique) et « métiers » (plateau de spécialités médicales et biologiques, projets de prévention, plateau de spécialités scientifiques et techniques, risques psychosociaux, addictions et alcoolologie, maintien dans l'emploi et assistante sociale).

À l'inverse, Édith, médecin du travail au SST1 qui participe à une équipe, visualise les équipes comme des pétales convergeant vers le « cœur de la marguerite », soit les compétences « pluridisciplinaires » expertes :

*Pour le SST1 aujourd'hui, il y a des médecins du travail dans des équipes locales qu'on essaie de développer, au contact des entreprises, qui vont voir les salariés, aidés par les secrétaires, il faut pas les oublier c'est pas rien, aidés aussi par ce qu'on appelle des assistantes santé travail, qui vont nous démarrer notre fiche*

---

<sup>421</sup> Omnès Catherine, « Les surintendantes d'usine. Attention au "facteur humain" et prévention du risque au travail (1917-1946) », in Omnès Catherine et Pitti Laure (dir.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXe siècle*, PUR, Rennes, 2009.

*d'entreprise, dans les TPE, c'est bien appréciable, qui vont aider aussi au recensement des risques, qui sont formées pour. On essaie de développer ces équipes locales. Dans l'idéal, on travaille ensemble. J'espère qu'avant de partir à la retraite, je le verrai. Bien sûr, en intervention de premier niveau, on est vite dépassés par certaines thématiques, notamment les RPS, donc là c'est faire appel à un plateau technique pluridisciplinaire, c'est un peu le cœur de la marguerite, les équipes santé travail ce sont les pétales et le cœur de la marguerite ce sont des spécialistes en santé travail, médecins ou non médecins, qui vont faire de l'ergonomie, de la toxico, de la psycho, et puis de... chiffres en santé travail, épidémiologie, statistique. Voilà, on a ça ici.*

Ces équipes sont au nombre de 15 en 2011 sur l'ensemble du service et quinze autres équipes sont en développement sur cette période, l'objectif étant d'atteindre une centaine d'équipes à l'horizon 2015. Sur le papier, elles comprennent toujours un médecin, une infirmière santé travail et une secrétaire. Une infirmière santé travail peut faire partie de deux équipes : elle assistera alors deux médecins différents. Parfois, une AST est affiliée à une équipe, mais jamais à temps plein. L'AST a donc un pied dans l'équipe et un pied en dehors. Ces équipes sont « locales » car elles suivent le principe de la sectorisation : l'infirmière, mais aussi et surtout l'AST mobilisées ne sont pas centralisées dans un même lieu de travail<sup>422</sup>. Elles sont dispatchées sur le territoire, chacune dans le centre où exerce le médecin avec lequel elle collabore, pour pouvoir le rencontrer au quotidien et non pas ponctuellement pour des demandes précises, comme me l'explique Philippe, le médecin coordinateur :

*C'est-à-dire que si sur le centre de M. il y a quatre équipes santé travail, il faut qu'il y ait au moins deux AST, là-bas sur le centre de M. et pas ailleurs, pour que les médecins les croisent, les voient tous les jours, puissent entre deux portes discuter de tel truc, c'est ça l'équipe. Si l'équipe santé travail c'est un médecin qui est au centre de L., et quand il a besoin de quelque chose il doit envoyer un mail pour avoir un AST qui va venir de M. faire une étude dans son entreprise et son infirmière fait des entretiens infirmiers en différant, ils vont jamais se voir, on ne pourra pas créer un esprit d'équipe comme ça.*

Le fonctionnement en équipe ne concerne qu'une petite minorité de médecins, il est encore balbutiant. D'après le management, c'est ce mode de fonctionnement qui parviendra à rénover le service, ses missions et ses objectifs. Jean-Marc, le médecin responsable de la pluridisciplinarité « niveau 1 » les compare à des équipes hospitalières et les entreprises, à des patients, ce qui n'est pas sans rappeler l'idée « d'ordonnance santé travail » du Professeur L. :

*Chaque équipe locale de secteur pourrait prendre en charge une entreprise comme on prend en charge un patient à l'hôpital quoi, c'est ça l'idée. Et en fonction des risques établis, en fonction du premier contact qu'on a eu avec l'AST, réunion de service, nouvelle entreprise, bon, voilà. « Ecoutes, ok, moi j'identifie telle unité de travail avec un fort niveau de risque, je prends les visites, je suis médecin. Tu prends les visites des autres ateliers... Il y a donc un risque à tel ou tel polluant, on fait une*

---

<sup>422</sup> Avant que les équipes ne soient mises en place, les AST étaient regroupées dans le centre le plus important de leur service, le seul à pouvoir leur offrir un bureau, et se déplaçaient sur tout le territoire en fonction des sollicitations des médecins.

*demande au toxicologue ». Voilà, c'est ça. Et aujourd'hui, on a hâte d'y être, parce que franchement, on ne continuera pas cinq ans comme ça !*

Les limites à ce fonctionnement sont de deux ordres : d'une part, les équipes fonctionnent sur la base du volontariat, et les médecins volontaires ne sont pas nombreux. D'autre part, si les médecins étaient tous volontaires, des problèmes se poseraient en termes de logistiques. Dans certains centres, il y a davantage de médecins volontaires que d'équipes qui se mettent en place, faute de locaux adaptés.

Pendant cette période de transition, la direction réfléchit à l'organisation concrète des nouveaux modes de collaboration. Le service oscille entre une adaptation du travail en équipe à ses locaux actuels et l'investissement sur une nouvelle organisation spatiale du travail.

### **3. Une « pluridisciplinarité experte » conçue comme l'extension du « tiers temps » du médecin**

Le fait que les pouvoirs publics aient du légiférer sur le temps consacré à l'action en milieu de travail<sup>423</sup> témoigne du peu de cas que font beaucoup de directions de service de ce pan de l'activité des médecins, tandis qu'elles exercent au contraire un contrôle quantitatif strict sur la réalisation des visites médicales<sup>424</sup>.

Ce n'est pas le cas au SST1. Certains médecins rencontrés se souviennent qu'avant la fusion au sein du SST1, leur direction était encline à exiger un certain nombre de visites effectuées et à contrôler leurs pratiques. L'impression chez eux est alors d'exercer « à la chaîne », et certains souffrent de ce mode d'exercice<sup>425</sup>.

En revanche, la direction du SMT1, puis celle du SST1, laissent une grande marge de manœuvre à leur médecin sur la question du nombre de visites. En cela, elle est porteuse d'une conception de la santé au travail qui fait la part belle aux actions en milieu de travail, et qui contribue à construire sa réputation de service « pionnier ». L'organisation précoce de la

---

<sup>423</sup> En 1979, la loi précise que le médecin du travail doit désormais consacrer un tiers de son temps à une « action en milieu de travail ». Ces activités en entreprise sont alors regroupées sous le terme de « tiers temps » ou « AMT » (pour « action en milieu de travail »).

<sup>424</sup> Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010)*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 2011, p. 118.

<sup>425</sup> Des injonctions en termes de réduction de la durée des consultations ont cours également à l'hôpital suite à la réforme. Dans son ouvrage, N. Belorgey analyse l'effet des pressions liées au temps d'attente dans les services d'urgence sur les médecins. Il montre que ceux qui résistent aux injonctions managériales et assument des durées de traitement jugées trop longues ont des « taux de retour » faibles, tandis que les médecins qui voient les patients rapidement ont des taux de retour élevés : « On a donc bien accroissement de l'activité (les patients reviennent plus souvent) et baisse de la qualité, du fait de la pression managériale », conclut-il. Belorgey Nicolas, *L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public »*, La Découverte, Paris, 2010, p. 292.

« pluridisciplinarité » s'inscrit dans cette vision du rôle des services comme pourvoyeurs d'actions de prévention sur le terrain de l'entreprise. En effet, les « entrepreneurs de réforme » promeuvent l'idée que, sur le terrain de l'entreprise, l'expertise des médecins n'est pas la seule expertise valide et pourrait être complétée par des apports d'autres professionnels.

### ***3.1. Une dimension collective insuffisante : quand le suivi individuel « déborde » sur le tiers temps***

Le tiers temps se présente pour les médecins comme le symbole d'une évolution de leur spécialité vers une mission d'amélioration des conditions de travail, vers des préoccupations d'ordre collectif. Les activités du médecin pendant son tiers temps ne sont pas fixées. Le médecin les détermine en fonction des besoins qu'il identifie en consultation individuelle. Ces besoins peuvent être des besoins « collectifs », ou des problématiques individuelles sur lesquelles il assiste un salarié. Jérémy, médecin du travail au SST1, décline ainsi son emploi du temps :

*C'est un peu plus de la moitié en visite médicale, et le reste du temps soit en travail administratif soit en action en milieu de travail. Mais, malgré tout, le temps d'actions en milieu de travail est beaucoup pris par les nécessités d'aménagement de poste, d'un poste particulier pour quelqu'un qui a un problème. C'est moins du collectif. Même si on en profite toujours un petit peu pour regarder ce qu'il se passe autour...*

Ainsi, bien que sa vocation première soit de permettre aux médecins d'intervenir sur le collectif de travail, le « tiers temps » est souvent utilisé pour traiter des problématiques individuelles<sup>426</sup>.

D'autres médecins mentionnent la montée des « risques psychosociaux » comme un élément chronophage : les consultations avec des salariés qu'ils jugent « en souffrance » leur prennent du temps. Il n'est pas rare qu'ils les revoient à plusieurs reprises : ils prennent alors rendez-vous avec eux sur leurs plages d'« action en milieu de travail ». Ces cas de négociation avec la règle correspondent à des situations dans lesquelles le médecin estime que « les choses doivent être faites »<sup>427</sup> et que, dans cet objectif, il doit utiliser la partie de son temps de travail sur lequel il dispose d'une marge de manœuvre, afin de pouvoir continuer de

---

<sup>426</sup> Au milieu des années 1990, la situation était déjà décrite de manière similaire par F. Piotet dans son enquête sur les médecins du travail : le « tiers temps » représente toujours moins d'un tiers du temps de travail du médecin et, en guise d'« action en milieu de travail », il regroupe toutes les activités qui ne sont pas des visites médicales, qui peuvent se dérouler au cabinet médical – c'est le cas par exemple de la rédaction de courriers. Sur ce constat, F. Piotet qualifie le tiers de temps de « mythique ». Piotet Françoise, « Médecins du travail », in Piotet Françoise (dir.), *La révolution des métiers*, Paris, PUF, p. 291-316, p. 305

<sup>427</sup> Strauss Anselm, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992 [1ère édition américaine 1961].

mener à bien ses vacations pendant son temps de travail dédié aux visites médicales. Les médecins prennent individuellement des décisions dans le sens d'une « gestion de problèmes »<sup>428</sup>. En conséquence, collectivement, leur exercice se dirige de plus en plus vers ces pratiques.

Dans ce contexte, les directions de service présentent les embauches d'IPRP comme une manière de prolonger l'action du médecin sur le versant de la prévention collective. Cette nouvelle main d'œuvre permet d'approfondir les actions en milieu de travail. Parallèlement à cette évolution de la médecine du travail, l'avènement d'un souci d'amélioration des « conditions de travail » permet à l'ergonome de se présenter comme le partenaire idéal du médecin du travail.

### ***3.2. Les débuts de la « pluridisciplinarité experte » dans le service***

Un ergonome a été très tôt embauché par le service. Il est suivi bientôt d'autres professionnels (toxicologues, épidémiologistes). Parfois, le service octroie du temps à des médecins du travail spécialisés sur une discipline connexe pour exercer cette spécialité en appui à leurs confrères médecins du travail. Puis, à partir de 2003, c'est à travers le GIE1 que les non-médecins sont embauchés. Ainsi, ils peuvent profiter à tous les services, bien que, comme les ressources médicales, ces ressources « pluridisciplinaires » restent plus utilisées en ville du fait de leur proximité.

Les salariés non-médecins exerçant des spécialités en lien avec la santé au travail (ergonomes, toxicologues, épidémiologistes...) sont inégalement répartis entre le SST1 et d'autres services, de plus petite taille, qui offrent un confort d'exercice moindre à leurs médecins salariés.

Les directions de services décident de créer le GIE1, en 2003 pour homogénéiser l'accès des médecins du travail de leurs services à des ressources pluridisciplinaires, mais aussi, de plus en plus, dans une optique « pluridisciplinaire », pour homogénéiser les prestations rendues aux entreprises du département. Dans un premier temps, on mutualise les compétences en toxicologie, ergonomie, métrologie, présentes en interne dans les services ; dans un second temps, le GIE permet aux services de recruter ensemble des intervenants « pluridisciplinaires ». Le résultat est donc une « plateforme pluridisciplinaire » externe aux services. Le délégué régional du MEDEF porte ce projet de GIE, qui, selon lui, permet

---

<sup>428</sup> Cette expression est utilisée en entretien par Raphaëlle, médecin du travail au SST1.

notamment aux intervenants d'être moins « sous la coupe » des médecins que s'ils étaient embauchés directement dans les services<sup>429</sup>. L'évolution est donc manifeste par rapport à l'optique de conseil aux médecins, qui n'est plus leur raison d'être première : les ressources pluridisciplinaires sont avant tout des ressources pour les services.

Le GIE1 dispose d'une habilitation IPRP « personne morale » depuis 2006, ce qui lui permet d'embaucher ou non des professionnels habilités IPRP. Ce dernier choix est cependant le plus courant et les IPRP sont soit salariés du GIE1, soit directement salariés du service. Le bien-fondé du GIE fait débat au sein du SST1. Une fois les services fusionnés, il n'est théoriquement plus besoin d'une structure externe pour mutualiser les ressources. D'après mes entretiens, certains médecins, personnels de direction et IPRP trouveraient souhaitables que les IPRP rejoignent le SST1 et en soient des salariés à part entière. Les IPRP eux-mêmes revendiquent d'être intégrés au service. À titre de compromis, un statut spécifique leur est accordé qui leur permet par exemple de bénéficier des avantages du CE, mais toujours pas de toucher la prime que leurs collègues touchent en tant que salariés du service.

La fusion entre les différents services est donc préparée à la fois par le GIE1, qui met en commun les ressources pluridisciplinaires du service, et par un réseau régional dont on a vu qu'il était actif dans la promotion de la réforme. On verra que la mise en œuvre de la réforme des services, *via* le passage à un fonctionnement « pluridisciplinaire », qui se fait dans un contexte de fusion, demande tour à tour aux acteurs des efforts d'harmonisation sur un modèle préétabli (par exemple, des pratiques ayant cours dans un service avant la fusion et que l'on généralise) et une évolution commune des pratiques (quand des nouvelles mesures sont instaurées dans le service après la fusion).

\*\*\*\*\*

Craignant la pénurie de main d'œuvre médicale annoncée, des rapports ministériels<sup>430</sup> promeuvent une ouverture des services à de nouveaux acteurs. Sous leur impulsion, qu'ils soient touchés par le manque de main d'œuvre ou qu'ils l'anticipent, certains services font évoluer leur politique d'emploi et de division du travail alors que la réforme est encore en cours, soit pendant les premières années de la décennie 2000.

---

<sup>429</sup> Sucche Orlane, *La pluridisciplinarité en santé au travail. Construction et enseignements en région Nord-Pas de Calais*, mémoire de Master 2 « Pratiques et politiques locales de santé », Université Lille 1, 2010.

<sup>430</sup> Conso Françoise, Frimat Paul, « Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail » *op. cit.* ; Dellacherie Christian, Frimat Paul, Leclercq Gilles, « La santé au travail. Vision nouvelle et professions d'avenir », *op. cit.*

Les dirigeants du SST1 se montrent particulièrement actifs en ce sens car leur préoccupation de gestion prévisionnelle de leur main d'œuvre semble amplifiée par leur souhait d'influencer la loi en ouvrant la voie à de nouvelles formes de collaborations. L'originalité de leur démarche s'incarne dans une « pluridisciplinarité » organisée de manière duale. Premièrement, conformément à la législation, des intervenants pluridisciplinaires sont recrutés pour renforcer la prévention primaire. Deuxièmement, devançant la législation, d'autres changements sont intégrés aux évolutions en cours, et notamment la mise en place d'un système de délégation des tâches du médecin vers des infirmières « santé travail » et vers des assistantes « santé travail ». Si l'évolution pluridisciplinaire n'est pas attribuée officiellement à la pénurie de médecins du travail, ceux qui inventent de nouveaux rôles pour les secrétaires médicales et pour les infirmières ne dissimulent pas leur objectif de compenser un déficit de temps médical.

Le « niveau 1 » suppose que les secrétaires et les infirmières présentes dans les services se forment afin de légitimer l'évolution de leurs missions. Les nouveaux métiers ainsi créés pourront aussi être attractifs vis-à-vis de l'extérieur et permettre de renouveler le personnel des services de santé au travail. La justification de ces deux métiers repose sur le déficit de temps médical, et sur la nécessité qui en découle d' « économiser » ce temps. Ainsi, ils doivent permettre aux services de continuer à remplir leurs fonctions légales avec moins de médecins : le métier d'IST vient pallier un déficit de visites médicales obligatoires et le métier d'AST vient pallier le déficit de « fiches d'entreprises », également obligatoires.

Le second niveau correspond à un « pôle d'expertises » pluridisciplinaire : plus que de pallier le manque de médecin, il s'agit ici d'élargir le domaine d'intervention des services, surtout sur le terrain de la prévention primaire des risques professionnels au niveau collectif. Ces changements dans la division du travail créent des débats car ils ont des implications sur l'activité des médecins du travail et sur le fonctionnement global des services.

## Conclusion

Face aux évolutions de la loi, le milieu de la médecine du travail opère lui aussi, progressivement, une mue qui commence par des changements d'ordre symbolique. Les différentes parties prenantes (congrès de médecine du travail, instance de représentation des directions de service, syndicats) se renomment pour s'adapter à cette réforme dont ils sont à la fois les cibles et les instigateurs. D'un côté, les directions de service interentreprises sont enthousiastes, car la « pluridisciplinarité » les investit d'un rôle inédit dans la prévention en milieu de travail. De l'autre, l'histoire de la « pluridisciplinarité » ne s'écrit pas sans les médecins, dont les représentants nationaux s'inscrivent également pleinement dans la « santé au travail » et dans les groupes de travail qui font la réforme.

Ainsi, les acteurs de la santé au travail se rassemblent autour de la notion de « pluridisciplinarité ». Cependant, les objectifs affectés par les différentes parties prenantes de la réforme à cette « pluridisciplinarité » ne sont pas homogènes et l'utilisation de ce terme peine à dissimuler des dissensions portant sur les missions des services de santé au travail.

Le passage à l'échelon régional montre la pertinence de ce dernier dans une visée d'analyse de l'action collective de promotion de la réforme « pluridisciplinaire » des services. Le contexte régional de notre travail de terrain recèle des spécificités qui influent sur la trajectoire de la « pluridisciplinarité » dans cette région. Dans cette région industrielle où le travail est longtemps resté synonyme de risques d'accidents et de maladies mortelles, le patronat a très tôt pris des initiatives de prévention ou de traitement des maux touchant ses ouvriers. De plus, la médecine du travail, dans la région, se distingue par une formation reconnue et s'affirme comme pionnière vis-à-vis de la réforme de la médecine du travail. Le réseau institutionnel régional, lui-même « pluridisciplinaire », joue également un rôle prépondérant dans la promotion d'une « pluridisciplinarité » interne aux services de santé au travail. L'animation de ce réseau doit beaucoup à la personne du professeur local de médecine du travail, le Professeur L., et à l'Institut régional de médecine du travail qu'il dirige.

Enfin, le SST1 et les premiers changements d'organisation vers un système « pluridisciplinaire » qui s'y déroulent permettent d'appréhender plus concrètement cette évolution de la *médecine* du travail à la *santé* au travail. Le principe de « pluridisciplinarité » est une émanation de l'action publique, qui, en s'incarnant dans les organisations, se prolonge dans des initiatives managériales.

Les modalités de mise en œuvre de la réforme impliquent davantage que la mise en présence ou la coopération de différents acteurs ou disciplines. Le mode d'organisation

« pluridisciplinaire » s'accompagne de différents changements de fonctionnement des services de santé au travail : les missions sont désormais celles des services, la conduite de projet est privilégiée, la traçabilité et l'évaluation des activités des services de santé au travail sont des priorités. Le terme de « pluridisciplinarité », tel qu'il est employé dans les services, désigne avant tout un mode d'organisation, qui, contrairement au principe qui l'a inspiré, ne fait pas l'objet d'un consensus mais est sujet à débats.

### **Chapitre 3 : Réformer les pratiques au sein des services de santé au travail : un recadrage bureaucratique et marchand**

*Les entreprises ont envie de savoir où va leur argent. Et l'État a envie de savoir à quoi sert la médecine du travail...*

Julien, IPRP au SST1

L'action publique en santé au travail est indissociable des acteurs privés qui la mettent en œuvre. La médecine du travail n'est pas une institution administrative : elle se déroule dans le cadre privé d'associations paritaires, voire, pour les services autonomes, de l'entreprise elle-même. Cependant, elle est régulée juridiquement par l'État. Ainsi, on peut observer des similarités fortes entre la réforme de la médecine du travail et le mouvement global de réforme de l'État, notamment à travers le développement de partenariats et de programmes, mais aussi dans le renforcement du pouvoir des bénéficiaires<sup>431</sup> – dans ce cas, les entreprises adhérentes. Dans ce domaine comme dans d'autres, on peut mettre en relation une focalisation d'acteurs porteurs d'idées réformatrices sur les lacunes de l'action publique avec la diffusion d'une nouvelle rationalité de type économique dans la gestion publique<sup>432</sup>. En cela, la réforme de la médecine du travail fait écho au processus de réforme des hôpitaux aboutissant à la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », promulguée en 2009, qui opère une mutation vers un « hôpital entreprise »<sup>433</sup>.

La réforme de juillet 2011 dote les services de santé au travail (SST) de missions qui leur sont propres, alors qu'antérieurement les missions incombaient aux médecins du travail. Ce qui peut apparaître au départ comme une nuance modifiée en réalité en profondeur les logiques d'organisation de la médecine du travail. En effet, le SST devient responsable du travail accompli en son sein, de ses moyens, mais aussi de ses objectifs. Avec la réforme, les services se chargent désormais de mettre en scène la prévention des atteintes à la santé des salariés. Dans la définition de leur stratégie, ils s'appuient sur les orientations proposées par les plans nationaux et régionaux de santé au travail et sur un partenariat avec la DIRECCTE et la CRAM.

---

<sup>431</sup> Bezes Philippe, Demazière Didier, Le Bianic Thomas, Paradeise Catherine, Normand Romuald, Benamouzig Daniel, Pierru Frédéric, Evetts Julia, « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du travail*, vol. 53, n°3, 2011, pp. 293-348.

<sup>432</sup> Lascoumes Pierre, Le Galès Patrick, *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2012, p. 28.

<sup>433</sup> Voir notamment à ce sujet Pierru Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, 2007 et Danet François, *Où va l'hôpital ?*, Paris, Desclée de Brouwer, 2008.

Le modèle de la « bureaucratie professionnelle »<sup>434</sup> représentait jusque-là une forme d'idéal des services de santé au travail : des professionnels maîtres de leur propre travail, et une administration discrète, sur laquelle les professionnels ont également un certain poids<sup>435</sup>. Ce modèle, qui minimise l'influence de la hiérarchie, est remis en cause par la réforme : désormais, des décisions managériales s'ajoutent à des orientations venant de structures publiques et s'imposent à l'ensemble des salariés des services, médecins compris. Cependant, il ne vole pas en éclat : les médecins sont prompts à répliquer quand leur indépendance est menacée, ce modèle reste donc un arrière-plan dans la mise en œuvre des changements. La position des médecins au sein des services est ménagée : ils ne deviennent pas, du jour au lendemain, des salariés comme les autres. Comme dans d'autres secteurs qui évoluent vers la certification<sup>436</sup>, ils participent activement à la mise en place du « carcan » normatif qui les enserme progressivement.

Bien que la plus grande partie de mon travail de terrain se situe avant le dernier virage du tournant législatif qui a transféré les missions des médecins aux services de santé au travail – en 2011-2012 – celui-ci était déjà en cours de préparation, et les premiers textes de la réforme l'annonçaient. La sociologie de l'action publique suggère que l'analyse de la mise en œuvre permet de voir comment le programme public est approprié et pas seulement comment il a été conçu<sup>437</sup>. Cette « appropriation », dans le cas de la santé au travail, a lieu en parallèle du processus de réforme. En effet, sous la pression démographique, la mise en œuvre de changements et l'évolution législative des services sont concomitantes : certains services particulièrement touchés par le manque de médecins n'attendent pas la réforme pour changer leur organisation.

La réforme de la médecine du travail a, d'une part, introduit un système de mise en visibilité et de priorisation des actions menées dans les services, et, d'autre part, formalisé un fonctionnement « pluridisciplinaire » en mettant en place des normes de coopération. L'observation de plusieurs services, du SST1 en particulier, dans le cadre de la mise en place de premières évolutions organisationnelles, permet d'identifier ce processus de « gestionarisation » de l'activité. Ce processus ouvre la porte à une logique qui permet une

---

<sup>434</sup> Mintzberg Henry, *Structures et dynamiques des organisations*, Éditions d'Organisation, 1982.

<sup>435</sup> Les médecins sont consultés sur les décisions administratives qui concernent les services de santé au travail, notamment par l'intermédiaire du médecin coordinateur, mais aussi plus directement dans le cadre de diverses instances comme la commission médico-technique, qui malgré sa dénomination réunit surtout des médecins, ou, au SST1, les « réunions de secteurs ».

<sup>436</sup> La « certification » est l'aboutissement d'une démarche « qualité » par l'adoption de normes propres à un secteur donné.

<sup>437</sup> Lascoumes Pierre, Le Galès Patrick, *Sociologie de l'action publique*, op. cit., p. 27

marchandisation des activités menées en leur sein, qui prennent la forme de véritables « prestations ».

La première section traitera des enjeux d'harmonisation du SST1, à la fois en termes de fusion et de « pluridisciplinarisation » du service. En effet, la fusion entre différents services a été préparée en amont : une dynamique d'harmonisation des pratiques des différents services d'origine a déjà été enclenchée, avec l'aide du groupement d'intérêt économique (GIE) et d'acteurs régionaux tels que la DIRECCTE ou l'Institut de santé au travail local. La seconde section interrogera la manière dont ce processus d'homogénéisation des pratiques répond à une logique de standardisation de l'offre des services et d'autonomisation vis-à-vis de la sphère médicale. Enfin, la troisième section montrera que cette même harmonisation des pratiques permet aux SST de se positionner sur un marché de la santé au travail, en adoptant une logique de prestation de services.

## Section 1 : L'harmonisation des pratiques

L'évolution « pluridisciplinaire » des services entraîne des changements multiples. En plus d'assister à l'apparition de nouveaux acteurs qui viennent partager leur territoire (infirmières, ergonomes, psychologues, assistantes), les médecins voient leurs pratiques passées au crible dans une visée d'harmonisation au sein du service nouvellement fusionné – les services d'origine se muant en « antennes » du SST1, dont les modalités d'action se rejoignent progressivement par l'adoption de normes communes.

P. Marichalar a principalement analysé la problématique propre à la médecine du travail en termes de subordination et d'autonomie par rapport à l'employeur<sup>438</sup>. Dans cette section apparaîtra une dynamique similaire d'autonomie et de subordination du médecin du travail, mais cette fois vis-à-vis des programmes, des projets, et des priorités qui sont fixées à son action. Cette activité programmatique rapproche la santé au travail d'autres domaines dans lesquels l'activité médicale se retrouve recadrée par de nouvelles normes. Elle s'appuie cependant sur des compromis entre les partenaires sociaux relayés par une action publique devenue collective par le biais d'une logique de partenariat.

### 1. La « qualité » dans les services de santé au travail

---

<sup>438</sup> Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010)*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 2011.

Les normes « qualité », d'abord introduites dans les entreprises privées par le nouveau management à travers les processus de certification et de labellisation, envahissent le secteur public et associatif, et notamment le milieu de la santé<sup>439</sup>.

Au sein des services de santé au travail, ce sont les directions qui prennent l'initiative de les importer, par l'intermédiaire de la « démarche de progrès en santé au travail » (DPST). Cette démarche est impulsée par le CISME au début des années 2000. L'organisme se fait porte-parole de la « profession » et souhaite accompagner ses transformations, en se donnant pour priorité l'harmonisation des pratiques, comme l'exprime son directeur, Martial Brun, lors des journées du CISME de 2005 :

« Le danger pour notre profession, c'est la dispersion, la reproduction des mêmes réflexions et des mêmes solutions, toujours très coûteuses en temps et en argent. Cette hétérogénéité d'approches n'est pas le meilleur gage d'efficacité et contribue à entretenir le flou et les incompréhensions vis-à-vis de notre activité »<sup>440</sup>.

Selon M. Brun, l'harmonisation des pratiques *via* la démarche qualité, doit être orientée vers une satisfaction des bénéficiaires :

« Comment un employeur peut-il trouver crédible un système qui, pour ses deux succursales, propose deux cotisations distinctes, des prestations sur le milieu de travail différentes, une suggestion sur la classification en surveillance médicale renforcée divergente alors que les postes sont identiques, des explications sur la réforme différentes d'un service à l'autre... L'attente légitime des bénéficiaires d'obtenir une prestation cohérente de qualité, quel que soit l'endroit où s'exerce leur activité en France, invite la profession à partager et harmoniser ses pratiques »<sup>441</sup>.

Il s'agit donc de se montrer collectivement (ici, M. Brun parle de « la profession ») capable de cohérence et de rationalité, afin de gagner en crédibilité auprès des employeurs, et de leur offrir, sur tout le territoire, un service homogène. Cette « démarche », qui s'inscrit dans une visée de rénovation de la médecine du travail et de son image, est relayée par les directions de services qui souhaitent s'y engager. Si les discours et documents officiels ne le mentionnent pas, on peut également ajouter que la démarche qualité s'effectue dans un contexte où beaucoup de services de santé au travail ne sont pas en mesure d'être en conformité avec la loi : les visites périodiques ne sont pas honorées, faute de la main-d'œuvre médicale nécessaire ; dans certains services, une main-d'œuvre infirmière est utilisée pour pallier ce manque avant même l'officialisation de leur rôle par la loi (c'est le cas au SST2,

---

<sup>439</sup> H. Bertillot a plus particulièrement étudié l'introduction de ces nouvelles logiques et de ces nouveaux instruments à l'hôpital. Bertillot Hugo, *La rationalisation en douceur. Sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital*, Thèse de sociologie, IEP de Paris, 2014.

<sup>440</sup> Intervention de M. Brun aux Journées du CISME de 2005, document pdf consulté en ligne, [www.cisme.org](http://www.cisme.org)

<sup>441</sup> *Ibid.*

dont les infirmières n'ont alors pas l'autorisation de leur hiérarchie de communiquer sur leur rôle et que je ne peux par conséquent pas rencontrer en entretien). Les règles bureaucratiques sont alors subies. La qualité, dans ce contexte, se présente comme une démarche qui permet d'esquisser une nouvelle voie pour les services de santé au travail et de les tirer de l'impasse dans laquelle ils se trouvent. La critique de la visite médicale obligatoire et de son caractère bureaucratique peu efficace<sup>442</sup>, qu'ils jugent responsable de la rigidité du système actuel, fait place à l'élaboration d'un système centré sur une optique de résultats, qui prend pour objectif la satisfaction de l'adhérent.

Dans un document de présentation de la DPST datant de 2007<sup>443</sup>, les auteurs se demandent « comment évoluer vers la santé au travail ? ». Ils font tacitement le constat d'inefficacité du système antérieur mais ne rejettent toutefois pas toute réglementation. Ils mobilisent les lois qui permettent de proposer une autre conception des missions des services et promeuvent en cela une « révolution culturelle ». Ils affirment tout d'abord leur volonté d'adapter l'organisation des services aux exigences de la directive européenne de 1989 relative à la « pluridisciplinarité », soit à l'introduction d'un nouveau personnel dans les services, en sus des médecins du travail qui y sont traditionnellement présents. Cependant, dans ce texte, ce personnel n'est pas décliné en différentes professions ou spécialité, mais caractérisé avant tout par une mission commune. Selon eux, il devra, en accord avec l'esprit du texte de loi, focaliser son action sur « la prévention primaire, celle qui s'exerce sur le milieu de travail »<sup>444</sup>. De plus, une autre motivation au changement réside dans le fait que les employeurs ont désormais, depuis les « arrêts amiante » de 2002, une « obligation de sécurité de résultats » en ce qui concerne la santé de leurs salariés. Dans ce contexte, les services de santé au travail doivent « déployer une organisation et des prestations qui répondent à cet impératif »<sup>445</sup>. Les auteurs du document affirment ainsi la mise en conformité des employeurs avec la loi, dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, comme une des missions explicites de la « démarche de progrès en santé au travail ». Or, avec l'« obligation de sécurité de résultats », la simple délivrance de certificats d'aptitude ne suffit plus aujourd'hui à faire face aux exigences réglementaires. Ils anticipent donc une demande de la part des entreprises adhérentes en termes de conseils sur la gestion de leurs risques professionnels, et

---

<sup>442</sup> L'objectif de satisfaction du client et de rationalisation se construit fréquemment sur les cendres de systèmes perçus comme trop bureaucratiques et vides de sens, tels que critiqués par la sociologie des organisations. Le certificat d'aptitude constitue une cible idéale car son utilité sociale n'est reconnue ni par le public, ni par l'ensemble des professionnels qui l'effectuent.

<sup>443</sup> Source : Document « Présentation de la démarche de progrès en santé au travail », 2007, consulté sur le site Internet du CISME, [www.cisme.org](http://www.cisme.org), le 15 octobre 2013.

<sup>444</sup> *Ibid.*

<sup>445</sup> *Ibid.*

se proposent de répondre aux craintes des employeurs vis-à-vis de la pression réglementaire croissante. Ainsi, cette profession de foi en la « pluridisciplinarité » reste très évasive quant à la main-d'œuvre adéquate pour l'incarner. Il en ressort qu'il importe avant tout aux auteurs que les modalités d'action du médecin soient complétées par des intervenants qui répondent à d'autres objectifs.

Le CISME, par l'intermédiaire de la « démarche de progrès », encourage aussi une harmonisation des pratiques et des modes d'organisation *via* un regroupement des structures. Les auteurs du document déplorent que « la multiplicité des structures et l'indépendance culturelle des professionnels qu'elles emploient ne favorisent pas nécessairement la déclinaison d'objectifs de santé communs »<sup>446</sup>. Dans cet esprit, la fusion entre les services d'une même zone géographique est encouragée, ainsi que l'évolution des médecins vers une approche « pluridisciplinaire », dont on vient de voir qu'elle se limitait à l'idée de collaboration avec d'autres groupes, dont la qualité n'est pas spécifiée.

L'harmonisation de l'organisation des services a également pour objectif de les préparer, le cas échéant, à une future obligation d'accréditation de la Haute Autorité de Santé (HAS), en se dotant d'un modèle d'organisation à proposer. De la même manière, les auteurs suggèrent que cette démarche permettrait d'opposer des éléments concrets aux évaluateurs (la DIRECCTE) lors de la procédure d'agrément<sup>447</sup>. Ainsi, la démarche de progrès, dans la continuité de l'action du CISME, permet de fédérer les directions de service afin de dessiner un avenir à leurs structures qui soit en accord avec leurs attentes et avec les attentes exprimées par leurs adhérents – les employeurs.

Dans cette même optique, la DPST doit permettre de mettre en valeur l'activité des services, *via* la diffusion d'une « culture d'évaluation »<sup>448</sup>. Pour les auteurs du document, il s'agit d'améliorer l'image de la médecine du travail en rendant son action visible : « Nous n'avons pas toujours suffisamment su montrer les résultats de ce que nous faisons. C'est pourtant une condition nécessaire pour que les bénéficiaires, salariés et employeurs, ainsi que la tutelle, perçoivent l'impact de notre action. »<sup>449</sup> La DPST prévoit également des enquêtes

---

<sup>446</sup> *Ibid.*

<sup>447</sup> La réforme de juillet 2011 répond à cette initiative en stipulant que la DIRECCTE doit régulièrement présenter sa « politique d'agrément ». L'enjeu, pour les pouvoirs publics, est de réinvestir l'espace laissé vacant par le flou des politiques d'agrément afin qu'il ne soit pas abandonné uniquement à l'initiative des acteurs privés déjà organisés tels que le CISME.

<sup>448</sup> *Ibid.*

<sup>449</sup> *Ibid.* Notons ici que ce discours adopte un ton similaire à celui de la discussion retranscrite dans l'extrait de journal de terrain utilisé en accroche de notre introduction : l'organisme patronal reprend l'idée que les médecins du travail ont échoué à prouver leur propre utilité sociale. Ainsi, on peut penser que ce genre de discours trouve un certain écho au sein de la population de médecins du travail, prompt à culpabiliser à ce sujet.

de satisfaction auprès des salariés et des entreprises comme pouvant faire partie de l'évaluation « pour mesurer si, par rapport à un risque professionnel dont ils ont conscience, l'action menée par le service de santé au travail a répondu à leur besoin. »<sup>450</sup>

De plus, la conduite et l'évaluation de projets apparaissent comme des axes de la « démarche de progrès », en toute cohérence avec la politique régionale qui, on l'a vu, prône la méthodologie de la conduite de projet dans les services. Les initiateurs de cette démarche y voient un facteur potentiel d'économies de temps et d'argent *via* une approche méthodique des risques par branche et une mutualisation des informations. Ainsi, la « gestion en mode projet » des services fait l'objet d'une évaluation, notamment au niveau méthodologique, mais aussi au niveau des résultats, puisque chaque projet doit se rendre évaluable en prévoyant des indicateurs de résultats.

Par l'intermédiaire de la démarche de progrès en santé au travail, le CISME repense les évolutions organisationnelles des services de santé au travail en fonction de souhaits exprimés par leurs présidences et leurs directions. En ce sens, elle vient affirmer la présence d'un pouvoir politique et managérial au sein des services, qui se confronte au pouvoir des médecins. Elle apporte un discours gestionnaire qui affecte indirectement les pratiques médicales, sans pour autant révolutionner bruyamment les équilibres de pouvoir installés dans les services. Les procédures sont ainsi rédigées par les médecins eux-mêmes, dans la majorité des cas.

L'importance du tournant que constitue l'introduction d'une démarche « qualité » en santé au travail est minimisée, la démarche de progrès étant reléguée au statut de simple accompagnement méthodologique de l'évolution des services. Comme dans d'autres domaines, la qualité vient cependant affirmer la présence d'un pouvoir gestionnaire et lui fournit des ressources utiles dans sa confrontation au pouvoir médical. Le fait d'affirmer la prépondérance de l'usager (incarné par les employeurs adhérents) dans l'organisation des pratiques constitue une évolution qui dépasse le cadre méthodologique ou administratif auquel la qualité feint de se cantonner. Les médecins évoluent désormais dans des organisations qui ont formalisé leur action comme une réponse à une demande émanant des adhérents, ce qui constitue une contrainte nouvelle dans l'exercice de leur métier.

---

<sup>450</sup> Anticipant l'objection selon laquelle la satisfaction exprimée par les entreprises ne signifie pas forcément que la problématique de santé a été traitée correctement mais peut-être, par exemple, qu'elle l'a été à moindre coût pour elles, les auteurs distinguent les « attentes » des entreprises de leurs « besoins de santé au travail », qui se présentent comme des besoins objectifs à satisfaire.

## 2. Des pratiques hétérogènes à recadrer

Dès 2002, les premiers textes de la réforme promeuvent la rationalisation de l'activité des services de santé au travail. Cette tendance se confirme dans les textes suivants. La réforme porte l'idée d'un changement d'esprit de la médecine du travail, à travers le cadrage des pratiques hétérogènes des médecins, dans une visée de rupture avec un système jugé inefficace et peu attrayant pour les entreprises adhérentes. L'objectif est d'apporter plus de visibilité aux actions menées au sein des services, par davantage de transparence. Il s'agit également de systématiser un fonctionnement « pluridisciplinaire » et de mettre en place des normes concernant les modes de coopération.

### 2. 1. La fusion comme opportunité d'harmoniser les pratiques

Dans une visée d'harmonisation, la démarche de progrès en santé au travail portée par le CISME encourage le regroupement des services de santé au travail. Des processus de fusions de services interentreprises ont abouti à la fin des années 2000 à la création de structures importantes qui se substituaient à des organisations de tailles hétéroclites – les SST1 et 2 sont les fruits de ce mouvement. À la DIRECCTE, les personnes rencontrées estiment que ces fusions ont joué un rôle positif dans les possibilités d'harmonisation au niveau régional.

Pour Martine L., médecin inspecteur, moins de services de petite taille, c'est potentiellement moins de pratiques isolées et donc une plus grande visibilité de la DIRECCTE sur les pratiques :

*Alors ce qui est bien aussi, c'est que le paysage de santé au travail a complètement changé dans la région depuis deux/trois mois, parce qu'avant on avait... bon là actuellement, on va se retrouver avec huit gros services quoi. Actuellement, on a des regroupements et on va arriver à 4 grands territoires. Et donc on a... Le SST1, c'est le meilleur exemple d'un réseau : un regroupement déjà à l'intérieur des services et une taille suffisante pour faire des actions communes. Et la pluridisciplinarité, elle s'exerce déjà là, à l'intérieur. Alors, qu'avant, une de nos missions à nous, c'était justement de faire la liaison entre tous les services.*

Les fusions épargnent aux agents de la DIRECCTE des actions d'harmonisation entre les services de la région en assurant une mise en commun des pratiques. Au terme du processus de fusion, non seulement les pratiques sont plus lisibles pour la DIRECCTE, mais les orientations politiques peuvent également être diffusées plus facilement à une direction unique. De plus, la mise en place de projets au niveau régional trouve des relais dans les services de santé au travail sans qu'un nombre excessif de partenaires ne vienne compliquer les actions communes. D'après Martine, le service fusionné présente un fonctionnement en

réseau car il réunit des acteurs et consolide leurs « projets »<sup>451</sup> communs sous une forme plus durable.

En effet, les directeurs de services avaient mis en place des structures communes avant même leur fusion, ce qui l'a facilité. La fusion des services a notamment été anticipée *via* le groupement d'intérêt économique mis en place (que j'ai appelé GIE1), dont le rôle affiché est de mutualiser les moyens. Au sein du GIE, des salariés ont pu œuvrer à la diffusion de grandes tendances et manières de faire. Sébastien est au départ chargé de la qualité au SMT1, puis il est employé par le GIE1 au titre d'« animateur partagé » : son rôle est de diffuser la démarche qualité sur le reste de la région. Avant même la fusion, son action doit permettre de comparer les pratiques respectives et de les harmoniser en fonction des préconisations inscrites dans le guide organisationnel de la « démarche de progrès ». Il réalise un état des lieux de la « pluridisciplinarité » qui met en avant « les différences de prestations et de compétences, l'écart entre le réalisé et l'attendu »<sup>452</sup>.

Cependant, la fusion récente impose une harmonisation totale des procédures et vient donc bouleverser les démarches d'harmonisation préexistantes, qui étaient fondées sur des ententes au sujet de « lignes de conduite » et permettaient de conserver des nuances entre les centres, comme l'explique Sébastien :

*Jusqu'en 2010, j'avais un **guide organisationnel**, des plans d'action dans chaque service sur les sujets les plus importants, qu'on traitait en commun : dossiers entreprises, dossiers médicaux, examens complémentaires, etc. **J'essayais d'avoir une ligne de conduite commune** – on va dire ça comme ça. Alors la fusion a quand même marqué un point d'arrêt, **ça a bousculé cette démarche puisqu'on est rentré dans un processus d'harmonisation, mais cette fois-ci harmonisation complète. Et réorganisation complète du système. Donc moi, j'avais l'habitude de travailler avec des animateurs locaux, il y avait des référents qualité dans chaque service, une dizaine de personnes, on est passé à trois personnes. Donc ça a été un peu compliqué au départ, puis on a retrouvé nos marques. (...) Et puis il y a – il faut le dire – des jeux de rôle, aussi... Les personnes qui avant la fusion avaient un pouvoir ont essayé de « continuer à exister ». Et donc ça a été un peu difficile pour tout le monde, y compris pour la direction générale, de trouver ses marques et ses repères.***

Sébastien évoque des problématiques classiques de ressources humaines à la suite d'une fusion : certains postes sont redondants, notamment dans les équipes de direction, et chacun souhaite retrouver une place qui lui convient. De nouveaux acteurs apparaissent avec lesquels les salariés doivent composer, comme par exemple un service des ressources humaines – les directeurs de services de petites tailles, ou les médecins coordinateurs, selon les habitudes, jouaient un rôle dorénavant imparti à ce service. Les acteurs témoignent de leur

---

<sup>451</sup> J'ai pointé dans le chapitre précédent l'influence de la pensée par « projets » au niveau régional, analysé dans l'ouvrage suivant : Boltanski Luc, Chiapello Ève, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 2011 (1<sup>ère</sup> édition 1999).

<sup>452</sup> Cf. rapport d'activité du SST1 pour 2011.

réticence à faire appel à leur « DRH » et de leur frustration de ne plus avoir d'interlocuteur de proximité. L'intervention d'une responsable de formation est également perçue comme une intrusion dans les pratiques des médecins.

Annette, médecin du travail au SST1, l'assimile à un ensemble de nouveautés qui compliquent son quotidien tout en rapprochant le service qui l'emploie de la structure organisationnelle d'une « autre entreprise » :

*« Avant pour aller en formation, c'était simple, maintenant on doit rendre des comptes à Mme Laurier... On est à l'image des autres entreprises. Est-ce que c'est mieux ? je pense pas ! »*

Ainsi, d'après mes entretiens avec Annette et d'autres médecins, l'apparition de ces échelons administratifs aux statuts hiérarchiques flous envoie aux médecins le signal que leur action s'insère dans une organisation qui poursuit ses objectifs propres, et dont ils ne constituent qu'un maillon. Ils reconnaissent alors ces éléments, qu'ils côtoient au quotidien dans leur exercice de médecin du travail : le service de santé au travail se développe « à l'image » des entreprises adhérentes.

Les achats constituent également un domaine dans lequel la lourdeur administrative liée à la fusion pèse aux acteurs. Un médecin travaillant dans une antenne éloignée du siège se plaint de la difficulté qu'il a à faire fonctionner son centre au quotidien, notamment d'obtenir du matériel neuf ou de faire réparer du matériel défectueux (il prend l'exemple d'une ampoule grillée qui l'oblige à allumer ses phares de voiture pour pouvoir fermer le centre à clé). Ainsi, les médecins regrettent la souplesse qu'ils ont connue quand leur structure était plus légère et qu'ils avaient moins d'interlocuteurs, que ce soit dans leurs demandes de formations ou de matériel.

Une fois les services fusionnés, Sébastien travaille avec la responsable des ressources humaines à la rédaction de procédures de formation, d'accueil, de recrutement, et à une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. En ce qui concerne l'activité des groupes professionnels, des « protocoles d'interventions » sont mis en ligne sur l'intranet pour les assistantes santé travail et les IPRP. En outre, Sébastien explique que la démarche qualité est délicate à mettre en place dans un contexte de fusion, et que cette mise en place nécessite au contraire une certaine stabilité de l'organisation :

*La qualité, en fait, elle aide à mettre en œuvre, mais sur une organisation qui est tout de même stabilisée. Et lorsque vous avez des responsables d'activités ou de services qui ont du mal à y voir clair, à avoir une vision claire de leur service, de leur activité, de la manière dont ils vont fonctionner, vous ne pouvez pas faire de la qualité, ce n'est pas possible.*

Ces extraits montrent que la démarche « qualité » dépend en partie des négociations entre les différents acteurs, notamment les médecins qui peinent à s'entendre entre eux, mais également avec leurs employeurs. La démarche « qualité » est mise en suspens en attendant que des accords soient trouvés. Ces accords prennent d'autant plus de temps que le contexte législatif est toujours incertain : la réforme tant attendue n'arrive qu'en 2011 alors que les derniers services à rejoindre le SST1 le font en 2010 (une première vague de fusion a lieu en 2009).

## ***2.2. Enquêtes et réflexions : la construction d'une démarche d'harmonisation des pratiques***

Avec la fusion, le service est devenu un « paquebot »<sup>453</sup>, plus difficile à diriger. Les démarches gestionnaires sont de plus en plus présentes au sein d'une organisation qui emploie à la fois un grand nombre de médecins et un personnel « support » de plus en plus important. Par l'intermédiaire notamment de cette nouvelle main-d'œuvre, au moment de la fusion, le service lance des enquêtes sur les différents métiers présents dans les services, afin d'obtenir un « état des lieux » des pratiques actuelles et de recenser les craintes concernant la fusion et les propositions d'amélioration. Ces enquêtes participent du processus d'élaboration d'un « projet stratégique » pour le service.

La chargée d'étude, assistée d'une stagiaire, part à la rencontre des « assistantes santé travail », des « infirmières santé travail » et des secrétaires médicales. Les données recueillies doivent permettre à l'équipe de direction d'établir des « fiches de mission » harmonisées. Cette démarche, réalisée à l'échelle du SST1, a également cours dans d'autres services.

Au SST1, les médecins, contrairement aux autres groupes professionnels, sont avant tout approchés pour recueillir leurs « attentes et besoins (...) quant aux métiers de la santé au travail et la mise en place des équipes locales »<sup>454</sup>. Si leur statut à part ne permet pas au management de « mettre à plat » leurs compétences et les tâches qu'ils effectuent pour rédiger une « fiche de mission », les autres fiches réalisées ont un impact sur l'activité présumée du médecin. Certains médecins s'impliquent dans ces démarches initiées par la direction car ils perçoivent le processus d'harmonisation des pratiques comme une opportunité d'évoluer vers un rôle plus valorisant.

C'est le cas de Jean-Marc, le médecin « coordinateur pluridisciplinarité » au SST1. Pour lui, le temps où chaque médecin pouvait décider seul des orientations à donner à ses

---

<sup>453</sup> Cette expression est empruntée à Julien, toxicologue au SST1.

<sup>454</sup> Source : documentation interne au SST1, questionnaire à l'attention des médecins du travail.

pratiques professionnelles est révolu. La marge de manœuvre auparavant laissée aux médecins leur permettait de faire « chacun son art »<sup>455</sup>, ce qui, d'après son discours, comportait un caractère aléatoire, voire fantaisiste (les médecins pouvaient aller « dans tous les sens ») dont le système actuel ne peut plus s'accommoder. Selon lui, l'évolution « pluridisciplinaire » des services est l'occasion d'aller vers des pratiques plus cadrées, « plus fixées », reposant sur des protocoles « plus écrits » :

*On ne parlait pas d'harmonisation de pratiques, de mission de service, mais on voyait que se dessinait la nécessité de ne pas aller dans tous les sens, de ne pas dupliquer ce qui existait dans le cadre de la médecine du travail... Auparavant, le médecin était chargé d'une surveillance et il le faisait de façon... « Chacun son art ». Bien sûr, on applique le Code du travail, mais chaque médecin a sa façon de travailler dans un cadre défini par le service, avec des horaires, des vacances. Mais concernant les pratiques professionnelles... Rien n'est spécialement fixé. Tandis que pour des métiers en collaboration, il fallait travailler sur des pratiques professionnelles plus fixées, sur des protocoles plus écrits, puisque bon : collaboration des acteurs demande protocole d'intervention, qualité, suivi des interventions...*

Le discours de Jean-Marc montre que les enjeux d'harmonisation des pratiques ne tiennent pas uniquement aux regroupements qu'impose la fusion. Il s'agit aussi, pour le SST1, de cadrer davantage l'activité des médecins. Alors que jusqu'ici, notamment dans la démarche qualité, les discours d'harmonisation prétendaient avant tout viser un cadrage administratif de l'activité des médecins, Jean-Marc affirme ici le point de vue que le rôle d'un service dépasse celui d'un simple support logistique : les services doivent influencer sur la manière dont les médecins font leur travail. Selon lui, ce sont en particulier les exigences de « nouvelles collaborations » avec les acteurs introduits au titre de la « pluridisciplinarité » (infirmières, IPRP, assistantes) qui peuvent participer à réduire la marge de manœuvre des médecins dans leur propre activité. Son discours est révélateur d'une tendance dans les services mais il n'est pas représentatif de celui de ses confrères : le processus d'harmonisation présente bien des occasions de débats épineux dans lesquels les médecins veillent à leur autonomie.

### **2.3. Un processus d'harmonisation qui crée des tensions**

Les enquêtes menées sur les différents métiers mettent en avant une grande diversité de pratiques et de modes d'organisation au sein du SST1, notamment entre différentes « antennes » issus de services différents récemment fusionnés. Que faire alors de ces données qui indiquent une hétérogénéité des acteurs et des manières de faire ? Le processus de regroupement des services au sein du SST1 constitue une opportunité d'éradiquer certaines pratiques qui ne correspondent pas au modèle que la direction souhaite suivre. En période

---

<sup>455</sup> Expression issue de la citation qui suit, extraite de l'entretien effectué avec Jean-Marc.

d'expérimentation de la « pluridisciplinarité », les modalités de mobilisation de la nouvelle main-d'œuvre par les directions ou par les médecins font débat. Les pratiques des services s'y retrouvent soumises au jugement d'acteurs issus d'autres services (et, surtout, à celui d'une direction surplombante) et certaines sont condamnées. La fusion a ainsi servi de garde-fou à des pratiques qui étaient perçues comme contraires à l'esprit de la réforme ou aux missions du service. Par exemple, dans l'un des services devenu « antenne » du SST1, les assistantes « santé travail » effectuent pour les adhérents une prestation d'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels et du plan de prévention de l'entreprise. Cette prestation est critiquée quasi-unaniment mais les médecins ne se mobilisent pas pour qu'elle s'arrête. Mise en débat au sein du SST1, elle peut alors disparaître<sup>456</sup>.

Des querelles peuvent cependant émerger au sujet de « bonnes pratiques » qui, pour les différentes antennes, reflètent la norme imposée par le service « moteur », le SMT1. Il est notamment reproché à ce service de vouloir étendre des pratiques possibles dans un contexte urbain et relativement médicalisé à des bassins d'emploi plus pauvres en ressources médicales et en moyens de transport. Sébastien, le responsable qualité, interprète ainsi les craintes exprimées dans les antennes éloignées du centre urbain, suite à la fusion :

*« On va se faire « manger » par le SMT1, et nos pratiques pour nous qui sommes à V. ou qui sommes peut-être à G., donc plus éloignés, nos pratiques ne peuvent pas être les mêmes que celles de M. ; puisque le suivi de la santé au travail sur V. ça ne peut pas être le même qu'à M., à M. centre où les salariés ont peut-être un meilleur suivi de leur santé ; voilà nous à V. il faut qu'on continue telle pratique... ». En gros, une approche un peu de santé publique, par rapport à une application stricte de la santé au travail sur la métropole quoi.*

Les craintes dont parle Sébastien ne sont pas spécifiques au domaine de la santé au travail : les fusions et les démarches d'harmonisation constituent une occasion pour les groupes professionnels de défendre la spécificité et le bien-fondé de leur action par rapport à celle des autres. Ici, l'argument géographique est mobilisé et les spécificités de pratiques sont attribuées à des disparités sociales identifiées localement. Si la loi prévoit une prise en compte des « spécificités locales » via les plans régionaux de santé au travail, les acteurs jugent l'échelle régionale trop large et justifient certaines de leurs pratiques par une spécificité du bassin d'emploi dans lequel ils exercent par rapport aux bassins d'emploi voisins.

Ainsi, par exemple, les examens complémentaires effectués sont plus nombreux dans certains services que dans d'autres et les domaines couverts par la consultation médicale ou l'entretien infirmier sont plus ou moins restreints. Le contrôle du diabète est par exemple

---

<sup>456</sup> Voir en infra dans le chapitre 5, section 1, le développement sur la pratique d'assistance à la rédaction du Document Unique.

systematique dans certains services ou certaines antennes tandis que d'autres ne le pratiquent que dans certains cas spécifiques.

Hélène, secrétaire au SST1, m'explique aussi que l'harmonisation de la gestion des actions en milieu de travail des médecins pose problème à l'échelle du service fusionné. Tandis que certains médecins sont prêts à se battre pour que les secrétaires continuent à les aider sur ce point (prendre leur rendez-vous, gérer l'agenda de leurs déplacements en entreprise), pour d'autres, elle est encombrante et empiète sur l'espace de liberté que constitue le temps « action en milieu de travail » ou « AMT » :

*Ici, on assiste beaucoup nos médecins. On sait que ce n'est pas comme ça partout, mais pour nos médecins, si on revient là-dessus, ils ne seront pas d'accord. Par exemple, il y a des médecins qui ont confié à leur secrétaire de gérer leur AMT. Ça nécessite de rappeler plusieurs fois, les médecins n'ont pas le temps, on les aide à ce niveau-là. La secrétaire a la liste des entreprises où le médecin veut aller, elle a l'agenda des AMT et elle va fixer les rendez-vous au médecin dans les entreprises. C'est complètement transparent : soit ils sont en AMT, soit ils sont sur place, on les voit, on sait ce qu'ils font. Mais il y a des médecins qu'on ne voit pas et qui ne veulent pas qu'on ait un regard sur leur AMT !*

Ainsi, les pratiques des médecins déterminent les modalités de collaborations. Certaines pratiques reposent sur des habitudes opposées et difficilement conciliables et le processus d'harmonisation s'avère long et difficile. Les différentes conceptions des médecins en matière d'inclusion et d'exclusion de certaines pratiques, qui s'incarnaient jusqu'ici notamment dans différentes politiques à l'échelle de leurs services d'origine, rendent difficile l'élaboration d'une politique<sup>457</sup> pour le service fusionné. Dans ce contexte, la décision de fonctionner sur des consensus de médecins est remise en cause par certains médecins qui souhaiteraient que leur direction se positionne en affirmant sa propre politique.

Certains domaines sont plus délicats que d'autres à harmoniser : c'est le cas de la prévention des risques dits « psychosociaux », sur laquelle les médecins du travail sont divisés. Au SST1, la prévention des « RPS » ne fait pas l'objet d'un processus officiel d'harmonisation des pratiques. Un dirigeant du service affirme que sur cette problématique en particulier, « les gens en arrivent à ne plus faire le même métier, avec les mêmes objectifs »<sup>458</sup>.

Pour contrer cette dispersion, Édith est nommée, à sa propre demande, « référente » sur cette thématique auprès de ses confrères. Elle décide alors de la formation d'un groupe « RPS » qui sera destinataire de toutes les demandes « RPS » formulées par les médecins du

---

<sup>457</sup> Les différentes « politiques » des services renvoient à la définition par P. Hassenteufel du terme de « *policy* », soit « un programme d'action poursuivi de manière cohérente par un acteur collectif ou individuel ». Hassenteufel Patrick, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2008, p. 7.

<sup>458</sup> Source : entretien avec Bruno Maire.

travail, afin qu'elles soient étudiées collectivement<sup>459</sup>. Elle anime aussi un groupe sur cette thématique, qui rassemble un médecin de chaque antenne du service nouvellement fusionné, volontaire ou bien désigné par sa hiérarchie. L'objectif est d'assurer la présence d'un « référent » par antenne, et donc de constituer des relais locaux à l'action et au discours d'Édith. Les médecins ainsi positionnés ne sont pas toujours à l'aise. Si certains d'entre eux prennent cette expérience avant tout sous un angle pédagogique – elle leur permet d'apprendre des choses sur la prévention des risques psychosociaux – d'autres ne sont pas d'accord avec les idées diffusées par Édith et refusent de s'en faire les relais. S'ensuivent alors des conflits plus ou moins ouverts qui se soldent du départ de certains médecins. De mes entretiens avec différents protagonistes ressort le fait que, sur cette thématique, certains médecins jugent qu'Édith cherche à leur imposer une façon de faire – elle émet notamment un jugement sur les modalités de leur mobilisation des intervenants « pluridisciplinaires » au titre de la prévention des « RPS ». Édith, de son côté, est très affectée par ces résistances car les idées qu'elle promeut correspondent à des convictions personnelles très fortes.

Au SST2, Yves vit une expérience similaire à celle d'Édith. Il réunit un groupe de médecin qu'il constitue en « comité de pilotage ». Son objectif est d'abord de constituer une « bibliothèque commune » – ce qui témoigne de l'importance qu'il place dans l'écrit, qui se retrouve chez Édith. Cette « bibliothèque » rassemblerait des « documents et des outils », afin, me dit-il, que les autres intervenants ne puissent plus dire « que les médecins du travail ont mille façons d'aborder la question ». En entretien, je reformule ainsi sa phrase en utilisant le vocabulaire entendu dans les services :

B.- Pour harmoniser les pratiques ?

*Yves - Alors ça, ça a été un gros mot, et on me l'a reproché, donc je me méfie maintenant ! Parce qu'on a dit : « oui, ils sont d'accord pour le risque chimique d'harmoniser les pratiques, on passe par le toxicologue, etc., mais pour le risque psychosocial, ils ne veulent pas ». Bon. Donc toujours est-il que mon objectif c'était de créer un comité de pilotage qui aurait décidé de la mise en place des outils, etc. Comité de pilotage qui aurait travaillé avec des groupes de travail qui auraient fonctionné dans tous les secteurs, animés par des référents « risque psychosocial » – c'est-à-dire des médecins qui sont intéressés par la question, et qui vont mettre en débat la question du stress et du risque psychosocial avec leurs collègues. De remonter le maximum d'informations au niveau du comité de pilotage, faire le tri dans tout ça, et puis renvoyer les informations, de la documentation, des outils, de façon à modifier les représentations. C'était l'objectif, en fait, c'était de modifier les représentations.*

Pour atteindre son objectif de « modifier les représentations » en faisant pénétrer les idées diffusées par des articles scientifiques sur les « risques psychosociaux » au sein de son service, le comité de pilotage formé s'appuierait sur un réseau de médecins du travail

---

<sup>459</sup> Cf. infra, troisième partie.

référents locaux, selon un principe proche de celui du groupe de médecins « RPS » au SST1. Cependant, les médecins ont vu dans cette entreprise une volonté de leur imposer une certaine représentation des « RPS » qui n'était pas la leur, et ont alors remis en cause la légitimité d'Yves à les guider dans leurs pratiques, sur cette thématique. Yves est déstabilisé par ces réactions, auxquelles il ne s'attendait pas :

*Je me suis dit « je vais y arriver, quand même », parce qu'il y a des choses que l'on sait depuis 2001 et j'ai lancé ça en 2009-2010. On arrive à la fin de la décennie, ça va aller tout seul, les doigts dans le nez. Et ben non. Il y a eu 18 participants au premier comité de pilotage, 5 au deuxième comité de pilotage, 2 au troisième comité de pilotage. Alors moi, je me suis pris des claques : « ouais, il est dangereux, c'est un mec qui veut uniformiser les pratiques, etc. » ou « euh, non, moi le risque psychosocial je le traite comme je veux ! » ; bon, voilà.*

Pour Yves, ces réactions sont d'autant plus incompréhensives que la conception qu'il promeut repose sur des discours fondés scientifiquement et qu'il considère comme des acquis (« il y a des choses qu'on sait depuis 2001 »). De même, Édith regrette souvent que ses confrères « ne comprennent pas » le discours qu'elle leur propose, et le rejettent. Les discours sur les « risques psychosociaux » sont perçus comme des discours « idéologiques ». À ce titre, ils n'obtiennent pas de soutien unanime, contrairement à d'autres domaines qui regroupent des savoirs perçus comme unifiés et neutres<sup>460</sup>. La conception de la « pluridisciplinarité » et des modalités légitimes de mobilisation des intervenants sur cette thématique est au cœur du débat : Edith, on le verra, s'oppose fermement aux consultations individuelles des psychologues, tandis qu'Yves est un fervent promoteur de l'intervention ergonomique et de la « clinique de l'activité »<sup>461</sup>.

### **3. La formation comme outil d'harmonisation et levier de changement**

Les médecins du travail, comme tous médecins, ont l'obligation de se former tout au long de leur vie professionnelle. Au niveau régional, l'Institut de santé au travail, dirigé par le professeur L., utilise la formation comme vecteur de changement des représentations et des pratiques des médecins, mais aussi des autres professionnels impliqués dans les services, qui, s'ils ne sont pas obligés de se former, n'en sont pas moins les cibles de formations, qu'elles soient spécifiques à un métier ou ouvertes à plusieurs d'entre eux.

---

<sup>460</sup> Ainsi, les tentatives peu concluantes d'harmonisation des pratiques de prévention des RPS s'opposent à la facilité avec laquelle des « groupes toxicologie », dont la légitimité fait consensus, sont mis en place. Cf. infra chapitre 6, section 2.

<sup>461</sup> Cf. Infra. Dans la partie 3, les chapitres 7 et 8 reviennent respectivement sur les différences de positionnement des médecins et sur leurs conséquences en termes de division du travail de prévention des « RPS ».

La formation médicale continue (FMC) est rendue obligatoire pour tous les médecins par l'Ordonnance du 24 avril 1996, qui instaure également la création d'un Conseil national de la formation médicale continue, assorti de conseils régionaux, chargés d'en organiser le contenu<sup>462</sup>.

De plus, suite à la loi du 13 août 2004 sur l'Assurance Maladie, tous les médecins français doivent dès 2005 s'engager dans une démarche d'évaluation de leurs pratiques professionnelles (EPP)<sup>463</sup>. L'obligation de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles constitue une manière pour les pouvoirs publics de cadrer l'activité des médecins afin d'aboutir à des pratiques plus visibles et plus homogènes. Dans le cas de la médecine du travail, dont l'organisation relève du ministère du Travail, la FMC et l'EPP représentent indéniablement une manière de se rattacher à l'administration de la santé.

En 2009, la FMC et l'évaluation des pratiques professionnelles sont repensées et refondues dans un nouveau dispositif qui est entré en vigueur le 1er janvier 2013 : le Développement professionnel continu (DPC), qui a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ». Les médecins du travail, au même titre que l'ensemble des professionnels de santé, devront chaque année justifier de leur participation à un programme correspondant à des orientations nationales ou régionales, proposé par des organismes de développement professionnel continu.

Le management du SST1 mise très tôt sur la formation, à la fois comme vecteur de l'harmonisation des pratiques<sup>464</sup> et dans la visée d'une meilleure « gestion des compétences »

---

<sup>462</sup> Le conseil national est subdivisé en trois conseils : médecins libéraux, médecins hospitaliers et médecins salariés non-hospitaliers (dont les médecins du travail font partie) s'y regroupent. Au sein de ces conseils, des professionnels – représentants du conseil de l'ordre, de la profession, des organisations syndicales- et des représentants des organismes de formation délibèrent sur l'organisation de la FMC, tandis que des administratifs disposent de voix consultatives à ce sujet. L'obligation de formation médicale continue est confirmée par la loi du 4 mars 2002 qui précise que : « la FMC a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique ».

<sup>463</sup> Cette obligation, si elle s'applique à tout médecin, découle à l'origine d'une proposition du conseil national de la FMC hospitalière, qui voit en elle une manière d'améliorer les pratiques médicales en les comparant à des référentiels de « bonnes pratiques ». Ces référentiels, élaborés en concertation avec les trois Conseils nationaux de la FMC, sont édictés par la Haute autorité de la Santé (HAS). Le directeur de la HAS explique lors d'une conférence de presse que « l'enjeu, c'est que les médecins modifient leur pratique, qu'ils acceptent de se remettre en cause dans le sens d'une démarche qualité ». Cette citation est issue d'un article de Prieur Cécile, « Les médecins seront désormais soumis à une évaluation de leur pratique professionnelle », Le Monde daté du 1<sup>er</sup> juillet 2005.

<sup>464</sup> La démarche de progrès en santé au travail conseille également de s'appuyer sur la formation pour faire évoluer les pratiques dans le sens de la réforme. Voir le document « Présentation de la démarche de progrès en santé au travail », 2007, consulté sur le site Internet du CISME, [www.cisme.org](http://www.cisme.org), le 15 octobre 2013.

en interne<sup>465</sup>. Le directeur décide d'embaucher dès 2003 une responsable de la formation, Valérie, qu'il implique dans l'élaboration de sa politique de ressources humaines. Cette embauche se fait dans le cadre du GIE1, l'idée étant que Valérie puisse développer ses plans de formation pour l'ensemble des services membres du GIE. Elle témoigne des circonstances de son recrutement, qui permet de commencer une certaine harmonisation des pratiques à travers une politique de formation commune, avant la fusion :

*C'était vraiment un groupement qui permettait de mettre en commun des moyens humains et techniques. Donc j'ai été la première salariée officielle de cette structure. Et l'objectif... Parce que je lui ai dit : « Ce qui va être le plus intéressant, c'est de mettre en place des formations sur mesure. » Donc, quand il a compris ça, je lui ai dit : « Des formations sur mesure pour une si petite structure, ça va être difficile ». Donc, on a décidé de le déployer au sein des autres services en proposant une politique de formation commune.*

Le regroupement des services dans le cadre du GIE, puis la fusion, vont donc permettre de mettre en place une politique de formation « sur mesure », pensée par le directeur du SMT1 et sa responsable de formation. Ainsi, avant la fusion, l'influence du SMT1 et de son équipe de direction dépasse le cadre strict du service à travers la politique de formation mise en place au sein du GIE, comme le relate Valérie :

*À l'époque, avant la fusion des services, je mettais en place à peu près le même plan de formation dans tous les services, qui allaient de vingt à cent salariés. Donc même les vingt petits salariés de leur côté pouvaient bénéficier des mêmes formations et rencontrer les salariés des autres services de santé au travail. Ce qu'ils n'avaient pas forcément l'occasion de faire à l'époque puisque le GIE, ce n'était pas une fusion, c'était vraiment un regroupement de moyens.*

Valérie insiste sur l'aspect fédérateur et intégrateur des formations, qui ont constitué un lieu de rencontres pour des acteurs qui n'en avaient pas l'occasion.

Après la fusion, l'objectif d'harmonisation des pratiques devient explicite, avec notamment des formations imposées aux professionnels pour les mettre au diapason. Jean-Marc, en tant que coordinateur de la « pluridisciplinarité », vante ce qu'il appelle le « suivi de la professionnalisation des salariés » mis en place par le SST1.

*Si on doit faire une action qui est normée sur un protocole, il faut se dire : « Oui, mais pour cette action, quelle compétence je dois avoir et donc, quelle formation? ». Donc là on va avoir le protocole de l'action elle-même, le protocole de **la formation** et le suivi de la compétence. Donc sur chaque compétence, je dois avoir ma formation et ma validation de compétences. Je dois avoir après mon suivi de compétences. Donc là il y a une énorme qualité dans le suivi de la professionnalisation des salariés.*

Jean-Marc décrit un système qui s'attache à faire correspondre, pour chaque « action », une « compétence » et une « formation » à accomplir afin de « valider » cette compétence. Son discours diffuse une image fonctionnaliste de la formation, qui satisfait un besoin précis de

---

<sup>465</sup> Source : entretien avec Bruno Maire, directeur du SST1.

compétences, puis l'évalue, dans le cadre d'une organisation rationnelle de la main-d'œuvre. Ces formations ont cependant des fonctions plus symboliques, notamment celle de rassurer les médecins quant aux compétences de leurs collaboratrices et de pouvoir afficher une certaine compétence de ces nouvelles recrues, vis-à-vis notamment de la DIRECCTE et des entreprises adhérentes<sup>466</sup>.

De plus, au SST1, les médecins ont tendance à demander des formations très variées, profitant de la bienveillance de leur direction – et de leur statut d'emploi privilégié en période de « pénurie ». L'idée est alors de ne pas se contenter d'accepter les demandes de formations diverses et variées des médecins mais d'avoir une offre de formations à leur proposer – et à proposer aux autres professionnels présents dans les services – qui soit en cohérence avec la réforme attendue des services. Le programme de formation est ainsi directement lié à la mise en place du travail « pluridisciplinaire », avec notamment des intitulés du type « Travailler en équipe ».

La formation est un lieu essentiel d'harmonisation des pratiques. C'est aussi le lieu où s'élaborent et se diffusent les pratiques qu'on souhaite voir adoptées en interne et qu'on qualifie comme des pratiques « maison ». Certains professionnels sont ainsi formés à la formation dans leur propre discipline et vont à leur tour enseigner à leurs pairs cette approche choisie par le service. C'est le cas pour les assistantes (AST), comme me l'explique Jean-Marc :

*Il y a des AST formatrices qui sont « compétence technique spécifique formatrice », qui ont été formées à être formatrices, et qui donc vont sortir de leurs équipes pour aller former d'autres AST, et pour elles c'est hyper enrichissant. Pareil pour ce qui est fiche d'entreprise, former à la fiche d'entreprise, il y a sans doute une formation théorique, mais il y a surtout une formation pratique. Parce que quand on sort de l'école, on n'a pas forcément la pratique harmonisée « SST1 ». On vient aussi d'embaucher une AST qui vient d'un autre service. Elle a une compétence évidente, mais on doit la remettre sur un parcours de formation interne pour pouvoir travailler sur une pratique harmonisée.*

D'après le discours de Jean-Marc, les AST « formatrices » constituent des relais de la direction qui participent à diffuser la politique du service en termes de « bonnes pratiques » auprès de leurs collègues.

Par une politique de formation ciblée, les pratiques sont infléchies en fonction de critères discutés au niveau de l'équipe de direction, voire au niveau des instances régionales de la santé au travail auxquelles participent les membres de l'équipe de direction du service. Ainsi, le travail d'harmonisation des pratiques est effectué à la fois par des normes qui se

---

<sup>466</sup> Par exemple, on verra plus loin que les secrétaires sont formées aux examens complémentaires, parfois sur le tard, afin qu'elles aient une position plus légitime sur ce territoire.

présentent explicitement comme telles, édictées en internes, et par des formations qui n'ont une valeur normative que secondaire, la première valeur affichée étant éducative ou informative. Dans ce contexte, la « pluridisciplinarité » se développe, renforcée par ces relais qui agissent non pas seulement sur les règles, mais sur les représentations des pratiques et de leur légitimité – valorisation du travail en équipe, suggestion de tâches à déléguer aux infirmières, ou de diverses modalités de collaboration par exemple.

\*\*\*\*\*

Les instances dirigeantes du service se sont lancées dans le chantier de l'harmonisation avant la réforme « pluridisciplinaire » et avant même la fusion qui les a conduits à la tête d'un service de taille très importante. L'organisation de la « pluridisciplinarité » permet d'ajuster l'activité des médecins aux évolutions en cours. Les praticiens jouissant d'une indépendance technique reconnue, le management dispose théoriquement de peu de prise sur le contenu de leur activité. Le personnel en charge parle d'une négociation permanente pour faire accepter un changement aux médecins. Il s'appuie pour cela sur l'incitation (à la formation, à l'inscription dans des projets d'ampleur régionale), ou opère *via* un cadrage des activités des nouveaux collaborateurs des médecins (IPRP, AST, ou infirmières santé travail) qui impacte alors indirectement les leurs. On va voir maintenant que si l'harmonisation est promue avec autant de ferveur par les dirigeants du service, c'est parce qu'elle leur ouvre la possibilité d'inscrire doublement les activités menées au sein du service dans le cadre d'une politique globale de santé au travail, d'une part, et dans le cadre d'un « marché » de la santé au travail, d'autre part.

## Section 2 : Une harmonisation des pratiques qui s'inscrit dans une logique programmatique

La réforme des services porte depuis les premiers textes un discours de rationalisation de l'activité des services de santé au travail. Au niveau de leur mise en œuvre, cependant, les acteurs ne sont pas tous enclins à accepter cette tendance. Les instances régionales et les cadres du SST1 se demandent notamment comment faire changer le point de vue des médecins sur leurs propres pratiques afin qu'ils adoptent celles qu'ils leur proposent désormais, soit une inscription dans des programmes et dans des « projets » de « santé travail » incluant de nouveaux collaborateurs – ergonomes, toxicologues, épidémiologistes, assistantes « santé travail », « infirmières santé travail ». Pour obtenir cette précieuse docilité

des médecins du travail, indispensable à la mise en œuvre de la « pluridisciplinarité », ces « entrepreneurs de réforme »<sup>467</sup> convoquent l'intérêt général et s'appuient pour les convaincre sur un principe consensuel, celui de l'équité.

## **1. Créer le consensus pour une homogénéité des pratiques**

La nouvelle rationalisation des activités menées dans les services permet de repenser le service rendu selon deux objectifs : l'homogénéisation des services et l'harmonisation de l'activité développée en leur sein, au nom de la poursuite d'objectifs communs.

Le premier objectif d'homogénéisation permet de contribuer à la cohérence de la politique locale et nationale. Les services de santé au travail, partenaires des institutions publiques chargées de la prévention des maladies professionnelles, constituent un maillon des politiques menées et, en cela, ils ne sont pas entièrement libres de leurs actions. Les salariés des services de santé au travail sont invités à suivre des priorités fixées dans les plans nationaux et régionaux. Le second objectif d'harmonisation permet de rationaliser l'activité des médecins en fonction de l'impératif « pluridisciplinaire » et de penser l'action du SST comme une prestation de services aux entreprises. Les médecins du travail, dans leur diversité, doivent s'aligner sur la nouvelle norme de coopération entre les différents métiers au sein des services, faute de quoi, les entreprises qu'ils suivent n'auront pas accès à la même qualité de service. Ainsi, l'harmonisation des pratiques répond à des préoccupations politiques – l'inscription dans une démarche nationale et régionale de prévention –, et à des préoccupations marchandes relatives à la satisfaction des entreprises adhérentes.

### ***1. 1. Inscription dans une action publique de prévention et harmonisation des pratiques***

Les pratiques des médecins du travail, autrefois largement ignorées, font à la fois l'objet d'un intérêt des services qui les emploient et de l'État. Ces pratiques doivent être harmonisées sur un modèle qui semble faire l'objet d'un consensus entre les pouvoirs publics et les organismes patronaux.

---

<sup>467</sup> Bezes Philippe, Le Lidec Patrick, « Ordre institutionnel et genèse des réformes », in Lagroye Jacques, Offerlé Michel (dir.), *Sociologie de l'institution*, Belin, Paris, 2010, pp. 55-73.

Cette visée est diffusée au niveau régional par l'Institut et le professeur L., et s'incarne notamment dans la mise en place de projets et la valorisation d' « actions »<sup>468</sup> quantifiables et évaluables. Aude, médecin hospitalo-universitaire et collaboratrice du professeur L., vante un système qui imposerait aux médecins des « orientations stratégiques » à suivre :

*Je pense qu'il serait nocif que chaque médecin soit complètement maître des orientations stratégiques qu'il voudrait prioriser. Parce que ça dépendrait de ses affinités. S'il y en a un qui aime bien la toxicologie, il ne ferait que le risque chimique, un second qui ne ferait que du risque psychosocial, etc. Ce serait très inéquitable, et on ne prendrait pas le salarié dans sa globalité. Un salarié, c'est des risques, des nuisances, des conditions de travail, etc., dont il faut tenir compte. Et si on ne peut pas tenir compte de tout, il faut au moins que ce soit pareil pour tout le monde ! Je pense qu'il est sain que les orientations stratégiques de la santé au travail soient équitables pour chacun. C'est-à-dire que si on part du principe qu'on n'a pas le temps de tout faire, alors il est intéressant qu'il y ait des orientations stratégiques qui soient prises communément, collectivement.*

Ce type de discours témoigne d'une volonté d'alignement des pratiques médicales derrière des priorités fixées politiquement. Afin que le système soit équitable, le médecin du travail ne doit pas être maître des priorités de sa propre action. Les différences de pratiques et de sensibilités, qui jusque-là n'étaient pas remises en cause au nom de l'autonomie du médecin, sont à présent assimilées à une forme d'arbitraire injuste pour les entreprises et leurs salariés. Ici, c'est un principe fondateur du service public, l'égalité de traitement, qui est mobilisé pour justifier un cadrage politique des pratiques médicales.

Ces idées émanent d'abord des acteurs qui promeuvent la réforme et souhaitent que la modernisation de la « santé au travail » passe par une rationalisation de l'action des médecins. Au niveau du SST1, elles sont relayées par la direction et par le médecin que celle-ci a nommé « coordinateur de la pluridisciplinarité », Jean-Marc. Lors de notre entretien, il s'enorgueillit de la participation future de son service au projet « bien-être », que le professeur L. est venu présenter dans toutes les commissions médico-techniques des services de la région. Au sein de celle du SST1, vingt-huit médecins sur les trente présents ont accepté le projet, le service et ses salariés sont donc dorénavant impliqués. D'après Jean-Marc, ce mode de fonctionnement est amené à se généraliser et les médecins devront de plus en plus suivre des orientations qui viennent à la fois d'instances régionales et de leur service :

*Il faudra se poser la question : « Est-ce que par ce que je suis médecin je peux refuser certaines actions ? ». Et puisque la contractualisation oblige à des actions médicales, ben est-ce qu'en tant que médecin je peux dire : « Non, moi je ne fais pas les TMS, je ne fais pas les risques psychosociaux parce que ça ne m'intéresse pas ». Alors que les plans nationaux, les plans régionaux, la région attendent des acteurs*

---

<sup>468</sup> Notons ici qu'Aude parle d' « actions médicales » pour mettre en avant l'inscription des médecins dans des projets de grande ampleur et rompre avec la prépondérance des visites médicales individuelles (qui ne se présentent pas comme des « actions »). Ce vocabulaire rappelle le terme d' « action » tel qu'il est explicité dans l'ouvrage suivant : Lascoumes Pierre, Le Galès Patrick, *Sociologie de l'action publique*, op. cit.

Dans cet exemple, Jean-Marc affirme la primauté du pouvoir politique sur le pouvoir médical : au nom du bien commun, les médecins doivent s'aligner sur les politiques régionales et nationales. Sa proximité avec les médecins du travail, qu'il fréquente au quotidien dans le cadre du SST1, l'amène à formuler ces questions en anticipant les conflits potentiels et en admettant ainsi l'aspect contraignant de cette nouvelle manière de faire sur les pratiques des médecins.

Aude, qui est, de par son positionnement institutionnel, actrice de cette évolution, choisit au contraire de minimiser les conflits potentiels entre ce que veulent faire les médecins et ce que les politiques leur indiquent de faire. Pour elle, le fait de suivre une politique régionale ou nationale n'entre pas en contradiction avec l'autonomie des médecins :

*La perte d'autonomie, il ne faut pas la voir dans « je ne suis plus maître des stratégies globales », mais l'autonomie c'est de dire « dans mon activité du quotidien, est-ce que je suis encore libre d'aller et venir ? », « est-ce que je suis autonome et indépendant pour prendre toutes les décisions sans qu'on m'entrave ni qu'on ne me punisse, entre guillemets, de certaines de mes attitudes ? ». Mais qu'après on obéisse à un cahier des charges... Je trouve ça assez normal de dire : « voilà, en France le principal problème aujourd'hui, ou régionalement, c'est peut-être par exemple les cancers professionnels, ou les risques chimiques, ou encore les troubles musculo-squelettiques ou les risques psychosociaux, ou le bruit », j'en sais rien. Si c'est la principale chose, est-ce que c'est une perte d'autonomie que de dire « et bien cette année par exemple on travaille principalement sur ça, ou pendant deux ans ? »*

Aude redéfinit l'autonomie médicale selon des critères qui la rende compatible avec un « cahier des charges » qui indiquerait aux médecins les thématiques à privilégier. Elle et Jean-Marc se rejoignent sur le fait que l'hétérogénéité qui découlait de la définition, par chaque médecin, de ses propres priorités, a été dommageable à la spécialité<sup>470</sup>. Tous deux s'entendent sur la nécessité de cadrer une activité trop longtemps incarnée par les médecins du travail dans leur diversité. Ainsi, une cohérence entre la politique régionale et la politique du service est rendue possible par l'existence de médecins qui se positionnent (ou, comme dans le cas de Jean-Marc, sont positionnés par leur direction), comme des relais. En faisant référence au bien commun, ces médecins raccrochent les discours gestionnaires à une problématique typiquement « professionnelle » (au sens de la sociologie fonctionnaliste) –

---

<sup>469</sup> Notons à nouveau la mobilisation d'une rhétorique de l'action et de l'acteur qui s'inscrit dans l'« action publique ».

<sup>470</sup> Un parallèle est ici possible avec, dans la médecine thérapeutique, les critiques que les tenants de l'« evidence-based medicine » (EBM) opposaient à la tradition clinique, telles que rapportées par P. Castel et M. Robelet : « À ses débuts (aux États-Unis et en Grande Bretagne dans les années 1980), le mouvement de l'EBM attaquait de front les tenants du monopole du jugement clinique en mettant en évidence l'irrationalité de certaines pratiques médicales dont l'hétérogénéité n'était pas justifiée médicalement ». Castel Patrick, Robelet Magali, « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usage des recommandations de pratiques cliniques », *Journal d'économie médicale*, vol. 27, n°3, mai 2009, pp. 98-115.

celle de la recherche d'un équilibre entre l'intérêt propre à une profession et l'intérêt des bénéficiaires, que Parsons juge indispensable à l'ordre social<sup>471</sup>.

L'émergence de nouveaux cadres issus de l'action publique est concomitante à celle d'une rhétorique similaire, mais, cette fois, déployée spécifiquement à l'attention des entreprises adhérentes.

## ***1.2. L'objectif d'un service homogène rendu à tous les adhérents***

Les médecins sont les relais des interventions « pluridisciplinaires » en entreprise. Ce sont eux qui, identifiant un besoin d'étude de poste, feront appel à un ergonome ou à une « assistante santé travail », soupçonnant une organisation du travail pathogène, mobiliseront un ergonome ou un psychologue. Face à l'utilisation de nouveaux produits chimiques ou d'un nouveau procédé industriel, ils solliciteront un toxicologue pour en vérifier la toxicité. Souhaitant mettre en évidence une dégradation de la santé dans une unité ou un service auprès d'une direction d'entreprise, ils pourront faire appel à des compétences en épidémiologie.

Ce sont donc eux qui formulent des demandes d'intervention qui conditionnent l'activité des divers acteurs « pluridisciplinaires ». Que faire si les médecins ne répondent pas présents et s'abstiennent de prescrire des interventions? L'argument de l'équité, développé plus haut, est repris à son compte par l'équipe de direction du SST1 : non seulement les médecins doivent suivre des orientations fixées aux niveaux national et régional, mais ils doivent aussi suivre le mouvement de la « pluridisciplinarité » et faire appel aux IPRP présents pour compléter leur action dans les entreprises dont ils ont la charge.

L'objectif affiché du service est de faire en sorte que tous les salariés et toutes les entreprises bénéficient de prestations de qualité égale, afin de rendre le système plus juste. Or, les médecins doivent être volontaires pour faire partie des équipes, et ils sont également libres de prescrire des actions « pluridisciplinaires ». La contrainte exercée sur eux est alors indirecte. On reproche à ceux qui ne se fondent pas dans le schéma de la « pluridisciplinarité » d'empêcher leur effectif d'accéder à l'éventail des prestations fournies par le service. Géraldine reçoit les plaintes des adhérents dont les médecins du travail ne s'inscrivent pas dans les coopérations avec les IPRP. Elle déplore l'hétérogénéité des pratiques et les frustrations qu'elles créent chez les adhérents :

*Beaucoup d'adhérents ont dit : « Ah oui, ben très bien, mais comment on fait pour avoir un ergonome ? Ah bon, vous avez des ergonomes ? Ah, vous pouvez faire tout*

---

<sup>471</sup> Parsons Talcott, *The Social System*, New York, The Free Press, 1951.

*ça ! ». Voilà, donc il y a un gap entre ce qu'ils ont en entreprise et ce que peuvent faire certains médecins quoi ».*

Géraldine décrit les médecins comme des potentiels pourvoyeurs d'actions « pluridisciplinaires » qui se saisissent différemment des ressources mises à leur disposition (ici, les ergonomes), les rendant ainsi parfois hors d'accès pour les entreprises. Pour remédier à la situation et réduire ce « gap » entre les différents niveaux de prestations réalisées au sein du service, les médecins doivent être fortement incités à coopérer. Selon Jean-Marc, médecin coordinateur « pluridisciplinarité », le « professionnalisme » des médecins ne doit avoir qu'une seule visée : rendre à tous les adhérents un service homogène. À ce titre, l'adhérent est considéré comme un « client » :

*Le maître mot c'est le professionnalisme, hein. Et que le travail rendu soit homogène. Il est illogique qu'un salarié, une entreprise n'ait pas une prestation de base qui puisse être homogène quel que soit le secteur, quel que soit le médecin et quel que soit le bassin d'emploi. Le client comprend mal pourquoi, avec un médecin, on gère un type de services, et avec un autre médecin, on gère un autre type de services. Ce qui a souvent été un frein énorme à la médecine du travail. « Mon médecin, avec lui je ne peux pas avoir... » Donc aujourd'hui, on essaie d'harmoniser les pratiques et de trouver un consensus d'actions.*

Jean-Marc se situe ici sur le terrain de l'homogénéisation des pratiques de prescription – les disparités entre médecins ne sont pas « logiques » et les adhérents les « comprennent mal » – et du progrès, qu'il s'agit de ne pas « freiner ». Ainsi, le professionnalisme tel qu'il le définit s'appuie sur un souci de communication claire avec l'entreprise : il s'agit de lui dire à quoi elle peut prétendre en tant qu'adhérente, et de s'attacher à le lui fournir en fonction de ses besoins et de ses attentes.

En accord avec le médecin coordinateur, Philippe, mais aussi avec les discours du professeur Pierre L., la direction du service décide que toute intervention d'un acteur « pluridisciplinaire » doit faire l'objet d'une prescription du médecin, que le médecin est le « pivot » de l'équipe. Cependant, ce mot d'ordre est contourné. À l'origine, les entreprises qui constituent l'effectif d'un médecin ne peuvent en principe pas être pénétrées sans que celui-ci n'en fasse la demande. On considère aujourd'hui qu'obtenir son accord, voire simplement de l'informer, est suffisant. Ainsi, il arrive que les entreprises fassent directement appel aux IPRP et que le médecin soit « remis dans la boucle » *a posteriori*.

Cette situation, selon Jean-Marc, est une conséquence logique des lacunes des médecins en termes de prescription. Il admet que les interventions pluridisciplinaires doivent, dans « l'idéal », passer par le médecin, mais à condition que celui-ci joue le jeu et son rôle d'intermédiaire de manière satisfaisante, c'est-à-dire qu'il se montre bon prescripteur

d'interventions « pluridisciplinaires ». C'est donc moins l'autonomie des médecins qu'il défend qu'un nouveau professionnalisme axé sur des prescriptions d'actions « pluridisciplinaires ».

*Le médecin doit être une valeur ajoutée et non pas un frein à l'action. Il doit être dans une dynamique de prévention primaire. Et donc l'entreprise n'aura évidemment même pas l'envie de le court-circuiter, hein, s'il est vraiment un acteur reconnu au sein de l'entreprise. Et si l'entreprise le fait ou si on est en capacité de le faire, c'est peut-être aussi que les médecins n'ont pas su prouver leur dynamisme par rapport à la prescription de la pluridisciplinarité. Mais moi je suis assez d'accord avec Philippe Duroy que l'idéal, c'est de rester sur une prescription médicale, et de continuer à dynamiser nos médecins par rapport au travail en collaboration avec les IPRP. Mais il y a des médecins qui sont des petits prescripteurs hein, donc les entreprises qui sont peut-être aussi, dans certains cas, en difficulté.*

Le médecin peut ainsi agir comme un « frein » à la « pluridisciplinarité », ou comme un moteur, quand il la met en branle par ses prescriptions. Jean-Marc montre dans ce passage sa préoccupation quant à l'accès des bénéficiaires (les entreprises) à la prestation de service proposée par le SST. Il manifeste une certaine sympathie pour les entreprises qui sollicitent les IPRP directement, faute de pouvoir y avoir accès par l'intermédiaire des médecins.

Ainsi, l'« injonction au professionnalisme » qui vient du management est relayée par des médecins qui travaillent à faire accepter cette nouvelle conception du métier par leurs confrères. Cette injonction, si elle est combattue, dispose aussi de relais internes, car les médecins sont loin d'être un groupe homogène.

## **2. Le fonctionnement par projets : de la politique régionale à la pratique des services**

### ***2.1. Une méthodologie en rupture avec la médecine du travail traditionnelle***

Au niveau régional, l'Institut de médecine du travail est très actif dans la promotion du fonctionnement par projet. D'une part, il relaie la méthodologie de conduite de projets à travers de nombreuses formations. D'autre part, il emploie des « chargés de projets » qui ont pour rôle d'assister les médecins des différents services régionaux qui souhaitent travailler en groupe sur des thématiques spécifiques.

Les salariés de l'Institut se proposent d'inculquer aux médecins du travail une nouvelle manière de penser leur métier et son efficacité, en donnant moins de poids aux visites médicales et davantage aux actions menées en entreprise. Pour cela, la méthodologie de projets, rarement maîtrisée par les médecins, est identifiée comme un axe de développement, de renouvellement et d'amélioration des pratiques médicales, comme me

l'explique Laurent, chargé d'études :

*La santé travail faisait énormément de visites médicales mais très peu d'actions en entreprise et quand elle faisait des actions, c'était de façon sporadique, au cas par cas, alors que là on leur proposait de monter des actions collectives avec formations, avec groupes de projets pour les soutenir derrière, avec une évaluation des projets, une communication, une valorisation de leur production. Donc là, il y a toute une méthodologie qu'on a pu utiliser pour former toute la santé travail à ... un mode opératoire finalement, une façon d'entrer en matière en entreprise et de pouvoir construire des projets et les affiner surtout, obtenir un résultat.*

Laurent décrit un véritable changement de paradigme qui serait enfin orienté vers une recherche de « résultats », à l'opposé de visites médicales et d'actions en entreprises « sporadiques » et peu organisées.

Au sein du SST1, cette façon de travailler est mise en avant car elle permet de toucher les petites entreprises, dans lesquelles l'action du service est souvent peu visible. Monter des « projets » par branche (les garages, la restauration, l'hôtellerie, la coiffure, l'esthétique, par exemple, sont autant de domaines constitués de très petites entreprises – moins de dix salariés) constitue une volonté affichée du service : l'essentiel des adhérents est en effet constitué de très petites entreprises (TPE). Dans ces entreprises, les médecins ont rarement l'occasion de mener des actions en milieu de travail et les prestations qui leur sont offertes se limitent aux visites médicales, qui sont, en ce qui concerne les périodiques, de plus en plus difficiles à assurer. De la même manière, les interventions collectives des IPRP, ergonomes, psychologues ou toxicologues, touchent en grande majorité les grosses entreprises ou les moyennes, mais très peu les petites où il n'est pas facile de rentrer.

## ***2.2. Une satisfaction des médecins impliqués***

Tous les médecins du travail ne s'impliquent pas dans des projets collectifs, mais ceux qui le font apprécient cette manière collective d'effectuer leur « action en milieu de travail ». Ces projets représentent une opportunité de socialiser son activité, en partageant le même objectif, alors que la pratique de la médecine du travail est souvent solitaire.

Pour ce qui concerne les petites et moyennes entreprises, beaucoup de médecins regrettent le manque d'échanges entre pairs sur des cas similaires. Par exemple, quand plusieurs médecins suivent des filiales différentes d'une même entreprise, ou encore dans le cas d'une branche professionnelle aux risques bien spécifiques (les pressings, les coiffeurs, par exemple). Leur isolement les uns des autres les amène à effectuer un travail qui a déjà été réalisé par un confrère et donc à perdre leur temps. Le fonctionnement par projet permet de travailler sur les risques inhérents à une branche et de capitaliser des informations.

Ce fonctionnement est apprécié à la fois pour son aspect rationnel, car il crée moins de déperdition d'informations, et agréable, pour les liens qu'il permet de créer. Corinne, médecin du travail au SST1, me l'explique ainsi :

*J'ai la chance de travailler sur un projet régional dans la filière bois, de prévention des risques professionnels. C'est un projet qui est financé par la région, j'y travaille officiellement depuis janvier 2009 – et donc ça, ça me permet de faire du travail d'équipe, de travailler beaucoup avec les gens du SST1 – et une équipe pluri parce que je travaille avec une toxicologue, une ergonome, il y a une assistante santé travail, une chargée de projet... C'est très riche.*

Corinne estime que sa participation au projet est une « chance » qui permet d'enrichir son quotidien professionnel : il s'agit bien d'un confort d'exercice, qui lui permet de sortir de son isolement habituel. Elle apprécie sa collaboration avec la chargée de projet, Aurélie. Celle-ci s'occupe à la fois d'obtenir des subventions pour des projets, et de les suivre et de les coordonner, une fois financés. Elle m'explique qu'un médecin joue toujours le rôle de « chef de projet » car il maîtrise le fond, mais que la conduite de projet lui est largement déléguée :

*Dans les groupes de travail, il y a toujours un médecin qui est chef de projet, souvent c'est celui qui est à l'initiative et donc il est motivé, moi je suis juste accompagnatrice. Mais dans les réunions, on se partage l'animation. Le boulot de coordination, c'est moi qui le fais, faire des relances, faire des documents martyrs, ce genre de choses, des comptes rendus aussi. Mais c'est quand même le médecin qui porte, ça passe mieux. Aux yeux des autres médecins, c'est plus légitime et puis moi j'y connais rien, en santé travail, je ne suis pas une pro. J'ai des connaissances, je me documente, mais si il y a un nouveau projet qui sort, je ne vois pas les salariés en visite et je ne vais pas observer les conditions de travail, donc...*

Aurélie œuvre à dynamiser la conduite de projets, ceux-ci étant souvent assimilés à des activités nouvelles et innovantes, mais peu productives. En effet, selon les cadres de direction, l'appui institutionnel au niveau régional est impuissant à accélérer le déroulement des projets et à s'assurer de leur opérationnalité.

### **3. Le fonctionnement par projet remis en cause**

#### **3.1. Des « groupes de travail » peu productifs ?**

Mes entretiens avec l'équipe de direction du SST1 témoignent d'un point de vue mitigé sur le fonctionnement par projet. Par exemple, Géraldine, la responsable de ressources humaines, encourage ces projets mais se montre critique sur plusieurs aspects de leur mise en œuvre :

*Alors pourquoi ces actions collectives par secteur d'activité sont difficiles ? Encore une fois : indépendance ; et puis je fais dans mon coin et je ne regarde pas ce que fait mon voisin. Là aussi, il faut un minimum d'esprit d'équipe pour établir des projets collectifs. Alors il y a quelques initiatives, mais je trouve qu'il n'y en a pas*

*des masses. Ils vont dire que c'est par manque de temps, par manque...*

B : Et Aurélie, quel est son rôle ?

*Clairement, c'est de les aider à se coordonner ! Maintenant ce sont des projets qui se déroulent sur de longs mois, de longues années. Enfin, l'année dernière j'étais sidérée... J'étais en journée médicale et on a le docteur J. qui a présenté un site Internet à destination des artisans peintres. Donc super. Et il nous informe que ça fait dix ans qu'il travaille dessus. Ben j'ai trouvé ça super long, dix ans pour monter un site... J'ai trouvé ça long !*

D'après Géraldine, certains médecins continuent à rester isolés, ce qui limite l'ampleur des projets par branche. En effet, les projets ne sont jusqu'à présent que proposés aux médecins et ils n'ont pas l'obligation de participer. De plus, la conduite de projets dans les services est telle que ceux-ci peuvent prendre de nombreuses années avant d'aboutir au moindre résultat. L'embauche d'une chargée de projet doit contribuer à améliorer l'efficacité des groupes et leur réactivité, y compris une fois l'enthousiasme de la période de lancement retombé.

Pour certains cadres du service, la méthodologie de projet prônée par l'Institut est peu opérationnelle et ne se soucie guère du « terrain ». D'après eux, elle aboutit davantage à des réunions sans fin qu'à des résultats concrets. Ainsi, les projets apparaissent comme un confort d'exercice que le service accorde aux médecins, comme le discours de Céline l'avait suggéré plus haut.

Pour me décrire les bonnes conditions de travail des médecins au SST1, Aude, médecin hospitalo-universitaire, mentionne les « groupes de travail », qui constituent une « marge de manœuvre » dans des emplois du temps largement remplis par les consultations. Selon Aude, un service qui offre cette possibilité à ses médecins fidélise ainsi sa main-d'œuvre :

*Pourquoi les médecins participent à autant de groupes de travail ? C'est financièrement coûteux, pour des trucs qui ne rapportent pas toujours au service de santé au travail. Sauf que c'est une bouffée d'oxygène pour certains médecins, qui disent : « Ben moi, je suis investi dans beaucoup de choses, ça diversifie mon activité, donc je reste là parce que j'ai cette liberté-là. Je ne suis pas obligé de faire X vacations de consultations dans la semaine, on me laisse cette marge de manœuvre ».*

En utilisant le terme de « groupes de travail », Aude distingue d'une part le fonctionnement par projet et par priorités, que l'Institut encourage et qu'elle décrit comme une modernisation de l'activité des services de santé au travail, et d'autre part, ce qu'en font les services de santé au travail sur le terrain, soient des activités collectives qui ne débouchent pas sur des résultats concrets mais qui sont utilisées pour limiter l'isolement des médecins absorbés par leurs consultations. Selon les universitaires, le travail « par projet » n'en est qu'à ses balbutiements et deviendra, à terme, la principale modalité d'intervention des services de santé au travail.

### **3.2. Les projets comme contraintes sur l'activité du médecin**

Les médecins qui apprécient le fonctionnement par projet y voient une marge de manœuvre dans un quotidien professionnel routinier et solitaire, dominé par les consultations individuelles. Ils le plébiscitent pour sa fonction de lien social et y voient, enfin, une opportunité de mise en commun et de rationalisation de leur activité dans les petites entreprises. Cependant, tous les médecins n'apprécient pas les priorités imposées par ces projets. Le fait que l'activité des médecins du travail ait tendance à devenir de plus en plus programmatique et puisse dépendre de financements publics pose problème à certains d'entre eux, qui envisagent leur métier tout autrement.

Pour Miriam, médecin du travail au SST3, devoir travailler sur des thématiques fixées de l'extérieur constitue bien une perte d'autonomie. En effet, elle inscrit son activité dans les interactions quotidiennes qu'elle a avec les salariés et ne souhaite pas se conformer à des programmes préétablis afin de rester disponible pour les bénéficiaires, les salariés qu'elle reçoit :

*On ne peut pas imaginer de faire un espèce de grand bulldozer qui prendrait en charge de façon concertée... des plans d'action collectifs comme le veut la DIRECCTE, le ministère et tout et tout, avec le plan, les machins... Si on veut répondre à tout le monde, on ne s'en sort plus, les questionnaires, les plans d'action... Alors on en fait par-ci par-là, on participe... mais on ne peut pas tout faire.*

Ainsi, comme Miriam, certains médecins du travail refusent de calquer leur action sur les thématiques identifiées aux niveaux national ou régional comme étant prioritaires.

De plus, si certains projets sont portés par des médecins et subventionnés par la région, d'autres semblent avant tout découler des missions dévolues au service dans sa globalité et non plus particulièrement aux médecins. Ces projets, parmi lesquels des projets par branche ou par risque, mobilisent alors surtout les professionnels non-médecins comme les assistantes ou les IPRP. Cependant, les entreprises suivies par les médecins du travail sont les cibles de ces projets de prévention, ils y sont donc indirectement impliqués. Au SST1, Véronique, une AST, explique que les projets sur lesquels elle a été impliquée « n'étaient pas forcément liées aux demandes des médecins ». Elle pouvait intervenir ponctuellement en entreprise au titre du service de santé au travail et non de sa collaboration avec le médecin qui suivait les entreprises en question.

\*\*\*\*\*

Le fonctionnement par projet, en plus de sa valeur en termes de fidélisation des médecins, permet de sceller des partenariats avec la région et de conforter les liens entre les services de santé au travail et d'autres parties prenantes comme la DIRECCTE ou la CARSAT. Pour les services, il reste alors à rendre ces projets le plus attrayants possible afin d'en faire un atout vis-à-vis de leurs adhérents. L'emploi d'un personnel dédié à la « conduite de projet » permet à la fois de faciliter l'inscription des médecins dans ces projets et de dynamiser leur fonctionnement. Cependant, l'ampleur que prend la tendance à la programmation de l'activité des services et au fonctionnement par projet dépasse l'activité des médecins : les services s'inscrivent dans des projets et les médecins s'y retrouvent donc impliqués sans être au cœur de ces dispositifs. Les nouveaux personnels des services, en particulier les assistantes santé travail, jouent un rôle essentiel dans cette évolution, qui touche aussi bien le fond que la forme des actions menées au nom du service de santé au travail.

Dans cette évolution, on peut voir un changement de logique en faveur de la satisfaction des entreprises adhérentes. Le service imagine, dans cet esprit, un nouveau mode de fonctionnement qui se fonde sur des prestations « pluridisciplinaires ». En effet, les pratiques, une fois standardisées, sont davantage susceptibles de se présenter comme des prestations de service. L'échange de prestations est repensé au SST1, où il se fera désormais par deux biais : celui, traditionnel, d'une adhésion obligatoire et celui, plus novateur et encore en cours d'expérimentation, d'un financement complémentaire pour des actions de prévention ponctuelles menées par des intervenants « pluridisciplinaires » – ce dernier marque l'ouverture des services de santé au travail à une logique de marché.

### Section 3 : Du « devoir d'adhérer » au « droit à la prestation »

Dans le rapport du CISME de 1987 cité par P. Marichalar<sup>472</sup>, les auteurs font le vœu de « passer d'une médecine du travail passive et subie à une médecine du travail au moins pour partie active et voulue, perçue comme un coût certes, mais aussi comme un apport pour l'entreprise et ses salariés »<sup>473</sup>. Le coût de la médecine du travail pour les entreprises est donc

---

<sup>472</sup> Voir infra. J'ai exposé dans le chapitre précédent le contexte de la volonté de « démedicalisation » de la médecine du travail portée par le CISME, organisme regroupant les directions de services et représentant les intérêts patronaux. Marichalar Pascal, « La médecine du travail sans les médecins? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Politix*, vol. 23, n°91, 2010, pp. 27-52,

<sup>473</sup> *Ibid.*, p. 36.

une préoccupation de l'organisme patronal, qui a à cœur de présenter une contrepartie à la cotisation afin qu'elle se présente enfin moins comme une charge que comme une dépense utile.

Les services 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. Dans la rhétorique des dirigeants de services, les adhérents ont droit à certaines prestations. Cette nouvelle contrainte, qui doit canaliser les efforts de leurs salariés, est un sous-texte fondamental à l'analyse de la mise en œuvre de la réforme « pluridisciplinaire » des services de santé au travail. Au SST1, elle prend la forme très concrète de la distinction de deux types de prestations « pluridisciplinaires » : celles qui sont incluses dans la cotisation, et celles qui sont vendues aux adhérents en sus de leur cotisation (ou, dans certains cas, à des structures qui ne sont pas adhérentes<sup>474</sup>).

## **1. Des entreprises peu satisfaites**

On a vu que le discours sur la normalisation et l'harmonisation des pratiques mobilisait la notion d'équité : pour la même cotisation, il est juste que les entreprises obtiennent un traitement équitable. Voyons maintenant d'où vient cette préoccupation pour la satisfaction des adhérents et le virage que prennent les services de santé au travail vers une logique de prestation de service.

Ce traitement, ainsi que la communication qui l'accompagne, font l'objet de réflexions d'autant plus poussées que les entreprises expriment leur mécontentement face à la raréfaction du suivi périodique des salariés. D'après les entretiens, le moment de l'année où le service envoie son courrier d'appel à cotisation est un moment délicat où de nombreux chefs d'entreprise se manifestent, parfois de manière agressive. Certains refusent de payer la cotisation qui leur est demandée car ils estiment n'avoir bénéficié d'aucune manière de leur adhésion dans l'année qui a précédé. Thomas, membre de l'équipe de direction, relate ainsi les plaintes qu'il reçoit des adhérents :

*On se fait engueuler par les adhérents qui payent pour un truc qui... hein. Les médecins, dès qu'il y a des médecins qui partent, nous on doit bien trouver des*

---

<sup>474</sup> Dans la situation de monopole sur un territoire des services de santé au travail, ces structures non-adhérentes peuvent être des organismes publics, atteints par l'intermédiaire d'une réponse à appel d'offre, ou encore des entreprises se situant sur un secteur géographique couvert par un autre service de santé au travail – ces prestations dépassant le cadre réglementaire strict de la santé au travail, les intervenants peuvent, dans ces cas encore très rares, se positionner comme des consultants classiques.

*solutions pour les entreprises et les répartir, et qu'il y ait un médecin attribué, donc on se fait engueuler. Euh... Enfin, sur tous les sujets c'est un peu difficile quoi, la transition n'est pas marrante. Enfin je caricature, mais j'ai beaucoup de courriers recommandés. Parce que, par exemple, ils ont payé et ils n'ont pas leurs visites à jour ; ils ont eu l'inspecteur du travail qui a dit qu'ils n'avaient pas leurs visites à jour ; après parce que le médecin a mis une inaptitude et ils ne comprennent pas pourquoi ; ils veulent un centre mobile, parce qu'on est trop loin d'eux...*

D'après le discours de Thomas, c'est suite à des relations conflictuelles avec les adhérents, dans un contexte où leur satisfaction est rendue délicate par le manque de médecins, qu'une réflexion en termes de satisfaction-client se développe. En réaction aux critiques des employeurs mais aussi, plus globalement, pour tenter d'améliorer l'image dégradée de ce qui est resté aux yeux du public « la médecine du travail », le service promeut la « pluridisciplinarité » comme nouvelle modalité de présence sur le terrain, qui ne repose plus uniquement sur le médecin.

Certains médecins sont décontenancés par la notion de « satisfaction-client » et par sa connotation marchande. D'autres, qui sont venus à la médecine du travail dans un esprit de prestation de service aux entreprises, le sont moins. C'est le cas de Jean-Marc, qui a pris des responsabilités dans le service en tant que « coordinateur pluri » et revendique une culture d'entreprise héritée d'une expérience professionnelle passée qui « teinte » sa conception des missions d'un service de santé au travail.

*Après de ces entreprises, j'ai appris les notions de service, de prestation, de client... Sur le marketing, on répond à l'attente. Et je pense que tout ça, ça m'a malgré tout... « Teinté ». Ben, « au nom du client » quoi! Donc, la nécessité, dans des associations de médecine du travail, d'être malgré tout en tant que médecin derrière les salariés à les aider par rapport à des pathologies professionnelles. Mais en même temps, dans un service de santé au travail, on a collectivement des missions à remplir, qui ne correspondent pas à du commercial sans doute... Mais on a quelque part une relation de service et de service à rendre et on doit peut-être, dans le cadre d'actions collectives, être mieux marqués comme étant des référents. On porte une enseigne après tout. Et on n'a pas forcément suffisamment travaillé sur notre image en santé au travail, pour prouver que collectivement aussi, la santé au travail pouvait être un interlocuteur valable.*

Pour Jean-Marc, ce qu'il a appris de ses expériences en entreprises est importable au domaine de la santé au travail. Dans l'extrait ci-dessus, il admet son rôle de médecin dans l'assistance des salariés « par rapport à des pathologies professionnelles », mais semble privilégier un second aspect de son activité professionnelle : la poursuite de « missions collectives » dont il admet à demi-mot le caractère commercial, centré sur une « relation de service », un « service à rendre ». À l'image des « *team workers* » que décrit E. Draper dans son ouvrage sur les médecins d'entreprise aux États-Unis, Jean-Marc est fidèle à l'organisation qui l'emploie : il « porte une enseigne » et s'inquiète de la revalorisation de son image.

Par ailleurs, l'obligation d'adhérer, liée à la délivrance de certificats d'aptitude

obligatoires, perdure malgré les fréquentes remises en cause de la pertinence de l'aptitude. Malgré tous les efforts possibles en termes de communication de la part du service, les tentatives de « changement des mentalités » ou du regard vis à vis de la santé au travail sont donc largement entravées par la survivance de l'aptitude. Le service tente tout de même de rénover cette image en instaurant l'idée d'un *droit* à la prestation, amené à se substituer au *devoir* d'adhésion et de cotisation : c'est le principe du « forfait santé travail »<sup>475</sup>.

## 2. Le système du « forfait santé travail »

Le service met au point un système qui distingue une prestation de base de prestations plus poussées. C'est la clé de voûte d'une nouvelle stratégie du service, qui se met en place progressivement à partir de la fusion mais a été réfléchi en amont au sein d'un groupe réunissant les futurs services fusionnés.

Le « forfait santé travail » désigne tout ce à quoi donne droit la cotisation de l'entreprise. Le terme de « forfait santé » est emprunté au vocabulaire des assurances ; il a été pensé pour apparaître aux yeux des employeurs comme une contrepartie concrète et rassurante de leur adhésion au service de santé au travail. Ce forfait désigne un ensemble de prestations relativement homogènes. Pour l'équipe de direction, il se présente comme un outil d'harmonisation, comme l'exprime ici Bruno Maire :

*L'idée, c'est d'offrir le même niveau de prestation à tous les adhérents du SSTI, et de pouvoir, en complément... alors des compléments parfois financiers même, d'avoir d'autres prestations qui sont proposées.*

Selon ce discours, le système du « forfait » propose donc une base et des extras. On constate que si le terme de « forfait » est novateur, ce qu'il recouvre correspond aux pratiques qui ont cours depuis longtemps dans le service : l'activité du médecin du travail, celle de l'infirmière et de l'assistantes santé travail sont englobées dans ce forfait. Son premier intérêt est de réunir et d'unifier sous un même terme ces pratiques, souvent jugées hétérogènes. Ces prestations ne s'inscrivent pas sur un marché concurrentiel mais, comme la médecine du travail en son temps, dans le cadre d'un monopole. En ce sens, elles ne sont pas marchandes<sup>476</sup>.

Cependant, la référence à un « forfait » provoque une opportunité de mise en marché

---

<sup>475</sup> J'ai ici choisi une expression respectant l'esprit du terme utilisé dans le service, afin de contourner son utilisation.

<sup>476</sup> L'échange de cotisations des entreprises contre un suivi de santé de leurs salariés fondé sur un principe de prévention, propre à la médecine du travail et qui se prolonge dans les services de santé au travail, se caractérise par la poursuite d'une justice « commutative » qui implique des obligations mutuelles de chaque partie, en dehors d'une logique concurrentielle. Billaudot Bernard, « Justice distributive et justice commutative dans la société moderne », Journées de l'Association Charles Gide, Université Toulouse 1 Capitole, Juin 2011.

des prestations car elle permet de nommer, en creux, des prestations « hors forfait », sur le modèle d'un service de base et d'un service complémentaire.

Il donne aussi sens à la distinction entre « équipes locales », dont le maître mot est la proximité et qui offrent à l'entreprise des services compris dans son adhésion, et « pôles d'expertise », qui ne sont pas sectorisés mais peuvent être mobilisés au cas par cas, selon un système de devis qui permet une éventuelle facturation supplémentaire. C'est ce que m'explique Bruno Maire :

*On a un forfait santé chez nous, qu'on est en train de développer. En disant : « voilà, je paie une cotisation, j'ai droit à quoi ? ». Un peu comme les mutuelles, si on veut. J'ai le droit à une paire de lunettes tous les deux ans, je peux avoir le droit à quatre jours d'ergonome ou quatre jours d'IPRP, je n'en sais rien. Et puis... si je fais faire des dents, ben ouais, je n'ai que 80% de remboursés. Et peut-être que si je fais de la toxicologie, je n'ai que 80% de remboursé. C'est un peu le même principe. En disant : « on participe à beaucoup de choses » ; et puis il y a 100%, 100%, 100% ; et puis quand je suis hospitalisé plus de 4 jours, et bien je n'ai plus que 60%. Donc c'est un peu la même réflexion en disant : « je ne peux pas tout financer à tout le monde »!*

La comparaison utilisée entre les services de santé au travail et les mutuelles aide à concevoir une dépense supplémentaire des adhérents dans une optique de partage, de mutualisation, et non dans une optique de profits, qui ne colle pas avec l'image des services de santé au travail. Pourtant, les mutuelles facturent rarement en sus de l'adhésion mais ont des polices plus ou moins avantageuses en fonction des besoins de chacun – et des moyens investis dans l'adhésion. Ici, la surfacturation vient masquer le fait que plus on dépense d'argent, plus les prestations seront complètes et mieux l'adhérent sera couvert. Comme dans le cas des mutuelles « complémentaires » aux prestations sociales, la logique va être de réduire le régime « de base » afin de libérer de l'espace pour que le marché puisse s'exprimer.

Ainsi, le choix stratégique du « forfait » implique une réflexion et un débat sur ce qui est inclus dans la cotisation et ce qui ne l'est pas. Le SST2 s'épargne ce débat en incluant toutes les prestations proposées dans le montant de sa cotisation, connu comme étant élevé par rapport à la moyenne. Le choix de ne pas inclure dans l'adhésion toutes les prestations du service, et de ne pas augmenter le coût de l'adhésion m'est présenté comme répondant au principe de l'équité. Les petites entreprises forment l'essentiel des adhérents ; or, elles sont de loin celles qui mobilisent le moins les prestations de « pluridisciplinarité experte ». Bruno Maire me présente ainsi les arguments qui l'ont fait pencher vers le principe du « forfait » plutôt qu'une augmentation du montant de l'adhésion :

*C'est pas évident de savoir ce qu'on offre à l'entreprise et ce qu'on n'offre pas. Alors le SST2, ils ne se sont pas posé la question, ils ont augmenté leur cotisation, ils offrent tout. Ils offrent la pluri, tout ce qu'on leur demande, les formations secourisme, ils offrent tout, eux... Clairement, ce qu'on dit nous, c'est que 80 % de*

*nos adhérents sont des petites entreprises et ne bénéficient pas de tout ça.*

En tant que directeur de service, Bruno Maire explique qu'il ne pourrait pas justifier l'augmentation des cotisations auprès d'employeurs qui ne bénéficient encore pas tous de la « pluridisciplinarité » – notamment les petites et très petites entreprises – et qui attendent encore des visites médicales. Le système du « hors forfait » s'adresse avant tout aux entreprises de taille importante et leur permet d'accéder à des prestations diverses.

Ici, on voit que l'idée d'égalité de traitement comme principe de « service public » est difficile à transposer en médecine du travail. En effet, si les salariés sont les bénéficiaires, ils appartiennent à des structures tellement diverses qu'elles ne pourront pas, de fait, avoir accès au même type de prestations. Tout comme les médecins du travail font moins d' « action en milieu de travail » dans les petites entreprises que dans les entreprises de taille importantes<sup>477</sup>, qui en font la demande, les prestations « pluridisciplinaires » s'y déploient également majoritairement. En cela, elles constituent le prolongement de l'action en milieu de travail du médecin et peuvent difficilement pallier son absence dans les TPE.

Ainsi, le principe propre au service public d'égalité de traitement butte car les entreprises adhérentes n'ont pas toutes les mêmes moyens et ne sont, donc, pas toutes traitées également. Le « hors-forfait » permet d'assumer cette inégalité de traitement en en faisant supporter le coût aux entreprises qui le décident, tandis que l'augmentation de la cotisation permet de conserver la fiction de l'égalité de traitement entre des entreprises disparates – en se maintenant à l'écart d'un système concurrentiel.

De plus, comment s'assurer que le temps consacré au « hors forfait » ne viendra pas progressivement empiéter sur les prestations comprises dans l'adhésion, au détriment du plus grand nombre ? Au moment où j'ai mené mes entretiens, on parlait de prestations « hors forfait » ou encore de « co-financement » (le financement de l'intervention étant seulement en partie couvert par la cotisation, la somme restante est à la charge de l'entreprise, en sus de son adhésion). L'idée d'opposer au « forfait » des « pôles d'expertise » était en train d'émerger. Selon la plaquette du SST1, les « pôles d'expertises » sont constitués de « spécialistes » auquel le médecin peut faire appel en supplément du « forfait ». Ainsi, le développement du système de « co-financement » est en lien direct avec celui de la « pluridisciplinarité », car ce sont les interventions des acteurs « pluridisciplinaires » qui pourront être surfacturées.

---

<sup>477</sup> Voir Mias Arnaud, Legrand Emilie, Carricaburu Danièle, Féliu François, Jamet Ludovic, *Le travail de prévention. Les relations professionnelles face aux risques cancérigènes*, Toulouse : Octarès, 2013. Les auteurs identifient une situation paradoxale dans laquelle le médecin « intervient essentiellement en milieu de travail lorsque les entreprises le sollicitent, ce qui est généralement le fait des grandes entreprises, déjà sensibilisées à la démarche de prévention, mais aussi les moins dépourvues en la matière », p. 156.

### 3. Un arbitrage entre la mutualisation et le co-financement

#### *Encadré 3 Les différents statuts d'emploi des intervenants « pluridisciplinaires »*

Les IPRP peuvent être embauchés selon trois modalités différentes.

D'une part, ils peuvent être embauchés par le service interentreprises lui-même. Dans ce cas, le cadre réglementaire de l'activité des services s'applique aux interventions menées au titre de la « pluridisciplinarité », qui tombent donc sous le coup du contrôle social opéré par la DIRECCTE (dont on a vu que la portée était limitée). Après avoir employé ses premiers intervenants « pluridisciplinaires » dans le cadre du GIE2, le SST2 choisit cette option. Le choix d'intégrer les prestations « pluridisciplinaires » dans l'adhésion est probablement corolaire de cette décision.

D'autre part, les IPRP peuvent être embauchés par un « groupement d'intérêt économique » ou GIE, qui est étroitement associé à un ou plusieurs services de santé au travail, géré par son directeur, et peut également faire des bénéficiaires. Au commencement de la « pluridisciplinarité », le développement de ces structures a éveillé la méfiance des médecins et des syndicats, qui y voyaient – non sans raison – un moyen de contourner le contrôle social propre au cadre réglementaire des services de santé au travail<sup>478</sup>. Les premiers GIE se justifient en particulier, comme au SST1, par une volonté de mutualisation de moyens « pluridisciplinaires », que ces moyens soient matériels ou humains. Au SST1, le GIE est l'employeur de la plupart des IPRP, certains d'entre eux étant toutefois directement embauchés par le service – ces deux modalités d'emploi se répartissant selon une logique qui échappe aux acteurs eux-mêmes, et qu'ils regrettent<sup>479</sup>.

Enfin, ils peuvent être embauchés dans une société à but lucratif qui a une activité mixte : ses employés peuvent à la fois être sollicités par des médecins du travail issus d'un ou plusieurs services de santé au travail avec lesquels la structure collabore ou par toute entreprise (qu'elle soit ou non située sur le secteur de ces services de santé au travail). C'est le cas au SST3, où les ergonomes rencontrés décrivent une activité « en pluridisciplinarité » et une activité plus traditionnelle de prestation de services aux entreprises, dans un cadre marchand (elle propose des formations, des prestations d'assistance juridique, par exemple).

Dans ces deux derniers cas, des structures privées à but lucratif permettent de contourner la réglementation propre à la prévention en santé au travail, et offrent donc des opportunités de mener des activités marchandes en relation étroite avec l'activité non-marchande qui se déroule dans les services.

La délimitation du « forfait » relève aussi d'une pratique d'harmonisation au sein du service fusionné puisque les différentes politiques des services en matière de financement de la « pluridisciplinarité » étaient jusqu'à présent hétérogènes. Le « forfait » est donc une mesure forte du SST1 fusionné, qui doit servir à mettre tout le monde sur la même ligne en ce qui concerne le financement des actions « pluridisciplinaires », comme me l'explique Jean-Marc.

*Bon, on avait donc des politiques de cofinancement, de gratuité, de mutualisation qui se mettaient en place. Sur M., par exemple : c'était plutôt du gratuit la pluridisciplinarité, mais quelques actions étaient payantes. C'était plutôt – selon l'avis de la Direction – un dialogue avec les médecins, c'était au cas par cas. Sur T., il y avait une enveloppe qui pouvait aller jusqu'à 1500-2000€ par entreprise. Une enveloppe d'abord de gratuité puis un pourcentage qui était à payer par les entreprises quel que soit le coût d'action.*

<sup>478</sup> Quérueu Nathalie, « GIE en santé au travail, quand le doute s'installe », *Santé et travail*, n°49, 2004, p. 14-17.

<sup>479</sup> On verra au chapitre 6 que les disparités de modalités d'emploi peuvent créer des divisions entre les IPRP, notamment dues aux différences de salaires.

*Bon, sur F., on a une politique qui était plutôt à la carte, en fonction du dialogue avec le médecin, avec le principe que l'identification était notre mission, et était donc plutôt mutualisée, alors que les cofinancements étaient possibles sur l'aide à l'évaluation des risques. Et l'accompagnement de projet était plutôt au moins du 50-50, au niveau de la prise en charge financière. Toujours dans un dialogue avec le médecin prescripteur : on donnait l'information à l'IPRP sur ce qu'estimait le service comme coût à payer par l'entreprise et comme coût à payer par les services de santé au travail. Donc des politiques qui se mettaient en place, hein, dans les différents services par rapport aux actions pluri et une technique de responsabilisation des acteurs.*

Dans le discours de Jean-Marc, on voit que par opposition aux nouvelles pratiques de « cofinancement » de la « pluridisciplinarité », les anciennes pratiques (selon lesquelles la seule participation de l'entreprise est sa cotisation) sont requalifiées : il parle de « gratuité » des actions « pluridisciplinaires ». L'arrivée des IPRP oriente les services de santé au travail vers des prestations, qui, si elles ne sont pas systématiquement facturées, sont du moins considérées comme potentiellement facturables, tandis que les visites médicales sont pensées comme une contrepartie de l'adhésion. C'est ce qui ressort du discours de Bruno Maire :

*Qu'est-ce qu'on a pour la cotisation ? Le suivi santé travail, l'aide à l'identification des risques, les informations, les sensibilisations. C'est ce qui est compris dans la cotisation. Et après... on a mis ici nos pôles d'expertise, ça ne veut pas dire que ce n'est pas dans la cotisation, mais en tout cas ça mérite peut-être arbitrage. Bien sûr tout ce qui est suivi médical ça sera dans le cadre de la gratuité parce qu'on est dans le cadre de l'aptitude, mais ici en supplément le médecin peut faire appel à d'autres spécialités.*

Pour justifier la « gratuité » du suivi médical, Bruno Maire invoque « le cadre de l'aptitude ». Malgré l'accent mis sur la prévention primaire et sur le suivi collectif, ce « cadre » constitue le service minimum que peuvent attendre les entreprises. Bruno Maire reconnaît ici que les certificats d'aptitude conditionnent toujours l'adhésion des entreprises à sa structure, et que les autres actions apparaissent, en comparaison, comme des actions satellites.

Quand les actions se situent au-delà de ce qui est inclus dans le « forfait », au-delà de la « mission » du service (que Jean-Marc situe dans « l'identification » des risques), il est délicat de déterminer à quelle hauteur les entreprises doivent participer, et suivant quels critères. Les échanges financiers qui accompagnent la mise en place de la « pluridisciplinarité » font donc l'objet de différentes « politiques ». Au-delà de ces politiques, un arbitrage est souvent opéré en fonction des moyens disponibles (souvent jugée en fonction de la taille de l'entreprise) et de la nature de l'intervention. Ces décisions abritent également des objectifs de profit derrière des considérations morales : il s'agit de

« responsabiliser les acteurs »<sup>480</sup>.

Si la division entre « forfait santé travail » et « pôles d'expertise » donne l'impression que l'intervention des IPRP est systématiquement facturée comme une prestation dépassant le cadre du « forfait », c'est loin d'être le cas. Les interventions des IPRP, en deçà d'un certain nombre de demi-journées qui leur sont consacrées, ne font pas l'objet d'un paiement de l'entreprise. Délimiter le contenu du « forfait » consiste concrètement à déterminer un nombre de demi-journées maximum d'intervention dans le cadre du forfait. Au-delà, le temps passé par l'expert sera facturé, au moins en partie, à l'entreprise, en sus de sa cotisation. Ainsi, les interventions seront calibrées en fonction de cette division entre forfait et « hors forfait ». Au moment où se déroule notre enquête, les décisions concernant la participation des entreprises au financement des interventions « pluridisciplinaires » reposent sur une argumentation au cas par cas des médecins et des IPRP en faveur de leurs entreprises, comme l'explique Yvette, médecin du travail au SST1 :

*Donc : « préparez-moi un argumentaire sur chaque action concernant la pluridisciplinarité : pourquoi, quels sont les... ». Alors la reformulation de la demande. Donc la direction attendait de moi qu'on reformule précisément la demande, le contexte et le bénéfice attendu. Et donc simplement mon avis. Sans que ce soit un avis qui freine... Enfin, la direction n'a pas à s'opposer mais simplement, on a à réfléchir ensemble. Et donc le médecin prescripteur également par rapport à sa prescription, sur l'intérêt de le faire.*

Les interventions « pluridisciplinaires » pourront donc, d'une part, être prévues comme pouvant rentrer dans la cotisation. C'est le cas quand la problématique rencontrée est bien ciblée et que les IPRP ou le médecin estiment qu'une courte intervention suffira à y répondre, mais aussi quand on estime que l'entreprise en question n'accepterait pas une intervention plus approfondie, pour des raisons financières ou « culturelles » (en PME par exemple). Elles pourront d'autre part être conçues comme des interventions qui dépassent le cadre de la cotisation, notamment quand la problématique rencontrée semble nécessiter davantage de temps et que l'entreprise est d'une taille assez importante pour disposer d'interlocuteurs et de structures adéquates (responsables des ressources humaines, CHSCT) pour mettre en place le plan d'action requis par l'intervention (par exemple, des groupes de travail, et/ou un comité de pilotage).

Les médecins doivent ainsi défendre, auprès de leur direction, le principe de « gratuité » d'une intervention qu'ils estiment nécessaires, et dont ils pensent que la facturer

---

<sup>480</sup> Notons ici que la « responsabilisation des acteurs » est un crédo utilisé pour réformer l'hôpital. N. Belorgey met en avant les discours moralistes portés par les réformateurs, qui, en pointant des dysfonctionnements, portent également des « diagnostics politiques ». Belorgey Nicolas, *L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public »*, La Découverte, Paris, 2010, pages 38 et 43.

pourrait bloquer l'entreprise. Les IPRP peuvent aussi participer à ce travail d'argumentation. En l'absence d'argumentation du médecin ou de l'intervenant, c'est la direction du SST1 et du GIE1 qui décide de l'éventuelle participation financière de l'entreprise et fixe son montant. En effet, l'intervention des IPRP est, quoi qu'il en soit, facturée par le service au GIE. C'est ensuite le GIE qui facture, ou non, une partie du montant à l'entreprise dans laquelle se fait l'intervention. Ce processus est relativement opaque. Un médecin coordinateur « pluridisciplinarité », Jean-Marc, est nommé par la direction pour faire l'intermédiaire<sup>481</sup>, comme me l'explique B. Maire :

*Les services de santé au travail ont dit... et sur M., on l'a fait : bon ben effectivement, le directeur n'est pas le mieux placé en dialogue avec les médecins, autant que ce soit un médecin qui dialogue avec les médecins par rapport à ces actions et qui soit le relais de la direction ; c'est-à-dire qu'il soit le modérateur, l'interface par rapport aux actions expertes qui sont à payer au GIE1 ou au GIE2.*

Quand il y a co-financement d'une action pluridisciplinaire, le temps facturé se présente comme une activité marchande effectuée dans un cadre traditionnellement non marchand, ce dont les acteurs (direction ou IPRP) ne font pas grand cas.

En outre, la facturation fait partie d'une démarche de valorisation de l'action du service : selon Valérie, la responsable de la formation, ce qui est gratuit se présente comme ayant peu de valeur aux yeux des entreprises. Celles qui en ont les moyens préféreraient payer pour un service de qualité :

*Ce qui est important, je pense, c'est de mettre en évidence que quand on intervient, il y a un coût. Donc, il y a eu ça qui a été envisagé à un moment donné, c'est de se dire : ce qui est gratuit est de mauvaise qualité. Donc on a eu cette réflexion-là. Il y a des grosses boîtes qui nous l'ont fait comprendre et qui étaient prêtes à faire appel à des cabinets payés mille euros par jour, parce qu'ils se demandaient si on était vraiment compétents.*

Valérie promeut donc la facturation des prestations comme gage de sérieux des interventions proposées. Le fait de fonctionner comme une entreprise et non comme un service public (gratuit, ou inclus dans la cotisation qui se présente uniquement comme une « charge », à l'image d'une taxe) permet de se positionner sur un marché et d'y être perçu comme crédible.

Enfin, Jean-Marc me présente la facturation comme une démarche didactique : le médecin du travail ne sera pas toujours aux côtés de l'entreprise, il faut « responsabiliser » l'employeur par rapport à la santé et la sécurité des salariés de son entreprise. Le fait de devoir payer assure ainsi un minimum d'« engagement » de la part des acteurs de l'entreprise dans le projet d'intervention et plus globalement dans l'amélioration des conditions de travail.

---

<sup>481</sup> Jean-Marc était le médecin coordinateur « pluri » du SMT1 et il a conservé ce poste au sein du SST1 après la fusion. Contrairement à Philippe Duroy, le médecin coordinateur, il se présente davantage comme un représentant de sa direction auprès des médecins que comme un représentant des médecins auprès de sa direction. Le fait qu'il n'ait pas été élu mais nommé y est pour beaucoup.

Jean-Marc utilise à ce propos une comparaison avec le financement des séances de psychothérapie ou de psychanalyse : le paiement fait partie du traitement car il engage le patient. Le rapport d'activité 2011 liste ainsi comme principal objectif du co-financement l'obtention de « l'engagement » des entreprises, pour que les actions du service gagnent en efficacité. Il précise aussi vouloir agir « dans l'axe des missions d'un service de santé au travail ». Les critères de co-financement émaneront de propositions faites par les « spécialistes » – les médecins et les IPRP.

Les intervenants « pluridisciplinaires » permettent aux services de se positionner sur un marché de la santé au travail, ce qu'une main-d'œuvre strictement médicale ne permettait pas. La facturation des prestations « pluridisciplinaires » est présentée sur un registre altruiste : c'est pour les adhérents et leur satisfaction que les services se positionnent ainsi. Du même coup, les bénéfices de cette activité lucrative sont tabous et l'évolution que représente la possibilité de facturer des prestations aux entreprises est euphémisée.

\*\*\*\*\*

Les dirigeants des services et le personnel en charge de la mise en place d'un principe de co-financement avancent avec prudence, car leur marge de manœuvre est étroite. Il leur faut en effet définir des missions élargies pour le service, qui sortiraient de ce qu'un service de santé au travail doit à ses adhérents sans pour autant sortir de ses attributions. Un espace marchand est aménagé entre ce que ne *devrait pas faire* le service de santé au travail (ce qui incombe aux cabinets de consultants) et ce qu'il est *obligé de faire* en échange de l'adhésion. Ma période d'observation était sans aucun doute une période de transition dans laquelle l'idée de payer pour des prestations était encore en train de se mettre en place et n'allait pas de soi pour de nombreux acteurs. Cependant, les principes qui peuvent y conduire se développent et sa rhétorique se met en place. La « pluridisciplinarité » permettra de conforter cette évolution en introduisant dans les services des acteurs qui se positionnent volontiers comme des prestataires de services, et en imaginant, à partir de cette nouvelle main-d'œuvre, des contextes d'interventions qui donnent la priorité à la satisfaction de l'entreprise adhérente. Cette priorité constitue une première étape à l'établissement d'un cadre marchand aux prestations de services effectuées.

## Conclusion

Ce chapitre fait apparaître des étapes qui permettent de mettre en évidence une progression depuis la formalisation de nouveaux objectifs de *rationalisation* qui émanent de l'action publique – notamment *via* le processus, alors encore en cours, de réforme des services de santé au travail – vers une visée d'*harmonisation* relayée par le management des services, qui aboutit à une possibilité de *marchandisation* des pratiques devenues prestations<sup>482</sup>. Les changements actuels de l'organisation des services de santé au travail viennent entériner la « rationalisation managériale »<sup>483</sup> qui est en cours, en lui donnant une assise institutionnelle. Dans les services de santé au travail, cette rationalisation managériale porte en elle une logique bureaucratique : on s'attache à normaliser les pratiques, à les rendre évaluables et contrôlables (dans un souci affiché de traçabilité) en incitant les professionnels à se conformer à des pratiques de *reporting* et à suivre des normes « qualité ». C'est au prix de leur « gestionnarisation » préalable que les prestations pourront être cadrées, normalisées, et donc à la fois facilement identifiables pour le bénéficiaire – l'entreprise adhérente – et répondant à sa demande. En résumé, l'action publique est porteuse de méthodes et d'outils qui, sans directement le promouvoir, facilitent le positionnement des services de santé au travail sur un marché de la santé au travail en créant une offre de services standardisée.

De plus, tout comme, en 2007 et 2009, la réforme des hôpitaux augmentait le pouvoir des directeurs et en faisait les relais du pouvoir politique, les directeurs de services obtiennent davantage de marge de manœuvre en tant qu'employeurs<sup>484</sup> : ils peuvent mobiliser un personnel diversifié sur des tâches qu'ils définissent eux-mêmes, en partenariat avec leurs interlocuteurs des institutions publiques. Cependant, parallèlement, l'activité qui se déroule dans les services est désormais moins contrainte par les règles caractérisant l'exercice professionnel des médecins – l'existence de structures telles que les « GIE » montre une

---

<sup>482</sup> Hassenteufel Patrick, *Sociologie politique : l'action publique, op. cit.*, pp. 269-272. L'auteur conclut son ouvrage de synthèse en affirmant l'existence de liens entre l'État régulateur et la diffusion d'une logique de marché.

<sup>483</sup> Le Bianic Thomas, Vion Antoine, *Action publique et légitimités professionnelles*, LGDJ, collection « Droit et société », 2008, pp. 44-45.

<sup>484</sup> Les représentants syndicaux regrettent ce tournant. À propos de ce surcroît de pouvoir donné aux directions de service, le secrétaire de la CFE-CGC « santé au travail », Bernard Salengro, use de plusieurs expressions imagées pour exprimer son désaccord. Selon lui, la loi instaure « la direction du poulailler par le renard ». Il estime également qu'« on ne demande pas au dealer d'organiser la lutte contre la drogue ». Biffaud Olivier, Bissuel Bertrand, « On revient à la médecine du travail instituée par Pétain », *Le Monde*, chat avec Bernard Salengro, secrétaire national de la CFE-CGC et médecin du travail, 17 septembre 2010 ; « On ne demande pas au dealer d'organiser la prévention contre la drogue », blog de Gérard Filoche, 12 février 2011, [www.filoche.net](http://www.filoche.net), consulté le 20 janvier 2014.

autonomisation partielle et progressive de l'activité de prévention du cadre censé la réglementer.

Au SST1, le processus de fusion se présente comme un accélérateur de la dynamique d'harmonisation des pratiques. Il permet notamment de créer des règles au niveau de l'organisation, avant même que la réforme ne précise un fonctionnement « pluridisciplinaire » et ses limites. Celui-ci ne sera par ailleurs que peu précisé par des textes restés flous. Ainsi, la direction du SST1 profite de l'opportunité que constitue la « pluridisciplinarisation » des services et la visée d'harmonisation des pratiques qu'elle suppose, pour mettre en place un système qui permettra, *in fine*, son positionnement sur un marché concurrentiel. Le contexte de cette évolution, largement évoqué dans les chapitres précédents et qui repose notamment sur une faiblesse du nombre et de l'image de la médecine du travail, participe de cette opportunité. Le management imagine une nouvelle organisation qui repose sur la distinction entre des prestations incluses dans la cotisation et des prestations qui sont facturées en sus aux entreprises adhérentes. Ce mode de fonctionnement est rendu possible par les nouveaux acteurs présents dans les services dans le cadre de leur « pluridisciplinarisation ».

Les chapitres suivants s'intéresseront aux conflits entre groupes professionnels que ce contexte induit, et qu'il convient de garder en tête : la médecine du travail et ses acteurs historiques, les médecins du travail, s'inscrivent dans un système dont le principe se retrouve transformé. Ce constat m'amène à émettre l'hypothèse sous-tendant la seconde partie : celle que les relations conflictuelles entre les groupes professionnels mis en présence sont à analyser à la lumière de la menace que représente, pour les médecins du travail, ce « recadrage » de leurs pratiques.

## Conclusion de la Partie 1

La « pluridisciplinarité » apparaît dans cette première partie comme un point nodal de la réforme, qui scelle sa légitimité.

La réforme des services de santé au travail part d'un constat de faible efficacité du système français de prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail. Quand on compare la France aux pays où la médecine du travail n'a pas d'équivalent, on ne trouve pas de différence flagrante dans les chiffres d'accidents du travail et de maladies professionnelles<sup>485</sup>. En résulte une remise en cause de la fonction sociale de l'activité des médecins du travail sur plusieurs fronts : d'une part, les médecins du travail ne parviennent pas à avoir un impact sur les accidents du travail et les maladies professionnelles car ils ne jouent pas leur rôle d'alerte, comme par exemple dans le scandale de l'amiante ; d'autre part, le certificat d'aptitude les cantonne dans un rôle de sélection. Au-delà d'une stigmatisation des médecins du travail, c'est le système entier qui fait l'objet de critiques : la situation se prête à l'avènement d'une réforme<sup>486</sup>. Cette première partie a campé une médecine du travail affaiblie, alors justement que d'autres groupes professionnels sont invités à rentrer dans les services à ses côtés.

De plus, la réforme de la santé au travail a pris beaucoup de temps en France, la question étant particulièrement épineuse, car soulevant des débats politiques jusqu'à présent insolubles. Faire porter le débat sur les moyens de la prévention plutôt que sur ses objectifs se présente alors comme un moyen de faire avancer les choses. D'après P. Lascoumes et P. Le Galès :

« (...) les accords sont plus faciles à réaliser entre acteurs sur les moyens que sur les objectifs. Débattre des instruments peut être une manière de structurer un espace d'échanges à court terme, de négociations et d'accords, tout en

---

<sup>485</sup> Il est délicat de comparer les chiffres de maladies professionnelles, même entre les pays européens, tant ils dépendent de leur histoire sociale : l'Allemagne a par exemple une définition particulièrement restrictive des maladies professionnelles. Selon A. Mias, « on ne souffre peut-être pas plus en France, mais les maladies professionnelles y sont mieux reconnues qu'ailleurs ». Il ajoute que la France se distingue par de très fortes inégalités sociales, se manifestant par une mortalité prématurée des ouvriers. Mias Arnaud, *Les risques professionnels. Peut-on soigner le travail ?*, Paris, Ellipses, 2010, pp. 69-73. Ainsi, les entreprises françaises n'apparaissent pas comme des lieux particulièrement sûrs par rapport aux entreprises des autres pays de niveau économique équivalent. Voir également pour la France les résultats de l'enquête SUMER (surveillance médicale des expositions liées aux risques professionnels) conçue en 2010 par la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) et l'inspection médicale du travail. DARES, « L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER », DARES Analyses, n°23, mars 2012. Pour des statistiques concernant les risques professionnels dans le monde, voir le site web du BIT : ilo.org, qui fait régulièrement le point sur les questions de santé et de sécurité.

<sup>486</sup> Lascoumes Pierre, Le Galès Patrick, *Sociologie de l'action publique*, op. cit., p. 28. Pour les auteurs, la focalisation sur les lacunes de l'action publique doit être mise en relation avec la diffusion d'une nouvelle rationalité de type économique dans la gestion publique

laissant en touche les enjeux qui sont les plus problématiques. La prolifération d'instruments n'est-elle pas aussi une manière d'évacuer les questions politiques ? »<sup>487</sup>.

En faisant de la « pluridisciplinarité » et de sa mise en œuvre la mesure phare de la réforme des services de santé au travail, celle-ci semble minimiser son propre impact. En effet, si les textes affirment des changements en termes de division du travail, aucun changement de paradigme n'est affirmé clairement.

Au-delà de la diversification de la main-d'œuvre, au sein du SST1, trois logiques s'entremêlent : une « rationalisation » des services, une standardisation des pratiques, et une marchandisation potentielle de ces pratiques devenues prestations. Ainsi, la « pluridisciplinarité » est apparue à la fois comme un instrument d'action publique, mobilisé à un moment donné pour signifier une reprise en main de l'action de l'État sur la prévention des risques professionnels, et comme un instrument de management qui, investi par les directions des services de santé au travail, permet d'influer sur le contenu des pratiques effectuées en leur sein. La « rationalité managériale »<sup>488</sup> transcende le clivage entre action privée et action publique et montre au contraire comment des éléments de management et de l'action publique s'allient pour mettre en œuvre une logique spécifique et cohérente. Or, ces changements influent sur les groupes professionnels : « ce n'est pas seulement le management, c'est la politique proprement dite, en tant que *champ de divergence de normes substantielles*, qui influence le statut, les pratiques, la légitimité des professionnels »<sup>489</sup>.

Ce cadre théorique souligne la pertinence de l'analyse d'A. Abbott quant au rôle de l'action publique dans les « conflits de territoires »<sup>490</sup> : loin d'être un simple « auditoire », l'État constitue une « écologie » intrinsèquement liée aux écologies professionnelles<sup>491</sup>. Les évolutions des groupes professionnels doivent donc être éclairées par l'analyse de l'action publique et de sa mise en œuvre au sein des organisations. La « pluridisciplinarité » et la rationalisation des services de santé au travail, impulsées par l'État, sont prolongées par

---

<sup>487</sup> *Ibid.*

<sup>488</sup> Demailly Lise, « Première partie "Les recompositions de la coordination bureaucratiques". Introduction », in Le Bianic Thomas, Vion Antoine, *Action publique et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ, collection « Droit et société », 2008. L'auteur invite à utiliser la « rationalité managériale » comme un idéal-type historique permettant de dépasser les oppositions classiques entre État et professions et entre État et marché. « Il pourrait être intéressant de penser la « rationalité managériale » comme logique spécifique, connectant intimement et de façon cohérente la norme d'efficacité par rapport à des clients, les logiques gestionnaires (gestion de populations d'individus, gestion de flux, gestion de risques) et un renforcement du contrôle de l'action », p. 44-45.

<sup>489</sup> *Ibid.*, p. 41.

<sup>490</sup> Abbott Andrew, *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, The University of Chicago Press, 1988.

<sup>491</sup> Abbott Andrew, « Écologies liées : à propos du système des professions », in Menger, Pierre-Michel, *Les professions et leurs sociologies*, Paris, Éditions de la MSH, 2003.

l'action des directions de services. Ces évolutions entraînent des interactions entre professions et l'apparition de nouveaux groupes professionnels.

## **Partie 2 : Les rapports de pouvoir entre groupes professionnels au sein des services de santé au travail pluridisciplinaires**

Les dynamiques qui traversent le groupe professionnel des médecins du travail doivent être analysées à la lumière des transformations qui affectent le champ de l'action publique de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. La première partie a présenté la « pluridisciplinarité » comme un outil de l'action publique visant à réformer la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail, si bien que les acteurs et leurs disciplines y ont été peu présents. Cette seconde partie plonge dans la mise en œuvre de l'action publique en s'intéressant cette fois directement aux protagonistes du passage de la *médecine* du travail à la *santé* au travail, et plus particulièrement aux groupes professionnels, dont la place dans la division du travail est en cours d'évolution et qui sont à la fois cibles et acteurs de la « pluridisciplinarité ».

Les rapports de pouvoir, qui caractérisent l'action publique comme action collective, affectent les rapports entre les groupes professionnels au niveau de la mise en œuvre concrète de la réforme, et notamment d'une question clé : celle de la division du travail. Les interactions entre ces groupes reposent sur une asymétrie de ressources, fondatrice d'une structure de domination qui détermine ces rapports de pouvoir<sup>492</sup>. Les « jeux d'acteurs », sur lesquels les personnes rencontrées s'étendent volontiers en entretien, sont donc à replacer dans le cadre de conflits qui n'opposent pas des groupes professionnels homogènes entre eux, mais portent cependant sur le délicat processus de construction des frontières de chaque groupe, les uns par rapport aux autres.

Ce processus et les tâtonnements, conflits et négociations qui le caractérisent, sont l'objet de cette partie, qui mettra en scène les acteurs sous la forme de « groupes professionnels ». Elle traitera, plus spécifiquement, des médecins du travail par rapport aux autres groupes qui les rejoignent progressivement dans les services – les infirmières et les assistantes santé travail sur le versant « délégatoire » et les intervenants en prévention des risques professionnels sur le versant « complémentaire ». Ces groupes professionnels

---

<sup>492</sup> Chazel François, « Pouvoir, structure et domination », *Revue Française de sociologie*, XXIV, pp. 369-393, 1983. Pour l'auteur, la théorie relationnelle du pouvoir doit s'appuyer sur une théorie de la domination, qui, bien qu'elle ne détermine pas entièrement les rapports de pouvoir, les raccroche à un phénomène structurel, en ce qu'il dépend des ressources de chacun. En d'autres termes, si le pouvoir ne se détient pas, mais s'exerce, il s'exerce dans un contexte où certains acteurs détiennent davantage de ressources que d'autres pour assurer leur domination.

apparaîtront sur la scène de leurs interactions pour que soit mis en avant le processus de co-construction des territoires de chacun (assimilé à des « luttes de juridiction ») et ne pas risquer l'essentialisation d'une profession et de son territoire.

## Chapitre 4 : Une conséquence de la « pluridisciplinarité » : la reconfiguration des rapports de pouvoir entre les groupes professionnels

Le management du SST1 diffuse un discours ambigu sur la « pluridisciplinarité », qui s'appuie tantôt sur l'idée du dépassement d'un modèle médico-centré jugé étroit et peu efficace, et tantôt sur l'idée d'une « orchestration » de différentes compétences par les médecins du travail. Ainsi, d'un côté, les discours sur le nouveau mode d'organisation des services valorisent les « intervenants en prévention des risques professionnels » introduits au titre de la « pluridisciplinarité », car la tendance actuelle favorise leur nouveauté au détriment des médecins. De l'autre, les médecins du travail conservent un certain contrôle sur les modalités de mise en œuvre de ces nouvelles collaborations. Dans le contexte de la prise en charge « pluridisciplinaire » de l'échec scolaire, S. Morel a montré que ce mode d'organisation était utilisé par un groupe professionnel pour imposer sa domination sur les autres<sup>493</sup>. Qu'en est-il en médecine du travail ?

Les textes de sa réforme diffusent une rhétorique spécifique dans laquelle le terme de « pluridisciplinarité » et ses dérivés tiennent une bonne place. Quel rôle cette terminologie relayée par les textes et les discours officiels joue-t-elle dans la mise en œuvre concrète de la réforme par les services interentreprises de santé au travail ? L'appartenance professionnelle des médecins du travail représente une ressource certaine vis-à-vis des groupes professionnels moins formalisés ou moins organisés auxquels ils sont confrontés. E. Freidson attribue le pouvoir médical au savoir qu'il incarne<sup>494</sup>, mais les ressources et les contraintes de la profession sont à chercher au-delà du savoir médical, notamment dans la position des médecins du travail dans le « système des professions »<sup>495</sup>. C'est dans les interactions des médecins du travail avec les autres écologies professionnelles et avec des écologies non-professionnelles, comme les pouvoirs publics – ils sont détenteurs d'un pouvoir politique<sup>496</sup> – que la légitimité des médecins du travail sur un territoire se construit, ou se retrouve menacée.

La rhétorique de la réforme « pluridisciplinaire » sera le premier objet d'intérêt de ce chapitre. Le terme de « pluridisciplinarité » se présente en effet comme une page blanche sur

---

<sup>493</sup> Morel Stanislas, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnel*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 2010.

<sup>494</sup> Pour E. Freidson, le pouvoir des médecins, comme celui de tout professionnel, est une incarnation de leur « savoir », ou plus précisément son « institutionnalisation » : « Knowledge becomes power, and profession stands as the human link between the two. » Freidson Eliot, *Professional Powers. A study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press, 1986, préface.

<sup>495</sup> Abbott Andrew, *The System of Professions: an essay on the division of expert labour*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

<sup>496</sup> Hassenteufel Patrick, « Vers le déclin du "pouvoir médical" ? Un éclairage européen, France, Allemagne, Grande Bretagne », *Pouvoirs*, n°89, 1999, p. 51-64.

laquelle de nouveaux modes de coopération entre les groupes professionnels peuvent être écrits par les services. À l'intérieur des services, les acteurs reprennent le vocabulaire proposé par la réforme et se l'approprient, tout en l'inscrivant dans un rapport de pouvoir entre les groupes professionnels. En effet, au cœur de la rhétorique « pluridisciplinaire » en santé au travail, repose l'idée que l'activité des IPRP, ciblée et spécifique, est inféodée à l'activité médicale globale et surplombante. La place du médecin dans la nouvelle organisation du travail est cependant ambiguë, entre une situation confortable vis-à-vis d'un management qui a peu de prise sur lui et un déclin annoncé du pouvoir de ce groupe professionnel dans les services « pluridisciplinarisés ».

Le passage d'une situation d'exclusivité des médecins du travail sur l'activité des services de médecine du travail à une situation dans laquelle ils sont mis en position d'« orchestrer » les différentes activités menées au sein des services pose la question de la transformation du métier selon des critères qui lui sont externes<sup>497</sup> et prend la forme d'une « injonction au professionnalisme ». De plus, l'analyse des rapports de pouvoir au sein des services de santé au travail « pluridisciplinaires » dessine un mode de fonctionnement qui pourrait, à terme, donner une place moins centrale au médecin du travail. Il apparaîtra donc comme un acteur mis en difficulté par les nouveaux modes d'organisation de la division du travail.

## Section 1 : Au-delà de la rhétorique pluridisciplinaire : des rapports de pouvoir

Déclarer que les services de santé au travail s'organisent désormais en « pluridisciplinarité » renseigne très peu sur les changements qui s'y déroulent. L'idée d'un fonctionnement « pluridisciplinaire » s'est progressivement imposée comme une solution fédératrice face à l'inefficacité de la médecine du travail et à un besoin de réforme admis par tous.

Cependant, ce terme ne repose pas sur une définition unifiée et ses utilisations indigènes sont diverses. Dans l'introduction du rapport pour la direction générale du travail sur le « bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels »<sup>498</sup>, les auteurs posent la question de la définition du terme, et y

---

<sup>497</sup>Voir notamment Evetts Julia, « A new professionalism ? Challenges and opportunities », *Current Sociology*, vol. 59 n°4, 2011, p. 406-422 et Boussard Valérie, Demazière Didier, Milburn Philip (dir.), *L'injonction au professionnalisme*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2010.

<sup>498</sup>Rapport pour la Direction Générale du Travail « bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels », 2007.

voient une source de tensions potentielles : « La pluridisciplinarité est d’abord un enjeu de définition. De quoi parle-t-on quand on évoque la pluridisciplinarité ? » Ils citent alors le Professeur Malchaire<sup>499</sup>, un professeur d’hygiène et physiologie du travail belge, pour qui la pluridisciplinarité « consiste en des actions en commun de plusieurs spécialistes de différentes disciplines, vers un même objectif ». Pour lui, il existe un continuum entre un mode de travail en parallèle (la juxta-disciplinarité) et une utilisation réciproque par les spécialistes des concepts, des objets et de la méthode les uns des autres (l’interdisciplinarité). Les auteurs du rapport ajoutent :

« Les acteurs de la pluridisciplinarité peuvent défendre chacun leur vision dans ce continuum décrit par le professeur Malchaire. La réglementation elle-même n’a pas tranché sur ce point en laissant aux acteurs des marges de manœuvre qui peuvent être source de tension voire de conflits, mais aussi occasion d’innovations et de réponses variées aux besoins des entreprises »<sup>500</sup>.

La rhétorique « pluridisciplinaire » assigne une nouvelle place au médecin du travail – celle de « chef d’orchestre ». Ce terme véhicule l’idée que les médecins gardent un point de vue généraliste par opposition aux spécialistes qui les assistent. Cependant, la nature des collaborations pose question aux acteurs et, dans l’interaction, une asymétrie de ressources caractéristique d’enjeux de pouvoir entre les différents groupes se révèle.

### **1. Les médecins du travail dans la « pluridisciplinarité » : de l’ « homme-orchestre » au « chef d’orchestre »**

Dans la rhétorique des acteurs du SST1, l’évolution vers la « pluridisciplinarité » est assimilée au passage, pour le médecin du travail, de la figure d’ « homme-orchestre » à celle de « chef d’orchestre ». D’après mes entretiens, cette image aurait été d’abord utilisée par le médecin coordinateur du service, Philippe Duroy, puis aurait connu un franc succès puisqu’elle a été reprise à leur compte par beaucoup de médecins, ainsi que par la direction.

#### ***1.1. Avoir les bases ou se spécialiser ?***

Les médecins du travail sont invités par la réforme à faire appel à des compétences « pluridisciplinaires ». Or, la médecine du travail s’est construite comme une spécialité

---

<sup>499</sup> Malchaire Jacques, « Inter, multi, pluridisciplinarité au service du bien-être au travail », communication aux Journées interdisciplinaires de Lorient, 13 mai 2003, cité dans Rapport pour la direction générale du travail, 2007, *op. cit.*

<sup>500</sup> *Op. cit.*, p. 5.

« pluridisciplinaire », ou tout au moins au carrefour de différentes disciplines, et sa pratique comme celle d'un « homme-orchestre » polyvalent.

Au sein d'une spécialité dont on a vu qu'elle construisait son attrait sur une approche globale et « généraliste »<sup>501</sup>, la formation médicale continue et les enjeux en termes de construction d'identité professionnelle qu'elle recèle prennent un tour particulier. Les médecins du travail ont la possibilité de se former dans beaucoup de domaines, et ils utilisent leurs formations pour explorer des disciplines connexes à leur métier, notamment celles qui sont maintenant englobées dans la « pluridisciplinarité ». Dans les années 1990, F. Piotet recense 68% de formation en ergonomie; 18% en épidémiologie, et 15% en psychologie<sup>502</sup>. Près de quinze ans après l'étude de F. Piotet, les médecins du travail que j'ai rencontrés affichent encore une grande diversité de goûts et de pratiques, qui s'incarne dans des demandes de formation éclectiques touchant souvent aux domaines couverts par les acteurs « pluridisciplinaires ».

D'après les données recueillis en entretien auprès des médecins, leurs choix de formations doivent pourtant être analysés avec précaution. D'une part, parce qu'elles sont obligatoires et que les médecins, s'y dirigent souvent par curiosité, ou pour suivre un mouvement, plutôt que mus par la volonté d'orienter durablement leur pratique. D'autre part, parce qu'elles présentent des degrés divers d'approfondissement. La distinction entre la sensibilisation à une thématique, durant quelques heures ou demi-journées, dans un organisme lambda, par un formateur généraliste et le suivi d'un cursus universitaire soldé de l'obtention d'un master met en exergue la diversité des démarches. Prenons ici l'exemple des formations en « psychodynamique du travail ». Très nombreuses dans les années 1990, elles ont été interprétées comme un engouement collectif pour cette approche portée par C. Dejours. Cependant, d'après mes entretiens, elles recouvrent une réalité hétérogène : tandis que certains médecins souhaitaient comprendre de quoi il retournait et suivaient des formations courtes, dans des organismes qui n'en faisaient pas leur spécialité, d'autres prenaient cette formation comme un véritable tournant dans leur exercice et, au terme d'une longue formation auprès d'universitaires, au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), se considéraient comme des « psychodynamiciens du travail ».

---

<sup>501</sup> Voir chapitre 1, section 1.

<sup>502</sup> Piotet Françoise, Correia Mario, Lattès Claude, « Entre profession et métiers, les médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, n° 58, 1997, pp. 22–89.

## 1.2. Une complémentarité entre les groupes professionnels

Les médecins du travail ont longtemps endossé un rôle qualifié d'« homme-orchestre », se faisant fort d'avoir « des bases » dans plusieurs disciplines pour mener à bien leur mission.

La trajectoire de Miriam illustre la figure du médecin du travail dont la pratique puise dans plusieurs disciplines. Elle ne s'oppose pas pour autant à la mobilisation de différents intervenants, au contraire. Chez elle, la pratique « pluridisciplinaire » naît d'abord d'une curiosité intellectuelle indissociable de son exercice de médecin du travail. Elle exerce dans un bassin d'emploi très industrialisé, avec notamment des industries agro-alimentaires, pour lesquelles elle se passionne :

*J'ai fait toxicologie pour être à l'aise en toxicologie, en plus de ce qu'on nous avait appris ; j'ai fait des petits trucs d'ergonomie, après j'ai continué en stress et anxiété. Je voulais faire douleur chronique, j'ai dû abandonner parce que je ne pouvais pas tout faire, mais j'y suis revenue par un autre DIU que j'ai fait à Paris. Et... non non, on découvre plein de trucs ! Parce que forcément, vous vous intéressez. Alors vous allez voir des médecins du travail qui sont plus versés ergonomie, qui sont plus versés toxico, etc. Moi non, je ne peux pas dire... enfin je ne suis pas ergonomiste, trop. Mais on ne peut pas occulter une facette, ce n'est pas possible.*

Pour autant, quand elle dit faire « de tout », elle mentionne davantage un point de vue médical global qu'un point de vue que pourrait porter un IPRP, toxicologue ou ergonomiste par exemple. Sa motivation à apprendre vient aussi d'une volonté de comprendre ce qu'elle « signe », soit les études qu'elle commande aux IPRP.

*Je fais de tout moi ! (Elle rit) Sans faire n'importe quoi hein, je garde... bon. Je veux que dans ma consult' il y ait de la médecine générale, de la santé publique et de la médecine du travail, bien entendu. Et j'ai la formation... C'est en moi. Même si je ne le dis pas, ça doit se sentir. C'est toujours nous qui signons en médecine du travail, à la fin, même si le spécialiste il a dit ceci cela, c'est toujours nous qui signons, hein. De là l'intérêt, à mon avis, d'avoir cette formation pluridisciplinaire. Enfin, moi-même hein !*

Pour les IPRP, Miriam fait partie des médecins qui délèguent avant tout par manque de temps : elle serait en capacité d'effectuer les études qu'elle leur demande.

Selon Yves, le « cœur de métier » du médecin du travail comprend plusieurs disciplines qu'il doit pouvoir appréhender en « généraliste ». Ces compétences « pluridisciplinaires » lui permettront de faire appel à bon escient à des spécialistes :

*Contrairement au cardiologue, je veux dire le cardiologue c'est le cœur, c'est facile à comprendre. Le médecin du travail, pfff ! C'est flou hein. Donc c'est quoi ? C'est « pathologies professionnelles », jusque-là, on pige. Bon, c'est « droit du travail », ah, c'est déjà autre chose ! Bon, dans le cursus, les premières années de médecine, t'en as pas beaucoup, donc c'est quelque chose de nouveau. C'est les pathologies et les situations de travail, c'est-à-dire comment on fait pour être diabétique et travailler ? Comment on fait pour être épileptique et travailler ? Donc on revient*

*dans le médical, mais on a déjà un pied dans l'activité. Euh... c'est la toxicologie, donc là c'est quand même... Et puis il ne faut pas oublier, c'est l'ergonomie. Donc c'est un ensemble très hétéroclite de disciplines variées, où le médecin du travail a une position de généraliste, et où il a besoin de compétences pluridisciplinaires spécialisées.*

Ainsi, selon Yves, le médecin du travail doit pouvoir repérer les situations dangereuses par des connaissances couvrant un large domaine aux contours flous (la « santé au travail »). Ces situations seront analysées, voire traitées, par des spécialistes qui prennent le relais.

Gaëlle, jeune médecin du travail, apparaît démunie vis-à-vis de l'ampleur du domaine que balaie la médecine du travail. Elle exprime en entretien une crainte d'être prise en défaut, et évite alors de s'exposer à des situations dans lesquelles elle ne se sent pas performante :

*Tout ce qui est toxique, c'est pas mon truc. C'est aussi un choix de ne pas m'être retrouvée sur un secteur où il y avait particulièrement des risques de ce genre. On nous demande d'être, alors, médecin généraliste, pas sur la partie thérapeutique, mais sur toute la partie clinique, savoir quand même à peu près tout ça. Et puis en plus, il faut tout savoir du médecin du travail, et puis avoir au moins des bases d'ergonomie et de toxicologie, de truc, de machin. Alors là, c'est bien si on a les spécialistes, mais si on ne les a pas, on fait comment pour tout savoir sur tout ? Mais c'est carrément impossible ! Donc on s'intéresse au coup par coup, on a les bases.*

Gaëlle met en avant un principe de réalité : les médecins du travail ne peuvent pas tout faire, ni être spécialistes dans tous les domaines adjacents à la médecine du travail. Elle le vit comme une limite de son métier.

Ainsi, la pratique du médecin du travail, à l'image de celle d'un « homme-orchestre », est composée d'un ensemble de tâches disparates. Son exercice le confronte à une diversité de situations qui l'obligent à avoir des connaissances « de base » dans beaucoup de disciplines différentes. Il sollicite ces mêmes connaissances pour pouvoir collaborer efficacement avec d'autres groupes professionnels. La figure du « chef d'orchestre », s'appuyant sur une formation complète et puisant dans de nombreux domaines, permettrait d'atteindre un équilibre en restant généraliste : pour ses promoteurs, le « chef d'orchestre » ne se fourvoie pas dans des spécialisations qui donneraient à sa pratique une teneur trop spécifique.

Les médecins du travail peinent à stabiliser leur identité professionnelle dans un équilibre entre un médecin « qui fait de tout » et un médecin détenteur d'une expertise spécifique et, par conséquent, incontournable. Les deux registres de la spécialité et de la polyvalence ne s'excluent pas mais sont mobilisées différemment selon les contextes d'exercice et les contraintes qui leur sont propres.

### ***1.3. L'injonction à la « pluridisciplinarité » ou l'avènement du « chef d'orchestre »***

L'idée d'un professionnel, le médecin du travail, qui fait « tout, tout seul » est ambivalente dans le milieu de la santé au travail. Elle convoque à la fois l'image d'un « homme-orchestre » à la pratique riche et celle d'une pratique professionnelle désuète. En effet, la notion d' « homme-orchestre » indique un métier à plusieurs facettes, qui est toujours source d'apprentissages. De plus, le médecin qui accomplit, seul, un large éventail de tâches alors qu'il pourrait restreindre son exercice à une mission qu'il aurait délimitée comme « strictement médicale », est une figure positive. « Pluridisciplinaire à lui seul »<sup>503</sup>, c'est quelqu'un qui ne borne pas son activité aux visites médicales routinières.

A contrario, cette même image du médecin qui accomplit beaucoup de tâches seul, quand on l'oppose à celle du médecin qui accomplit encore davantage de tâches en collaboration avec d'autres professionnels, prend une tournure négative. Dans cette conception, le médecin refuse de donner plus d'ampleur à son action pour pouvoir garder tout contrôle et préfère que ses pratiques ne soient pas transparentes pour pouvoir conserver une autonomie, notamment dans les horaires<sup>504</sup>. Il est également incapable de déléguer, de collaborer, et son travail est donc moins bien mené que s'il se faisait aider. Ainsi, la position de « tout faire tout seul » est reprochée aux médecins dont on dit qu'ils travaillent « à l'ancienne » et n'ont pas pris le tournant de la « pluridisciplinarité ».

Jean-Marc, médecin coordinateur de la pluridisciplinarité au SST1, fait part en entretien de sa conviction que ce type de médecin n'a plus sa place dans les services de santé au travail, et que la pression démographique va faire disparaître ces comportements hérités du passé :

*Il y a encore beaucoup de médecins qui ont le sentiment – et certainement à juste titre – de pouvoir faire face tout seuls. Et ils font leurs petites études, ils font leurs analyses... Ils font tout, tout seuls, hein ! Comme ils ont appris à le faire. À l'ancienne.*

*Mais comme il y a de moins en moins de médecins, ceux qui restent... ils ont ce sentiment-là en disant : « merde, je récupère le boulot des autres » ; donc ils vont monter en charge et ils ne pourront plus faire face seuls. Ils diront : « ben je n'ai plus le choix, je suis obligé de... ». Quand un salarié se plaint de son poste de travail en disant : « j'ai des problèmes d'éclairage ou j'ai des problèmes de dos » ; elle le faisait elle-même, le médecin. Et demain elle dira : « ben je vais demander à l'ergonome de voir ce qu'il se passe là-bas ». Je pense que ça va se développer quand les médecins seront managers de l'équipe santé travail, et seront obligés de partager tout ça.*

---

<sup>503</sup> Je reprends ici le discours de Miriam, médecin au SST3, sur sa propre pratique.

<sup>504</sup> Cf. infra, chapitre 5, section 2. Les infirmières parlent avec humour d' « AMT golf » pour signifier la marge de manœuvre des médecins du travail dans l'utilisation de leur « tiers temps », et critiquer le manque de transparence qu'elle implique.

Jean-Marc utilise des termes péjoratifs pour désigner un mode de travail « pré-pluridisciplinaire » : les médecins « tout seuls » font des « petites études », qu'ils mènent « à l'ancienne ». Le mode de fonctionnement « pluridisciplinaire » oblige en revanche les médecins à « partager » leur travail. Jean-Marc diffuse donc aussi une forme de morale de la « pluridisciplinarité », qui passe par l'abandon de la posture précédente, disqualifiée à la fois pour son caractère étriqué et pour le corporatisme qu'elle suppose.

La rhétorique qui annonce le passage à un rôle de « chef d'orchestre » présente ce rôle comme une modernisation de l'exercice de médecine du travail. Cependant, les pratiques des médecins du travail étant diverses, et leurs trajectoires les ayant amenés à différents niveaux de spécialisation, ce tournant ne peut être accueilli par tous de la même manière.

Dans un premier temps, on reconnaît que le rôle du médecin puise dans diverses disciplines, voire même dans plusieurs techniques (à l'image d'un « homme-orchestre »), sans remettre en cause la légitimité de cet acteur à intervenir quasiment seul dans les services de santé au travail. Dans un second temps, l'idée de « pluridisciplinarité prévaut », et avec elle, celle que le médecin ne peut pas « tout » faire tout seul.

## **2. L'utilisation indigène du terme de « pluridisciplinarité »**

Au début de la conduite de mon terrain d'enquête, je suis frappée par le caractère labile du terme de « pluridisciplinarité » et par la manière dont les acteurs l'utilisent. Dans le contexte des services de santé au travail, il prend des significations spécifiques<sup>505</sup>. Qu'est-ce que les acteurs rencontrés en entretien désignent quand ils parlent de « pluridisciplinarité » ?

### **2.1. La « pluridisciplinarité » comme collaboration entre médecins et non-médecins**

L'usage du terme de « pluridisciplinarité », dérivé de celui de « discipline » pour évoquer une pluralité d'*activités professionnelles*<sup>506</sup> m'a d'abord étonné.

---

<sup>505</sup> Je traiterai ici du ou des sens que prend ce mot dans le contexte étudié et non d'une définition décontextualisée de ce terme. Que dit le dictionnaire du terme de « pluridisciplinaire » ? Le Larousse répond : « qui concerne plusieurs disciplines ». Dans le langage courant, le terme est utilisé dans ce sens là : ainsi, certaines bibliothèques académiques sont « pluridisciplinaires », les universités s'affichent elles aussi souvent comme « pluridisciplinaires » et de nombreuses équipes de recherche sont « pluridisciplinaires ».

<sup>506</sup> En 2001, D. Vinck s'en était déjà étonné lors du congrès de la SELF : « La première chose qui m'a frappée est que vous discutiez en permanence de la question de la pluridisciplinarité dans le sens de pluri-professions, pluri-métiers ». Selon lui, la collaboration entre médecins, préventeurs et ergonomes concerne davantage des métiers que des « disciplines scientifiques au sens de corpus de connaissances ou d'institutions qui régulent la production de connaissances ». Vinck Dominique, « Une analyse à chaud et personnelle des relations entre ergonomie et pluridisciplinarité », *Actes du congrès de la SELF*, 2001.

Les cadres employés par les services de santé au travail ont un regard extérieur sur la « pluridisciplinarité » qui donne une idée de la réception et de l'utilisation de ce terme dans le milieu. Lorsque je demande à la rencontrer en entretien, Géraldine, la responsable des ressources humaines, tient à ce que la juriste du service, Laure, soit également présente. L'entretien se déroule dans une atmosphère détendue et présente une occasion pour elles d'échanger sur leurs conceptions de leur métier. Géraldine, nouvellement embauchée et novice dans le domaine de la santé au travail, nous confie sa réaction face au terme de « pluridisciplinarité » et à son abréviation, « pluri ». Laure, jeune diplômée et tout juste embauchée au terme de son stage, est moins décontenancée. Elle a intégré ce vocabulaire qui lui semble aller de soi :

*G : Ce terme de « pluri » m'a désarçonné pendant de nombreux mois : « Mais de quoi on parle ? ». C'est tout simplement le fait de travailler en équipe ! « Pluridisciplinarité »... Je trouve que c'est un mot compliqué pour dire qu'il y a des médecins et puis d'autres métiers qui travaillent autour, on est bien d'accord ?  
L : Ben je sais pas, je suis habituée à ce terme-là, c'est européen<sup>507</sup>... Quand je dis que c'est européen, c'est même pas ça, c'est nous, en France, qui l'avons transposé comme ça. C'est un mot qui en jette un peu, enfin je pense que c'est aussi l'attractivité... « La pluri », ça sonne bien. Enfin, moi, ça me fait tilt hein, quand on me parle de « pluri »... J'ai été formatée « santé au travail ».*

Ni Laure ni Géraldine ne mobilisent la définition commune du terme de « pluridisciplinarité » ou « pluridisciplinaire » pour comprendre la manière dont il est utilisé en santé au travail, comme si elles ignoraient ce mot en dehors de son contexte, et n'en connaissaient que la définition indigène.

De mon côté, j'ai à l'esprit une coopération entre plusieurs disciplines qui seraient placées au même niveau et une « équipe pluridisciplinaire » qui, conformément à la formulation du code du travail<sup>508</sup>, engloberait les médecins et les autres intervenants. Je leur fais alors remarquer que la « pluridisciplinarité » semble exclure les médecins du travail (pour rebondir sur cette phrase de Géraldine : « Il y a des médecins et d'autres métiers qui travaillent autour »). Elles confirment, sans étonnement, et précisent alors leur conception de la « pluri »:

*B : Par contre, toutes les disciplines ne sont pas au même niveau, c'est les médecins d'un côté, et les autres de l'autre...  
G : Ah oui, non, c'est pas mélangé ! C'est une « bulle »... qui gravite au milieu de plusieurs entités.  
L : Une discipline privilégiée dans le satellite.  
G : À la base ça s'appelait médecine du travail, si on a changé le mot on n'a pas changé l'idée, hein. Maintenant, c'est « santé », c'est plus vaste, plus neutre.*

---

<sup>507</sup> Laure fait ici référence à la directive-cadre européenne de 1989 (voir chapitre 1, section 2).

<sup>508</sup> Rappelons que suite à la réforme de 2011, l'« équipe pluridisciplinaire » entre dans le code du travail en tant que l'ensemble des intervenants, médecin inclus.

Les mots manquent à Géraldine et Laure pour définir la place du médecin dans la « pluridisciplinarité » : l'emploi des termes de « bulle » et de « discipline privilégiée » témoigne d'une difficulté à expliciter les rapports asymétriques entre médecins et IPRP. Il n'existe en effet pas de rapport hiérarchique officiel entre les médecins et les IPRP qui pourrait les aider à le formuler. Selon elles, c'est la survivance du système de médecine du travail, témoignant de la lenteur de l'évolution des services, qui explique la persistance du statut à part du médecin dans la « pluridisciplinarité ».

Par ailleurs, certains médecins que j'ai rencontrés s'accordent sur le fait que, dans leur activité, le principe de la « pluridisciplinarité » est depuis longtemps présent. Ils évoquent alors leurs pratiques collaboratives. Christine, médecin du travail au SST1 depuis moins de dix ans, me confie avoir eu des pratiques « pluridisciplinaires » avant l'heure car elle déléguait certaines tâches à sa secrétaire.

*Le premier niveau de « pluri », ça a été avec la secrétaire pour moi. Quand je suis arrivée, tout de suite, j'ai voulu mettre dans le coup ma secrétaire. Déjà, parce que j'avais toujours travaillé dans un groupe, au sein d'un collectif. Donc d'emblée, c'était : comment je vais travailler avec ma secrétaire ? C'était Mme F., elle est très bien, elle avait de l'ancienneté, la connaissance de plein de choses, c'était la secrétaire du médecin dont je prenais la suite, elle connaissait très bien l'effectif, les entreprises et les salariés, donc tout ça, ça me permettait de commencer en toute sérénité, quand elle me disait quelque chose, j'en tenais toujours compte.*

Christine relit ses pratiques passées à la lumière de celles qui ont cours au moment de notre entretien, et de l'organisation du travail qui lui correspond – le binôme médecin/secrétaire est en effet en train d'être englobé dans le système « pluridisciplinaire » au sein de l'« équipe santé travail ». Elle assimile d'autant plus facilement les pratiques de collaboration à de la « pluridisciplinarité » que certains médecins s'y montrent réfractaires, tout comme ils le seront plus tard aux pratiques « pluridisciplinaires ». La « pluridisciplinarité » permet aux secrétaires d'évoluer dans leur métier, de ne pas être cantonnées à un rôle de secrétaire administrative. Ainsi, leur donner un rôle important témoigne d'un esprit ouvert à la « pluridisciplinarité » :

*Pour moi d'emblée, elle allait faire des courriers. Ça paraît évident, une secrétaire, ça fait des courriers. Et puis je me suis rendue compte que ce n'était pas quelque chose que tout le monde faisait, pas aussi naturellement.*

C'est donc *a posteriori*, et en comparaison avec les pratiques d'autres médecins, que Christine qualifie sa pratique de « pluridisciplinaire ». La sollicitation par le personnel médical d'autres catégories de personnel est une définition particulièrement inclusive de la « pluridisciplinarité », puisqu'elle comprend des rapports médecins-secrétaires définis ailleurs

en dehors de toute référence à la « pluridisciplinarité » et redéfinis à la lumière de la distinction entre médecins et non-médecins.

L'analyse des entretiens fait apparaître une conception de la « pluridisciplinarité » comme une confrontation entre les médecins du travail, d'une part, et des acteurs non-médecins, professionnels issus de divers horizons professionnels ou disciplinaires, de l'autre. Ainsi, le statut de médecin du travail le distingue des autres acteurs et les collaborations n'apparaissent pas égalitaires : le médecin domine la relation, sans que les modalités de cette domination ne soient pour autant clairement définies. Les « non-médecins » prennent le plus souvent la forme d'un personnel dédié à la « pluridisciplinarité », embauché pour compléter l'action du médecin : les « pluri ». Le discours des acteurs apparaît alors tautologique : ce sont *les* « pluri » (non-médecins) qui font *la* « pluri ».

## 2.2. « Les pluri »

Non seulement le terme de « pluridisciplinarité » a une signification indigène différente de celle du sens commun (qui évoque plusieurs disciplines et n'implique pas de liens de subordination) mais il est à l'origine d'un autre terme indigène, celui de « pluridisciplinaire », dont les acteurs rencontrés utilisent souvent une forme abrégée, « pluri »<sup>509</sup>. Par un déplacement de sens, *le* « pluridisciplinaire » désigne une personne qui s'inscrit dans la « pluridisciplinarité de second niveau » ou « pluridisciplinarité experte »<sup>510</sup>. Ce terme métonymique est surtout utilisé au pluriel pour désigner un groupe, celui des acteurs emblématiques du tournant vers la « pluridisciplinarité » et qui lui donnent corps, soient les IPRP. Ils deviennent donc eux-mêmes des « pluri ». Contrairement aux AST et aux infirmières « santé travail », dont l'action est pourtant désignée au SST1 par le terme de « pluridisciplinarité niveau 1 », et qui sont, du moins au départ, mobilisées dans une visée de gain de temps médical, les « pluri » viennent ajouter leurs compétences à celles des médecins du travail. C'est la définition que me donne Yves, médecin du travail au SST2, de la coopération entre les disciplines :

*La coopération, c'est comme ça, je coopère avec quelqu'un qui a des compétences différentes des miennes sur un projet commun. L'AST fait ce que je n'ai pas le temps*

---

<sup>509</sup> Ainsi *la* « pluri » désigne le système pluridisciplinaire et *le* « pluri » désigne la personne qui intervient dans les services au titre de la « pluridisciplinarité », soit l'IPRP.

<sup>510</sup> Comme on l'a vu dans le chapitre 2, le SST1 a fait le choix de distinguer la « pluridisciplinarité niveau 1 » constituée d'infirmières et d'assistantes santé travail de la « pluridisciplinarité niveau 2 », constituée d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) issus de différentes disciplines et formés au niveau bac +5.

*de faire. Elle ne développe rien au-delà de mes compétences. Les « pluris » développent des choses au-delà de mes compétences.*

Yves exclut donc les « assistantes santé travail » des « pluris », et justifie cette exclusion par le fait que leur action ne se situe pas « au-delà de (ses) compétences », mais bien en délégation, pour pallier au déficit de temps médical.

À la DIRECCTE, Nicole, médecin inspecteur, évoque le recrutement des « pluridisciplinaires » ou « pluris » pour désigner des salariés non-médecins, des « ressources pluridisciplinaires » :

*Ça commence à venir. Bon, fort heureusement il n'y a pas eu de recrutement important de pluridisciplinaires au point qu'on serait en saturation et qu'on ne pourrait plus en embaucher d'autres. Maintenant, ils bâtissent leurs projets de service, ils réfléchissent bien au sein des CMT<sup>511</sup>, ils vont exprimer des besoins... Nous on est là aussi, via l'agrément, on met dans nos décisions : « Recrutement de pluris après consultation, en accord, en concertation avec la CMT ». Voilà, et donc derrière, on espère que les pluris qui seront recrutés à l'avenir le seront dans ce cadre-là et qu'on n'oubliera pas qu'on est là pour la prévention des risques professionnels.*

Ce terme apparaît ici totalement ancré dans le vocabulaire indigène et institutionnel de la santé au travail. Qu'en pensent les acteurs ainsi désignés ? François, ergonomiste au SST1, le reprend à son compte : ses collègues et lui sont des « pluris ». Le sentiment d'appartenance est tel qu'il utilise la première personne du pluriel :

*On nous a dit : « Bon, les pluris vous êtes gentils, mais on aimerait bien savoir un peu ce que vous faites ». Bon, ça pouvait se comprendre de vouloir savoir avec combien de médecins on bossait, le thème de nos démarches, le temps qu'on y passait, c'était... Une mise en visibilité, même pour nous, il y avait quelque chose à retirer quoi.*

François n'est pas le seul à avoir intégré ce vocabulaire et sa signification spécifique. Quand, sur le terrain, les personnes rencontrées mentionnent des disciplines qui s'inscrivent dans la « pluridisciplinarité », la médecine du travail en est toujours exclue. Elle conserve un statut à part, qui s'avère source de questionnements et de conflits.

Des sociologues, analystes du langage au travail, ont montré que la manière dont les mots sont utilisés dans un contexte professionnel reflète des conceptions propres à ce milieu, un système de valeur<sup>512</sup> : « Le langage est partie prenante de structuration des identités professionnelles, dans l'établissement, et le maintien de communauté de travail, dans la vie des “mondes sociaux” de l'entreprise »<sup>513</sup>. L'utilisation, au gré de la mise en place d'un système « pluridisciplinaire », du terme de « pluri » pour désigner les acteurs embauchés au

---

<sup>511</sup> Commissions médico-techniques.

<sup>512</sup> Voir les travaux du groupe « Langage et travail », notamment : Boutet Josiane (dir.), *Paroles au travail*, Paris, l'Harmattan, coll. Langage et Travail, 1995 ; Borzeix Anni, Fraenkel Béatrice (dir.), *Langage et travail : communication, cognition, action*, Paris, Éditions du CNRS, 2001.

<sup>513</sup> Borzeix Anni, Fraenkel Béatrice, *op. cit.*, p. 48.

titre de la « pluridisciplinarité niveau 2 » contribue à durcir la distinction entre médecins et non-médecins dans les services, mais aussi, en excluant les infirmières et les assistantes santé travail ou AST<sup>514</sup>, à faire la différence entre une « vraie pluridisciplinarité » et une « pluridisciplinarité » directement liée à la pénurie<sup>515</sup>. Si la plupart des acteurs utilisent cette terminologie, on verra que certains acteurs englobés dans « la pluri » préfèrent s'en distinguer. C'est le cas notamment de certains psychologues, qui ne se retrouvent ni dans une conception technique ou organisationnelle de la santé au travail, ni dans sa conception médicale.

### ***2.3. Le médecin du travail comme intermédiaire des actions « pluridisciplinaires »***

Dans les services de santé au travail visités, le terme de « pluridisciplinarité » désigne les collaborations entre médecins et non-médecins – ce point de vue est relayé par les médecins eux-mêmes. Quand on se place du côté des organismes dont les salariés (ergonomes, psychologues, toxicologues) interviennent au titre de la « pluridisciplinarité » dans les entreprises, ce terme désigne un mode d'intervention parmi d'autres, qui inclut forcément le médecin du travail. En effet, ces groupes professionnels peuvent fonctionner en dehors de ce cadre, par exemple dans une activité de consultation. Ainsi, c'est la comparaison entre l'intervention qui fait l'objet d'une commande directe de l'entreprise, et qui est monnayée comme telle, et l'intervention dans le cadre de l'action d'un service de santé au travail, avec pour premier interlocuteur un médecin du travail, qui définit pour eux la « pluridisciplinarité ».

Cette conception m'est ainsi clairement formulée par deux ergonomes, Marielle et Emma, qui expérimentent les deux modalités d'exercice, la structure qui les embauche étant positionnée comme une entité externe au service de santé au travail qui les sollicite (elles ne sont ni employées par le SST3, ni par un GIE qui lui serait rattaché). Elles interviennent donc à la fois à la demande de médecins, dans le cadre de la « pluri » et à la demande d'employeurs.

De ce fait, lors de notre entretien, Marielle et Emma définissent la « pluridisciplinarité » en creux. Pour elles, ce terme ne désigne ni une prestation payante, ni

---

<sup>514</sup> On peut aussi penser que depuis les décrets de 2012 qui confirment le statut et les missions des AST – voir chapitre 5, section 1 – le terme de « pluri » les englobe aujourd'hui et que la seule distinction encore effectuée est celle qui donne aux médecins un statut à part, comparé aux « non-médecins ».

<sup>515</sup> On verra plus loin, au chapitre 5, qu'un acteur a utilisé à ce propos l'expression de « versant non-pluridisciplinaire de la pluridisciplinarité ».

une relation directe avec l'entreprise, telles qu'elles peuvent en avoir dans le cadre de formations CHSCT ou d'autres formations réglementaires que leur structure propose. Les interventions « pluri » n'ont pas pour objectif de répondre à des obligations réglementaires de l'entreprise. Pour Marielle, travailler « en pluri », c'est simplement travailler avec un médecin du travail comme intermédiaire.

*En pluridisciplinarité, le médecin du travail reste le maître d'œuvre<sup>516</sup>, notre référent dans la construction de l'intervention. Il y a toujours le médecin dans la boucle sinon c'est pas de la pluri, et quand on sort de la pluri, là on est dans une relation directe avec l'entreprise donc d'un point de vue relationnel c'est différent et c'est aussi payant, donc c'est différent de la pluridisciplinarité.*

L'inclusion du médecin du travail dans les interventions réalisées au titre de la « pluridisciplinarité » apparaît ainsi incontournable. Elle fait référence à des modalités d'intervention cadrées, que certains assimilent à un système figé qui, du fait de la présence prépondérante du médecin, empêche l'instauration d'un dialogue entre les disciplines.

C'est le cas de Thomas, ancien ergonome devenu cadre de direction dans un SST avant que celui-ci ne fusionne avec le SST1, et qui a mis en place un système « pluridisciplinaire » dans son service. Si les médecins étaient mis « dans la boucle » quand des IPRP intervenaient (au minimum, ils en étaient informés) ceux-ci n'étaient pas toujours au cœur de l'intervention, et notamment pas toujours à l'origine de l'intervention. En résultat, selon lui, un mode d'intervention réellement « pluridisciplinaire » (qu'il définit comme une collaboration entre les disciplines), qu'il oppose au système « pluridisciplinaire » classique davantage contrôlé par le médecin :

*Nous, on était un petit peu artisanal sur V., dans le sens où ce n'était pas forcément le médecin qui était chef de projet là-dessus c'était... moi j'avais mis plutôt les IPRP. Parfois, il y a un peu plus d'ergonomie, parfois il y a un peu plus de psychologie du travail. Ce n'est pas... Il y a toujours un peu d'épidémiologie, un peu de questionnaires pour les risques psychosociaux, mais en fonction de l'entreprise, du contexte, c'est modulable. Et là on est vraiment dans la pluridisciplinarité... alors on peut l'appeler multidisciplinarité, je ne sais pas comment le dire, mais en tout cas ils interviennent ensemble sur le sujet.*

Du fait de l'usage indigène du terme de « pluridisciplinarité », quand Thomas souhaite parler de la « pluridisciplinarité » dans son sens commun de coopération entre les disciplines, le terme lui semble insuffisant. Il recourt alors au terme de « multidisciplinarité », qui n'ajoute rien au terme de « pluridisciplinarité »<sup>517</sup>, mais qui lui apparaît plus juste, moins galvaudé.

---

<sup>516</sup> On note ici l'utilisation du vocabulaire de la conduite de projet, en phase avec l'évolution « pluridisciplinaire » telle que je l'ai décrite au chapitre précédent.

<sup>517</sup> On a vu que « multidisciplinaire » relevait souvent d'une traduction de l'anglais « *multidisciplinary* ». Les deux préfixes « pluri » et « multi » sont équivalents : ils renvoient à une pluralité ou à une multiplicité de disciplines.

Notons ici l'utilisation par Marielle et par Thomas d'un vocabulaire qui, dans l'esprit de la réforme, inscrit la « pluridisciplinarité » dans une démarche de projet : les termes de « maître d'œuvre » ou « chef de projet » sont emblématiques du « management de projet ».

Ainsi, le fonctionnement « pluridisciplinaire » attribue au médecin du travail une position stratégique dans l'organisation, qu'elle soit ou non contestée. C'est dans la continuité de cet esprit de prépondérance du point de vue médical que la « pluridisciplinarité » est présentée comme une « boîte à outils » au service des médecins du travail.

### 3. Une rhétorique de la domination

#### 3.1. La « pluridisciplinarité » une boîte à outils au service du médecin ?

##### ***Encadré 4.1 Quand la médecine impose sa supériorité vis-à-vis des autres disciplines en santé au travail***

La revendication de supériorité de la posture du médecin vis-à-vis des autres disciplines de la santé au travail est aussi ancienne que les premières démarches de médecins en entreprises.

Dès les années 1920, avant l'institutionnalisation de la médecine du travail, des pionniers promeuvent le positionnement dominant de la médecine sur le domaine de la protection de la santé des ouvriers. Pour Etienne Martin, les médecins sont les acteurs les plus à même d'intervenir dans les questions ouvrières pour influencer sur la législation du travail<sup>518</sup>. La médecine du travail, comme branche de la médecine légale, doit garantir l'« application des connaissances biologiques et médicales à l'étude des droits et des devoirs des hommes réunis pour travailler et pour produire »<sup>519</sup>.

L'idée se répand alors que les médecins seraient plus légitimes que d'autres acteurs sur les questions de santé au travail. Lors du premier congrès de langue française de médecine du travail, qui se tient en 1930 à Liège, le médecin belge P. Sollier définit cette nouvelle discipline comme une synthèse au sein de laquelle les éléments médicaux l'emporteraient<sup>520</sup> :

« Médecine, hygiène, physiologie, psychotechnique ont des rapports si étroits, s'interpénètrent tellement, qu'elles correspondent plus à la mentalité médicale qu'à toute autre... Etant donnée la prépondérance des connaissances médicales pour l'étude du facteur humain dans le travail professionnel et plus particulièrement industriel, l'aptitude spéciale du médecin à cette étude, et l'importance des fonctions proprement médicales dans l'usine, il paraît légitime de donner l'ensemble des connaissances auxquelles il est fait appel le nom de Médecine industrielle, ou encore de Médecine du travail ».

Le territoire de la santé au travail devrait, selon ce médecin, être uniquement occupé par des médecins car seule la « mentalité médicale » permet de faire la synthèse entre différentes ressources disciplinaires.

Dans le même esprit, T. Le Bianic relate dans sa thèse l'opposition virulente d'un médecin du travail, le docteur Theil à l'utilisation de tests de personnalité dans le recrutement des cadres. Le Dr. Theil doute de l'interprétation que peuvent faire de ces tests des psychotechniciens non-médecins, et il se bat pour que ces derniers soient exclus de leur pratique. Selon lui, les médecins sont les seuls à avoir «

<sup>518</sup> Martin Etienne, « Notre programme », *La médecine du travail*, n°1, oct. 1929.

<sup>519</sup> *Ibid.* p. 5.

<sup>520</sup> Sollier P., *La médecine industrielle*, Congrès national de médecine du travail, Liège, 21-23 juin 1930, Presses J. Vromans, Bruxelles, p. 45, cité par Buzzi, S., Devinck, J.-C., Rosental, P.-A., 2006, *La santé au travail*, La Découverte, Paris, p. 24.

une connaissance suffisante de l'homme total (...) et sont seuls aptes à interpréter cet ensemble indissociable que forment l'homme physiologique et l'homme psychologique »<sup>521</sup>. Ce positionnement préfigure le refus de certains médecins du travail de partager le territoire professionnel de la souffrance au travail avec les nouveaux professionnels embauchés au titre de la « pluridisciplinarité », qu'ils fondent également sur le point de vue surplombant que leur confère le statut de médecin<sup>522</sup>.

La question de la position du médecin du travail au sein de l'équipe « pluridisciplinaire » fait l'objet de débats depuis le début du processus de réforme de la médecine du travail. Si le professeur L. voyait le médecin du travail « pilote » de l'équipe « pluridisciplinaire », les législateurs ont préféré un terme qui, tout en conservant une place privilégiée aux médecins, serait dénué de connotation hiérarchique. Cette enseignante relate ainsi la controverse :

*A : Dans la réforme, les gens se sont opposés, le ministre plus particulièrement – parce que j'ai suivi quand même chaque modification de texte avec Monsieur L. qui essayait de faire pencher la balance. Il s'est opposé, le ministre et donc l'équipe derrière, les législateurs, à écrire le mot « piloter ». Ce n'est pas un hasard. Aujourd'hui, je ne sais plus le mot exact, mais je pourrais retrouver le mot qui est utilisé...*

*B : « Animer » je crois...*

*A : C'est « animer » voilà. Mais « piloter » et « animer », ce n'est pas la même chose. « Piloter » c'est gouverner, « animer » c'est un parmi d'autres, quoi.*

Le terme de « pivot » reste, jusqu'aux textes de 2011, le terme le plus entendu. Il fait écho à une terminologie utilisée dans le domaine médical qui ressort d'une visée de rationalisation du système de soin par la coordination de ses différents acteurs<sup>523</sup>. Au sein des services de santé au travail, il permet de singulariser l'action du médecin du travail par rapport à la multiplication des intervenants tout en adoptant une formulation floue, qui s'abstient de caractériser précisément cette position. Quand le Conseil économique et social se prononce sur la « qualification » du métier de médecin du travail, il affirme l'importance qu'il conserve un rôle de « pivot »<sup>524</sup> :

« Le Code du travail confie au médecin du travail la mission de veiller à ce que l'exécution du contrat de travail respecte bien la limite du maintien de l'intégrité physique et mentale du salarié. Notre Conseil n'imagine pas que cette mission puisse être dévolue à un autre intervenant parce qu'elle ne voit

<sup>521</sup> Le Bianic Thomas, *Les « ingénieurs des âmes ». Savoirs académiques, professionnalisation et pratiques des psychologues du travail de l'entre-deux-guerres à nos jours*, Thèse de doctorat de Sociologie, Université d'Aix-en-Provence, 2005, pp. 247-248.

<sup>522</sup> Voir en infra, chapitre 8, section 2.

<sup>523</sup> A ce sujet, voir Sarradon-Eck Aline, « "Qui mieux que nous ?" Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins », in Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, pp. 253-270. L'auteure y accomplit un travail de déconstruction de ce qu'elle appelle « l'idéologie professionnelle du généraliste-pivot », notamment en montrant que le patient travaille à coordonner les différentes étapes de son parcours de soin, et qu'un cloisonnement important subsistait entre les différents intervenants.

<sup>524</sup> Conseil économique et social, *L'avenir de la médecine du travail*, rapport présenté par Christian Dellacherie, 2008.

pas comment elle pourrait l'être dans des conditions alliant au même niveau éthique et compétence. Notre assemblée estime que le médecin du travail occupe ainsi dans le dispositif de santé au travail une place particulière qui lui confère la possibilité et le devoir d'exercer un rôle d'animateur, d'informateur et d'organisateur dans les différents réseaux de compétences, d'influence et de communication indispensables à un véritable décollage du système de santé publique spécifique organisé dans et pour le monde du travail. C'est en ce sens que l'on peut parler d'un rôle « pivot » au sein de chaque service de santé au travail comme de la communauté plus large des acteurs de la santé au travail<sup>525</sup>. »

Le texte de la réforme de 2011 préfère, au qualificatif de « pivot » se référant aux médecins du travail, les deux verbes « animent et coordonnent » qui se veulent descriptifs du rôle actif des médecins. Ils expriment à la fois le fait que le médecin du travail n'entretient pas de lien hiérarchique avec l'équipe « pluridisciplinaire » et qu'il bénéficie d'un statut à part au sein de celle-ci. Cependant, ces verbes ne sont toujours pas accompagnés d'une définition précise des activités ou responsabilités qu'ils sous-tendent.

Selon Aude, médecin hospitalo-universitaire qui s'inscrit dans la doctrine régionale de la « pluridisciplinarité » diffusée par le professeur L. et l'Institut qu'il dirige, le statut de « pivot » devrait être garanti au médecin, car son exercice se caractérise par une approche globale du salarié, contrairement à celles des IPRP :

*Le « pivot » ce n'est pas « je gouverne », « je maîtrise ». « Pivot », c'est « je suis au centre de ». L'intérêt d'un médecin pivot, pour moi, c'est qu'on ne peut rien faire sans en avertir le point central. Et comme je pense que la compétence d'un médecin du travail est de tenir compte de l'état global de la personne, mais aussi de l'état global des contraintes au travail, toutes contraintes confondues, qu'elles soient physiques, psychologiques, organisationnelles, ou biologiques, et bien je pense que l'intérêt ce serait que tout ce qui a été... Tout ce qu'il est possible de drainer comme informations tant sur le salarié, que sur son poste de travail, devrait converger vers le médecin du travail pour qu'il puisse émettre une décision qui soit pertinente...*

Le médecin du travail se présente ici comme le garant d'une démarche globale de prévention et de son bien-fondé. On verra plus loin qu'Aude perçoit les interventions « pluridisciplinaires » comme « ciblées » et qu'elle leur donne pour vocation de nourrir

---

<sup>525</sup> Le conseil poursuit : « Situé au croisement de la prévention des risques et du suivi des populations, il est le mieux placé pour combiner dans une démarche globale :

- le repérage des risques potentiellement pathogènes liés à l'organisation et aux conditions de travail ;
- la surveillance des travailleurs exposés à des risques particuliers ;
- le dépistage des pathologies professionnelles ;
- la veille sanitaire en milieu de travail dans un objectif de santé publique ;
- les préconisations et conseils relatifs à l'aménagement des postes de travail ;
- le maintien dans l'emploi, par la réorientation des salariés en difficulté de santé et par l'accompagnement médical des salariés en situation de rupture professionnelle.

C'est bien sur la base de l'exercice de ces missions conjuguant l'expertise médicale et la connaissance de l'entreprise que l'intervention du médecin dans les processus de reconnaissance de l'aptitude (ou de non-contre-indication) et de diagnostic de l'inaptitude peut trouver son sens et être intégrée à chaque niveau de la prévention. Dans sa mission de santé publique, le médecin du travail ne peut pas être limité par le lien à l'entreprise, quelles que soient sa nature et ses modalités. »

l'action du médecin. Celui-ci, dont le positionnement est stratégique dans l'équipe « pluridisciplinaire », doit alors faire la synthèse des différentes interventions.

La dissymétrie propre à tout rapport de domination<sup>526</sup> apparaît ici sous la forme rhétorique de l'opposition entre un point de vue compréhensif, surplombant, et des points de vue aux ambitions plus limitées, qui y seraient, de fait, assujettis. Ainsi, chez beaucoup d'acteurs rencontrés, au cœur de la définition même de la « pluridisciplinarité », on trouve l'idée que l'action des médecins est globale, tandis que les interventions des IPRP sont ciblées et spécifiques.

Ce point de vue rejoint l'analyse qu'a fait E. Freidson du poids de l'idéologie médicale, qui tend à « étendre son autorité au-delà du fonctionnel »<sup>527</sup> et à « croire que son travail lui confère plus qu'à d'autres une sagesse pour comprendre la vie et la nature humaine »<sup>528</sup>. Selon les acteurs rencontrés, la différence de statut dans les coopérations entre disciplines tiendrait à la qualité de médecin, qui conférerait une approche globale. Elle serait renforcée par le fait que l'action du médecin s'inscrit dans le temps tandis que l'intervention des IPRP est ponctuelle. Les IPRP effectueraient donc des actions ciblées qui permettraient de conforter, à un moment donné, l'approche globale du médecin. Pour Valérie, enseignante en médecine du travail, on peut « quasiment » parler de sous-traitance. L'intervenant en prévention des risques apporte au médecin, selon sa compétence, un « éclairage particulier » et « des connaissances », mais ni sa posture ou son approche, ni ses connaissances ne sont « globales », au contraire du médecin ou de l'infirmière :

*Les IPRP sont quasiment des sous-traitants du risque professionnel... c'est presque une parenthèse. C'est une partie de la chose, quoi. On demande aux médecins du travail d'être le tout, et l'IPRP vient apporter une pierre à cet édifice-là. La santé au travail c'est le point de vue global sur le salarié, mais pour avoir ce point de vue global, il faut un certains nombres de pierres, d'apports de connaissances. Pour moi, l'IPRP apporte des connaissances, apporte un éclairage – parce que ça peut être des connaissances ou un éclairage particulier, par exemple je pense à des psychologues, ça va apporter un éclairage particulier – mais il n'est pas là tout seul pour avoir la connaissance globale.*

Dans cette conception de la « pluridisciplinarité », les IPRP « outillent » l'approche globale du médecin, qui est sa prérogative exclusive. Ainsi, les rapports entre médecins et intervenants « pluridisciplinaires » apparaissent complexes : le médecin est le seul acteur à pouvoir développer une conception compréhensive, mais il a, pour cela, besoin que d'autres acteurs lui apportent les ressources nécessaires.

---

<sup>526</sup> Chazel François, « Pouvoir, structure et domination », *op. cit.*

<sup>527</sup> Freidson Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, p. 180

<sup>528</sup> *Ibid.* p. 179. Ces deux extraits sont cités dans Champy Florent, *La sociologie des professions*, Paris, PUF, 2009, p. 65.

#### ***Encadré 4.2 La distinction indigène entre « technique » et « médical »***

Cette distinction, dans le cadre de la santé au travail, trouve sa source dans le texte rédigé en décembre 2000 par les partenaires sociaux et qui préfigure le contenu de la loi de modernisation sociale de 2002. Cette loi stipule que les services de santé au travail doivent mettre en œuvre « des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail »<sup>529</sup>.

Par la suite, une distinction entre ces trois types de compétences est reprise dans le discours des acteurs et devient un des piliers de la rhétorique de la « pluridisciplinarité ». Dans le langage commun, si le « médical » concerne tout ce qui a trait à la médecine, on sait aussi que la médecine comprend des aspects qu'on pourrait qualifier de « techniques ». Or, sur notre terrain d'enquête, le terme « technique » est avant tout utilisé pour être opposé au terme « médical »<sup>530</sup>.

Si l'on regarde cette distinction à la lumière de la sociologie des professions et de ses débats, opposer « médical » à « technique » revient à réserver au personnel médical l'utilisation de savoirs abstraits, par opposition à la dimension concrète du terme « technique », qui renvoie, selon le dictionnaire, à des « moyens pratiques propres à une activité »<sup>531</sup>, et donc davantage à des savoir-faire qu'à des savoirs.

Cette opposition épouse alors en partie la distinction que font les sociologues fonctionnalistes, entre « profession » (au sens anglo-saxon du terme) et « occupation ».

L'opposition des termes de « technique » et « médical » est à placer dans un contexte de concurrence entre les groupes professionnels mis en avant par A. Abbott. Il fait l'objet d'une utilisation stratégique en faveur du discours médical très longtemps dominant dans des services de santé au travail dont la division du travail a beaucoup changé en peu de temps. Dans le discours des acteurs rencontrés, le domaine du « technique » désigne ce qui est attribué aux « IPRP » et non aux médecins, et, à l'échelon inférieur, aux « assistantes santé travail » et non aux infirmières.

Dans cette perspective, les apports des IPRP, définis comme « techniques », sont parcellaires et n'ont pas en eux-mêmes de visée d'intérêt général. C'est l'utilisation qu'en fait le médecin, grâce à son point de vue surplombant, qui va donner sens aux interventions « techniques ». La majorité des effectifs « pluridisciplinaires » des services n'a, longtemps, pas de problème avec ce qualificatif de « technique » : les techniciens ou ingénieurs-sécurité le revendiquent, et l'ergonomie fait son entrée dans les services sous ses aspects les plus « techniques » d'adaptation de postes de travail.

Plus récemment, l'ergonomie et la psychologie proposent une approche globale concurrente à la médecine du travail et, de ce fait, leurs praticiens ne perçoivent pas leurs interventions comme des « outils » au service de l'approche médicale<sup>532</sup>. Le terme d'« organisationnel », sous lequel on regroupe leurs interventions, peine également à définir un domaine qui leur convienne aux ergonomes et aux psychologues.

<sup>529</sup> Loi 2002-73 du 17 janvier 2002, dite « loi de modernisation sociale ».

<sup>530</sup> Plus précisément, j'ai d'abord tenté de prendre cette distinction pour argent comptant, sans prendre de distance sur ce point avec le discours des acteurs : tel groupe prend en charge les aspects techniques, tel autre les aspects médicaux. Cette distinction m'a alors mis dans l'embarras, car je n'y retrouvais pas de logique cohérente de distinction entre deux types de tâches, mais avant tout une logique de distinction entre plusieurs types d'acteurs professionnels. Par exemple, parmi les tâches des infirmières, certaines relèvent de la « technique ». Cependant, dans la rhétorique « pluridisciplinaire », c'est avant tout l'approche globale de l'infirmière qui est mise en avant, par opposition à l'activité « technique » des assistantes « santé travail ».

<sup>531</sup> Définition issue du dictionnaire Robert.

<sup>532</sup> Dans la procédure d'habilitation des IPRP, il existe une catégorie « technique » qui qualifie l'expertise apportée par un acteur (médicale, technique ou organisationnelle), ce qui peut expliquer en partie l'habitude d'opposer ces deux termes en santé au travail. Le terme d'« organisationnel » qualifie l'intervention des ergonomes et des psychologues, qui ne relève pas du « technique ». Cependant, ce terme n'est pas rentré dans le vocabulaire des acteurs des services, et je ne le vois jamais qu'à l'écrit.

### 3.2. Une division « médecins/non-médecins » vecteur de domination

La rhétorique « pluridisciplinaire » valorise le changement tout en conservant un statut spécifique au médecin du travail. En ressort un compromis que les IPRP trouvent peu convaincant : les « non-médecins » y sont regroupés malgré leur hétérogénéité, ce qui comporte des conséquences négatives sur le prestige de certaines activités menées à ce titre. Le terme de « pluri » ne fait donc pas l'unanimité parmi les IPRP. À cet égard, j'ai obtenu des propos indignés, hors enregistrement ou lors d'entretiens informels – ce sont surtout des psychologues qui s'insurgent contre le terme de « pluri », et celui d' « IPRP ».

Luc, psychologue au SST1, exprime la frustration de la position dominée dans laquelle il s'estime coincé. Il conteste le fait d'être défini en creux comme un « non-médecin » et refuse la signification indigène qu'a prise le terme de « pluri », en s'attaquant au mot lui-même.

Ainsi, il fustige le rapport instrumental que les médecins développent avec les IPRP et le manque de reconnaissance dont leurs compétences font l'objet. Il exprime l'idée que les IPRP sont traités comme des salariés de seconde zone dans les services, constamment dans l'ombre des médecins du travail.

*La « pluri », c'est la boîte à outils du médecin du travail. Super. Bien. Donc je suis comme un bistouri, un stéthoscope. C'est bien, ça renforce l'image qu'on n'est qu'une merde et qu'il faut répondre à la demande du médecin.*

Luc utilise un parallèle frappant avec des instruments médicaux pour dénoncer l'instrumentation dont ses collègues et lui font l'objet, qui donne une idée de la perception par les IPRP de la rhétorique instrumentale diffusée par les services. En outre, pour lui, non seulement la « pluridisciplinarité » reflète la domination des médecins sur les non-médecins dans les services de santé au travail, mais sa mise en œuvre est aussi un outil de domination. Les IPRP ne sont ni assez présents, ni assez écoutés dans les instances qui décident des modalités de mise en œuvre des collaborations « pluridisciplinaires ».

*La “pluri”, cette fameuse pluri, l'espèce de soupe là, dans laquelle on met tout ! Donc il y a les médecins, et puis “le reste” ! Déjà on voit bien la scission entre l'élite et les merdouilleurs (...).*

*La pluridisciplinarité, je déteste ce mot. Enfin, c'est une soupe, tu mets tout. Et pour moi la pluridisciplinarité, c'est médecin + infirmière + AST + ergonome + psychologue + toxicologue... enfin c'est un processus, une façon de travailler, ce n'est pas des compétences ! Et là on dit la pluridisciplinarité, la “pluri”, c'est des compétences ! Alors que non, c'est un positionnement professionnel ! Et derrière, suite à ces regroupements etc., tu as des réflexions sur comment travailler en pluri, commission médico-technique et des choses comme ça, qui servent à voir comment on peut travailler ensemble. Sauf que dans ces commissions-là, t'as 90% de médecins et 10% d'IPRP qui sont invités. Voilà !*

La « pluridisciplinarité » pourrait être un mode de coopération qui lui convienne, mais la « pluri » telle qu'elle est mise en place, est une « soupe » dans laquelle sa pratique se retrouve perdue et dévalorisée.

François, ergonomiste au SST1, regrette aussi la forte distinction entre les médecins et les « non-médecins », qu'il impute en partie à l'organisation du travail actuelle, suite à la fusion :

*- Il y a des moments où on a l'impression que bon voilà, il y a d'un côté des gens en capacité de réfléchir et de l'autre des gens en capacité d'agir. Et donc, au bout d'un moment, c'est un petit peu... c'est un peu agaçant quoi.*

B : Que les médecins sont les seuls en capacité de réfléchir ?

*- Ben ils ne le pensent pas tous hein. Mais telles que les choses s'organisent, c'est vrai qu'aujourd'hui on a pu le voir dans la fusion au niveau de qui chapeaute quoi... Bon, voilà. Surtout à partir du moment où on est à corps et à cris à dire qu'on manque de médecins, ceci cela, et donc si c'est pour les mettre à tous les niveaux...*

François suggère que l'organisation « pluridisciplinaire » des services épouse une division verticale du travail en dissociant le travail de conception, confié à des médecins, du travail d'exécution, confié aux acteurs qui ne sont pas médecins.

Les IPRP ne sont donc pas dupes du terme de « pluridisciplinarité ». Le décalage entre l'idéal d'horizontalité de la division du travail que ce mot leur suggère, et leur expérience dans les services – qui témoigne d'une verticalité des rapports avec les médecins du travail – les amène à réfléchir à leur situation de domination et à rejeter certains termes dont ils estiment qu'ils la permettent.

### **3.3. Une rhétorique qui s'appuie sur des stéréotypes de genre**

La rhétorique de la réforme a pour visée de renforcer la médecine du travail en lui donnant une image positive, afin de recruter des étudiants en médecine du travail. Or, bien que la proportion d'étudiantes en médecine soit de plus en plus importante, le vocabulaire employé suggère que pour promouvoir une spécialité, l'utilisation de stéréotypes ou d'images convoquant la masculinité reste prégnante dans le milieu médical. Au sujet de la médecine, M. Bungener et G. Paicheler parlent d'une « profession où règne l'absence de modèle féminin »<sup>533</sup>. L'impossibilité de féminiser le terme de « médecin du travail »<sup>534</sup> participe de

---

<sup>533</sup> Bungener Martine, Paicheler Geneviève « Trajectoires sociales, carrières et satisfaction financière : aspects de l'évolution de la profession médicale en France (1930-1980) », in Lucas Yvette, Dubar Claude (dir.), *Genèse et dynamique des groupes professionnels*, Presses Universitaires de Lille, 1994.

<sup>534</sup> Celle-ci m'a maintes fois manqué lors de l'exercice de la rédaction de cette thèse. L'utilisation occasionnelle du terme de « praticienne » et de celui de « femme médecin du travail » ne compense pas la frustration liée à la difficulté à désigner au féminin un groupe professionnel très majoritairement constitué de femmes.

cet ancrage du groupe professionnel dans un imaginaire avant tout viril. Les termes utilisés pour qualifier « le médecin du travail » reprennent en effet l'usage du masculin et s'engagent alors sur des voies qui l'éloignent de la réalité d'un groupe professionnel très féminisé.

Notons d'abord l'ironie de l'utilisation de l'image de l'« homme-orchestre » pour désigner une spécialité à plus de 70% féminine. Cet « homme-orchestre » évolue en « chef d'orchestre »<sup>535</sup>, comme pour rassurer ses praticiens –hommes et femmes- du fait que, malgré ses évolutions, la médecine du travail reste un mode d'exercice dont la référence est masculine : la réforme ne vient pas dévaloriser le rôle du médecin. Si la référence au chef d'orchestre est ici une image (le médecin « orchestre » les acteurs « pluridisciplinaires »), elle évoque également un groupe professionnel, qui, contrairement à celui de médecin du travail, reste un véritable bastion masculin, à tel point que sa faible ouverture aux femmes fait débat<sup>536</sup>. L'utilisation des termes de « pivot » ou de « pilote » impose également l'image de figures masculines.

La rhétorique réformatrice repose également sur une dévalorisation du soin et des pratiques de suivi individuel qui sont renvoyés dans la sphère du féminin. Un médecin du travail, Yves, exerçant au SST2, m'explique qu'il est arrivé en médecine du travail déçu par une activité de médecine soignante. S'il se montre par ailleurs critique de la réforme, il relaie ici une rhétorique de dévalorisation du soin qui préfigure des arguments des réformateurs :

*Pour un jeune qui a été conditionné aux soins, il se retrouve pratiquement émasculé ! C'est le sentiment qu'on peut avoir. C'est pour ça que nous, on a transformé ça, on a dit : « Se séparer du soin ce n'est pas une émasculé, au contraire c'est une démarche très virile parce que le soin c'est très maternel. Donc cessez d'être une maman et devenez un préventeur. C'est un propos qu'on avait, à une époque.*

Dans la première proposition, le médecin qui ne peut pas soigner se retrouve « émasculé »<sup>537</sup>, perd son pouvoir viril, dans l'autre, qui souhaite se substituer à la première, le soin est assimilé à du maternage, et donc à une posture féminine – à abandonner au profit d'une

---

<sup>535</sup> Rappelons ici que ces deux termes ont également été utilisés pour qualifier l'évolution de la fonction de prêtre dans l'Eglise catholique – cette fonction est occupée uniquement par des hommes. Béraud Céline, *Le métier de prêtre. Approche sociologique*, Paris, Les éditions de l'atelier, 2006.

<sup>536</sup> Source : Ravet Hyacinthe, « Diriger un orchestre. Lorsque le chef est une femme... », communication au RT 1 Savoirs, travail, professions, 3<sup>ème</sup> Congrès de l'Association Française de Sociologie, Université Denis Diderot-Paris 7, Paris, avril 2009. Les activistes du groupe « La Barbe » ont également noté l'absence de femmes au pupitre : après avoir analysé l'index du programme de la salle Pleyel de la saison 2013/2014, elles constatent que 99 noms des chefs d'orchestre de la saison sont masculins, contre seulement 3 noms de femmes. Leur intervention à la salle Pleyel est détaillée dans un chapitre de l'ouvrage suivant : Sels Dominique, *Un sanglier dans le salon*, Paris, Editions de la Chambre au Loup, 2013.

<sup>537</sup> Un médecin rencontré par F. Piotet lors de son enquête au cours des années 1990 avait déjà comparé l'absence de soins dans la médecine du travail à une « castration », cette rhétorique est donc courante et ancienne dans le milieu. Piotet Françoise, Correia Mario, Lattès Claude, « Entre profession et métiers, les médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, n° 58, 1997, pp. 22-89.

attitude proactive et virile : celle du « préventeur ». Le « retournement de stigmatisme »<sup>538</sup> s'appuie sur une symbolique de genre qui pose pour principe que le féminin est dans tous les cas dégradant et qu'il faut s'en éloigner.

Dans les processus de division du travail, cette rhétorique présente l'avantage de permettre une polarisation entre des tâches ou des activités jugées concordantes avec les stéréotypes liés au travail féminins (ainsi déléguées aux infirmières et aux assistantes) et celles qui nécessitent une expertise, qui reviennent alors soient aux intervenants en prévention des risques professionnels, soient aux médecins du travail eux-mêmes. Ainsi, la formulation d'une « pluridisciplinarité niveau 1 » exprime une hiérarchisation genrée des tâches et des groupes : le niveau inférieur est constitué de métiers féminins, désignés au féminin.

\*\*\*\*\*

La rhétorique de la « pluridisciplinarité », introduite dans les services de santé au travail par les textes de leur réforme, est relayée au niveau de l'organisation par des termes repris par tous. La « pluridisciplinarité » a ainsi acquis une signification indigène qui, par extension, est à l'origine de nouveaux choix organisationnels des services. Cette signification est ambiguë pour les médecins : la rhétorique leur assure un statut à part, mais elle implique aussi que celui-ci est fragile et menacé. En effet, l'utilisation au sein des services de la rhétorique « pluridisciplinaire » introduit des rapports dissymétriques entre les médecins du travail, d'un côté, et les groupes professionnels nouvellement impliqués, de l'autre. Cependant, si le terme de « médecine du travail » consacrait leur monopole sur ce territoire, la notion de « santé au travail » rappelle aux médecins qu'ils ne sont pas les seuls acteurs légitimes et les enjoint à partager ce territoire professionnel avec d'autres.

Les acteurs se rejoignent sur les aspects positifs de l'ouverture de la médecine du travail à des disciplines et des métiers divers. La médecine du travail, imaginée autour du groupe des médecins du travail, apparaît comme une interprétation nationale étroite de la prévention des risques professionnels. Ainsi, la définition de ce terme utilisé par tous n'est pas partagée par tous, et l'analyse du contenu sémantique dont les uns et les autres l'investissent laisse percevoir des conceptions conflictuelles de sa mise en œuvre.

---

<sup>538</sup> Le stigmatisme est, selon E. Goffman, une caractéristique qui différencie négativement un individu (ou un groupe) par rapport aux autres. En proposant une conception interactionniste de ce stigmatisme, il montre qu'aucune caractéristique n'est en elle-même dévalorisante, mais que le contexte de l'interaction est déterminant : ainsi, un stigmatisme peut être « retourné » en un atout par un groupe stigmatisé. Ici, l'assimilation au féminin joue comme élément stigmatisant, dont il s'agit de s'éloigner par une rhétorique virilisante. Goffman Erving, *Stigmatisme : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 1975 (1<sup>ère</sup> édition 1963).

## Section 2 : Les médecins du travail, sauvés ou fragilisés par la « pluridisciplinarité » ?

Si les médecins sont bien les acteurs autour desquels la « pluridisciplinarité » s'organise, notamment du fait de leur statut et de l'historique des services de santé au travail, anciennement des services de médecine du travail, plusieurs facteurs les fragilisent cependant. D'une part, si la démographie représente pour les médecins un véritable atout dans les négociations avec leur hiérarchie, elle peut s'avérer à double tranchant. En effet, les médecins du travail sont littéralement mis en minorité dans les services de santé au travail. Le manque de « temps médical » ouvre aux autres professionnels la possibilité de se positionner sur des tâches et des activités anciennement effectuées par le médecin sur son temps de travail. Dans sa description des luttes de territoires entre les groupes professionnels, A. Abbott indique que des critères tels que la démographie participent à redistribuer les territoires : le déficit de main-d'œuvre médicale forme ainsi un « vide juridictionnel »<sup>539</sup> dans le territoire professionnel des médecins du travail, dans lequel d'autres groupes peuvent s'infiltrer. D'autre part, les médecins du travail sont théoriquement incontournables, mais les conditions de leur contournement sont envisagées et discutées, si bien que ce dernier n'apparaît plus si lointain ou invraisemblable.

### 1. Le médecin « pivot » ou quand la « pluridisciplinarité » ménage le pouvoir médical

#### 1.1. Manager des médecins : un exercice difficile

Les cadres dont le directeur s'entoure (pour les ressources humaines, la formation, la « qualité ») se disent décontenancés par la spécificité que constitue selon eux le management d'une population de médecins du travail. Ils perçoivent les cadres fixés à l'activité médicale, mais aussi son autonomie revendiquée, comme un frein dans l'exercice de leur métier. Valérie, la responsable de formation déplore que les médecins, au nom de l'indépendance que leur confère leur statut professionnel, s'estiment indépendants de la structure qui les emploie :

*Indépendance dans la pratique médicale, ou indépendance au niveau de l'entreprise, ils pensent que c'est pareil, alors qu'ils ont le statut de salarié ! Souvent, on le leur rappelle, ça. Donc c'est cette indépendance professionnelle qu'ils mettent en avant pour dire : « j'ai des comptes à rendre à la DIRECCTE, mais je n'ai aucun compte à rendre à la direction ! » Pour certains, on en est là.*

---

<sup>539</sup> Abbott Andrew, *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labor*, op. cit.

Valérie regrette les revendications des médecins et le peu de respect qu'ils ont pour la hiérarchie interne à l'organisation qui les emploie, qui crée des rapports potentiellement conflictuels.

De même, Laure et Géraldine, dont on a vu qu'elles étaient respectivement juriste et responsable des ressources humaines, ont toutes deux identifié comme une difficulté le fait d'avoir affaire à des médecins, à la fois indépendants statutairement et salariés, et, en tant que tels, dépendants administrativement de l'équipe de direction :

*L : La difficulté principale dans la fonction de gérer des médecins du travail, c'est le conflit entre le fait que ce sont des salariés, donc que tu gères, et qu'ils ont une indépendance technique, une autonomie. Parfois, le conflit entre les deux notions est flagrant et difficile à intégrer.*

*G : Ah oui, ça, clairement, c'est régulièrement ce qui fait débat. Mais on aime quand même rappeler que toutefois ils ont des obligations en tant que salariés, médecins ou pas...*

Cette double référence à l'organisation et aux pairs<sup>540</sup> crée selon Laure et Géraldine un « conflit », soit une contradiction avec laquelle les médecins – et ceux qui travaillent avec eux – doivent composer.

Les métiers des RH et de la formation se positionnent comme un personnel potentiellement aidant pour les médecins du travail. Dans un contexte de changement de leur place dans les services, Géraldine et Valérie se proposent de les accompagner dans leurs nouvelles missions d'animation de l'équipe « pluridisciplinaire ». Or, certains médecins refusent l'apprentissage de leur nouvelle posture de manager, qui est attendu d'eux. Même ceux qui acceptent de s'inscrire dans les équipes sont réfractaires à toute notion de « management », à l'exception de quelques médecins :

*Leur positionnement est difficile parce qu'il s'inscrit dans une équipe qui s'élargit. Surtout dans le contexte actuel avec les textes. Mais justement, ils ne positionnent pas comme manager, comme pivot... On ne s'improvise pas chef d'équipe, ça s'apprend ! Et quand on leur dit : « voilà, on vient vous former, vous aider, vous accompagner, et donc, ça s'appelle du management » ; « Ah non non ! ». Donc ça c'est compliqué. Mais bon, après on peut faire avec quelques individus qui vont tirer la locomotive, on a espoir.*

Les cadres sont donc sauvés du désespoir par la présence de médecins réceptifs à leurs injonctions.

La responsable de la formation, Valérie, comme ses collègues, a le sentiment que la notion de « management » est taboue dans le service, que c'est un « gros mot ». Elle n'explique pas uniquement la réticence des médecins envers le management comme une démonstration d'autonomie professionnelle, mais aussi par la connaissance qu'ont les

---

<sup>540</sup> Julia Evetts en fait deux manières d'investir sa professionnalité : elle parle de « *organisational professionalism* » et de « *occupational professionalism* ».

médecins des rouages de l'entreprise privée et de leurs caractères pathogènes. Selon elle, par ce refus, les médecins du travail s'opposent à l'entreprise, ses codes, ses valeurs :

*C'est quelque chose qu'ils vivent mal, la notion de management en général. Parce qu'ils ne le vivent pas bien au sein de leurs entreprises. Les problématiques des salariés, ils se rendent compte très vite que c'est souvent des problèmes d'organisation du travail et de management. Donc, pour eux, suivre des formations de management, ça peut finalement être problématique pour l'équipe.*

Cette opposition des médecins au management, et notamment aux formations qui les pousseraient à devenir « manager », rappelle la description que fait C. Béraud des résistances de certains prêtres à ce qu'elle nomme un courant de « professionnalisation » de leur activité. La rhétorique du changement se heurte à celle de la vocation religieuse, comme elle se heurte, dans notre cas, à la rhétorique professionnelle des médecins, s'appliquant à les distinguer des autres groupes professionnels. Les écrits de certains prêtres témoignent d'une volonté d'associer des « compétences techniques » – « savoirs faire en communication, conduite d'équipe, conduite de projet d'évangélisation, de rassemblement » – au « charisme » et au « don » qui les caractérisent collectivement<sup>541</sup>. Les médecins du travail qui promeuvent les formations au management, ou s'y inscrivent, se positionnent de manière similaire<sup>542</sup>.

## ***1.2. Une politique d'implication des médecins***

Les discours sur la difficile pénétration d'une idéologie managériale dans la culture médicale s'inscrivent dans l'opposition classique en sociologie entre organisation et profession. Les professions résistent à leur inscription dans une organisation car elles obéissent d'abord, et parfois, de manière concurrente, à leurs propres règles d'organisation avant d'être sous le joug d'une hiérarchie externe au groupe<sup>543</sup>. Cependant, les médecins du travail participent à l'élaboration des normes et une telle opposition entre organisation et profession ne peut tenir face aux changements qui ont lieu dans les services de santé au travail.

En tant qu'employeur de médecins du travail, le directeur du service doit composer avec la spécificité de leur double allégeance à leur groupe professionnel d'une part, et à leur service, d'autre part. Il choisit de leur laisser une large marge de manœuvre. En effet, des

---

<sup>541</sup> Voir Béraud Céline, « Mutations de la formation pour le clergé catholique : entre idéal sacerdotal et valorisation de la compétence », in Demazière Didier et Gadéa Charles (dir.) *Sociologie des groupes professionnels*, Paris : La Découverte, 2009, p. 191, cite Magnin, 2003, p. 29.

<sup>542</sup> C'est le cas de Jean-Marc, voir portrait en infra, chapitre 9.

<sup>543</sup> E. Freidson théorise cette singularité comme une « troisième logique » se dressant face à la logique du marché et de la bureaucratie. Freidson Eliot, *Professionalism, the Third Logic*, University of Chicago Press, Chicago, 2001.

médecins ont été impliqués dans la conceptualisation des politiques de service auxquels certains de leurs confrères s'opposent<sup>544</sup>. Les revendications au nom de l'indépendance médicale perdent donc sensiblement de leur pertinence, dès lors qu'elles ont été pensées par des membres de leur groupe professionnel. De plus, au niveau de la mise en œuvre, les principaux promoteurs des changements de division du travail liés à la « pluridisciplinarité » sont, dans le service, des médecins. Ceux-ci adhèrent à ces changements ; ils souhaitent participer à leur mise en place et convaincre leurs confrères réticents du bien-fondé de la « pluridisciplinarité ». Ainsi, les politiques propres au service ne sont pas élaborées indépendamment des médecins et de leur opinion. Au contraire, des médecins sont mandatés pour réfléchir à l'harmonisation des pratiques afin de garantir leur « indépendance »<sup>545</sup>.

Quand je l'interroge sur le processus d'élaboration des procédures dans le cadre de la démarche de progrès en santé au travail « DPST », le responsable qualité me répond qu'il est tributaire des décisions des médecins, pour tout ce qui touche aux pratiques médicales. Son rôle est ainsi de transposer des pratiques qui auront été auparavant validées par des médecins sous forme de norme qualité. Quand les médecins peinent à atteindre un consensus, cela peut prendre du temps, pendant lequel son action normalisatrice est freinée :

*Vous avez une équipe de médecins coordinateurs pilotée par Philippe Duroy. Au sein de son équipe, il a missionné le Docteur Jacques Richet pour faire des propositions d'harmonisation. La vision, le schéma d'organisation... Tant que cette organisation n'a pas été proposée, validée, etc., moi je ne peux pas avancer quoi, voilà. Je ne peux pas écrire une procédure sans eux ! Vous comprenez la difficulté qu'on a aujourd'hui ?*

La consultation des médecins du travail se présente comme un préalable indispensable à toute prise de décision : les normes et procédures émises par le service émanent donc du groupe

---

<sup>544</sup> Cette implication au sein de l'organisation fait écho à l'implication des médecins du travail dans leur propre réforme. Selon P. Hassenteufel, ce sont les groupements de médecins plus ou moins enclins à composer avec les partisans de la réforme qui conditionnent la réforme du système de soin. Plus les médecins participent à la réforme, moins ils s'y opposent par la suite. Cependant, dans le cas de la médecine du travail, les médecins du travail ne participent pas tant à la réforme que les professeurs de médecine du travail, représentants de la profession dans le monde politique alors qu'ils ne sont pas considérés comme légitimes par les médecins praticiens et qu'eux-mêmes parlent des médecins du travail à la troisième personne du pluriel.

Hassenteufel Patrick, « Vers le déclin du "pouvoir médical" ? Un éclairage européen, France, Allemagne, Grande Bretagne », *op. cit.* pp. 51-64.

<sup>545</sup> On pense ici aux termes utilisés par E. Freidson pour qualifier cette participation des médecins à l'élaboration des normes qui leur sont imposées : il parle d'un contrôle professionnel qui « change de nature », pour signifier qu'il ne disparaît pas. Freidson Eliot, « The changing nature of professional control », *Annual Review of Sociology*, vol. 10, 1984, pp.1-20.

professionnel<sup>546</sup>. Ainsi, en principe, les médecins confrontent leurs différentes manières de faire pour arriver à des consensus repris à leur compte par la direction.

*Avant la fusion, on avait déjà défini un schéma d'organisation, notre projet stratégique. Et donc on a travaillé avec des groupes de travail, avec des médecins, des infirmières, des IPRP, des assistantes – en fait des professionnels – qui ont réfléchi sur comment mettre ça en place. Et donc ils ont défini... ils ont sorti plein de fiches là-dessus, et un schéma.*

De fait, le schéma organisationnel du service et ses orientations stratégiques ont été définis par des groupes de travail qui comprenaient des médecins et d'autres professionnels salariés du service. Le directeur ne revendique pas le crédit de cette organisation, louée jusqu'au niveau national. Cependant, la dernière partie montrera que derrière ces décisions prises après consultation des médecins se cachent d'importants débats internes au groupe, ce dernier étant largement composite.

## **2. Une démographie à double tranchant**

### ***2.1. Le manque de main-d'œuvre médicale comme source de pouvoir***

Pour comprendre le statut à part des médecins du travail dans les services « pluridisciplinaires », et le fait que les directions se plient bien souvent aux volontés de leurs médecins et peinent à les contredire, il faut revenir sur la « pénurie » qui touche les médecins du travail. 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. Géraldine, la responsable des ressources humaines, découvre en arrivant au SST1 les spécificités du statut

---

<sup>546</sup> Le directeur du SST1 est impliqué dans la politique régionale de santé au travail, il participe à la mise au point du plan régional de santé au travail. Reconnu pour son engagement dans le processus de réforme, il est, au terme de processus de fusion, à la tête d'un très gros service de santé au travail. Lors de notre entretien, il utilise la première personne du pluriel pour parler de son service, mais aussi quand il mentionne des orientations prises avec l'assistance de médecins. Les médecins sont essentiels au service et, pour cette raison, il n'imagine pas prendre une décision qui va à l'encontre de leur avis. Ainsi, le médecin coordinateur est élu, au contraire de certains médecins coordinateurs nommés par leur direction, ce qui fait une différence en termes de démocratie interne. Il est également connu pour ne pas imposer d'objectifs quantitatifs à ses médecins par rapports aux visites médicales, contrairement à d'autres services qui rejoindront le SST1 et dont les médecins subissaient une certaine pression sur ce point. Lors de notre entretien, il exprime cette approche à la fois pragmatique et réformatrice : nous n'avons pas les moyens d'appliquer la loi, alors c'est à nous de hiérarchiser nos priorités pour assurer la santé des salariés. Il utilise son implication dans l'Institut de médecine du travail, et sa connaissance du processus de réforme en cours pour élaborer sa politique interne : il mise moins sur la visite d'aptitude que sur des interventions collectives « pluridisciplinaires ».

de médecin du travail comme autant de « limites » de son action<sup>547</sup>. Selon elle, les médecins du travail sont avant tout protégés par leur rareté sur le marché :

*Et j'ai aussi rapidement vu que tous les médecins étaient salariés protégés... je ne le savais pas avant d'intégrer le service. Donc ça ben, ça limite... mais bon, en même temps comme on est dans un contexte de pénurie extrême de médecins, qu'ils soient protégés ou pas, ça ne change pas grand-chose.*

Par ce parallèle, Géraldine exprime un point de vue pragmatique : elle met sur le même plan la difficulté à recruter des médecins – qui s'avère protectrice pour eux – que les impératifs déontologiques liés à leur indépendance – qui ont également un effet protecteur sur leur emploi.

Dans ce contexte, les équipes de direction des services de santé au travail doivent mettre en place une réforme qui transforme l'exercice de la médecine du travail tout en soignant particulièrement leurs rapports à leurs salariés médecins. Pour Aude, médecin hospitalo-universitaire, certaines mesures qui assurent un confort d'exercice aux médecins ne sont pas rentables pour le service, si ce n'est qu'elles permettent de « fidéliser la main-d'œuvre » dans un contexte où il est primordial de le faire.

*Sans médecins, ils ne peuvent rien faire. Aujourd'hui, les médecins sont en pénurie partout, ils ont les salaires qu'ils veulent. Si, hier, c'était les textes qui nous donnaient le pouvoir, entre guillemets, demain c'est la démographie médicale qui va leur glisser le pouvoir. Deux choses. La démographie médicale et les usages qui font qu'on ne modifie pas comme ça à l'emporte-pièce. Parce qu'on sait que si on veut fidéliser la main-d'œuvre, il faut des conditions de travail agréables.*

En effet, comme le dit Aude, le SST1 a construit sa réputation sur les bonnes conditions de travail qu'il offre aux médecins, non pas tant en termes financiers ou matériels (c'est le choix du SST2) qu'en termes de ressources « pluridisciplinaires » et médicales (laboratoire, « plateau médical ») et de marges de manœuvre dans la conduite des visites. Ainsi, le service souffre moins que d'autres du vieillissement de ses médecins<sup>548</sup>.

De même, il n'est pas rare que les directions refusent de se positionner sur des conflits entre médecins, ou entre médecins et IPRP. Au SST1, ce mode de management « consensuel » est critiqué par certains qui préféreraient que la direction définisse une politique et la défende, au lieu d'attendre que les conflits qui portent sur les manières de faire se résolvent d'eux-mêmes pour élaborer sa politique<sup>549</sup>. D'après une personne interrogée, Bruno Maire, directeur du SST1, préfère « ne se mettre personne à dos », ce qui bloque certaines évolutions. En effet, attendre d'obtenir des consensus pour pouvoir avancer peut

---

<sup>547</sup> J'y reviendrai dans la sous-partie suivante.

<sup>548</sup> Le cadre urbain ou péri-urbain de beaucoup des antennes du SST1 n'est évidemment pas étranger non plus à la situation démographique des médecins du service, moins alarmante que dans des zones plus reculées.

<sup>549</sup> Le chapitre 8 aborde les conséquences de cette absence de politique claire sur la prévention des « risques psychosociaux ».

s'avérer problématique quand plusieurs conceptions différentes de la médecine du travail et de son objectif sont portées dans un même service.

## **2.2. Un « vide juridictionnel » dû à un manque de médecins**

Les premières assistantes santé travail ou « AST » sont formées en 2002, l'année de la loi dite « de modernisation sociale » qui introduit la notion de « pluridisciplinarité » en France. Le déclin démographique des médecins du travail commence à se faire sentir, ce qui entretient une certaine confusion entre une « pluridisciplinarité » qui viendrait ajouter des compétences aux médecins et se présenterait comme sa « boîte à outils » et une « pluridisciplinarité » qui consisterait avant tout à gagner du temps médical face au manque de médecins.

La démographie médicale déjà déclinante crée un climat favorable aux conditions d'emploi des médecins, qui disposent d'une marge de négociation importante sur leurs salaires et leurs conditions de travail. Les médecins du SST1 n'ont pas de réelles raisons de s'inquiéter pour leur avenir professionnel : le service a encore besoin d'eux et ils y sont bien traités.

Cependant, parallèlement, les débats sur la réforme de la médecine du travail entraînent une incertitude sur l'avenir de leur profession. P. Marichalar parle d'une ambiguïté du CISME vis-à-vis des besoins en main-d'œuvre médicale : les directeurs de services ne cherchent en effet plus vraiment à endiguer la « pénurie » mais à promouvoir d'autres acteurs pour pallier le manque de médecins<sup>550</sup>. Fin 2003, les organisations de salariés et de médecins du travail reçoivent une information selon laquelle le CISME préparerait des licenciements massifs de médecins en vue du passage à la « santé au travail » :

« Avant même que cette réforme ne soit écrite, des services de santé au travail licencient ou préparent des plans de licenciements économiques "préventifs". Ces services préjugent du contenu d'une réforme, en se basant sur les importants amendements que tentent d'imposer les organisations patronales. »<sup>551</sup>

Cette information, que le CISME qualifie de rumeur, ne s'est en effet jamais vérifiée, mais elle traduit l'atmosphère pétrie d'incertitudes de cette période pré-réforme, dont certains médecins du service ont fait les frais. Christine, médecin du travail au SST1, me raconte ainsi son arrivée dans le service :

---

<sup>550</sup> Marichalar Pascal, « La médecine du travail sans les médecins? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Politix*, vol. 23, n°91, 2010, pp. 27-52.

<sup>551</sup> Communiqué intersyndical du 13 novembre 2003, cité par Marichalar Pascal, *op. cit.*, p. 40.

*J'avais le cœur léger à l'époque et je pensais que tout allait rouler : je n'ai pas eu de chance ! La première réforme de la médecine du travail est tombée en plein quand je suis sortie, en 2004. Je travaillais dans un service sur M. à l'époque et on m'a clairement fait comprendre qu'ils auraient bien voulu me prendre mais qu'à cause de la réforme, ils ne voulaient prendre personne parce qu'ils attendaient les textes, et qu'on verrait dans quelques mois. Mais pour moi, quelques mois, ce n'était pas possible, j'avais besoin d'un salaire et j'ai fait le tour des services et aucun service n'embauchait pour les mêmes raisons. C'était quand même un sacré coup du sort, j'avais fait médecine du travail pour un mieux financier, et je me retrouvais la tête sous l'eau !*

Christine va tout de même trouver rapidement du travail, mais l'ambiance est à l'inquiétude alors que de plus en plus de professionnels non-médecins sont embauchés dans les services.

Lors d'une conversation informelle avec plusieurs médecins, ils décrivent une période de confusion (autour de 2004), durant laquelle ils ne savaient plus s'ils n'étaient plus assez nombreux – leur charge de travail était en train d'augmenter en conséquence – ou au contraire trop nombreux – leur disparition des services était planifiée par l'introduction progressive d'autres compétences.

En 2004, la réforme allonge la périodicité des visites à deux ans afin d'alléger la charge des médecins du travail en visites périodiques. À partir de ce moment, les promoteurs de la réforme mettent l'accent sur un suivi « collectif » et les nouveaux acteurs intégrés dans les services le sont dans cette optique. Les médecins du travail peuvent se demander si l'arrivée de nouveaux métiers est la conséquence d'un changement d'approche de la santé au travail, ou bien sa cause. Ces métiers qu'on promeut et l'approche nouvelle de la santé au travail qui se dessinent ne marginalisent-ils pas l'approche médicale ? Jean-Marc, médecin coordinateur de la « pluridisciplinarité » au SST1, reconnaît que ses confrères ont d'abord été méfiants vis-à-vis de la « pluridisciplinarité » :

*À ce moment-là il y avait le grand débat entre... « La pluridisciplinarité vient-elle remplacer le médecin du travail ? ». Certains pensaient que, dans la mesure où on aurait moins de suivi salarié, pour aller plus en prévention ; ben dans ces cas-là, on allait remplacer certains types de visites, certaines prestations de suivi individuel par la pluridisciplinarité. Donc voilà, c'était donc inclus dans la cotisation : moins de médecins, plus d'IPRP. Donc la démedicalisation de la médecine du travail... et on pensait qu'elle était même organisée, puisque de moins en moins de médecins du travail, de plus en plus d'IPRP. Donc une crainte de la profession hein. Alors certains médecins peut-être ont moins prescrit pour ces raisons-là.*

Le contexte de « débat » que décrit Jean-Marc témoigne d'une certaine résistance d'une partie de la population médicale à l'introduction de nouveaux métiers dont ils craignent qu'ils ne les remplacent. Ces résistances sont pourtant à relativiser dans un contexte où la démedicalisation n'est pas seulement une menace hypothétique mais se traduit concrètement par une augmentation, parfois considérable, des effectifs de salariés que les médecins doivent suivre.

Quand la situation démographique les mets au pied du mur, ils mobilisent alors leurs nouveaux collègues pour pouvoir continuer à travailler.

Ce contexte d'incertitude sur l'avenir du groupe professionnel crée un climat défavorable à l'introduction de nouveaux acteurs. Les quelques médecins impliqués dans la mise en place des nouvelles collaborations se heurtent à des résistances fortes, mais réussissent petit à petit à faire entendre leurs arguments dans un contexte où les médecins du travail manquent de temps pour faire ce qu'ils souhaiteraient faire et se retrouvent dépassés.

Ainsi, l'affaiblissement de l'emprise des médecins sur leur territoire originel est en partie dû à la diminution progressive du nombre de médecins. Cette situation est comparable au déclin démographique des prêtres catholiques, entraînant une nouvelle division du travail religieux décrite par C. Béraud<sup>552</sup>. Comme les prêtres, les médecins du travail en exercice sont souvent à la retraite<sup>553</sup>. De plus, la pénurie de prêtres conduit l'Église à chercher de la main-d'œuvre à l'étranger, ce qui se fait également pour les médecins du travail, avec des recrutements de plus en plus fréquents en Europe de l'Est ou au Maghreb. Enfin, comme dans le cas des prêtres, ces solutions palliatives ne se sont pas avérées suffisantes, et les tâches qui composent ces deux activités ne peuvent plus être menées à bien. Dans les deux cas, on finit par aller chercher une main-d'œuvre en dehors du groupe lui-même. Laïcs et diacres sont mobilisés par l'Église sur des tâches auparavant effectuées par le prêtre et qui apparaissent comme annexes, alors que celui-ci, de par son statut, conserve un mandat exclusif sur certaines tâches.

Le « vide juridictionnel » laissé par les médecins du travail se présente donc, dans le cas de la concurrence entre médecins, assistantes santé travail et infirmières, d'abord comme un vide démographique dans lequel les « assistantes santé travail » et les infirmières, avec l'aide de certains médecins, peuvent s'engouffrer. Dans ce contexte, comment continuer à s'assurer un mandat exclusif sur le « cœur de métier », soit les activités qu'on estime les plus importantes ?

---

<sup>552</sup> Béraud Céline, *Le métier de prêtre. Approche sociologique*, Paris, Les éditions de l'atelier, 2006.

<sup>553</sup> Un médecin retraité rencontré se qualifie de « cumulard », car, comme beaucoup de ses confrères, il cumule une retraite et un salaire de médecin du travail.

### 3. Le médecin du travail : un acteur contournable ?

#### 3.1. Le statut de « pivot » : une position potentiellement inconfortable

Ainsi, théoriquement, les médecins du travail ont un certain pouvoir dont ils peuvent user pour formater les interventions « pluridisciplinaires » dans un sens qui leur convienne. Cependant, ils n'en usent pas tous, et, sur le terrain, beaucoup d'entre eux sont réticents à mobiliser les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP). Les raisons invoquées par les quelques médecins peu utilisateurs de la « pluri » que j'ai rencontrés tournaient autour de leur sentiment d'incompétence – la sollicitation d'un IPRP serait susceptible d'exposer leurs lacunes sur une problématique spécifique, car elle impose notamment de formuler une demande de manière adéquate et de le faire avec à-propos. Corinne, médecin au SST1, me confie qu'elle est mal à l'aise vis à vis des risques psychosociaux et que, par conséquent, elle ne préfère pas solliciter les IPRP pour mettre des actions de prévention en place sur ces questions.

*Oui, je fais des demandes. Alors, sur les risques psychosociaux, je n'en ai jamais fait. C'est vrai que je ne suis certainement pas le meilleur médecin à interroger parce que je suis plus à dire à l'entreprise : « je vous alerte et après ben... » en gros, faites ce que voulez ; « si vous voulez que je vous oriente, je vous orienterais, si vous ne voulez pas, je ne vous orienterais pas ».*

Elle se dit également « mal à l'aise » sur cette problématique<sup>554</sup> et ses expériences d'« alerte » la confortent dans son malaise : les entreprises réagissent souvent mal, me dit-elle. Elle mobilise donc plus facilement les différentes offres d'expertises psychiatriques (psychiatre ou consultation de pathologie professionnelle) que les intervenants « pluridisciplinaires ».

Les ergonomes sont en position de me décrire la population des médecins du travail qui fait appel à eux : d'après eux, certains se montrent si peu à l'aise avec certaines problématiques qu'ils ne souhaitent pas endosser le rôle de pivot. Ils émettent également l'hypothèse que les médecins qui s'abstiennent de les mobiliser ne se sentent pas les épaules d'un « pivot », et que c'est la raison de leur position de retrait vis-à-vis des activités « pluridisciplinaires » :

*Il y a un discours qui revient, c'est le médecin pivot. Bon ben, sur les RPS, un médecin qui fait une demande et qui dit : « je ne veux pas être le médecin pivot, je ne préfère pas référer », parce que sur ma pratique je suis déjà un peu en difficulté dans mon action en milieu de travail... Donc il y a des moments, il faudrait aussi être en capacité de se dire : « bon, on arrête autour du médecin pivot et on construit quelque chose où c'est une équipe pivot ou autre chose, mais... ». Enfin, il y a 20-30 ans oui, ça pouvait être comme ça... Mais là sur des problématiques comme celle-ci, ce n'est plus pertinent de fonctionner comme ça.*

---

<sup>554</sup> Voir citation en infra, chapitre 7, section 3.

*Surtout qu'il y a des moments où ils ne sont pas à l'aise parce que c'est difficile. Je pense que pour un médecin du travail qui a du mal à surmonter à la fois sa charge de travail et puis ce genre de risques... Je ne sais pas comment il peut arriver à le maîtriser. Donc bon, toujours les mettre en avant, comme si tout reposait sur leurs épaules, non, il faut arrêter ! Comme on leur demande expressément de suivre tous les dossiers qu'ils seraient amenés à lancer, forcément ça limite aussi les demandes quoi, parce qu'ils ne peuvent pas se démultiplier. Je veux dire, s'ils ont deux ou trois dossiers lourds en cours c'est bon, ça leur occupe quasiment toute leur AMT<sup>555</sup>.*

Pour François, ce rôle de pivot est trop lourd pour beaucoup de médecins du travail et les dissuade d'engager des actions pluridisciplinaires, surtout sur la thématique des risques psychosociaux. Celle-ci, et c'est l'objet de notre troisième partie, apparaît comme une thématique charnière pour la « pluridisciplinarité », sur laquelle à la fois la nécessité de déléguer et les modalités de délégation occasionnent des débats particulièrement vifs.

Selon François, les médecins souhaitent déléguer des aspects de leur métier qu'ils ne se sentent pas en mesure de traiter, mais ne souhaitent pas avoir un rôle prépondérant dans ces actions. Beaucoup s'abstiennent alors de solliciter les IPRP, car ils ne souhaitent pas participer à une éventuelle action mise en place :

*Bon il faut aussi penser à d'autres modes de fonctionnement pour que... Bon, parce que typiquement, sur les RPS, on s'était posé la question, on s'est dit : « mais si par exemple il n'y a qu'un quart des médecins qui se sentent d'agir ou de lancer une action par rapport à ça, qu'est-ce qu'on fait ? On laisse les trois quarts qui ne font pas de demandes ou est-ce qu'on s'autorise à... voilà ».*

Les « RPS » représentent la limite de ce système de « pluridisciplinarité » basé sur la sollicitation du médecin. Certains médecins sollicitent l'aide de psychologues au niveau de la prise en charge de salariés en souffrance mais n'osent pas faire de demandes d'interventions collectives portant sur les RPS de peur de ne pas suffisamment maîtriser le sujet.

Ainsi, si la domination des médecins sur les autres groupes professionnels s'appuie en partie sur leur capacité à les mobiliser, elle se retrouve invalidée dans les situations où les médecins s'en sentent incapables. Cette situation dévoile une ressource des IPRP qui s'inscrit dans un rapport dialectique classique entre dominants et dominés. En effet, les médecins fournissent du travail aux IPRP et en cela, ils conditionnent leur activité. Cependant, d'une part, les demandes des médecins émanent du sentiment qu'ils ont besoin d'assistance, ce qui rend l'intervention des IPRP précieuse à leurs yeux. D'autre part, les IPRP se retrouvent en position de juger la nature de ces sollicitations, leurs circonstances et leurs formulations. On peut supposer que l'absence de sollicitations témoigne d'un refus des médecins de se positionner dans de tels rapports de domination avec d'autres groupes professionnels.

---

<sup>555</sup> « Action en milieu de travail », soit la part de leur activité qui n'est pas consacrée aux visites médicales.

### **3.2. Le médecin comme unique intermédiaire : un « goulot d'étranglement » ?**

Ainsi, la position des médecins est fragilisée par leur ignorance de certains modes d'intervention collective reposant sur l'ergonomie ou la psychologie du travail. Dans ces circonstances, d'après François, ergonomiste au SST1, les médecins ne devraient pas rester les acteurs centraux dans les services de santé au travail :

*C'est un débat qu'on a en ce moment sur le positionnement des acteurs. Tout est encore beaucoup trop réfléchi ou pensé via le médecin. Quand on regarde objectivement, après, le fossé qu'il peut y avoir entre le terrain, ce que vivent les médecins, les difficultés qui sont les leurs et puis une organisation qui, entre guillemets, les met toujours un peu, pas sur un piédestal, mais on leur confère toujours... Enfin, ça ne va pas quoi...*

François prend beaucoup de précautions rhétoriques avant d'énoncer cette opinion selon laquelle les médecins occupent une place trop importante dans les services de santé au travail. Tout au long de l'entretien, il termine rarement ses phrases, surtout si elles permettent d'identifier une prise de position de sa part. Cette prudence indique que le rôle des médecins dans les services « pluridisciplinaires », et leur prépondérance sur les autres salariés intervenants demeure un sujet sensible.

Les médecins du travail influent sur le type de tâches qui sont assignés aux IPRP, mais aussi sur leur quantité de travail, en se montrant plus ou moins prescripteurs de leurs interventions. François, toujours dans des termes aussi peu tranchés et malgré son sentiment d'aller à l'encontre du discours officiel diffusé dans le SST1, se déclare favorable à d'autres modes de mobilisation des IPRP, indépendants des médecins. En effet, les médecins étant les seules sources d'intervention, leur démographie déclinante menace que la source ne « tarisse », il souhaiterait donc que les services réfléchissent à une alternative.

*Moi ça me questionne que la construction de la prévention en « pluri », quelque part, elle soit étroitement, voire totalement, liée aux médecins. Ce qui veut dire qu'en termes de responsabilité à leur niveau c'est énorme, parce que c'est ce qu'eux font remonter ou non qui fait que derrière on fait des choses... Bon, par moments ça me... Je ne devrais pas dire ça, mais je trouve qu'on ne devrait pas avoir une voie unique d'entrée dans les entreprises via les médecins. Elle devrait rester prépondérante, mais elle ne devrait pas être unique.*

Ici, François remet timidement en cause la capacité des médecins à se positionner comme « chefs d'orchestre », ne serait-ce qu'au niveau des responsabilités juridiques que le travail d'orchestration suppose. Il poursuit :

*Alors ça fait débat, parce qu'on s'est dit : « Qu'est-ce qu'on fait si on est directement sollicités par des entreprises ? Est-ce qu'on répond ou pas ? » Donc le truc, c'est de dire : « on peut répondre, mais on ramène le médecin s'il n'est pas dans la démarche initiale ». Ici, maintenant, on a un gros service, il y a quasiment 150 médecins du travail, ils sont tous différents. Comme les ergonomes, comme n'importe qui, sauf qu'il y en a certains, au niveau de la pluri, on sait très bien*

*qu'ils ne sont pas aussi à l'aise que d'autres. Et puis dans 5-6 ans, il y en a la moitié qui sera partie. Donc est-ce qu'on va tarir les actions pluri du fait que les pourvoyeurs de dossiers vont chuter ? Par rapport à ça, il y a quelque chose à construire pour qu'il y ait toujours un élan...*

Avec le manque de main-d'œuvre médicale, le fait que les médecins soient les seuls prescripteurs apparaît à François comme un « goulot d'étranglement ». Dans son discours, la « pluridisciplinarité » apparaît moins comme une « boîte à outils » à la disposition du médecin que comme une modalité d'intervention en entreprise, dans une visée de prévention.

Ludovic, un toxicologue interrogé appartient à un service dans lequel les IPRP peuvent répondre directement aux demandes des médecins, le SST6. Il estime que c'est pour lui une chance de pouvoir accéder aux entreprises sans devoir passer par une sollicitation du médecin et parle d'un rôle de « filtre » de ce dernier, qui peut ou non choisir de se faire le relais des demandes formulées par les employeurs :

*Chez nous, l'employeur peut nous demander directement une intervention. Dans beaucoup de services, ce n'est pas possible, le médecin du travail filtre. Et ça, ça peut être problématique, parce que la demande n'arrive pas jusqu'à l'IPRP.*

Le rapport entre employeurs et IPRP est ainsi court-circuité par le médecin quand il ne joue pas son rôle de conducteur. Ce type de discours, relayé également par des responsables patronaux et des dirigeants de services, témoigne d'une volonté d'émancipation des acteurs « pluri » du carcan juridique de la médecine du travail.

Hubert Seillan est le rédacteur en chef de la revue « Préventique » ; on a vu que les travaux dans le domaine du « droit du danger » et de la « gestion des risques » s'inscrivent dans une volonté d'assistance au patronat<sup>556</sup>. Lors d'une journée organisée par l'association française des IPRP, il est chargé de conclure. Son discours promeut une mobilisation plus souple, par les entreprises, des intervenants « pluridisciplinaires ». Cette intervention, dissimulant mal un objectif de poursuite des intérêts patronaux derrière une idéologie « gagnants-gagnants », mettait en avant la logique de prestation de services en contrepartie d'une adhésion. L'orateur rappelait aux jeunes IPRP qu'ils travaillaient « pour les entreprises, pas pour les médecins »<sup>557</sup>, et les enjoignait à ne pas l'oublier. Des signes d'approbation ont parcouru la salle remplie de jeunes ergonomes et psychologues<sup>558</sup>. Une alliance s'opère donc

---

<sup>556</sup> Voir chapitre 2, section 1.

<sup>557</sup> H. Seillan ne cache pas sa volonté de « démedicalisation » des services et expose sa conception de l'évolution des services de travail dans l'ouvrage suivant : Seillan Hubert, *Les services de santé au travail. Quel avenir ?*, Bordeaux, Éditions Préventique, 2012.

<sup>558</sup> Cette situation m'a d'autant plus frappée qu'on peut penser que les ergonomes et les psychologues du travail sont plutôt socialisés politiquement à gauche. Sur la socialisation politique des étudiants en sciences humaines, voir : Michon Sébastien, *Études et politique : les effets de la carrière étudiante sur la socialisation politique*, thèse de doctorat de sociologie, Université Strasbourg 2, 2006.

entre les acteurs représentant 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.

\*\*\*\*\*

Durant notre entretien, le directeur du service, Bruno Maire, évoque la difficulté, pour le management, de diriger des médecins :

*Les médecins sont quand même indépendants, et les textes disent : « ne pas subir de pression de l'employeur ». Bon, nous on est quelque part un peu représentants de l'employeur.*

Cet entretien s'est tenu avant que la réforme ne donne des missions propres aux services. Ces missions viennent répondre à ces difficultés de management ressenties par les directions de service, afin de leur donner une marge de manœuvre vis-à-vis des leurs salariés, médecins compris.

Ainsi, cette section vient nuancer le pouvoir des médecins du travail dans la « pluridisciplinarité ». Ces derniers disposent de ressources qui peuvent se retourner contre eux – c'est le cas de la démographie médicale, qui représente un atout en termes d'employabilité et de salaires, mais qui laisse aussi la voie libre à d'autres groupes professionnels en créant un « vide juridictionnel ». Parallèlement, c'est désormais dans son acception la plus large que l'on considère la « santé au travail » : les médecins ne sont ni assez nombreux, ni compétents, pour se situer sur tous les fronts de la santé au travail. Cette situation crée une opportunité pour les directions de services qui peuvent alors repenser leur offre de services aux entreprises sur la base d'une nouvelle main-d'œuvre.

---

Dans le cas étudié, il semble que pour ces professionnels, souvent tout juste issus de leurs études, l'émancipation de la coupe des médecins prévale, et que la relation directe avec l'entreprise soit conçue comme un gage de leur indépendance vis-à-vis d'eux, davantage que comme un marquage à droite de l'échiquier politique.

## Conclusion

Ainsi, la « pluridisciplinarité » telle qu'elle est mise en place dans les services repose sur une rhétorique locale qui instille une conception spécifique de la division du travail entre les groupes professionnels et des rapports de pouvoir qu'elle implique. En effet, le terme de « pluridisciplinarité » laisse ouverte la question des rapports entre les disciplines, et ne suggère que leur mise en coprésence. Sur le terrain, la question du niveau d'interdisciplinarité voulue ou effective semble secondaire : le terme de « pluridisciplinarité » et les représentations qu'il porte en disent autant sur les évolutions du domaine de la prévention en santé au travail que sur les rapports entre les disciplines. Les questions soulevées ne concernent pas tant la confrontation de plusieurs disciplines entre elles que la délimitation, par plusieurs groupes professionnels mis en coprésence, de leur propre territoire.

Dans ce processus de lutte juridictionnel, les groupes disposent de ressources diverses. E. Freidson critique l'idéologie médicale et la manière dont les médecins utilisent leurs savoirs à des fins de pouvoir. Selon lui, si le savoir de la profession médicale est objectif, les usages qu'ils font du pouvoir qu'ils en retirent, eux, sont subjectifs. On a vu que les médecins s'en servent notamment pour organiser la division du travail et se réserver une mission compréhensive, à laquelle les missions des autres groupes, plus étroites, seraient assujetties<sup>559</sup>. La position dominante des médecins du travail dans les services qui les emploient repose sur cette idéologie, mais elle est fragilisée par certaines modalités de mise en œuvre de la « pluridisciplinarité ». Les médecins apparaissent tour à tour dominants et incontournables – au regard de la loi et de la démographie médicale, ils sont des acteurs précieux pour leurs employeurs – et contournés et mis en minorité – la définition de leur propre « professionnalisme » leur devenant de plus en plus extérieure avec l'arrivée de nouveaux collaborateurs.

De leur côté, les « pluri » semblent recrutés selon des critères qui ne facilitent pas la négociation de leur place dans les services : jeunes et peu expérimentés, ils 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. Au quotidien, les services employeurs organisent la négociation entre ces différents acteurs afin d'assurer le fonctionnement de l'organisation.

---

<sup>559</sup> Freidson Eliot, *Professional Powers. A study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press, 1986.

Dans la perspective d'E. Freidson, le « *managerialism* », correspond à une prescription de la division du travail par des principes de productivité et d'efficacité, reprenant l'idéal-type bureaucratique de M. Weber<sup>560</sup>. Le cadre de la « pluridisciplinarité » offre des caractéristiques de cette approche transcendant le clivage privé/public qu'on peut qualifier de « gestionnaire ». Une nouvelle division du travail est prescrite à la fois par des textes législatifs et par les dirigeants des services, qui consultent pour cela des représentants des médecins. Cependant, il n'y a pas de conception unifiée de l'efficacité sous-jacente à la nouvelle division du travail, mais celle-ci est négociée entre des acteurs aux intérêts divergents, et dont les conceptions des missions des services de santé au travail diffèrent. Ainsi, les acteurs de la « pluridisciplinarité » n'arrivent pas dans un environnement prêt à les accueillir, avec un territoire professionnel déjà conquis, mais doivent « se faire une place », construire leurs frontières en fonction des acteurs déjà présents et des tâches qu'ils peuvent ou non leur concéder. Le processus de division du travail se caractérise alors par une évolution négociée et lente.

---

<sup>560</sup> L'analyse du « *managerialism* » de Freidson comme point de départ à une pensée en termes de sociologie de la gestion a été développée par V. Boussard. Boussard Valérie, *Sociologie de la gestion. Les faiseurs de performance*, Paris, Belin, 2008.



## Chapitre 5 : La médecine du travail transformée par la « pluridisciplinarité niveau 1 »

Suite à la réforme des services de médecine du travail, ces derniers deviennent en 2002 des services de *santé* au travail qui se caractérisent par une main-d'œuvre diversifiée et des objectifs moins directement liés à l'activité des seuls médecins. Les évolutions « pluridisciplinaires », si elles se réclament avant tout d'une logique de complémentarité (il s'agit d'ajouter de nouvelles compétences à celles du médecin pour offrir un service plus complet), s'inscrivent aussi dans une logique de la suppléance, en ce qui concerne l'introduction ou la revalorisation du rôle des métiers paramédicaux. Ainsi, l'activité du médecin fait d'abord l'objet d'une division verticale du travail, analysée par E. Hughes comme un processus de division du « sale boulot »<sup>561</sup>.

Ce chapitre soulignera en particulier l'évolution du rôle des secrétaires et des infirmières, mises sur le devant de la scène par un plan de revalorisation de leur fonction. Cette évolution doit avant tout pallier le déficit de main-d'œuvre médicale par un principe de délégation de tâches. Dans les services de santé au travail, les infirmières et les secrétaires forment une main-d'œuvre déjà présente dont on cherche à optimiser l'action<sup>562</sup>. Il s'agit d'un personnel que les promoteurs de la réforme s'appliquent à positionner, comme les médecins du travail, sur le terrain de la « santé travail ». La médecine du travail est un segment de la profession médicale déprécié pour son activité routinière et dont les compétences sont fréquemment remises en cause. Grâce à un système de délégation de tâches assimilées à un « sale boulot », le temps libéré peut être réassigné à des tâches pour lesquelles les compétences des médecins sont jugées nécessaires. La division du travail apparaît ainsi plus rationnelle, avec moins de perte de temps – et d'argent – chaque groupe professionnel étant positionné sur des tâches correspondant à son niveau de compétences.

Par ces mesures, les services de santé au travail s'inscrivent dans un mouvement de rationalisation du travail qui a déjà cours ailleurs dans le milieu médical, notamment à

---

<sup>561</sup> Hughes Everett C., *Le Regard sociologique*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.

<sup>562</sup> E.C. Hughes distingue plusieurs situations de délégation de tâches : elle peut se faire à la fois quand une catégorie subalterne existe déjà (c'est le cas des délégations de tâches des médecins aux infirmières à l'hôpital) et quand elle n'existe pas encore – dans ce dernier cas, cette catégorie subalterne doit être créée. Il existe également une « solution mixte » : « Des personnels en poste se voient attribuer ces tâches et sont renommés pour l'occasion ». C'est le cas dans les services de santé au travail. *Ibid.*, p. 55

l'hôpital où le management, à la faveur de la réforme, est encouragé à « identifier et utiliser » les « réserves de productivité interne » à chaque établissement<sup>563</sup>.

En outre, ce faisant, la direction du SST1 hiérarchise les nouveaux intervenants en utilisant l'expression de « pluridisciplinarité niveau 1 », par opposition à un second niveau constitué d'« experts » formés en toxicologie, hygiène et sécurité, ergonomie, ou psychologie. Ainsi, des activités qui se déroulaient *a priori* dans le cadre de délégations de tâches et non dans le cadre de la « pluridisciplinarité » telle qu'elle est exposée dans les textes européens et nationaux (soit les activités des infirmières et des assistantes santé travail), sont englobées dans ce premier niveau, qui constitue, selon l'expression ironique d'un médecin interrogé, le versant « non-pluridisciplinaire de la pluridisciplinarité ». Sur la fin de ma période d'enquête, en juillet 2011, la loi entérine ce mode de fonctionnement d'une « pluridisciplinarité à deux étages »<sup>564</sup>.

Cependant, avant que la loi ne vienne conforter cette conception de la « pluridisciplinarité », et en attendant les principaux décrets (parus en janvier 2012), les prérogatives du personnel mobilisé au titre de la « pluridisciplinarité de premier niveau », et, surtout, les limites de celles-ci, sont vivement débattues entre les intéressées, les médecins et les directions.

Le processus de division du travail concrétise des rapports de force entre les acteurs et des débats en vue d'un « ordre négocié »<sup>565</sup> toujours remis en cause. Dans ces négociations, les médecins disposent d'un poids certain et les directions jouent un rôle ambivalent : elles veulent faire évoluer leurs services en s'appuyant sur cette nouvelle main-d'œuvre plus docile que la main-d'œuvre médicale, ne serait-ce que par son statut, mais doivent composer avec le pouvoir médical car les médecins sont toujours, de par la loi, essentiels au fonctionnement de leur organisation.

Quels arguments sont mobilisés de part et d'autres dans la négociation d'une division des tâches ? Comment le territoire d'intervention des AST est-il délimité ? Sur quelles bases la mise en place de consultations infirmières en santé au travail se négocie-t-elle ?

---

<sup>563</sup> Moisdon Jean-Claude, « L'hôpital entre permanence et mutations », in Baszanger Isabelle, Bungener Martine, Paillet Anne (dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute, 2002, p. 45. Cette logique d'« allocation optimale des ressources en personnel à l'intérieur de l'institution » a également été observée par A.-M. Arborio à l'hôpital. Arborio Anne-Marie, « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, n°13, vol. 3, 1995, pp. 93-126, p. 106.

<sup>564</sup> Cour des Comptes, « Les services interentreprises de santé au travail : une réforme en devenir », novembre 2012.

<sup>565</sup> Strauss Anselm *et al.*, « The Hospital and Its Negotiated Order », in Freidson Eliot (dir.), *The Hospital in Modern Society*, New York, Free Press, 1994 (1ère édition 1963), pp.147-169.

Le métier d' « assistante santé travail » (AST) s'est construit avant le métier d'infirmière « santé au travail », et, au moment de son essor, les deux métiers s'inscrivent en parallèle aux côtés des médecins<sup>566</sup>. Les directions de service cherchent à gagner du temps médical, dans un contexte où les médecins sont peu nombreux. La direction du SST1, en lien avec le réseau universitaire régional, imagine un système dans lequel, parmi les tâches qu'on exclut du « cœur de métier » des médecins du travail, celles qui relèvent du domaine « médical » sont déléguées aux infirmières et celles qui se présentent comme plus « techniques » sont déléguées aux « assistantes santé travail ». Ainsi, du moins en théorie, les deux groupes assistent les médecins sur des versants différents de leur activité.

Sur les deux pans de son activité, soit le suivi individuel et l'action en milieu de travail, le médecin se retrouve assisté, et du même coup, concurrencé par les acteurs de la « pluridisciplinarité niveau 1 ». La frontière entre *assistance* et *concurrence* est d'autant moins nette que les médecins ne sont pas les seuls acteurs à décider des modalités de mobilisation de cette nouvelle main-d'œuvre, qui dépend du management du service.

### Section 1. La construction du métier d' « assistante santé travail » (AST). D'une utilisation médicale à une utilisation marchande de la « pluridisciplinarité niveau 1 »

Dès le début des années 2000, la direction du SST1 propose aux secrétaires d'entrer en formation pour devenir « assistantes santé travail » et ainsi prendre davantage part au travail de prévention. Comme les aides-soignantes, elles poursuivent alors « le même objectif socialement valorisé que l'ensemble des personnels de santé »<sup>567</sup> présents dans le service. Les « assistantes santé travail » sont les premiers acteurs à apparaître dans une visée d'économie du temps médical. Dans leur activité quotidienne, les médecins du travail identifient des aspects sur lesquels ils souhaiteraient être assistés, ayant un sentiment de « perte de temps » quand ils les effectuent. Ces tâches, qui ne se présentent pas sous les nobles traits de l'activité médicale mais davantage comme des « à-côtés » chronophages ne nécessitant en rien une formation aussi longue et approfondie que la formation médicale, forment un « sale boulot » qui peut être délégué à des « assistantes santé travail ». Cependant,

---

<sup>566</sup> D'après les travaux d'A.-M. Arborio, le métier d'aide-soignante vient compléter par le bas la hiérarchie des métiers médicaux (médecins, infirmières) en récupérant les tâches que les infirmières ne sont plus en mesure d'effectuer du fait d'une augmentation du nombre de leurs tâches. Ainsi, ce nouvel échelon est créé à partir des tâches infirmières et, parallèlement, le « faisceau de tâches » dévolues aux infirmières se déplace vers des tâches plus valorisées. Dans le contexte des services de santé au travail, l'évolution des secrétaires vers une fonction d' « assistantes santé travail » ne les place pas dans un rapport hiérarchique inférieur aux infirmières.

<sup>567</sup> Arborio Anne- Marie, « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, n°13, vol. 3, 1995, pp. 93-126.

certaines de ces tâches font débat : jusqu'où les assistantes peuvent-elles assister les médecins sans empiéter sur leur territoire professionnel ? De plus, l'étendue des tâches qui leur sont attribuées est un signe de l'évolution générale des prérogatives des services de santé au travail réformés.

## **1. Le processus de construction du métier d' « assistante santé travail »**

### ***1.1. Avant 2002 : le métier polyvalent de secrétaire médicale***

La fonction d' « assistante santé travail » prend ses racines dans l'activité foisonnante qui incombe aux secrétaires médicales. Ces dernières ont longtemps été les seules assistantes des médecins dans les services de santé au travail. Elles partagent leur temps entre l'assistance d'un médecin en particulier (pour lequel elles convoquent les salariés, les accueillent, et préparent la consultation médicale<sup>568</sup>), et une activité qui vise plus généralement au bon fonctionnement du centre : accueil et orientation des salariés à l'entrée du centre, permanences téléphoniques.

Sur ce premier pan, Hélène, secrétaire au SST1, décrit un travail qu'elle estime être celui d'une assistante et dont les tâches dépassent le domaine du secrétariat :

*Les médecins sont débordés, ils sont obligés de se reposer de plus en plus sur leur secrétaire parce qu'ils ne peuvent pas tout faire. Pour moi, médecin/secrétaire, c'est un travail d'équipe. C'est pas dans tous les centres pareils, mais ici, c'est le cas. Le médecin avec qui je travaille, il sait que je connais l'entreprise, qu'il peut me laisser un message et qu'il n'y aura pas de souci. Mais ça prend du temps, plus de temps que simplement remplir notre agenda. On se retrouve à assister le médecin sur plein de petites choses, on a des contacts avec les employeurs ou même tout simplement des communications téléphoniques qui sont beaucoup plus longues.*

Ainsi, comme dans le cas des aides-soignantes, la proximité du médecin du travail, mais aussi du « matériau »<sup>569</sup> qui leur est commun (les salariés), est un élément qui contribue à « glorifier »<sup>570</sup> la pratique des secrétaires.

De plus, leur activité de convocation, si elle semble à première vue mécanique (il s'agit de remplir un planning), requiert une forme de stratégie qui, elle aussi, est élaborée avec le médecin. Les secrétaires jouent les équilibristes entre, d'un côté, l'exigence de leur hiérarchie (la direction du service) qu'un maximum de visites soient honorées pour donner satisfaction aux entreprises adhérentes, et, de l'autre, la demande des médecins d'avoir des

---

<sup>568</sup> Cf. infra. J'aborderai plus loin ce que cette « préparation » recouvre.

<sup>569</sup> Arborio Anne- Marie, « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, n°13, vol. 3, 1995, pp. 93-126, p. 103.

<sup>570</sup> *Ibid.*, p. 103.

« vacations » raisonnables leur laissant une marge temporelle en cas de visite imprévue ou si une consultation doit prendre plus de temps que celui qui est normalement imparti. Au gré de leur expérience et de leur connaissance des entreprises appartenant au portefeuille du médecin du travail qu'elles assistent, elles développent des stratégies qui relèvent d'un « travail d'organisation »<sup>571</sup>. Elles alternent des visites potentiellement chronophages ou problématiques avec des rendez-vous dont elles prévoient qu'ils seront simples et rapides (visite d'embauche par exemple, ou périodique quand le salarié est connu) ou qu'ils ne seront probablement pas honorés (entreprise implantée très loin et/ou dont l'employeur se montre plutôt défavorable à la médecine du travail). Ainsi, leur dévouement aux médecins qu'elles assistent dépasse le cadre de la « relation enchantée » décrite par J. Pinto<sup>572</sup> et témoigne de leur souci d'une organisation efficace. Hélène raconte qu'au-delà de stratégies au cas par cas, les secrétaires parviennent à faire admettre à leur hiérarchie la nécessité de bloquer davantage de temps dans certains cas problématiques :

*J'ai une entreprise où je sais que si les gens viennent en visite de reprise, c'est forcément long parce que toutes les personnes qui ont un petit problème physique dans cette entreprise risquent de se faire foutre à la porte. **Je connais l'entreprise, donc je sais que ça ne durera pas un quart d'heure.** Il y a une autre entreprise où le médecin m'a dit qu'il y avait un problème de harcèlement, ben on sait que c'est une demi-heure au moins, **on s'arrange avec le médecin et il les reçoit en dehors de ses consultations sur un temps à côté, où vraiment elle peut prendre du temps.** (...) Il y a des consultations où on se retrouve avec 5, 6, 7 voire 8 visites de reprises ! On ne peut pas en mettre 13 ! On va tuer nos médecins ! Donc on s'est retrouvées à dire « là, il faut alléger un petit peu, on ne peut pas imposer un rythme pareil à un médecin » ! Donc maintenant c'est accepté, si c'est des visites à problèmes, des visites de pré-reprises, les médecins ont une demi-heure d'office, dans la mesure du possible. **C'est quelque chose qu'on faisait un peu en douce, maintenant c'est devenu plus officiel.***

Hélène témoigne d'une connaissance des entreprises et de leurs salariés couplée d'une compréhension des contraintes de l'exercice médical en service de santé au travail, qu'elle met à profit dans son activité. Ses collègues et elles retirent une reconnaissance de ce travail d'organisation, car les médecins admettent qu'ils en ont besoin, et, dans le cas du SST1, leur hiérarchie finit également par le reconnaître. Les secrétaires sont d'autant plus précieuses pour les médecins qu'elles sont les seules à pouvoir rendre plus prévisible le déroulé de leurs vacations en jouant sur la durée présumée des consultations, sur l'anticipation d'un

---

<sup>571</sup> Marie-Anne Dujarier a montré que dans divers contextes de travail, ce sont les acteurs qui sont en bas de la hiérarchie, en contact direct avec le public (ici, les entreprises et leurs salariés), qui se retrouvent en position de devoir résoudre les contradictions inhérentes à leur travail et effectuent alors un véritable « travail d'organisation ». Dujarier Marie-Anne, *L'idéal au travail*, Paris, Presses universitaires de France, 2006

<sup>572</sup> Pinto Josiane, « Une relation enchantée. La secrétaire et son patron », *Actes de la Recherche en sciences sociales*, vol. 84, 1990, pp. 32-48.

absentéisme des convoqués, etc. La « zone d'incertitude »<sup>573</sup> que représente le tout venant des consultations médicales se retrouve réduite par l'interprétation stratégique que font les secrétaires de leur activité de convocation.

L'organisation des vacations des médecins est ainsi le fruit de collaborations, et les visites médicales du travail reposent largement, avant la mise en œuvre du fonctionnement « pluridisciplinaire », sur cette relation entre le médecin et sa secrétaire. Dans les services dont les directions sont le plus à cheval sur des critères quantitatifs – et évaluent les médecins du travail en fonction du nombre de visites effectuées – les secrétaires acquièrent une importance particulière. Elles assument un travail d'ajustement du nombre de visites à leur contenu présumé, et elles portent, au nom des médecins, la négociation à ce sujet auprès de leur direction.

En plus du travail prescrit d'accueil, de préparation des visites et de convocation des salariés, certaines tâches sont affectées aux secrétaires faute d'une autre main-d'œuvre disponible. Leur activité est donc composée de tâches hétérogènes. Par exemple, quand elle était secrétaire, Céline a été formée à l'audiométrie et orientée vers une pratique de « technicienne ORL », qui consistait à manipuler un appareil mesurant l'audition<sup>574</sup>. Hélène, elle, devient « correspondante informatique » quand les médecins de son service constatent qu'elle est capable de les aider quand ils rencontrent des problèmes dans ce domaine.

Ainsi, les attentes des services vis-à-vis des secrétaires sont diverses et couvrent un large éventail de tâches, tantôt effectuées à l'attention directe du médecin, tantôt dans l'intérêt plus global du bon fonctionnement du service. Si, à première vue, la formation d' « assistante santé travail » représente une rupture pour les secrétaires car elle leur permet de prétendre à d'autres fonctions dans les services, la fonction de secrétaire n'était auparavant ni uniforme ni étroite. Les secrétaires médicales sont déjà perçues, à bien des égards, comme des « assistantes » par les médecins. De plus, sous une même dénomination, des tâches très différentes sont regroupées, ce qui préfigure l'hétérogénéité des tâches dévolues aux « AST ».

---

<sup>573</sup> Crozier Michel, Friedberg Erhard, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977.

<sup>574</sup> L'audiomètre permet de tester l'audition en émettant des sons à différentes fréquences et à différentes intensités dans un casque porté par le patient. Les résultats se présentent sous la forme de courbes. Les médecins prescrivent ces tests aux salariés qui sont exposés au bruit dans le cadre de leur travail. Cette activité se déroule sous le contrôle d'un médecin ORL qui fait partie du « plateau médical » du SST. Nous verrons plus loin que cette première évolution va encourager Céline à progresser dans le service jusqu'à devenir infirmière en santé au travail.

### ***Encadré 5.1 Secrétaire et assistante : des métiers uniquement composés de femmes ?***

Les secrétaires médicales sont des femmes au SST1. Un rôle de secrétariat est cependant dévolu aux chauffeurs de cars qui conduisent les médecins du travail lors de leurs déplacements en entreprise pour des visites sur place (quand une entreprise de taille importante est éloignée d'un centre, le médecin se déplace pour y faire ses vacations de visites périodiques). Le chauffeur de car prépare les consultations et accueille les salariés comme le font les secrétaires en centre fixe. Si cette dernière activité est pourtant plus chronophage, c'est la conduite du car qui détermine l'appellation des hommes qui exercent cette activité, car le secrétariat est une activité traditionnellement assignée aux femmes, tandis que la conduite rejoint les activités masculines.

Quand le métier d' « AST » se met en place, chauffeurs de car comme secrétaires sont encouragés à se former : le métier est donc largement féminin, mais davantage mixte que le métier de secrétaire puisqu'on compte quelques hommes. À l'oral, les médecins utilisent le terme d' « AST », et disent « une AST » ou « une assistante santé travail ». Le cas échéant, la fonction peut être facilement masculinisée, mais globalement, du fait du plus grand nombre de ses praticiennes, ce titre est utilisé au féminin. Bien que les « AST » masculins soient peu nombreux, la promotion d'un homme dans une fonction d'encadrement vient confirmer la plus grande facilité des hommes à évoluer professionnellement, même dans des activités très féminisées : un chauffeur de car devient « référent métier » aux côtés d'une de ses collègues.

Le processus de délégation tel qu'il m'a été décrit par les médecins comme par les « AST » fait largement appel à des stéréotypes féminins dans l'identification de tâches susceptibles de convenir aux « AST ». N'ayant pu rencontrer aucun homme « AST », je ne peux que formuler l'hypothèse que la délégation des tâches se passerait différemment avec eux qu'avec les femmes « AST ».

### ***1.3. À partir de 2002 : les assistantes santé travail, une activité au contenu variable***

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. On me rapporte en entretien leurs craintes maintes fois exprimées de se retrouver « remplacés » par leurs secrétaires. Valérie, responsable de la formation, embauchée au début des années 2000, se souvient d'un démarrage difficile :

*Le métier d'assistante santé travail n'était pas du tout bien perçu... Pas du tout ! On venait à peine de commencer la formation et pour être honnête, à l'époque, M. Maire m'expliquait que... Bon ben voilà, il s'est dit : « Je vais y aller ! Je n'ai que quelques médecins avec moi... » Ce n'était vraiment que quelques médecins. C'était moins de 10 % à l'époque et tous les autres disaient : « Ah non ! Ce n'est pas possible ! Ces gens ne sont pas compétents ! » Voilà, c'était toute une culture qu'il fallait... C'était le début d'un vrai changement. C'est-à-dire l'introduction d'autres métiers. Et ça, ils n'étaient vraiment pas habitués.*

Si on a vu que B. Maire consultait les médecins du travail pour élaborer la politique du SST1, en l'occurrence, l'avis des médecins s'est avéré secondaire. Il a pris cette décision d'introduire des « AST » alors que la majorité des médecins était contre, et apparaît ici comme un pionnier visionnaire, imposant sa conception des choses dans le service.

Valérie insiste ensuite sur le rôle de « médecins relais » dans la promotion des nouvelles collaborations avec les assistantes santé travail auprès de leurs confrères. Ces médecins partagent autour d'eux leur enthousiasme à travailler avec une « AST ». Leur

direction les mobilise pour communiquer auprès de leurs confrères et tenter de désamorcer les réticences. L'intervention des médecins auprès de leurs pairs s'avère assez efficace en ce sens, les directives de la direction n'ayant souvent que peu d'impact sur des médecins attachés à leur indépendance, comme le dit Valérie :

*On introduit un nouveau métier... En plus, malheureusement, ce sont des secrétaires médicales. Donc, pour certains, ça a été de dire : « Mais ce ne sont que des secrétaires médicales !... Des secrétaires médicales qui vont aller en entreprise, mais en quoi elles vont nous aider ? » Ça ne semblait pas logique, donc... Bon alors après, c'est grâce à des médecins... parce que c'est des médecins qui ont porté ce projet ! On sait très bien qu'il faut absolument que les médecins soient proactifs dans la démarche et valorisent ce travail en commun et donnent les avantages.*

En principe, le nouveau métier d'AST doit contribuer à pallier le manque de médecins. Les médecins leur délégueraient les aspects de leur activité pour lesquels ils s'estiment trop qualifiés et qui leur font ainsi « perdre du temps »<sup>575</sup>, notamment dans le cadre de leur « action en milieu de travail ». Au SST1, sous l'impulsion de la direction, les secrétaires sont d'abord formées à différentes tâches de mesures pour pouvoir remplacer le médecin (bruit, lumière, pression atmosphérique) ; la formation d'AST met aussi l'accent sur une action de prévention en milieu de travail sans que cette activité ne fasse l'objet d'une définition très précise.

Au départ, les médecins sont réticents à utiliser cette nouvelle main-d'œuvre mise à leur disposition. Les assistantes « santé travail » nouvellement formées n'appliquent alors de leur formation que ce qui est le plus proche de leur ancien métier, le secrétariat. Au moment de leur introduction dans les services, à partir de 2002, et pendant les premières années, on parle souvent de « secrétaire assistante de santé au travail » ou « SAST », car elles exercent encore leur métier de secrétaire à temps partiel. Jusqu'à une période récente, la proportion de leur temps consacrée à l'activité d'« assistante santé travail » était variable et souvent imposée : ainsi, beaucoup exerçaient cette activité à moins de 50%<sup>576</sup>. La transition a donc été progressive et ce terme de « SAST » est moins courant aujourd'hui, au même titre que les temps partiels subis.

Les médecins prescripteurs ne comprennent pas tout de suite comment utiliser ces nouvelles ressources et les AST elles-mêmes ont, au départ, des difficultés à se positionner. Véronique, assistante au SST1, m'explique qu'à ses débuts, elle ne savait pas quel type d'actions en milieu de travail proposer aux médecins, tant elle estimait sa formation sommaire en la matière.

---

<sup>575</sup> Les notions de « gain » ou de « perte » de temps sont présentes dans les rapports parlementaires qui promeuvent une délégation de tâches à des nouveaux métiers.

<sup>576</sup> Source : Enquête auprès des AST par la directrice pédagogique de la formation AST, 2009, document interne.

*Dans le cadre de la formation on disait « description et analyse de l'activité d'un poste de travail », mais tout ça c'était quand même vague. Nos missions n'étaient pas définies : quand on retournait dans notre service, on ne savait pas ce qu'une AST, vraiment, pouvait faire.*

Les médecins la sollicitent alors d'abord pour ce qu'elle estime être des « petits travaux », notamment de mise en page ou de bureautique : elle a par exemple préparé une plaquette de sensibilisation aux problèmes de phlébites pour une entreprise dont les salariés prennent souvent l'avion. À ce moment-là, la proximité de son activité avec ses anciennes missions de secrétariat, et l'absence de tâches vraiment nouvelles la frustre.

Pendant cette période de flou, les nouvelles assistantes s'ennuient<sup>577</sup>, et leur désœuvrement interroge leur hiérarchie : que faire de cette main-d'œuvre disponible et fraîchement formée ?

Les directions de services mobilisent alors les AST pour des missions de nature diverse. Plutôt que de se concentrer sur des tâches que le médecin leur déléguerait faute de temps, leur activité se compose alors de tâches de secrétariat que les *secrétaires* (soient celles qui n'ont pas effectué la formation « AST » et sont restées dans leur fonction initiale) ne sont pas en mesure de remplir. Les assistantes sont aussi mobilisées directement par les IPRP sur des aspects de leur exercice identifiés comme étant routiniers et techniques : les ergonomes leur délèguent par exemple volontiers des tâches de mesure physique pour lesquelles ils s'estiment surqualifiés.

Ainsi, si dans un premier temps, comme les aides-soignantes à l'hôpital, l'unité des tâches qu'elles effectuent tient davantage à leur origine (une délégation du médecin), qu'à des caractéristiques propres à ces tâches<sup>578</sup>, cette unité disparaît également. Véronique me raconte comment elle s'est mise à embrasser une activité polyvalente pour le service :

*Je n'étais pas débordée, j'avais quelques missions par-ci par-là qui m'occupaient un peu. Et j'ai travaillé aussi pour des missions avec la direction. J'étais souvent sollicitée pour tout ce qui était assemblées générales, des choses comme ça, parce que j'utilisais bien l'informatique. Donc, **rien à voir avec mon travail d'AST**, mais en fait, comme on savait au sein du service que je savais bien utiliser tous les logiciels, il y avait des tas de missions, même de la Direction, des petits travaux, des PowerPoint. L'assistante de Direction elle-même ne savait pas les faire. Donc en fait on me sollicitait aussi pour ça.*

---

<sup>577</sup> La « SAST » interrogée dans le cadre du rapport effectué pour la DGT en 2007, « Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels » a une expérience similaire, ce qui permet de penser que cette situation était générale : « (...) Ses débuts et ceux de ses collègues SAST sous ce nouveau statut ont été difficiles. Les médecins du travail ne les sollicitaient pas et elles n'avaient donc pas d'interventions à mener. Aujourd'hui, les choses se sont améliorées même si avec certains médecins, les relations restent tendues », p. 113.

<sup>578</sup> Arborio Anne- Marie, « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, n°13, vol. 3, 1995, pp. 93-126.

D'après le récit de Véronique, les AST ont été amenées à reprendre des tâches de secrétariat et non à endosser, tel que cela était initialement prévu, des tâches médicales déléguées.

Dans le souci de « coller aux besoins des services », le comité de pilotage de la formation d'AST<sup>579</sup> commande une étude à l'institut de formation sur les pratiques réelles des AST. Cette étude, restituée en juin 2009, révèle que sept ans après les premières promotions d'AST, les demandes des médecins et des directeurs de services vis-à-vis d'elles ont évolué et, du même coup, les AST effectuent des tâches qui ne leur étaient pas attribuées au départ (ce qui fait dire à Véronique que ces tâches n'avaient « rien à voir » avec son travail d'AST). L'enquête ne recense pas moins de vingt-deux « types d'action » menées par les AST enquêtées, allant de la communication interne à la participation à des forums santé, en passant par des recherches documentaires ou la présence en réunion de CHSCT<sup>580</sup>.

De cet éparpillement des pratiques, les auteurs de l'étude retiennent surtout deux activités, qu'ils désignent comme étant les activités principales des AST. Premièrement, l'aide au recensement des risques, *via* l'élaboration de la « fiche d'entreprise » et du « document unique », et *via* le traitement des fiches de données de sécurité, apparaît comme l'activité la plus souvent citée par les AST. D'après l'enquête, elles disent endosser pour cette activité différents « niveaux de responsabilité », qui vont d'une simple activité de recueil ou de saisie jusqu'à des pratiques de traitement ou d'analyse. La seconde activité la plus mentionnée est la visite d'accueil des nouveaux adhérents (ou « ANA ») et la promotion du service de santé au travail. Les activités qu'on leur attribuait à l'origine (l'activité de mesure et la participation à des groupes de travail, à des projets de prévention et à des modules d'information, de sensibilisation et de formation) n'arrivent qu'en troisième et quatrième positions.

Les auteurs pointent donc une évolution des pratiques, l'importance des premières activités de rédaction de plaquettes et d'assistance bureautique étant minimisée. En entretien, Valérie, la responsable de la formation, stigmatise ces pratiques. De « simples » secrétaires devraient être en mesure d'effectuer ces tâches afin que le « temps AST » soit à son tour utilisé à sa juste valeur et mobilisé sur des tâches qui correspondent aux compétences acquises en formation. Elle appelle de ses vœux une évolution vers des missions en entreprise – déléguées par le médecin ou par l'IPRP, mais qui leur seraient devenues propres :

*Aujourd'hui, nos assistantes santé travail, elles font des diaporamas : super ! Sauf que ce n'est pas leur rôle... Elles doivent aller en entreprise. Elles ont des compétences pour accueillir le nouvel adhérent, pour présenter nos services, pour préparer la fiche d'entreprise, pour sensibiliser les salariés, je trouve que ça fait*

---

<sup>579</sup> Ce comité de pilotage est constitué de médecins du travail, du professeur de médecine du travail et de directeurs de services.

<sup>580</sup> Comité d'hygiène, sécurité et conditions de travail.

*déjà beaucoup ! Alors, préparer le diaporama du médecin du travail qui va en entreprise, ou même des plaquettes, je trouve que c'est limite. Ça a été comme ça au début, je pense qu'aujourd'hui, ce n'est plus leur rôle. Sauf qu'il y a encore des médecins qui disent : « Tiens, il faut me faire une plaquette ! » alors que la secrétaire d'équipe, elle pourrait faire une plaquette, faire un diaporama, et elle peut mettre en forme une fiche d'entreprise.*

Pour Valérie, le métier d'AST ne pourra se mettre correctement en place que quand les secrétaires seront formées et deviendront de véritables « secrétaires d'équipe », avec toutes les exigences en termes de bureautique que cela suppose. Les différents territoires professionnels sont intrinsèquement liés. Pour pouvoir évoluer, les assistantes sont à la fois dépendantes de leurs supérieurs hiérarchiques et d'autres groupes subalternes, en particulier le groupe des secrétaires, dont elles sont issues.

#### **1.4. « Coller aux besoins des services » : un nouvel objectif**

De l'enquête lancée en 2009 au niveau régional par l'organisme de formation des AST ressort l'image d'un métier qui peine à trouver une unité. Les responsables de la formation ajustent leur action en fonction des résultats de l'enquête, qui aboutit à une reconstruction du métier sur des bases pragmatiques : c'est ce que font les AST en pratique qu'il faut enseigner aux futures AST. Les activités pointées comme étant les plus pratiquées sont alors approfondies pour renforcer une tendance qui convient aux directions de service et mieux « coller à leurs besoins ». Ainsi, l'objectif premier d'économiser du temps médical n'est plus mis en avant de manière aussi claire. L'accueil nouvel adhérent (ANA) et l'aide à la réalisation de « fiches d'entreprises » deviennent des activités phares de l'AST.

Parallèlement, face à l'hétérogénéité des tâches, certaines AST se spécialisent en fonction de leurs goûts. Au SST1, des intitulés de postes apparaissent, plus ou moins formellement, comme « AST chargée de relation adhérents ». Les AST apprécient particulièrement ces spécialisations et la liberté qu'elles leur offrent : elles ne souhaitent pas effectuer toutes les tâches qui peuvent potentiellement leur incomber mais aiment avoir la possibilité de se concentrer sur les aspects qui leur plaisent et sur lesquels elles se sentent performantes<sup>581</sup>. Elles craignent que l'harmonisation des pratiques à la suite de la fusion leur fasse perdre une partie de leur autonomie et les contraigne à faire « tout et n'importe quoi »<sup>582</sup> et à abandonner leur spécialisation, par exemple. Elles expriment ainsi l'appréhension que

---

<sup>581</sup> C'est notamment ce qui ressort dans un état des lieux des pratiques des AST réalisés dans le SST1 en 2010, suite à la fusion (document interne confidentiel).

<sup>582</sup> Je m'appuie ici encore sur ce même document interne.

leur polyvalence puisse contribuer à les déqualifier, tandis que la possibilité de s'orienter davantage vers certaines pratiques s'avère valorisante.

Cependant, la direction du SST1 se méfie des spécialisations des AST, qui pourraient avoir pour conséquence de fragiliser le groupe tant les activités de l'une pourraient se retrouver aux antipodes de celles d'une autre. Elle élabore de nouvelles normes concernant le métier d'AST à partir d'une réflexion sur l'harmonisation d'une fiche de poste « AST ». Le médecin coordinateur « pluri » propose alors une hiérarchisation interne au groupe. Il introduit la notion de « compétences techniques spécifiques » (CTS), grâce auxquelles les AST peuvent se situer sur « deux niveaux de compétence » : un socle commun généraliste et, éventuellement, une compétence spécialisée qui dépendrait du choix de l'AST. Le socle commun se compose de tâches imposées à toutes les AST et forme pour elles une activité « de base », un « premier niveau ».

La priorité est que les prestations soient les mêmes dans toutes les équipes<sup>583</sup> et que les AST soient toutes mobilisables pour des tâches du socle commun. Le coordinateur « pluri » m'explique que cette règle a été mise en place au SST1 parce que certaines pratiques étaient boudées par les AST, et notamment la fameuse prestation « accueil nouvel adhérent ». Or, la direction du service a décidé de faire de cette prestation une contrepartie systématique de l'adhésion : tout adhérent est désormais « accueilli » dans le service par cette prestation de prise de contact. Les entreprises font traditionnellement l'amalgame entre leur cotisation et les visites médicales effectuées auprès de leurs salariés par le médecin du travail, qui en constitueraient la contrepartie. Par cette nouvelle prestation, le SST1 cherche à créer une rupture et à changer le regard de ses adhérents. Désormais, non seulement ils ne paient plus simplement pour des visites médicales, mais, du même coup, ils ne paient plus simplement pour des *médecins*. Un autre type de personnel est présent dans les services pour répondre à leurs attentes. Ce personnel permet d'amener l'idée d'un nouveau rapport entre le service et ses adhérents, fondé sur une relation de service.

Au SST1, le métier d'AST en construction ne récupère finalement que de manière marginale les activités que le médecin n'a pas le temps de faire. Les directions de service ont compris qu'ils pouvaient charger les AST d'activités nouvelles, et faire ainsi de leur présence un « plus » en termes de prestation aux adhérents. Afin de limiter la spécialisation et de conserver une forme de polyvalence qui les rend précieuses, le « faisceau de tâches » qui incombent aux AST, très large, est subdivisé entre un socle commun et des compétences

---

<sup>583</sup> Cette directive interne s'inscrit dans la dynamique d'harmonisation des pratiques décrite dans la première partie, section trois.

techniques spécifiques.

## **1. Depuis 2012 : l'évolution du métier entérinée par la loi**

### ***2.1. Une innovation locale qui se répand au niveau national***

Les AST se généralisent depuis le début des années 2000 dans les services de santé au travail. Cependant, elles sont particulièrement présentes dans la région choisie, où elles ont vu le jour.

Elles incarnent le dynamisme de la région aux yeux de ses acteurs. Miriam, médecin du travail au SST3, se demande si c'est leur existence qui justifie ma présence dans la région :

*Rapidement on a des Assistantes Santé Travail. Ça, ça existe, ça a été créé par M. Maire de M.. Donc il y a une formation tout à fait homologuée par la faculté catholique de M. ; une formation d'un an. Et là, on en a cinq chez nous, sur un effectif complet de trente-quatre médecins. Et ça, ça nous a aidé, mais alors ça nous aide tout le temps ! Parce que du coup, on n'est plus obligés d'aller faire les sonométries, les cartes de bruit, les cartes de machin. Elles font les études de poste. Et franchement, on a de la chance d'être dans cette région, parce qu'on est quand même un peu plus... C'est peut-être pour ça que vous êtes venue ici?*

Miriam mentionne avant tout l'activité de mesure et les études de postes, pour lesquelles elle estime que l'assistance des AST est précieuse. Qu'en est-il ailleurs ? Dans un des services enquêtés, hors de cette région, l'organisation du service ne comprend pas d'AST mais des techniciens hygiène sécurité environnement (HSE). Théoriquement, leurs métiers sont différents, et dans mes entretiens, aucun acteur ne fait de rapprochement explicite entre ces deux fonctions, mais je constate que globalement, les tâches effectuées au SST1 par les AST sont effectuées, dans ce service, par des techniciens HSE. Ceux-ci sont embauchés dans le cadre d'une plateforme « pluridisciplinaire ». Ils sont désignés comme des « IPRP de proximité », et le responsable de la « pluridisciplinarité » mentionne à leur sujet une intervention « de premier niveau », par opposition à des IPRP « experts ». Ailleurs encore, un service qui ne fait pas de distinction entre « pluridisciplinarité experte » ou « de premier niveau » (le SST7) décide d'embaucher des AST. Lors d'une discussion informelle avec un médecin de ce service, celui-ci évoque des tensions entre une AST récemment embauchée et une technicienne HSE, dues à un flou sur leurs attributions respectives.

Le SST1, en hiérarchisant ses intervenants « pluridisciplinaires » en deux niveaux d'expertise, s'épargne ces conflits. De plus, les AST, contrairement aux techniciens HSE, se caractérisent collectivement par leur trajectoire professionnelle ascendante : que les AST aient

été chauffeur de car (accompagnant le médecin lors de ses visites médicales sur sites, ce qui est le cas des quelques hommes qui exercent le métier d'AST) ou secrétaires, aucune d'entre elles ne se définissait au départ comme appartenant au groupe des « préventeurs ». Cette activité est promue par le management par l'idée que d'une fonction « support », les AST rejoignent le cœur de l'activité du service en participant directement à ses missions, sans forcément passer par une assistance au médecin.

### ***2.3. L' « ASST » introduite dans la loi : un choix politique controversé***

En 2012, le métier d'assistante est fixé par la loi sous une dénomination qui n'est pas utilisée par les acteurs de terrain. Dans les décrets d'application de la réforme de janvier 2012, les « AST » deviennent des « ASST » (assistants de service de santé au travail). Ces dernières sont officiellement englobées dans la « pluridisciplinarité » et le fonctionnement du SST1 apparaît alors comme précurseur. On peut penser qu'il a servi d'inspiration à la loi, ou qu'il lui a tenu lieu de terrain d'expérimentation. Cependant, bien que la prononciation de ce sigle reste inchangée, on peut y voir le reflet d'un glissement de leurs missions.

Les missions des assistantes de services de santé au travail (ASST) sont précisées dans la loi de 2012 : « repérer les dangers et identifier les besoins en santé au travail, notamment dans les entreprises de moins de vingt salariés », « participer à l'organisation, à l'administration des projets de prévention et à la promotion de la santé au travail et des actions du service dans ces mêmes entreprises »<sup>584</sup>. Ainsi, ce nouveau groupe est attaché aux services et non pas aux médecins, avec une mission explicite de promotion de l'activité du service auprès de ses adhérents. De plus, comme le fait justement remarquer un rapport de la Cour des Comptes<sup>585</sup>, la prestation d'accueil aux nouveaux adhérents permet de faire remonter le quota d'interventions par adhérents dans les services, c'est-à-dire qu'en étant comptabilisée dans la « pluridisciplinarité », ces interventions apparaissent au même titre que celles des ergonomes ou des toxicologues, bien qu'elles soient de bien moindre ampleur et qu'elles ne sollicitent pas de compétences « expertes ». Les ASST assurent donc une présence du service dans les entreprises – à moindre frais.

Par la suite, la convention collective des services interentreprises négociée en juin 2013 réserve une surprise : la dénomination d'« AST » y perdure comme une sous-catégorie du métier d'assistant de service de santé au travail (ASST). Celui-ci est composé de trois

---

<sup>584</sup> Code du travail, article R. 4623-40.

<sup>585</sup> Rapport de la Cour des Comptes de novembre 2012, *op. cit.*

métiers : celui d'assistant en santé au travail (AST), celui d'assistant de l'équipe pluridisciplinaire et celui de secrétaire médicale. Le terme d'ASST y apparaît comme un terme générique, désignant toutes les fonctions d'assistantes.

Mes données de terrain m'amènent à supposer que le mode d'organisation de ce qui apparaît désormais comme le groupe des assistantes a fait l'objet de désaccords et d'une négociation. Lors d'une observation datant de la fin de ma période de recueil de données, au mois de mars 2012, les militants de l'A-SMT<sup>586</sup> s'interrogent sur l'évolution du rôle des secrétaires et se méfient de ses conséquences. Leurs débats permettent de comprendre la logique qui a prévalu à la distinction de différents types d'« ASST » : un groupe professionnel qui assiste le médecin et relève de l'équipe médicale ne peut pas, selon eux, se confondre avec un groupe professionnel qui assisterait les experts en prévention des risques et prendrait ses ordres auprès de la direction. Pour eux, les contradictions potentielles entre un rôle d'assistance à la gestion des risques et un rôle paramédical, et notamment la question de la confidentialité des données<sup>587</sup>, rendent impossible cette « double casquette » des ASST :

*Armand : Le fait qu'il n'y ait aujourd'hui plus de secrétaires médicales mais des ASST change complètement le fonctionnement! Si les secrétaires sont ASST, elles ne font plus partie de l'équipe médicale ! En fait, c'est des sous-IPRP !*

*Luc : On ne peut pas être chèvre et chou ! On est soit secrétaire médicale, soit professionnel positionné sur de la prévention primaire.*

*Armand : Pourquoi il y a une disparition du terme de « secrétaire médicale » ? Parce qu'elles ne rentrent plus dans le cadre de la santé publique, on les a nommées ASST.*

*Luc : C'est un changement de positionnement politique. Ce personnel n'est plus positionné comme médical, mais on leur donne accès à des dossiers médicaux, à des documents couverts par le secret médical. Avec le terme de « santé travail », on joue sur les mots.*

Les médecins du travail syndiqués s'impliquent dans des négociations avec leurs employeurs pour garantir aux assistantes un rôle exclusivement « médical ». Bertrand et ses confrères disputent les compétences « AST » au pôle « pluridisciplinaire » de leur service, explicitant ainsi une utilisation concurrentielle – car perçue comme incompatible – des compétences des assistantes par les médecins, par la direction ou par l'équipe « pluridisciplinaire ».

*Bertrand : Dans mon service, trois secrétaires ont été formées, dont celle avec qui je travaillais, et avec qui on collaborait déjà sur des interventions en entreprise, c'est-à-dire sur des aspects techniques ou sur des CHS où je ne pouvais pas aller. Après une formation du CNAM d'une semaine par mois, elles n'ont plus de fonction de secrétariat... Pour celle avec qui je travaille, je lui ai laissé l'accès aux dossiers médicaux parce qu'elle les connaît déjà. Mais ou bien elle se situe dans le champ « IPRP », ou bien elle se situe dans l'équipe médicale ! Après une bataille, on a obtenu qu'elles se situent dans le champ « équipe médicale ». En théorie, elles*

---

<sup>586</sup> Association santé et médecine du travail.

<sup>587</sup> les IPRP qui interviennent en entreprise ont accès aux informations générales que le médecin veut bien leur donner, mais pas aux dossiers médicaux des salariés : qu'en est-il quand la secrétaire médicale est également l'assistante des IPRP ?

*n'ont pas à intervenir à la demande de la direction ou des IPRP, ça me paraît essentiel.*

Si cette négociation a abouti dans le sens de la volonté des médecins, ce n'est pas le cas dans l'écrasante majorité des services, d'autant plus que les missions des ASST sont dorénavant officiellement axées sur une assistance à la direction du service et sur la promotion de ses activités. 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.

### **3. Quand la « pluridisciplinarité niveau 1 » fait évoluer les services de santé au travail vers de nouvelles missions**

Les AST sont introduites dans un objectif affiché et assumé de gain de temps médical, directement lié à un manque de médecins du travail. Au fil du temps, cette main-d'œuvre s'avère malléable, et dans les interstices de son activité qui ne sont pas investis par les médecins, les directions s'engouffrent et s'affirment, en parallèle des médecins, comme des instances prescriptrices. Cette double inscription de l'activité des AST, rendue possible par le flou de leur statut, met les médecins dans une position de « co-prescripteurs » et témoigne d'une évolution de fond au sein des services de santé au travail.

#### ***3.1. Les assistantes santé travail comme intermédiaires d'une logique de gestion des risques***

La gestion des risques auxquels l'employeur expose ses salariés est une responsabilité qui lui incombe. C'est aussi, on l'a vu, une responsabilité de plus en plus lourde à porter avec l'évolution du droit et l'avènement de la notion d' « obligation de sécurité de résultat ». Les employeurs doivent montrer qu'ils mettent tout en œuvre pour éviter les accidents du travail et les maladies professionnelles, et, notamment, rédiger un « document unique d'évaluation des risques professionnels » – « DUERP » – ou document unique – « DU » – qui témoigne de leur volonté de circonscrire les risques et de les inscrire dans la gestion globale de leur entreprise. Pour cela, ils peuvent s'appuyer sur la « fiche d'entreprise » rédigée par leur médecin du travail. Les directions de services positionnent les « AST » sur un créneau d'assistance à la rédaction du document unique. Cependant, pour beaucoup de médecins, cette activité procède de l'obligation de mise en œuvre d'une démarche de prévention qui doit venir

de l'employeur lui-même, et sort donc de l'attribution des services de santé au travail.

Les AST sont formées à une recension des risques en entreprise, pour laquelle elles sont souvent sollicitées. Elles rédigent alors un document dont le statut est débattu. Ce document est-il une « fiche d'entreprise » ? Peut-il en tenir lieu ? Au SST1, ces documents sont appelés des « pré-fiches d'entreprise » : elles constituent une base sur laquelle le médecin pourra s'appuyer pour établir sa fiche d'entreprise.

Lors d'une assemblée générale du SNPST, les médecins se montrent opposés à la délégation de l'élaboration de la fiche d'entreprise aux AST. Pour Lucie V., médecin du travail, sans point de vue médical, la fiche d'entreprise n'a plus lieu d'être. Ces fiches permettent d'objectiver, pour un collectif, des risques et des situations observées individuellement, lors des visites médicales :

*Le fait, par exemple, sur le décret, le projet que les fiches d'entreprises pourront être rédigées par les assistants de santé-travail, moi ça me laisse très songeuse... Qu'est-ce qu'une fiche d'entreprise sans un avis médical ? Si sur une fiche d'entreprise, il n'y a plus les notions de santé au travail, santé au sens du point de vue du médecin, au point de vue médical, ça veut dire quoi une fiche d'entreprise ? C'est un document d'évaluation des risques ! Enfin, moi, une fiche d'entreprise, je ne peux la faire que si j'ai vu des gens en visite médicale. Je ne sais pas faire autrement. Ou je vais la faire, mais ce sera n'importe quoi.*

Pour Lucie V., la délégation de l'aide à l'identification des risques en entreprise aux assistantes santé travail change la nature de la tâche. Les médecins sont tenus d'élaborer une « fiche d'entreprise », sur laquelle les employeurs peuvent s'appuyer pour rédiger leur « document unique d'évaluation des risques ». Sans le point de vue médical, le document rédigé par l'assistante se substitue alors au document d'évaluation dont la responsabilité incombe à l'employeur. Un de ses confrères exprime un point de vue similaire, qui témoigne de sa crainte d'une dévalorisation du secteur et de l'activité :

*On a dit « les AST font les fiches d'entreprises » et pour moi, ça ne passe pas. Si on tient ce discours, c'est suicidaire pour nous. Ça veut dire que n'importe qui, en gros, peut faire une fiche d'entreprise. Les AST, elles recueillent des données, pour une évaluation du risque, mais on n'est pas dans la fiche d'entreprise, qui est la connaissance du risque mais aussi la connaissance du travail qu'en a le médecin du travail, notamment par les examens cliniques. Il y a une dérive sémantique.*

Selon lui, le médecin du travail doit garder un mandat exclusif sur certaines activités. Pour la survie du groupe professionnel autant que pour garantir un certain contenu qualitatif aux fiches d'entreprise, il ne faut pas que cette tâche soit déléguée aux AST. Ce médecin parle aussi d'une « dérive sémantique » : on parle de *santé au travail*, mais il s'agit en réalité d'*évaluation des risques*.

La sémantique est prise au sérieux par les médecins, et la rhétorique officielle doit alors s'adapter. Les fiches élaborées par des AST ne peuvent avoir le même nom que des fiches élaborées par des médecins : il faudra en trouver un autre. La question du contenu, elle, reste en suspens. Un médecin partage l'expérience de son service : ses confrères et lui ont demandé aux autorités régionales du conseil de l'ordre des médecins si ces fiches pouvaient prendre le nom de « fiche d'entreprise ». Après la réponse négative du conseil de l'ordre, ces documents sont désignés par le terme de « fiche de visite assistante santé sécurité travail ».

### **3.2.L'assistance à la réalisation du « document unique » : une prérogative légitime des AST ?**

Avant la fusion, les différents services ont différents usages concernant la commercialisation de prestations d'assistance aux employeurs. La direction du SMT3, dans lequel Véronique, aujourd'hui AST au SST1, était employée avant la fusion, décide de profiter de la présence d'une main-d'œuvre supplémentaire, non médecin, pour proposer aux entreprises d'élaborer leur DU. C'est à Véronique, accompagnée d'une infirmière et d'un technicien, que cette tâche incombait.

*Le SMT3 avait fait le choix de faire du document unique pour les entreprises, enfin de l'aide à l'élaboration du document unique, mais quelque part, on réalisait le document unique nous-même de A à Z, jusqu'au plan de prévention. Et tout ça moyennant paiement auprès de l'adhérent. Quelquefois les médecins nous remontaient l'information qu'une entreprise était intéressée, mais quelquefois moi je centralisais toutes les demandes des entreprises. Dès qu'on disait « document unique », on me passait l'appel et puis moi je « vendais » notre document unique. Et là, le médecin était d'accord ou pas d'accord, ben, c'était tout quoi. On le tenait simplement informé. Et là j'avoue que je n'ai pas été très à l'aise. Après, il y avait une pression quand même assez forte de ma direction et on nous a dit : « il faut y aller », je n'avais pas forcément le choix.*

Véronique se montre sensible aux arguments des médecins selon lesquels cette prestation dépasse les attributions d'un SST et rentre en contradiction avec une véritable démarche de prévention. Elle a également l'impression de se mettre en danger et répète à maintes reprises qu'elle n'était « pas à l'aise ». Une année, son service va jusqu'à promouvoir cette prestation sur la carte de vœux envoyée à ses adhérents, ce qui augmente son inconfort, notamment parce qu'il n'est pas fait mention de son caractère payant et qu'elle doit, par la suite, en informer les entreprises qui appellent pour se renseigner.

Véronique identifie clairement ces prestations comme émanant d'une volonté de la direction, à l'encontre de la volonté des médecins. Cependant, sa description des rapports de

force entre médecins et direction explique que ces pratiques ait pu perdurer. Selon elle, les médecins de ce service ne s'opposent pas frontalement à leur direction :

*Au début, quand on s'est lancé dedans, les médecins n'étaient pas forcément pour, c'était un peu tabou, il ne fallait pas le faire. Les médecins disaient beaucoup de choses derrière, et pas forcément devant la direction, vraiment ferme et définitif : « c'est non, on revendique qu'on ne fera pas ça pour le service, que ce n'est pas notre rôle ». Ils n'étaient pas non plus bagarrants... Donc il y a beaucoup de choses qui sont passées alors qu'ils n'étaient pas d'accord. Dont le fameux document unique payant pour l'entreprise.*

Ces prestations ont disparu avant la fusion au sein du SST1. Cet exemple témoigne cependant du fait que les AST sont confrontées à des conflits de logiques qui opposent principalement les médecins et leurs directions. Les médecins ne sont pas d'accord avec cette « aide » très poussée à l'élaboration du DUERP et craignent que le service de santé au travail ne se substitue aux entreprises dans leurs responsabilités concernant la prévention des risques professionnels. Les directions, quant à elles, utilisent une main-d'œuvre docile et bon marché pour atteindre leur objectif : la satisfaction des adhérents et le développement d'une logique marchande.

Notons qu'un programme de prévention mis en place au niveau régional va remettre au goût du jour ces pratiques, sous un jour plus acceptable. Jean-Marc le vante ainsi :

*Sur le service, il y a 5 000 entreprises, TPE, à qui on va proposer de réaliser le DU en collaboration. On va les aider. Donc on a proposé à tous les médecins ce projet, deux médecins ne l'ont pas souhaité, c'est-à-dire que la grande majorité des médecins entrent dans ce projet. Et donc lors de l'accueil nouvel adhérent on va leur proposer de l'aide à la réalisation de leur document unique. Et donc c'est du travail supplémentaire qui va arriver au niveau des AST : aide à la réalisation du document unique sans prescription médicale, puisque là, ils vont donner leur accord pour qu'on y aille.*

Une fois l'accord de principe des médecins donné, leurs entreprises peuvent être approchées par les AST dans le cadre de ce programme, indépendamment d'eux. On peut supposer que les mêmes questions relatives à la limite entre l'assistance et l'élaboration complète vont se poser, et que les AST ne seront pas toujours à l'aise. Cependant, ce programme (qui se met en place quand je quitte le terrain) vise les très petites entreprises, que les services de santé au travail ont peu l'occasion de toucher, au contraire de la « prestation » proposée au SMT3, qui ciblait surtout les entreprises susceptibles de payer, soit plutôt les entreprises de taille importante. L'absence de prévention efficace dans les TPE étant identifiée comme problématique par les pouvoirs publics ainsi que par les services, ce programme arrive pour eux à point nommé.

Ainsi, si la « vente » de « documents uniques » était très largement réprouvée en dehors du management du SMT3, l'accompagnement systématique à sa réalisation refait surface quelques années plus tard dans toute la région, et au SST1, dans des conditions moins polémiques – avec, toujours, les « assistantes santé travail » comme cheville ouvrière de ces prestations.

### ***3.3. Les AST comme relais d'une logique de prestations de services : l'exemple de la prestation d'accueil***

Au sein du SST1, la prestation « accueil nouvel adhérent » ou « ANA » est devenue une prestation phare du service de santé au travail. Elle incombe aux assistantes santé travail – la direction en a fait une de leurs compétences « de base », obligatoire, par opposition à d'autres tâches facultatives qui relèvent de « compétences spécifiques ». Au fil des entretiens, cette prestation m'apparaît complexe.

En effet, les relations avec les adhérents sont délicates : le service est en pleine réorganisation du fait de la fusion de plusieurs services, et la réforme est en cours. Les AST doivent présenter leur service aux chefs d'entreprises nouvellement adhérentes, les « accueillir ». Or, malgré un espacement légal des visites, les visites d'embauche et périodiques sont toujours obligatoires et le service dispose de peu de moyens pour les mettre en œuvre, surtout dans certaines antennes où les médecins sont peu nombreux. De plus, si le SST1 entreprend de leur proposer une « santé au travail » basée davantage sur des actions collectives de prévention primaire, mises en œuvre par des IPRP, que sur un suivi individuel des salariés, l'inspection du travail demande toujours à voir les certificats d'aptitude quand il y a un problème dans une entreprise. Ceci perpétue les attentes des entreprises concernant les visites médicales – que les services sont pourtant de moins en moins en mesure d'assurer.

Par ailleurs, les prestations des IPRP sont limitées par un nombre maximal de jours d'intervention, au-delà desquels elles sont facturées à l'entreprise. Cependant, la limite est fixée au cas par cas, selon des critères non écrits. Dans ce contexte, présenter le SST aux entreprises, et ce à quoi leur adhésion donne droit, n'est pas une tâche aisée. Très vite, les AST se retrouvent en difficulté et sont à la recherche d'un « argumentaire » qui leur permettrait de désamorcer les tensions potentielles liées à la posture délicate du service de santé au travail. Valérie, la responsable de la formation est alors sollicitée. En réunion, elle confronte l'équipe de direction à ses contradictions : la direction attend des AST qu'elles

fassent passer un message d'accueil aux entreprises, mais ne sait pas elle-même définir la teneur de ce message ni se mettre d'accord sur une ligne commune :

*Si elles demandent un argumentaire, c'est qu'aujourd'hui, elles ne savent pas ce qu'elles doivent dire quand un nouvel adhérent adhère au SSTI. Alors je leur demande : « Franchement, s'il y en a un autour de la table qui sait me dire comment elles abordent ça... ». Quel message on passe à l'adhérent ? Alors là, j'aimerais bien le savoir... Ça n'est pas clair du tout au final !*

Si ce message n'est pas clair, c'est en grande partie parce que les limites de l'action du service ne sont pas définies. Par exemple, toujours selon Valérie, les AST peuvent être influencées par les attentes des entreprises et, ainsi, dépasser les missions que les médecins trouvent légitimes, par exemple en acceptant de se substituer à l'entreprise dans sa rédaction du document unique d'évaluation des risques, au lieu d'aider l'adhérent à élaborer lui-même un plan de prévention :

*Déjà, il faut réussir à obtenir un rendez-vous téléphonique. Une nouvelle entreprise adhère, alors on lui dit quoi ? Certaines disent : « Moi, je joue la carte de l'obligation ! » pour leur faire peur... Est-ce que c'est vraiment le message qu'on doit passer ? « De toute façon, vous êtes obligés ! ». Certaines disent : « Moi, j'ai mon rendez-vous téléphonique et puis après, ça se passe mieux quand je vais en entreprise ». Ou alors, les entreprises disent : « De toute façon, je veux faire mon document unique ». Ben il y a des médecins qui disent : « Non ! Tu ne dois pas répondre qu'on va faire leur document unique ! On n'est pas là pour faire leur document unique ! On peut les aider. » Et puis, ben, il y a des AST qui disent : « Oui, mais c'est ce qu'ils veulent, qu'on les aide à faire leur document unique ! ».*

Valérie témoigne, de son point de vue de responsable de la formation, du fait que 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.

En effet, on a vu que les prestations des IPRP devaient encore, en théorie, toutes passer par l'intermédiaire du médecin, et que celui-ci avait encore la possibilité de ne pas les prescrire<sup>588</sup>. On peut penser que c'est cette dépendance au bon vouloir du médecin en terme de promotion de son service et des prestations qu'il peut offrir à ses adhérents qui a poussé les services à imaginer les prestations « ANA », effectuées par les AST. 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.

---

<sup>588</sup> Le phénomène du « goulot d'étranglement », lié à l'obligation de passer par une prescription du médecin, déploré par certains IPRP et certains membres de l'équipe de direction, est inopérant dans le cas des AST et des prestations qu'elles effectuent directement pour le compte du service. Voir infra, chapitre 5, section 1.

\*\*\*\*\*

La spécialisation et le positionnement de chaque groupe sur un territoire restreint et spécifique vont à l'encontre de l'idée de « polyvalence », chère au nouveau management, selon laquelle les compétences, horizontales, seraient mobilisées de façon interchangeable. La « pluridisciplinarité » revendique une pertinence qui se fonde sur la recherche d'une place adéquate pour chaque acteur. Cependant, ces changements s'accompagnent de l'introduction notable des « assistantes santé travail », un métier conçu au départ, du moins officiellement, comme un moyen d'économiser du temps médical, qui s'affirme, avec le temps, comme un métier profondément polymorphe. Les « AST » ont plusieurs commanditaires, plusieurs types de tâches à accomplir, qui correspondent à différents types de compétences, dont la principale caractéristique commune est d'être peu spécialisées. Ainsi, la « polyvalence » est présente dans les services de santé au travail « pluridisciplinarisés » *via* cet acteur, qui, bien que son importance soit minimisée relativement aux nouvelles compétences « expertes » introduites parallèlement, apparaît comme une pièce clé du nouveau système.

Les AST elles-mêmes cherchent à se spécialiser, pour, comme les autres acteurs, se concentrer sur quelques tâches qu'elles maîtriseraient et apprécieraient. Au lieu de cela, elles sont cantonnées dans une activité polyvalente, qu'on leur assigne – c'est là le paradoxe – comme « cœur de métier » : il s'agit de ne pas s'éparpiller dans des spécialités afin de rester une main-d'œuvre à la fois généraliste et mobilisable sur des petites tâches de tous ordres, considérées comme peu exigeantes en termes de compétences.

De plus, le SST1 est en train de se transformer en prestataire de service mais cette mue n'est pas achevée. Ainsi, les « AST » font les frais des contradictions entre la stratégie de certains médecins, tournée vers une logique professionnelle de prévention, et celle portée par leur direction, et relayée par d'autres médecins, tournée vers la « satisfaction client ». L'exemple des prestations d'accueil illustre une tendance, analysée par M.-A. Dujarier, à faire retomber sur les épaules des salariés les plus bas dans la hiérarchie, et qui sont en face à face avec les bénéficiaires, la gestion des contradictions inhérentes à l'organisation<sup>589</sup>.

---

<sup>589</sup> Dujarier Marie-Anne, *L'idéal au travail*, Paris, Presses universitaires de France, 2006. L'auteur prend, entre autres, l'exemple de la restauration, dans laquelle le personnel en salle se retrouve en première ligne, devant les clients, dans des situations qui nécessitent des arbitrages complexes car mettant en jeu l'organisation du travail, alors que cette dernière ne relève théoriquement pas de leurs compétences.

## Section 2 : L'arrivée des infirmières « santé travail » ou la déstabilisation du territoire professionnel des médecins du travail

Un autre métier apparaît sur le versant du suivi individuel des salariés et se positionne entre la secrétaire et le médecin : l'« infirmière santé travail » ou IST. L'arrivée des « assistantes santé travail », puis celle des « infirmières santé travail » dans les services interentreprises viennent questionner les médecins sur leur activité. Les infirmières « santé travail », contrairement aux infirmières qui n'ont pas reçu de formation spécifique, partagent avec les assistantes la mission d'éponger le surplus de travail créé par le manque de main-d'œuvre médicale. Le nouveau rôle infirmier ne s'arrête pourtant pas à une fonction de désengorgement des « vacations » des médecins. Les entretiens infirmiers font l'objet d'une réflexion sur les tâches à déléguer, et sur les modalités de collaboration. Cette réflexion prend la forme d'une négociation sur le contenu des entretiens infirmiers, et elle est dans un premier temps essentiellement interne au groupe des médecins. Les résultats du groupe de travail sur l'« entretien santé travail infirmier » témoignent à la fois d'un travail de cadrage de l'activité infirmière et de l'établissement de normes de coopération de la part de médecins à l'attention de leurs confrères. Le « référentiel » élaboré par ce groupe de travail, qui mentionne un « Entretien Santé Travail réalisé par un infirmier, sur délégation, sur prescription et sous la responsabilité d'un médecin du travail », s'attache à préciser une division du travail entre médecins, secrétaires et infirmières pour guider les médecins dans ces coopérations. Malgré les efforts de ces médecins, certains de leurs confrères résistent à ces prescriptions et le groupe professionnel apparaît divisé.

### **1. L'évolution du rôle des infirmières face au manque de main-d'œuvre médicale**

Après avoir suivi l'évolution des secrétaires médicales devenues « assistantes santé travail », voyons maintenant ce que leur hiérarchie, assistée des médecins du travail, propose aux infirmières exerçant dans les services de santé au travail en termes d'évolution professionnelle.

### *1.1. Des infirmières « DE » aux « infirmières santé travail »*

Durant notre enquête de terrain, une des incertitudes majeures exprimées par les acteurs rencontrés concernait le rôle des infirmières de santé au travail (ou IST)<sup>590</sup>. Celles-ci sont des infirmières qui ont reçu une formation en santé au travail, soit dans le cadre d'un « DIUST », soit dans le cadre d'une licence universitaire. En 2007, le SMT1 embauche une première infirmière « santé travail » à titre expérimental, alors que la fonction infirmière n'existe pas encore dans le service. Certains services emploient des infirmières qui n'officiant pas en tant qu' « infirmières santé travail » : elles n'ont pas reçu de formation spécifique et effectuent majoritairement des examens complémentaires sur prescription médicale.

Avec le jeu des fusions, des infirmières rejoignent le SST1. La direction les enjoint à se former en « santé travail » (sur le modèle des secrétaires encouragées à se former pour devenir « assistantes santé travail »). C'est alors progressivement, en fonction des médecins du travail volontaires pour construire des équipes, que les infirmières formées commencent à exercer en tant qu' « infirmières santé travail ». Cependant, les tâches que les infirmières nouvellement formées doivent effectuer, et la manière dont elles doivent les effectuer font débat. Les médecins, les infirmières, et les directions de services participent à ce débat – qui divise également les médecins entre eux et les infirmières entre elles.

Ainsi, les frontières du métier d' « infirmière santé travail » sont en négociation pendant mon enquête. D'une part, les IST tentent de consolider leur frontière inférieure, ce qui passe notamment par une hiérarchisation des activités infirmières dans le cadre des services de santé au travail (les tâches les moins spécifiques à la santé au travail incombant aux infirmières qui n'ont pas été formées comme « IST »). D'autre part, les infirmières négocient aussi leur place avec les médecins, sur le pan supérieur de leur « faisceau de tâches » : elles veulent être autorisées à effectuer des « entretiens santé travail infirmier » (ESTI) dans des conditions qui leur conviennent<sup>591</sup>.

Ainsi, un processus de distinction de deux types d'infirmières, les infirmières « DE » (IDE), généralistes, et les infirmières « ST » (IST), qui détiendraient une expertise dans leur domaine, est en cours. L'enjeu est d'élever le faisceau de tâches des infirmières qui ont reçu une formation afin qu'elles acquièrent un nouveau statut : pour cela, elles abandonnent les tâches les moins valorisées de leur exercice et se concentrent sur des tâches plus nobles<sup>592</sup>.

---

<sup>590</sup> Pour une réflexion sur le poids symbolique du terme d' « IST » ou « IDEST », voir encadré 5.2 en page suivante.

<sup>591</sup> La section 2 du chapitre 5 est consacrée aux évolutions de la fonction infirmière en service de santé au travail.

<sup>592</sup> L'entretien santé travail infirmier ou ESTI est, dans la région du moins, une mesure clé dans l'évolution des infirmières. Voir à ce sujet l'analyse du chapitre 5, section 2.

### ***Encadré 5.2 À nouveaux rôles, nouveaux noms***

*Infirmière de santé au travail, ça n'existe pas. Nous, on dit ça pour se faire plaisir, nourrir notre égo, mais ça n'existe pas.*

Comme le dit Laurence, une infirmière partie prenante de la licence infirmière « santé travail », le terme d' « infirmière santé travail » (IST), qui a cours dans la région, ne dispose pas d'une reconnaissance légale.

Sur le terrain, les acteurs l'utilisent pour désigner les infirmières qui ont suivies une formation en santé au travail. Celle-ci n'étant pas obligatoire, et son contenu étant variable d'un lieu à un autre, ce terme ne correspond pas à un « titre » officiel mais exprime l'évolution du rôle des infirmières dans les services.

Les noms de métier constituent des ressources qui permettent de créer un groupe et d'en ériger les frontières, dans une double optique d'inclusion et d'exclusion – ils qualifient et disqualifient<sup>593</sup>. Ils ont une valeur avant tout symbolique de constitution d'un nouveau domaine d'expertise. Leur analyse renseigne sur l'état des rapports de force dans un milieu professionnel donné : qui choisit la nouvelle appellation, dans quel contexte et dans quel but ?<sup>594</sup>

Dans le cas des « infirmières santé travail », l'objectif de ceux qui promeuvent cette appellation – qu'ils soient médecins, professeurs de médecine du travail ou infirmières – est bien de faire évoluer le rôle des infirmières dans les services et d'obtenir le statut de spécialité infirmière pour leur exercice en santé au travail. Laurence m'explique cet objectif, qui s'apparente pour elle à une rénovation de l'image de son métier, *via* une reconnaissance du statut infirmier en santé au travail :

*On sait que la grande voie de recrutement des infirmières du travail, c'est pour des raisons familiales, pour bien concilier vie professionnelle et vie de mère de famille, mais qu'il n'y a pas forcément un élan passionné pour ce secteur d'activité. D'ailleurs, nos collègues hospitalières nous renvoient cette image-là, de planquées. Bon. Et c'est vrai qu'on a un exercice qui est très cadré et qui est limité par rapport à nos collègues, donc il y a cette idée un peu qu'on serait des sous-infirmières par rapport aux vraies infirmières de réanimation des brûlés, etc. Nous, avec des collègues, on tient un discours différent en disant que c'est une forme de spécialisation et qu'il faudrait qu'on ait la formation adéquate et le statut, la reconnaissance, qui iraient avec.*

Ainsi, le terme d' « IST » sert à distinguer les infirmières qui ont suivi une formation des autres infirmières. De cette manière, il valorise cette formation et participe à promouvoir ce secteur d'activité auprès des infirmières. Les conséquences de ce terme dépassent leurs effets sur la population infirmière exerçant en SST : il participe, au même titre que l'appellation d' « assistante santé travail », d'un renouveau du secteur de la santé au travail et de ses intervenants.

#### ***1.2. L'activité infirmière en service interentreprises de santé au travail avant les « IST »***

Les SMT2 et SMT3, deux services qui vont fusionner en 2009 dans le SST1, disposent d'une main-d'œuvre infirmière qui effectue des examens complémentaires sur prescription médicale, soit dans les locaux du service, soit en entreprise (quand il s'agit de faire des

<sup>593</sup> Demazière Didier, « L'ancien, l'établi, l'émergent et le nouveau : quelle dynamique des activités professionnelles ? », Formation Emploi, n° 101, vol.1, janvier-mars 2008, pp. 41-54. La revue de littérature mobilisée par l'auteur fait apparaître les « appellations d'activité » comme des « indices de changement », pp. 43-44.

<sup>594</sup> D. Demazière développe l'analyse suivante du processus de labellisation des activités professionnelles : « Ces étiquettes englobent des jugements en termes de valeurs, incorporent des niveaux de prestige. En ce sens, les appellations professionnelles sont moins des termes descriptifs que des termes symboliques par lesquels les individus ou les groupes – et pas seulement ceux qui sont les premiers concernés – tentent de contrôler et infléchir la définition du travail. Ce sont des symboles de la conception du travail qui est revendiquée et/ou attribuée, et qui est prise dans des rapports sociaux. La définition de ce que sont les activités professionnelles est donc un enjeu de luttes continues, et c'est sans doute un acquis des recherches que d'en prendre acte pour analyser les fluctuations de la division du travail comme le produit d'interactions sociales et de rapports de pouvoir. Cela conduit à mettre l'accent sur les enjeux d'identification des activités professionnelles, de leur catégorisation – par exemple comme métier ou profession –, et plus largement de leur reconnaissance sociale. ». *Ibid.* p. 45.

examens qui concernent l'ensemble des salariés ou d'effectuer des vaccins). Ces examens sont essentiellement des prélèvements sanguins, les secrétaires médicales étant souvent impliquées sur les autres examens complémentaires. L'intervention des infirmières complète donc celle des secrétaires là où, légalement, elles ne peuvent intervenir – soit pour les actes qui impliquent le sang, soit en cas de contact physique nécessaire avec le salarié. Dans les services où les secrétaires n'effectuent pas d'examens complémentaires, ce sont des infirmières qui effectuent les examens. Ainsi, certains services choisissent de mobiliser surtout des infirmières pour les examens complémentaires, d'autres plutôt des secrétaires.

Les infirmières peuvent également être mobilisées par les médecins du travail pour effectuer en entreprise des « informations-sensibilisations » à des grandes thématiques de santé publique. Elles peuvent par exemple intervenir sur le thème du tabac, de l'hygiène alimentaire, du lavage des mains, en fonction de l'activité de l'entreprise.

Au contraire des infirmières qui exercent en service autonome, et qui ont alors un rôle de soin en cas d'accident, mais aussi de relais avec le médecin du travail qui est souvent moins présent sur le terrain, les infirmières exerçant en service interentreprises ont à la fois peu d'occasions d'interactions et de collaborations avec les médecins, aucun rôle de soin et un rôle de prévention limité aux brèves interactions qui se déroulent lors des examens complémentaires, ou en entreprise lors de leurs interventions-sensibilisations. Les infirmières qui ont quitté ces fonctions pour évoluer vers des fonctions d'« infirmières santé travail » décrivent *a posteriori* ce métier comme peu valorisant<sup>595</sup>.

Sur ces bases, et s'inscrivant dans un mouvement de délégation de tâches parcourant l'ensemble du milieu médical, les rapports parlementaires suggèrent d'utiliser de manière plus pertinente les ressources infirmières, afin notamment de pallier le déficit de médecins du travail. Selon l'opinion commune, les services autonomes représentent en effet une preuve que l'infirmière a une place en santé au travail qui dépasse celle, limitée, qu'elle a eu jusqu'à présent en services interentreprises.

Dès 2007, le SMT1 s'inscrit dans une expérimentation visant à rénover la fonction infirmière en service interentreprises de santé au travail. Puis, à partir de 2009, le SST1 s'engage dans la mise en place d'un fonctionnement en « équipe » fondé sur la coopération entre un médecin, une infirmière « santé travail » et une secrétaire.

---

<sup>595</sup> Leur discours négatif vis-à-vis de leur ancien mode d'exercice est à comprendre comme émanant de personnes l'ayant sciemment quitté. Les infirmières ne souhaitant pas évoluer auraient probablement eu un discours plus positif sur leur activité.

### 1.3. Une expérimentation difficile, des médecins divisés

Dans le cadre d'une expérimentation qui se déroule entre 2007 et 2008, et qui est prolongée jusque fin 2009, une infirmière, Marie, est embauchée par le SMT1 dans l'objectif de créer une fonction d' « infirmière santé travail » dans le service<sup>596</sup>. Cette expérimentation est conçue comme la première pierre du nouveau système de fonctionnement en équipes, et la direction anticipe de positionner Marie sur une fonction de coordination des effectifs infirmiers qui la rejoindront par la suite<sup>597</sup>. Le service se montre donc pionnier dans la mise en place de nouvelles formes de collaboration entre médecins et infirmières. Cependant, les résultats de cette expérimentation se sont avérés mitigés.

Quand j'arrive sur le terrain, Marie est partie depuis plusieurs mois. Elle ne souhaite pas me rencontrer mais nous échangeons quelques minutes au téléphone. De cette conversation ressort qu'elle se souvient avoir dû négocier ses tâches au quotidien, d'une part, pour pouvoir les effectuer, et d'autre part, pour éviter qu'elles ne soient trop cadrées par les médecins. Pourtant, Raphaëlle, le médecin avec qui elle collabore dans le cadre de l'expérimentation, s'engage selon elle corps et âme dans cette collaboration. La difficulté vient du fait que les autres médecins du service ne sont pas sur la même ligne que Raphaëlle. Marie justifie son départ par un « ras-le-bol » de travailler avec « des gens qui n'avaient pas envie de travailler avec (elle), et qui n'avaient pas envie de travailler avec des infirmières en général. »<sup>598</sup>

Elle évoque notamment chez les médecins un refus de la transparence sur leurs pratiques que supposerait une collaboration avec une infirmière, qu'elle attribue à un faible investissement dans le travail d'une majorité d'entre eux. Elle mentionne aussi des luttes de pouvoir qui l'ont empêchée de faire le travail pour lequel elle pensait avoir été embauchée<sup>599</sup>. Ainsi, on verra par exemple que l'accès aux dossiers médicaux n'a pas été simple. De plus, le suivi individuel des salariés sous la forme d'entretiens infirmiers, tout comme les interventions infirmières en entreprise, sont rendus difficiles par des médecins peu confiants et peu prompts à déléguer.

---

<sup>596</sup> Contrairement aux SMT2 et 3, le SMT1 n'avait pas d'infirmières dans ses effectifs : l'arrivée d'une infirmière correspond donc directement à la volonté d'en faire un personnel spécialisé en « santé travail ».

<sup>597</sup> Dans cette visée, Marie obtient un statut de cadre. D'après elle, les médecins ont eu du mal à accepter ce statut. De fait, les infirmières qui vont lui succéder n'y auront pas accès et il ne sera plus jamais fait mention d'une fonction de coordination des infirmières interne au groupe : c'est Raphaëlle R., un médecin, qui s'en charge.

<sup>598</sup> Marie quitte le service pour un emploi en dehors de la médecine du travail, dans lequel elle a des responsabilités importantes.

<sup>599</sup> Parmi les tâches que Marie aurait souhaité effectuer plus régulièrement et plus librement, l'entretien infirmier mais aussi d'autres activités en milieu de travail, études de postes, etc.

Dans leur majorité, les médecins du travail sont méfiants : ils savent que leur effectif baisse et craignent de se retrouver « remplacés » par des infirmières peu compétentes. La direction du SMT1 s'attache alors à promouvoir auprès des médecins l'idée d'une compétence infirmière en santé au travail. Suite à l'expérimentation, Raphaëlle et sa direction ont voulu embaucher une infirmière qui, en plus de sa formation « santé travail », aurait l'expérience d'un travail en service autonome. Justine vient alors prendre la place laissée vacante par Marie. Elle travaille avec trois médecins volontaires, dont, toujours, Raphaëlle. Entre temps, la loi n'a toujours pas précisé le statut des infirmières « santé travail ». Justine est enthousiaste et voit dans l'exercice en service interentreprises une opportunité d'évoluer vers une activité gratifiante, aussi bien au niveau du suivi individuel que de l'action en milieu de travail.

*Ça m'a beaucoup plu, je me suis dit : « ça me permettra de mettre en pratique ce que j'ai appris en licence », les consultations santé au travail, l'entretien santé travail infirmier et de garder des actions en milieu de travail, puisque ce poste c'est une chance pour moi, les médecins m'autorisent à intervenir dans leurs entreprises, à les représenter aux CHSCT, aux réunions de travail, et à aller faire des études de postes. On peut sortir de notre bureau et aller... rencontrer les employeurs, les salariés, et proposer des choses, c'est ça qui était intéressant. Sinon, il faut être claire, je n'aurais jamais postulé à la médecine du travail. Moi, faire des analyses d'urine, un audiogramme et être enfermée dans un bureau ça ne m'intéressait pas.*

Ainsi, le statut d' « infirmière santé travail » et les promesses qu'il recouvre en termes d'activité, de délégation de tâches, attirent des infirmières qui ne sont *a priori* pas intéressées par l'exercice en service interentreprises, perçu comme routinier.

De plus, l'expérimentation met la relation médecin du travail/infirmière sous le feu des projecteurs. Ainsi, la négociation ne se déroule pas en huis clos : la division du travail est discutée dans des instances officielles, dans lesquelles des porte-paroles des médecins et quelques infirmières tentent de délimiter les activités légitimes de l'infirmière « santé travail » dans un service interentreprises. Le cadre de l'expérimentation permet ainsi à un comité de pilotage de se pencher sur ces questions, et à un groupe de travail sur les entretiens santé travail infirmier (ESTI) d'être mis en place. Quand cette expérimentation prend fin, l'activité est pourtant loin d'être fixée. Les négociations continuent, dans lesquelles les infirmières ne sont pas seules : des « alliances » existent avec les médecins du travail qui sont favorables à la collaboration. Ces alliances restent très locales et les négociations sont différentes dans chaque binôme. Par exemple, dans l'extrait d'entretien ci-dessus, Justine met en avant les aspects « action en milieu de travail » de son exercice comme des éléments particulièrement

attractifs et valorisants. Or, toutes les infirmières n'ont pas une action en entreprise aussi développée qu'elle<sup>600</sup>.

De plus, les médecins alliés peuvent aussi s'attacher à contrôler l'autonomie des infirmières. Ainsi, dans un service visité, une infirmière ayant effectué son diplôme de licence souhaitait pouvoir devenir tutrice pour des infirmières en formation. Pour le médecin coordinateur, pourtant très favorable aux collaborations médecins/infirmières, c'était inconcevable : ces collaborations reposent avant tout sur un rapport hiérarchique, et seuls les médecins peuvent tenir cette posture de tuteurs. Ainsi, les médecins se présentent à la fois comme des alliés et des facilitateurs de l'évolution des infirmières, et comme les gardiens des limites de celle-ci.

## **2. Un travail de construction de frontières inférieures**

Les médecins sont les principaux acteurs auxquels les infirmières sont confrontées : ils sont prescripteurs de leurs actions, qu'ils cadrent et organisent en fonction de leur propension à déléguer certaines tâches – qui elle-même découle d'une certaine conception de leur métier. Le groupe des infirmières « santé travail » en construction est cependant également confronté à d'autres groupes professionnels qui contribuent à façonner leur territoire professionnel : les secrétaires, les assistantes santé travail et les infirmières qui ne sont pas formées constituent autant de groupes desquels les infirmières « santé travail » doivent se dissocier pour occuper leur nouveau rôle.

### ***2.1. La fiche de mission des « infirmières santé travail » : davantage que de simples « IDE »***

Dans les services interentreprises qui embauchent déjà des infirmières, les directions les encouragent à se former. Certaines choisissent de ne pas le faire – parce qu'elles sont en fin de carrière et ne souhaitent pas changer d'activité à ce stade, ou bien parce qu'elles identifient, dans leur vie privée, des contraintes qu'elles jugent incompatibles avec l'investissement personnel nécessaire au cursus de licence<sup>601</sup>. Pour marquer leur différence

---

<sup>600</sup> Je reviendrai dans le chapitre 5 sur les enjeux des luttes de territoires entre médecins et infirmières et sur les raisons pour lesquelles certains médecins trouvent important de limiter l'accès des infirmières à certaines activités, parmi lesquelles principalement le suivi individuel des salariés et les actions en milieu de travail.

<sup>601</sup> Je tiens ces informations de sources secondaires puisque je n'ai pas fait d'entretien avec des infirmières qui ne se sont pas formées. J'en ai donc surtout parlé avec leurs collègues. J'ai rencontré une infirmière, Michèle, qui n'avait pas choisi de se former lors d'un entretien avec ses collègues « IST » et elle m'a simplement affirmé se sentir trop âgée et trop proche de la retraite pour vouloir se former.

avec les « IST » – et éviter le terme générique d' « infirmière », ces dernières sont appelées « IDE ».

Ainsi, les infirmières en cours de formation « Santé Travail » conservent un « temps IDE », durant lequel elles continuent à effectuer les tâches qu'elles effectuaient avant de rentrer en formation. Par la suite, le contenu du métier d'infirmière « santé travail » se démarque de l'activité des « IDE »<sup>602</sup>. La hiérarchisation interne à l'activité infirmière dans les services est une préoccupation centrale des promoteurs d'une collaboration médecins-infirmières. Les groupes de travail qui construisent le métier s'attachent avant tout à déterminer un nouveau rôle pour l'infirmière en santé au travail, centré à la fois sur sa spécialisation et sur son nouveau positionnement au sein de l' « équipe » santé travail.

Au SST1, la direction lance des enquêtes qui aboutissent à la rédaction de « fiches métiers » ou « fiches de missions », censées contribuer à la clarification du partage des tâches entre secrétaires, assistantes santé travail, infirmières « IDE » et « IST ».

Le métier d'infirmière en service de santé au travail est alors scindé en deux et hiérarchisé : les infirmières « IDE » font des examens complémentaires et sont positionnées sur des problématiques de santé publique, tandis que les infirmières « santé travail » sont positionnées comme des spécialistes de la santé au travail. Par exemple, Raphaëlle affirme que, pour ce qui concerne les missions d'information-sensibilisation en entreprise confiées aux infirmières, elles devraient dorénavant se diviser en deux catégories : celles qui concernent la santé publique (addictions, hygiène, alimentation etc.), qui incomberaient aux IDE, et celles qui concernent des problématiques identifiées comme relevant du domaine de la « santé au travail », qui seraient réservées aux infirmières « santé travail » (risques psychosociaux, travail sur écran par exemple).

De plus, les infirmières « DE » sont susceptibles d'être sollicitées par tous les médecins de leur service et couvrent ainsi potentiellement toutes les entreprises et tous les salariés, ce qui ne leur en permet qu'une connaissance limitée. En revanche, les infirmières « santé travail », s'insérant dans une « équipe », coopèrent avec un ou deux médecins. Leur action s'en retrouve alors concentrée sur le portefeuille d'adhérents de ces médecins, ce qui leur permet d'acquérir une connaissance des entreprises, de leurs salariés, et de leurs problématiques de santé.

---

<sup>602</sup> Comme dans le cas des aides-soignantes, analysé par A.-M. Arborio, qui souhaitent avant tout « ne plus être agent de service hospitalier », les infirmières « santé travail » cherchent à « ne plus être IDE ». Arborio Anne-Marie, « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », Sciences sociales et santé, n°13, vol. 3, 1995, pp. 93-126, p. 101.

Enfin, les infirmières « santé travail » formées à M. bénéficient depuis quelques années d'un module « entretien santé travail infirmier » (ESTI), qui ouvre la possibilité d'une consultation infirmière en santé au travail qui s'ajouterait à celle des médecins. La pratique de cet entretien, son bien-fondé, ses conditions, concentrent alors l'essentiel du débat sur les collaborations médecins/infirmières<sup>603</sup>.

Ainsi, Raphaëlle et d'autres médecins ou professeurs de médecine du travail portent cette évolution des fonctions infirmières dans les services interentreprises et travaillent à distinguer précisément les nouvelles tâches « santé travail » des tâches « IDE ». Pour cela, un cadre est mis en place, qui s'appuie sur la formation des infirmières pour légitimer une évolution de leur mandat au sein des services. À ce travail de négociation d'une nouvelle place pour les infirmières, opéré en amont par des acteurs divers, s'ajoute une négociation au quotidien des infirmières, en situation.

## ***2.2. L'importance des trajectoires dans les négociations : le cas de Céline***

Leurs trajectoires antérieures fournissent plus ou moins de ressources aux infirmières « santé travail », qui leur permettent de négocier leurs tâches au quotidien. D'une part, les infirmières qui viennent de l'entreprise sont perçues, de par leur expérience, comme plus « autonomes »<sup>604</sup> et se révèlent, de ce fait, plus fortes dans les interactions avec les médecins. D'autre part, comme chez les assistantes, les exemples de trajectoires ascendantes sont nombreux : c'est le cas de toutes les infirmières qui étaient embauchées en service interentreprises en tant qu'IDE avant leur formation, et qui doivent se battre pour que leur activité évolue.

Parmi elles, la trajectoire de Céline est originale puisqu'elle a débuté dans le service comme secrétaire médicale. Ce poste de secrétariat représentait déjà pour elle une ascension professionnelle, puisqu'elle venait d'une position de caissière en grande surface. Elle continue d'évoluer professionnellement : quand je la rencontre, elle exerce comme infirmière dans le service et elle est en passe d'obtenir son diplôme de licence « santé travail ». La description qu'elle fait de son activité quotidienne témoigne d'une difficulté à négocier pour exercer les tâches qu'elle estime correspondre à ses compétences et qualifications :

---

<sup>603</sup> Voir en infra, chapitre 5, section 2.

<sup>604</sup> L'exercice en « service autonome », soit à l'intérieur d'une entreprise de taille importante, rendrait les infirmières elles-mêmes « autonomes » du fait de l'absence fréquente de médecin à plein temps : les infirmières doivent organiser leur travail en dehors de la référence au médecin, et tiennent une « infirmerie », ce qui n'est pas le cas des infirmières exerçant en service interentreprises, dont l'activité dépend uniquement de prescriptions des médecins du service.

Mes collègues secrétaires : « Tiens Céline, tu peux nous aider à faire un audio ? » Non, je ne peux pas, maintenant je suis infirmière ! « Tu peux nous aider pour décrocher le téléphone ? » Non, je ne peux pas ! Maintenant, il faut poser des limites, c'était hyper compliqué pour moi ! Heureusement Raphaëlle R. est intervenue pour mettre les choses au clair. En plus, je me suis dit, j'espère qu'elles ne vont pas se dire « ça y est, elle a chopé le melon ». Ma position était bizarre, et puis je m'entends tellement bien avec mes collègues secrétaires et... moi j'avais envie de les aider parce que je voyais qu'elles galéraient!

Céline, fière de sa progression professionnelle, ne se plaint pas. Cependant, la rapidité de cette évolution rend difficile les situations où « les choses doivent être faites »<sup>605</sup> : les termes de la négociation (qui, d'ailleurs, n'a pas lieu de manière explicite mais se manifeste comme un dilemme pour Céline) sont alors défavorables à l'infirmière, qui se retrouve, malgré elle, à « dépanner » ses collègues secrétaires.

Céline n'est pas totalement détachée du groupe des secrétaires, parmi lesquelles elle a des amies. Elle est donc consciente de leurs difficultés et se montre soucieuse de ne pas leur apporter un surplus de travail trop important.

*Déjà, elles galèrent, mais avec l'infirmière qui arrive, elles auront encore du boulot de secrétariat en plus ! (Elle rit) Parce que là aussi, c'est pareil, j'ai besoin de secrétaires pour mes convocations ! Alors je les ai rassurées, j'ai dit « ça ne va pas aller jusqu'au courrier, je vous rassure, mes courriers je les fais moi-même, mes compte rendus, je les tape moi-même ». Mais bon, il y a quand même du boulot, envoyer les convocations, gérer les rendez-vous de l'infirmière, accueillir le salarié... Et bon, moi j'ai déjà pris le coche, sans le dire, je suis restée une demi-heure de plus deux fois pour dépanner ma collègue. Je suis restée à l'accueil, j'ai décroché le téléphone et j'ai géré les salariés. Je ne pouvais pas les laisser comme ça.*

Ce « dépannage » est présenté sous le jour d'une solidarité avec les secrétaires. Il témoigne aussi de la difficulté pour les infirmières à délimiter leurs frontières « par le bas », de les respecter elles-mêmes et de les faire respecter par les autres. Céline présente son acte solidaire comme une solution de fortune face à une problématique de sous-effectif. Dans sa description du surplus de travail qu'elle donne aux secrétaires, elle évoque l'activité de convocation, mais elle ne mentionne pas la préparation de ses entretiens. Dans son centre, l'infirmière reçoit directement les salariés sans qu'une secrétaire ne prépare le dossier médical ni ne s'occupe des examens complémentaires. La surcharge de travail pour les secrétaires existe, mais elle est relativement basse par rapport à d'autres centres.

Ainsi, l'exemple de Céline invite à relativiser l'évolution du rôle infirmier en service interentreprises de santé au travail, en mettant en évidence l'importance des socialisations professionnelles antérieures, à la fois dans la manière dont les autres perçoivent les

---

<sup>605</sup> La négociation, pour A. Strauss, est avant tout un moyen d'arriver à ce que « les choses soient faites » (« getting things accomplished »). Strauss Anselm, *Negotiations. Varieties, Contexts, Processes and Social Order*, San Francisco, Jossey-Bass, 1978, p. 2.

infirmières et dans leur propre perception d'elles-mêmes. De plus, il donne à voir les modifications en chaîne du territoire professionnel des groupes avec lesquels les infirmières sont en contact : l'évolution du rôle infirmier présente notamment des conséquences pour les secrétaires.

### ***Encadré 5.3 La gestion administrative du nouveau rôle infirmier : des secrétaires pour les infirmières ?***

Le nouveau mandat des infirmières en service de santé au travail implique un surplus de travail administratif qui n'est pas reconnu par le management des services, et dont la prise en charge n'est pas organisée.

Mon enquête m'a permis de voir que les infirmières « santé travail » sont soucieuses des tâches qu'elles occasionnent pour d'autres professionnels. Contrairement aux médecins, qui tiennent pour acquis le fait d'être assistés administrativement, elles sont gênées que leur élévation de statut ait des répercussions sur d'autres et tentent d'absorber au maximum le surplus de tâches.

Sylvie, infirmière « IST », se montre sensible au fait que sa pratique infirmière a des incidences sur la charge de travail de la secrétaire qui assiste son médecin référent, le Dr J. Ce médecin a pour réputation d'enchaîner un grand nombre de visites médicales très rapides (moins de dix minutes) pendant ses vacances. En parallèle des vacances du Dr. J, Sylvie a également une vacation à tenir, soit d'autres salariés à voir, qui seront, au terme de l'entretien, redirigés sur le Dr. J, qui les verra alors encore plus rapidement qu'à son habitude (en environ trois minutes, selon elle), en fonction des indications écrites de Sylvie.

Julie est la secrétaire du Dr J et en tant que telle, elle « prépare » les consultations qui concernent son effectif. À l'arrivée de Sylvie, elle prépare donc à la fois les consultations du Dr J et les consultations de Sylvie, ce qui lui fait un total de seize salariés par demi-journée, alors que ses collègues en voient entre dix et douze sur le même temps. Pour ce travail supplémentaire, elle n'a pas de reconnaissance de son employeur : elle effectue le même temps de travail et n'est pas augmentée.

Les autres secrétaires refusent d'effectuer ce surplus de travail pour assister le médecin et l'infirmière en même temps. Les départs en congé de Julie sont donc problématiques : elle-même s'arrange pour que la secrétaire qui la remplace n'ait pas à faire ce surtravail mais ne se charge que d'une vacation normale.

Les acteurs se rendent compte que pour régler ce problème, il faudrait soit que les consultations médicales et infirmières soient dissociées dans le temps, soit affecter une secrétaire à Sylvie. Or, ces deux options sont jugées problématiques : la première, qui est préférée ailleurs, n'est pas privilégiée localement pour des raisons diverses, qui tiennent principalement à une réticence à faire déplacer plusieurs fois un public caractérisé par sa pauvreté ayant peu d'accès aux transports individuels. Quant à la dernière option, elle nécessiterait un important ajustement logistique puisque quatre bureaux au lieu de trois seraient nécessaires.

La logistique n'est pas le seul obstacle à l'organisation d'une assistance administrative des infirmières par des secrétaires dédiées : celle-ci a en effet un coût que les directions préféreraient s'épargner.

Dans un service que j'ai visité, en dehors de la région choisie, le médecin coordinateur insiste auprès de sa direction pour que les infirmières disposent de secrétaires. Sa direction, au départ peu encline à allouer de la main-d'œuvre pour assister administrativement des infirmières, se laisse persuader quand elle prend connaissance précisément de la charge de travail des secrétaires qui travaillent à la fois avec un médecin et une infirmière. Cet ajustement représente une dépense imprévue :

*Quand on a introduit les infirmières, la direction ne voulait pas mettre de secrétaires avec les infirmières... pour raison d'économie et puis, comme une infirmière c'est une subalterne, elle pouvait bien faire tout le boulot hein ! Donc j'avais dit au directeur « Une secrétaire ne peut pas tout assumer, c'est un travail très compliqué, ça ne va pas aller du tout ». Il ne veut rien entendre. Ça s'arrêtait là. Donc j'ai demandé aux secrétaires qui travaillaient avec des médecins qui travaillaient avec des infirmières de me décrire des demi-journées de travail*

*et j'ai récolté tout ça, j'en ai fait une synthèse et puis je l'ai envoyée au directeur. J'ai eu tout de suite des secrétaires pour les infirmières.*

Comme dans le cadre de la réforme de l'hôpital, on voit que les gestionnaires et les « professionnels » évaluent et calculent différemment les besoins en personnel<sup>606</sup>. Dans ce dernier cas, c'est la répercussion sur la charge de travail d'une catégorie de personnel, les secrétaires, de l'arrivée d'une nouvelle catégorie de personnel, les infirmières « santé travail », que les gestionnaires n'ont pas anticipé. Ainsi, le médecin coordinateur joue son rôle d'intermédiaire entre la direction, déconnectée du terrain, et les équipes de travail, en apportant des éléments nécessaires à une meilleure estimation de la charge de travail.

Le débat porte avant tout sur la charge de travail des secrétaires, mais, par voie de conséquence, son résultat concerne le statut des infirmières : c'est le fait qu'elles donnent du travail à des secrétaires qui permet de les considérer comme un groupe professionnel digne d'être assisté. Il a fallu prouver que leur activité créait un surplus d'activité pour les secrétaires pour que celles-ci soient enfin explicitement sollicitées pour les aider<sup>607</sup>.

### **2.3. L'ambivalence des infirmières sur une activité à plusieurs facettes : les « examens complémentaires »**

Jusqu'à l'évolution récente de leur activité, les examens complémentaires, et en particulier les examens de sang, étaient au cœur de la pratique infirmière en service de santé au travail.

Nathalie exerçant depuis une dizaine d'année comme infirmière au SMT2, a récemment effectué une licence « santé travail », mais n'a pas changé de lieu d'exercice. Avant de rejoindre le STT1 lors de la fusion, le service qui l'emploie est connu pour avoir « misé » sur les infirmières, contrairement à d'autres services de la région qui donnaient un plus grand rôle aux secrétaires. Dans ce service, les infirmières sont présentes dans les locaux pendant les consultations du médecin et peuvent ainsi directement effectuer tous les examens qu'il estimera nécessaires. Ainsi, le salarié ne se déplace pas une seconde fois pour faire une prise de sang ou un test auditif. Nathalie m'explique qu'elle effectuait ces examens complémentaires en mobilisant davantage que des compétences techniques. D'après elle, un personnel moins qualifié est capable d'effectuer ces examens, mais l'apport des infirmières se situe dans la relation avec le patient/salarié :

*On faisait des dépistages, avec une petite machine avec laquelle on prend du sang et on a des petites bandelettes tu mets quelques gouttes de sang sur les bandelettes et... donc ça nécessitait la présence des infirmières, le sang. Quoique, dans d'autres services, ils ne se sont pas gênés pour demander de faire ça à des secrétaires ! Mais juste la glycémie. C'est sûr que ce n'est pas grand-chose, mais derrière tout ça, la glycémie, ce n'est pas qu'un acte ! Quand tu piques, pour moi, il faut avoir des notions médicales parce que la glycémie c'est quoi, c'est quel taux ? C'est quoi le diabète ? Ça fonctionne comment ? Et l'hygiène de vie ? Et puis tu conseilles. Donc*

<sup>606</sup> Belorgey Nicolas, « Offrir les soins à l'hôpital avec mesure », in Vatin François (dir.), *Évaluer et valoriser. Une sociologie économique de la mesure*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2009.

<sup>607</sup> Au SST1, je n'ai pas rencontré de cas où une secrétaire assistait uniquement une ou des infirmières. Grâce au jeu des temps partiels, les secrétaires sont des « secrétaires d'équipe » qui tantôt « préparent » les visites des médecins et convoquent les salariés pour eux, tantôt font la même chose pour l'infirmière de l'équipe.

*ce n'est pas juste l'acte. C'est comme l'injection, ce n'est pas difficile de faire une piqûre mais derrière l'acte, il y a quand même toute l'éducation à la santé.*

Ce discours de Nathalie s'attache à revaloriser son activité antérieure. Ce faisant, il exprime une limite des processus de « rationalisation » de la division du travail : la description technique des tâches n'épuise pas le savoir-faire mobilisé pour les mettre en œuvre, ce qui, dans le cas soulevé par Nathalie, n'est pas pris en compte par des gestionnaires peu au fait de la spécificité du travail infirmier : « ils ne se sont pas gênés pour demander de faire ça à des secrétaires ». 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. Nathalie, à la lumière de ce qu'elle est amenée à faire à la suite de sa licence, considère son activité antérieure comme routinière et peu valorisante, mais, malgré cela, s'attache à la distinguer de l'activité des secrétaires.

D'après ce qu'elle m'en dit, pour certaines de ses anciennes collègues « IDE », les examens de sang sont la seule garantie de la présence prolongée des infirmières dans les services. Sans ces examens (s'ils étaient délocalisés par exemple à des laboratoires « de ville »), elles n'auraient pas de raison d'être et pourraient être évincées. Ces infirmières expriment alors une inquiétude quant à l'évolution vers une activité étiquetée « santé travail » qui se détache des actes techniques liés au sang. Inversement, les « infirmières santé travail » craignent que leur statut infirmier ne les maintienne attachées aux examens de sang, au détriment d'une activité plus valorisante.

Léa et Virginie, infirmières au SST1, ont réussi, au terme d'une période de négociation de leur activité, à convaincre les médecins du travail et leur hiérarchie de leur légitimité sur certaines tâches, notamment l'entretien santé travail infirmier (ESTI). Ce qu'elles craignent avant tout, c'est que la disparition de l'échelon « IDE » constitue pour elles un retour en arrière. Si les « IDE » disparaissent, qui va faire les prises de sang ? Lors de l'entretien avec Léa et Virginie, la question du remplacement de leur collègue Michèle, IDE, à son départ en retraite se pose, quand le médecin coordinateur rentre dans leur bureau collectif pour s'informer de l'évolution de la situation. Léa et Virginie réagissent :

*L : Elle ne peut pas partir tant qu'elle n'est pas remplacée!*

*V : On ne va pas se remettre à faire des prises de sang, nous ! C'est ça, notre peur; nous, on n'a plus le temps ! Parce qu'il y a des convocations, les médecins continuent de convoquer. **Pour les médecins, une infirmière, c'est une infirmière !***

*L : Et Fabien qui est en cours de licence, je pense que lui risque d'être...*

*V : Raphaëlle R. a dit non, je le lui ai demandé clairement, je lui ai dit qu'il avait peur. Elle a dit : « **il n'est pas question qu'il fasse une seule prise de sang** », encore moins nous. Mais bon, on peut très bien aussi nous dire "Vous vous occupez des prises de sang des salariés de vos équipes..."*

Les demandes d'examens complémentaires se poursuivent : faute de main-d'œuvre, Léa et Virginie craignent alors que leur statut d'infirmière ne les rattrape (« Pour les médecins, une infirmière, c'est une infirmière ! ») et de devoir s'acquitter de prises de sang dont elles s'étaient pourtant émancipées par leur formation. Cette scène montre que le territoire professionnel des infirmières « IST » est encore fragile et que les acquis sont progressifs. Peuvent-ils cependant être remis en cause, et les infirmières repartir sur des tâches qu'elles avaient arrêtées suite au travail de distinction de deux niveaux d'exercice infirmier ?

Le terme d'examen complémentaire désigne des examens qui ne doivent pas nécessairement être effectués par un médecin. Ainsi, les examens complémentaires recouvrent des pratiques très diverses, qui consistent en un recueil de données et peuvent avoir leur place dans les entretiens infirmiers. En interrogeant les acteurs sur leur pratique des examens complémentaires, je découvre une tâche à géométrie variable dont la hiérarchisation recoupe la hiérarchisation des groupes en présence.

La pratique de Justine, infirmière « santé travail » au SST1, lui est enviée par ses collègues car sa collaboration avec Raphaëlle, médecin qui a un rôle moteur dans l'évolution du rôle infirmier, témoigne d'une grande confiance réciproque. Je suis donc dans un premier temps surprise d'apprendre qu'elle effectue des « examens complémentaires » – dont j'ai surtout entendu parler comme d'un « sale boulot » que les infirmières souhaitaient laisser derrière elles – avant de découvrir que ces examens, dans le cadre d'entretiens infirmiers compréhensifs, s'inscrivent dans une démarche valorisante et perdent leur caractère routinier. Contrairement au caractère rigide de la prescription médicale des examens de sang effectués par les infirmières « IDE », les examens complémentaires qui restent dans la juridiction des infirmières « santé travail » font l'objet d'une discussion et leur choix est partiellement laissé à la discrétion des infirmières. Par exemple, le médecin avec qui Céline coopère dans le cadre de son activité d'IST n'a pas de notion précise des frontières des « examens complémentaires » et souhaite fixer ces limites avec Céline, en fonction de ce qu'elle « se sent » de faire. Le binôme tâtonne ensemble dans la constitution d'un territoire professionnel spécifique aux « infirmières santé travail » :

*Le médecin me dit « Qu'est-ce que tu penses que tu ne pourrai pas faire ? Qu'est-ce qui t'embêterait de faire ? ». « Par exemple, c'est tout bête, mais si tu me demandes de regarder le dos, je ne le ferai pas. Pour moi c'est un examen clinique, c'est une compétence médicale », et là elle dit « oui effectivement, ça, ça doit être fait par un médecin, par contre, pour voir s'il y a des difficultés au niveau du dos, des douleurs, je veux bien que tu fasses la distance main-pied ». Voilà, donc ça oui, c'est dans mes compétences à moi, je peux le faire.*

Pour déterminer les examens qu'elle va effectuer, Céline s'appuie sur des critères objectifs

comme son « décret de compétences » et elle identifie ce qu'elle peut faire en creux, en éliminant les pratiques qu'elle estime « médicales ». Le médecin confirme alors son jugement. L'infirmière a ainsi un certain contrôle sur ces examens qui ne dépendent plus uniquement d'une prescription formelle. Ils s'inscrivent dans un rapport de confiance avec le médecin et dans une démarche globale qui donne du sens à des actes techniques qui, en dehors de cette démarche, seraient moins valorisés.

Ainsi, le cadre du recueil de données est un critère qui permet de distinguer les IST des IDE, de même que l'attribution des différents examens complémentaires en fonction de leur prestige contribue à hiérarchiser les deux types d'exercice infirmier en service interentreprises de santé au travail.

### **3. Le territoire professionnel des médecins du travail menacé par l'arrivée des infirmières « santé travail »**

Chez les médecins qui s'engagent dans la collaboration avec une infirmière, la préoccupation autour de l'avenir du métier apparaît aussi présente que chez les opposants à ces nouvelles pratiques. Loin de penser que la concurrence des infirmières – par exemple, sur la juridiction du suivi individuel – les fragilise, ils affirment que cette présence renforce la leur en lui donnant plus de « sens ». Ainsi, si certains médecins prennent l'arrivée des infirmières comme une menace et d'autres comme une opportunité, dans les deux cas, les médecins se prononcent en fonction de leur emprise sur une juridiction qu'ils souhaiteraient conserver ou abandonner.

#### ***3.1. Déléguer le suivi individuel des salariés***

La question des consultations infirmières cristallise les tensions entre les médecins et les infirmières car ces consultations supposent une redistribution des prérogatives respectives. Si les médecins acceptent de déléguer des activités qui ne leur apparaissent pas essentielles pour leur groupe professionnel, il leur est plus difficile de déléguer des activités dont ils jugent qu'elles définissent leur métier. Le suivi individuel des salariés a un statut délicat. Pour beaucoup, il est au cœur de l'activité des médecins du travail, tandis que les réformateurs, parmi lesquels le professeur L., affirment que ce suivi routinier n'est pas à la hauteur du statut médical et doit laisser place à une activité de prévention collective.

Plusieurs formations d' « infirmières santé travail » existent en France. Depuis qu'elle propose un module « entretien santé travail infirmier » ou ESTI, la formation dispensée à M. est particulièrement populaire et attire des infirmières de la France entière. Ce module est

d'autant plus important qu'il reconnaît aux infirmières une compétence sur l'approche globale des salariés. L'ESTI s'impose alors comme l'activité phare des infirmières santé travail, celle qui définit leur métier.

Les entretiens santé travail infirmier (ESTI) débutent dans la région en 2009 grâce à la dérogation du ministère du Travail autorisant les infirmières à effectuer des consultations dans le cadre d'expérimentations : au SMT1, c'est alors Marie et Raphaëlle qui l'expérimentent. En dehors de ce cadre expérimental, des entretiens santé travail infirmiers sont toutefois mis en place ; ils sont présentés par certaines personnes interrogées comme une pratique « illégale », mais pionnière. Dans un service visité, la politique est de ne pas communiquer sur ces entretiens, car ils n'ont pas de statut légal<sup>608</sup>. La direction du SST1 se démarque de ces attitudes en communiquant sur ces pratiques, notamment *via* les médecins promoteurs de la collaboration médecin/infirmière.

Au sein du SST1, la volonté d'harmonisation des pratiques n'épargne pas les pratiques de collaboration infirmières, et, sur ce point, les médecins parviennent difficilement à un accord. Certains médecins souhaitent limiter les entretiens à une activité de recueil de données : ils peuvent alors prendre la forme d'un questionnaire fermé dont les résultats sont transmis aux médecins. Pour d'autres médecins, les infirmières peuvent développer une « écoute compréhensive » lors de ces entretiens, qui leur permet d'accéder au vécu du salarié de son propre travail, et d'investiguer les rapports entre ce vécu et les atteintes éventuelles à sa santé. Les infirmières sont alors amenées à revenir avec les salariés sur leur activité professionnelle et sur leur santé, en se posant la question des conséquences du travail sur la santé.

Le statut de l'ESTI est alors débattu : est-il effectué par l'infirmière dans le cadre de son rôle propre, ou bien sur prescription médicale, auquel cas l'infirmière doit se conformer à un protocole précis élaboré par le médecin ? Au terme des réflexions du groupe de travail sur l'ESTI, le SST1 décide que les entretiens seront menés par les infirmières sur prescription médicale et qu'ils prendront deux formes. D'une part, celle de visites « intercurrentes » qui, comme on l'a vu plus haut, permettent d'espacer les visites médicales par le biais de ce suivi infirmier des salariés ; d'autre part, celle de visites dites « cas particuliers » qui portent sur des problématiques de santé (addictions et risques psychosociaux y figurent en bonne place) identifiées par le médecin et qui consistent en un suivi individuel de courte durée.

---

<sup>608</sup> Ainsi, une infirmière que je souhaitais rencontrer en entretien n'a pas obtenu l'aval de sa direction, qui a dit préférer que notre rencontre soit remise à une période où le statut des IST et de leurs pratiques seraient clarifiés par la loi.

La mise en œuvre des entretiens infirmiers rencontre plusieurs obstacles. Tout d'abord, pour pouvoir négocier le contenu de leur activité, encore faut-il que les infirmières aient l'occasion d'exercer leur nouveau métier. Or, les médecins volontaires pour collaborer avec elles sont rares. De plus, les médecins volontaires sont parfois réticents à déléguer des entretiens et préfèrent mobiliser les infirmières sur des tâches plus proches de celles qu'elles effectuaient en tant qu'IDE, ou de celles des « assistantes santé travail ». Enfin, face à l'activisme des médecins les plus convaincus, la plupart des médecins opposent une résistance passive à l'arrivée des infirmières. Pendant mon travail de terrain, en 2011, la situation pose toujours problème à l'équipe de direction. Thomas, un directeur d'antenne, me raconte comment, suite au départ de Marie, la situation évolue toujours lentement.

*Les deux premières infirmières ont claqué la porte à un mois d'intervalle, il y a un an. Elles sont parties parce qu'elles s'ennuyaient. Et aussi... Je pense qu'il y avait un tout. S'en prendre plein la gueule, enfin entendre dire des choses... Maintenant, je pourrais très bien en recruter et les mettre dans les centres, mais elles vont toutes aller au casse-pipe. Donc ma position c'est d'attendre... D'informer, de communiquer, et puis dès qu'on sent qu'on a une équipe motivée, on mettra en œuvre le truc. Là il y en a trois qui se sont formées, donc on va passer de trois à six. Mais pour l'instant, il n'y a pas de médecin. Personne ne se porte volontaire, sur 180 médecins.*

Ainsi, les médecins ont le pouvoir de freiner l'arrivée des infirmières « santé travail » en s'abstenant de se porter volontaires pour collaborer ou en les cantonnant dans des activités associées à l'exercice infirmier classique (IDE), sans tenir compte de leur spécialisation.

Parallèlement à l'expérimentation du SMT1, deux infirmières, Léa et Virginie, rejoignent le SMT2. Elles aussi « essuient les plâtres »<sup>609</sup> des premières collaborations. À leur arrivée, elles se souviennent que, sur une cinquantaine de médecins, seuls quatre ou cinq acceptaient de leur prescrire des entretiens : « On empiète sur leur territoire »<sup>610</sup>, expliquent-elles. Elles me racontent les efforts qu'il leur a fallu fournir avant que les médecins ne leur fassent confiance, et qu'ils se mettent à leur confier des missions qu'elles estiment adéquates. Même chose pour Céline, qui malgré la soutenance imminente de son diplôme de licence en « santé travail », se heurte au refus de nombreux médecins de la considérer comme une « infirmière santé travail ». Ceux-ci continuent à lui demander d'effectuer des actions identifiées dans les fiches de missions comme relevant des infirmières « IDE » :

*Pour la plupart, ils ne sont pas contre. Il y en a plein qui sont venus me voir et me dire « tu sais, c'est pas toi », mais ils ont besoin de moi mais pour aller faire des informations-sensibilisations sur des thématiques particulières, pour faire des vaccins, mais pour ne faire que ça, parce qu'ils ne veulent pas s'engager pour l'instant, tant que la réglementation n'est pas effective.*

---

<sup>609</sup> Expression utilisée en entretien par Léa.

<sup>610</sup> Extrait de l'entretien avec Léa et Virginie

La direction du SST1, qui propose à ses infirmières d'entrer en formation pour évoluer, est donc mise en porte-à-faux. Les infirmières nouvellement formées sont frustrées de ne pouvoir exercer leur nouveau métier, et, insatisfaites, quittent le service, tandis que la grande majorité des médecins refusent toujours de s'engager dans une collaboration. Les médecins qui portent les coopérations médecins / infirmières sont théoriquement en position de force, non seulement au sein de leur organisation, où ils sont encouragés par leur direction, mais aussi au sein de leur groupe professionnel, car ils sont soutenus dans les Universités par les professeurs de médecine du travail et qu'ils disposent de davantage de soutien institutionnel que les médecins réfractaires. Cependant, on vient de le voir, ces derniers disposent d'un pouvoir de blocage au sein de leurs services : celui de ne pas accepter de travailler en binôme. Ainsi, le positionnement des médecins peut avoir des conséquences importantes sur la mise en œuvre de la « pluridisciplinarité », et, dans ce cas précis, bloquer l'embauche de nouvelles infirmières et ralentir mise en place d'« équipes médicales » souhaitée par la direction.

Dans la conceptualisation et la mise en œuvre de la « pluridisciplinarité », des alliances se mettent en place entre certains médecins et les infirmières. Pour A. Strauss,

« l'identification à des segments n'oriente pas seulement les relations à l'intérieur d'une profession, elle est aussi étroitement liée aux relations avec les métiers voisins et apparentés. (...) les alliances mettent fréquemment en évidence le fait qu'une partie d'une profession peut avoir davantage en commun avec des éléments d'une profession voisine qu'avec ses propres collègues »<sup>611</sup>.

Ainsi, dans la « pluridisciplinarité », le positionnement des médecins vis à vis des groupes professionnels voisins va à son tour positionner les médecins entre eux. Cependant, les médecins qui sont favorables aux coopérations médecins/infirmières ne constituent pas un segment homogène : le degré et les modalités de contrôle de l'activité des infirmières qu'ils mettent en œuvre témoignent de leurs différents rapports avec ce nouveau groupe.

#### ***Encadré 5.4 L'accès des infirmières au dossier médical : un point de tension***

Au départ, l'accès au dossier médical est un des points qui a cristallisé les tensions entre médecins et infirmières au SMT2.

Dans le cadre des consultations, le binôme médecin/infirmière est moins bien installé que le binôme médecin/secrétaire. Pour les infirmières Léa et Virginie, les secrétaires, du fait de leur collaboration quotidienne avec les médecins, « rentrent dans leur intimité », ce qui n'est pas le cas des infirmières, avec lesquelles les collaborations sont balbutiantes et ponctuelles. Cette « intimité » est notamment marquée par le fait que les secrétaires ont traditionnellement accès aux dossiers médicaux. Quand les médecins en refusent l'accès aux infirmières, justifiant notamment ce refus par un flou juridique lié à

<sup>611</sup> Strauss Anselm, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992 [1ère édition américaine 1961], p. 78.

l'évolution du rôle des infirmières, les secrétaires s'allient aux médecins, voire devancent leurs consignes en refusant de communiquer les dossiers aux infirmières.

Pour Léa et Virginie, cette défiance à leur égard reflète avant tout un refus de transparence, qui s'exprime aussi dans les réticences à les emmener sur le terrain de l'entreprise. Aujourd'hui, elles ont acquis cet accès aux dossiers qui facilite grandement leurs pratiques, puisqu'elles peuvent les consulter pour préparer leur entretien avant de rencontrer un salarié. Or, Virginie suggère que, parmi les dossiers qu'elle consulte, certains témoignent de visites médicales peu approfondies : « C'est compliqué parce que c'est accepter d'ouvrir sa porte, au niveau de la consultation. Quelque fois, il n'y a pas écrit grand-chose... ».

Les médecins réticents présentent la question de l'accès au dossier médical comme un problème de confidentialité des données et de partage des informations recueillies : que vont en faire les infirmières ? Les médecins les plus soucieux de leur indépendance vis-à-vis des employeurs se demandent si elles feront l'objet de pressions pour communiquer ces données confidentielles (elles ne bénéficient pas, contrairement à eux, du statut de salarié « protégé »).

Pour les médecins en faveur de la collaboration, les infirmières obéissent, comme eux, au code de la santé publique et, à ce titre, sont dignes de leur confiance. Cette confiance doit aussi être établie au sein d'un binôme, tout comme elle s'établit entre médecins et secrétaires : les médecins peuvent choisir l'infirmière avec qui ils collaborent.

En plus de l'accès au dossier médical, se pose la question du statut des écrits émanant des infirmières. Comment consigner les entretiens infirmiers ? Le dossier médical peut être mobilisé en cas de contestation d'un avis d'inaptitude, la responsabilité juridique du médecin est donc engagée.

Pour certains, les infirmières peuvent écrire sur le dossier médical au crayon de papier, ou insérer un « *post it* » à l'intérieur du dossier médical. Ainsi, dans les deux cas, le médecin peut s'informer de la manière dont la consultation s'est déroulée mais ces écrits peuvent facilement disparaître, ce qui permet de protéger médecin et infirmière en cas de litige. D'autres choisissent l'option d'une constitution d'un dossier « infirmier » inséré dans le dossier médical. Ce dossier se démarquera par une couleur de papier différente de celle du dossier médical, afin qu'on ne puisse les confondre<sup>612</sup>.

L'accès au dossier médical se présente donc d'abord comme un enjeu symbolique : le dossier appartient au territoire médical, dont les médecins souhaitent exclure les infirmières. C'est aussi un enjeu lié au secret médical que les médecins craignent de partager, que ce soit parce qu'ils ne font pas confiance aux infirmières pour garder le secret sur ces données (ou qu'ils craignent qu'elles fassent l'objet de pressions), ou, parce qu'ils ne souhaitent pas de transparence sur des écrits qui pourraient être jugés parfois peu appliqués. Enfin, c'est également un enjeu juridique : si un litige avec un salarié ou une entreprise survenait après un entretien infirmier, les écrits de l'infirmière sur le dossier médical engageraient la responsabilité du médecin.

Les médecins qui sont favorables à la collaboration et s'impliquent dans la construction du métier ont à cœur de cadrer l'action des infirmières. Le groupe de travail sur les ESTI mis en place au niveau régional par l'Institut a pour mission d'« être garant du cadre juridique, (...) du contenu scientifique, d'élaborer et /ou retravailler les protocoles infirmiers et d'élaborer les critères d'évaluation »<sup>613</sup>. Il est quasi exclusivement constitué de médecins

<sup>612</sup> Cette question sera tranchée par les médecins du groupe de travail « ESTI », qui précisent dans le « référentiel » que ces entretiens peuvent « aboutir à une écriture directe dans le dossier médical ».

<sup>613</sup> Source : site Internet de l'ISTNF, [www.istnf.fr](http://www.istnf.fr)

du travail <sup>614</sup>. Quant aux infirmières, elles se situent uniquement dans le « comité d'expérimentation ».

Les entretiens infirmiers, tels que définis par ce groupe de travail, reposent sur des « protocoles » médicaux précis qui recouvrent des trames d'entretiens composées de questions fermées, laissant peu de marge de manœuvre aux infirmières. L'une d'elle me dit alors avoir la sensation d'être utilisée comme un « entonnoir », pour transmettre l'information utile au médecin.

Le terme de protocole traduit, aux yeux des infirmières et de certains médecins qui leur sont alliés, une volonté de contrôle des médecins sur leurs pratiques <sup>615</sup>. À l'issue de nombreux débats, les médecins et les infirmières parviennent à un accord : les pratiques de recueil de données ne seront pas standardisées ; seules les modalités de transmission et de réception des données issues des entretiens feront l'objet d'un protocole. Certains parlent alors d'« entretien protocolisé ». Malgré tout, des trames d'entretiens orientées par branche, par métier ou par risque, sont mises au point pour cadrer les consultations infirmières. Ces « protocoles » représentent une évolution encore timide de l'activité des infirmières, qui les positionne encore principalement comme des exécutantes. Cette période où les consultations infirmières sont « cadrées » se présente comme une étape intermédiaire entre les examens complémentaires « à la chaîne » et les entretiens infirmiers.

Léa et Virginie, au SMT2, sont parmi les premières infirmières de la région à mettre en place des entretiens. Elles débutent dans un cadre très contraint, que, progressivement, en gagnant la confiance des médecins, elles parviendront à assouplir :

*Finally, the complementary exams have stopped and have been transformed into an interview. It was often a surveillance by report to a specific risk, before there were videotests in the enterprise and it has become a « surveillance screen ». One could do thirty-five videotests in a morning, now one only sees six people since one only sees them for half an hour, so it was a completely different way of seeing things, that's why at the beginning, doctors were quite reticent. So there was always the exam, the videotest but there was always a script that one had, that doctors had elaborated since it was not us who elaborated it. And it was interviews with very closed questions, it was doctors who had elaborated the whole script. There were a few open questions but there was « risk screen », « risk noise » and « sleep », for the night work or the shifted hours.*

---

<sup>614</sup> Les quelques autres participants sont des chargés de projet de l'institut de médecine du travail local et des médecins inspecteurs du travail. À noter la présence d'un cadre infirmier qui fait partie de l'équipe enseignante de la licence.

<sup>615</sup> Dans le rapport d'expérimentation, les auteurs, un binôme infirmière/médecin, insistent sur la nécessité que ces entretiens ne se limitent pas à des questionnaires ou protocoles fermés et en font un prérequis pour toute collaboration entre médecin et infirmière.

Les infirmières décrivent une certaine continuité dans leurs pratiques : les entretiens sont toujours prescrits par les médecins en fonction d'une problématique particulière et se déroulent selon un protocole qui inclut souvent un examen tel qu'elles en pratiquaient en tant qu'IDE. Au départ, elles déplorent que les entretiens se limitent à la passation fastidieuse d'un questionnaire. Nathalie évoque la « routine » que ces entretiens spécifiques engendrent, qui se substitue à la routine des prises de sang :

*Ça devient vite une routine sur les entretiens, faire toujours les mêmes entretiens avec le même protocole... Voilà, si on a fait dix entretiens ce jour sur la « surveillance écran », ben voilà, c'est un peu... redondant quoi ! C'est un peu saoulant, donc on est content de changer un peu de protocoles, de voir des personnes différentes.*

Pour Laurence, une infirmière syndiquée, les protocoles sont des moyens pour les médecins de circonscrire l'activité des infirmières à des domaines qui comportent peu d'enjeux :

*Les expérimentations officielles sont de mon point de vue très limitées puisqu'on confie aux infirmières le travail sur écran, le travail de nuit. Le travail sur écran, c'est pas un aspect prépondérant de la santé au travail, c'est quand même plus l'amiante, les CMR<sup>616</sup>, les risques psychosociaux. Mais les médecins donnent ça aux infirmières, comme ça, ils se disent : " Pendant qu'elles font ça, on sait ce qu'elles font, on contrôle, on gère."*

Ainsi, du point de vue des infirmières, la majorité des médecins montrent une volonté de contrôler leurs activités, tout particulièrement l'entretien.

Cependant, au fil du temps, les infirmières sont de plus en plus impliquées dans le groupe de travail et la confiance s'établit dans les binômes. Ainsi, à des protocoles figés se substituent des « trames » d'entretiens plus souples, avec davantage de questions ouvertes. Édith, qui travaille notamment avec Nathalie et avec d'autres infirmières, ne leur impose ni protocole, ni trame d'entretien, mais les encourage à développer une « clinique infirmière » qui repose surtout sur des questions ouvertes, sur le modèle de la clinique médicale du travail.

*Une clinique infirmière, ça ne sera jamais une clinique médicale parce qu'on n'a pas les mêmes bases au départ. Elles ont une autre compréhension. Et on s'est rendu compte qu'en fait, pour les infirmières, c'était beaucoup plus facile que pour les médecins de faire des entretiens santé travail. Il y a une différence de formation à la base, Les médecins sont formés au corps technique, très peu au corps psychique. Elles partent des neuf principes sur les besoins fondamentaux de l'être humain, donc être à l'écoute et pour elles c'est d'emblée satisfaire les besoins... du coup elles sont beaucoup plus à même d'être dans l'écoute compréhensive, alors que le médecin va être beaucoup plus dans une écoute pour faire un diagnostic, pour faire une ordonnance.*

Ainsi, certains médecins « militent » pour que les infirmières aient l'occasion d'exercer des entretiens en tentant de démontrer leur légitimité sur ce territoire à leurs confrères et à leurs consœurs. Pour Édith, les infirmières sont plus à même que les médecins de réaliser des

---

<sup>616</sup> Sigle qui recouvre les produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques.

entretiens « santé travail ». Le discours des promoteurs de la collaboration médecin-infirmière s'appuie notamment sur des stéréotypes de genre (l'écoute, le don de soi, le soin) attachés à l'exercice infirmier pour conforter la pratique des entretiens infirmiers. Tandis que les médecins, quel que soit leur genre, seraient, de par leur formation, concentrés sur les questions médicales techniques davantage que sur « la personne », les infirmières auraient les dispositions requises pour effectuer des entretiens périodiques avec des salariés bien portants, et la formation nécessaire pour identifier les salariés dont l'état de santé nécessite qu'ils voient un médecin.

#### ***Encadré 5.5 Le statut problématique des entretiens « cas particuliers »***

Au moment où j'ai effectué mon enquête, Justine se plaint de l'interprétation que fait un des médecins avec lequel elle collabore des entretiens dits « cas particuliers ». Selon elle, ce médecin, un homme, souhaite les utiliser pour se décharger de la responsabilité de devoir se prononcer sur l'aptitude du salarié. La « particularité » des cas des salariés que le médecin orientait vers elle était un euphémisme :

*Il y a un médecin ici qui n'est pas dans la collaboration médecin-infirmière, qui a essayé de me coller ses cas particuliers. En fait, je me suis vite rendu compte qu'il me donnait deux, trois personnes hyper problématiques avec des problèmes sociaux, des problèmes psychiatriques ! Lui, ça lui permettait de se décharger et voilà, de ne pas les mettre en aptitude. Pour moi c'était vraiment une conduite d'évitement et de pas prendre la responsabilité médicale, il disait à l'employeur « Voilà, il y a un suivi », comme ça il évitait de rencontrer le salarié et de se mettre en porte-à-faux et finalement il ne me refilaît que ça, pas de visites intercurrentes et pas d'AMT.*

Ainsi, ce médecin se sert de Justine pour effectuer des tâches qu'il souhaite probablement éviter. De plus, ces tâches changent de nature en fonction du professionnel qui les effectue : si le médecin doit obligatoirement se prononcer sur l'aptitude d'un salarié qu'il rencontre en visite médicale, l'infirmière ne peut pas le faire. Les situations des salariés étant toutes différentes et les entretiens « cas particuliers » étant mal définis, le médecin profite de cette marge d'interprétation qu'on lui laisse pour faire de ces entretiens une utilisation éloignée de celle qui a été pensée par ses concepteurs. La spécificité des cas délégués constitue une « zone d'incertitude »<sup>617</sup> contrôlée par les médecins.

L'élargissement progressif du territoire professionnel des infirmières se présente comme l'aboutissement des débats entre médecins, et entre médecins et infirmières. En cela, le processus à l'œuvre est comparable à un processus de négociations. Ces négociations – qui portent sur la forme et le contenu des consultations infirmières – se déroulent entre les groupes professionnels concernés, et ce à la fois au niveau collectif (dans les groupes de travail par exemple, ou plus généralement dans les services, où des règles s'ébauchent) et au niveau de chaque « binôme ».

### ***3.2. Un accès limité des infirmières « santé travail » à l'entreprise***

Les réticences des médecins ne s'arrêtent pas au suivi individuel, mais couvrent aussi les autres aspects de l'intervention des infirmières. Dans les services visités, peu de médecins encouragent l'infirmière avec laquelle ils collaborent à avoir une pratique dans le domaine de

<sup>617</sup> Crozier Michel, Friedberg Erhard, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977.

l'action en milieu de travail, ce que les infirmières regrettent. Le « tiers temps » des infirmières est peu défini. En ce qui concerne l'échelon collectif, de l'entreprise, les médecins formulent leurs demandes d'assistance aux IPRP et aux AST et ne savent pas comment déléguer aux infirmières des « actions en milieu de travail ». Les infirmières sont avant tout mobilisées sur le suivi individuel des salariés et celui-ci, s'il peut théoriquement être effectué sur le lieu de travail, se fait en grande partie dans un cabinet.

Les acteurs eux-mêmes expliquent ces réticences par deux raisons principales. D'une part, la collaboration avec les « assistantes santé travail » est plus ancienne et ces dernières ont pris l'habitude d'aller sur le terrain. Ainsi, les médecins ne sauraient pas quelles tâches déléguer aux infirmières parmi leur activité en entreprise, car ils en délèguent déjà une partie aux assistantes. D'autre part, d'après les infirmières, il existe une volonté des médecins de maintenir une opacité sur leur activité dite « en milieu de travail » et ils ne souhaitent pas y mêler les infirmières, car collaborer avec elles impliquerait davantage de transparence. On peut y ajouter, de la part de certains médecins, une volonté de rester le seul référent « médical » sur le terrain de l'entreprise. La présence des infirmières en entreprise dérange donc potentiellement à la fois les assistantes et les médecins.

Au SMT2, les infirmières, Léa et Virginie, doivent insister pour aller en entreprise car les médecins du travail et les assistantes ont déjà des habitudes de collaboration sur l'action en milieu de travail. Ainsi, leur utilité n'apparaît pas évidente sur le terrain, et elles peinent d'autant plus à imposer leur présence qu'elles-mêmes ne savent pas précisément ce qu'elles peuvent apporter en plus des assistantes :

*Virginie: Et nous, en fait, on est censées aller en entreprise par rapport à une problématique santé travail qu'on aurait vue en entretien infirmier et c'est vrai que là, les deux métiers, les missions se rejoignent un peu c'est à dire que les AST sont censées faire du collectif, nous on est censées faire de l'individuel, mais on est censées également faire des études de poste donc... on a encore du mal. Parce que dans des petites entreprises où ils sont 5-6, le médecin et l'AST ne veulent pas nous prendre avec eux parce qu'ils disent « on va arriver à trois, ça fait trop ». Le souci c'est de toujours devoir se rajouter à une petite équipe qui est déjà bien soudée du point de vue organisation. **Donc on a l'impression de dépendre d'une AST pour aller faire une visite et non que ça soit un travail ensemble pour l'instant.** Il n'y a pas de conflit du tout, au contraire, je dis « j'y vais », bon, elle me dit « pas de souci », mais j'ai l'impression de devoir toujours faire une démarche pour pouvoir y aller. Mais elles ont galéré comme nous au départ.*

Les déplacements en milieu de travail comportent un autre enjeu : c'est celui de la marge de manœuvre du médecin et de l'infirmière quand ils sont physiquement hors des locaux du service. Les infirmières dénoncent un fonctionnement asymétrique. Si les médecins savent toujours où elles sont lors de leurs « actions en milieu de travail » ou « AMT », elles ne savent pas où sont les médecins. Selon elles, cette zone de flou dans leur emploi du temps

représente un avantage que les médecins ne sont pas prêts à remettre en cause. Pour marquer leur conscience de cette zone d'arbitraire, Léa et Virginie parlent avec humour d' « AMT golf ».

*Le but c'est que les AMT soient transparents entre médecins et infirmières. Là, c'est pas encore le cas, c'est à dire qu'on ne sait pas où sont les médecins en AMT, on n'a pas le planning du docteur machin, on ne sait pas si il est dans telle entreprise pour faire telle action. Il est en AMT, mais on ne sait pas ce que c'est. C'est pas ouvert, il faut passer par la secrétaire : « est-ce que tu sais où est le docteur G. ? ». Et des fois la secrétaire répond : « Elle est en AMT », elle ne le sait pas elle-même. C'est hyper perso les AMT, ça peut être des AMT golf, on ne sait pas. C'est la grande plaisanterie mais c'est ça, on ne sait pas !*

Ainsi, si, théoriquement, les infirmières ont une place en entreprise, d'autres acteurs y ont déjà construit une légitimité et elles ont donc le sentiment d'arriver trop tard.

Cependant, les infirmières ont des alliés sur ce terrain. Raphaëlle R et Marie indiquent dans leur compte rendu d'expérimentation que les infirmières doivent connaître le milieu de travail des salariés qu'elles voient en entretien et précisent qu'elles ont toute légitimité à le faire. Justine, qui succède à Marie, profite aussi du fait que les AST sont introduites plus tardivement dans son antenne que dans celle où exercent Léa et Virginie.

De plus, les médecins du groupe de travail « ESTI » plaident pour des actions en milieu de travail spécifiques aux infirmières auprès de leurs confrères : le référentiel qu'ils ont rédigé, qui se base sur une pratique « clinique » des entretiens infirmiers, stipule que pendant l'entretien, le recueil de données concernant le « travail réel » du salarié sera « d'autant plus facile que l'infirmière a pu accéder à l'entreprise ».

### **3.4. Le « cœur de métier » attaqué ?**

La mise en place des ESTI s'avère laborieuse et l'instauration d'une action infirmière en entreprise est également souvent difficile à mettre en place. D'après les personnes interrogées, pour ce qui concerne les entretiens, la proximité entre consultations infirmières et consultations médicales menace le territoire professionnel des médecins, ce qui entraîne leur réticence. D'après Édith, qui promeut la coopération entre médecins et infirmières, si les médecins empêchent les infirmières de mettre en œuvre leurs nouvelles compétences, c'est parce que leur intervention empiète sur leur « cœur de métier » :

*On est en train de former des gens, on leur apprend à faire des choses qu'ils font vachement bien, et quand ils arrivent sur le terrain, les médecins du travail les empêchent de le faire. Alors on voit quand même qu'il y a une évolution, les infirmières ont de plus en plus d'entretiens, mais il faut que ça se fasse doucement. Je comprends les médecins, ils ont une réaction de défense, on touche au cœur de métier.*

Les médecins du travail exercent une activité très réglementée. Ils craignent alors d'être remplacés sur les aspects les plus souples de leurs activités, sur les tâches pour lesquelles ils ont le plus de marge de manœuvre, et cantonnés dans les activités pour lesquelles ils ne peuvent légalement pas être remplacés, notamment la délivrance des aptitudes médicales au poste de travail. Ils disposent d'un mandat exclusif assuré pour cette tâche qu'ils n'estiment pas être au cœur de leur métier, mais sur leurs autres tâches pour lesquelles la réglementation est plus lâche, la concurrence fragilise leur juridiction.

***Encadré 5.6 Le « cœur de métier » du médecin du travail : outil de rationalisation de la division du travail et outil de débat sur l'identité professionnelle***

L'arrivée d'un nouveau personnel pose la question de savoir quelles tâches parmi les tâches effectuées par les médecins du travail sont triviales, et ne nécessitent pas d'être effectuées par un personnel aussi qualifié et aussi coûteux que les médecins, et quelles tâches font partie, à l'inverse, de leur « cœur de métier ». Le sens donné à ce terme est proche de ce qu'A. Bidet nomme le « vrai boulot »<sup>618</sup> et désigne les tâches considérées, par ses praticiens, comme essentielles à l'exercice d'un métier, qui sont aussi souvent les plus valorisées socialement, celles qui mettent en avant l'utilité sociale du groupe, et qu'ils estiment être « leurs »<sup>619</sup>.

Le terme de « cœur de métier » est emprunté au vocabulaire des affaires et désigne avant tout l'activité première d'une *entreprise*. Par exemple, l'ameublement est le cœur de métier de l'entreprise IKEA.

Cette expression, inspirée du terme anglais de « *core business* », est détournée pour désigner les tâches qui constituent l'essence de l'activité d'un *groupe professionnel*. Cette notion de « cœur de métier » est utilisée pour promouvoir la réforme et faire valoir que, grâce à la « pluridisciplinarité », les médecins vont enfin pouvoir se concentrer sur ce qui fait leur spécificité et embrasser une activité valorisante. Le management l'utilise dans le même esprit, pour proposer une nouvelle division du travail aux médecins. Elle est également reprise à leur compte par les médecins. Pour rendre inaccessibles aux autres groupes professionnels les activités jugées essentielles à leur identité professionnelle, ils les mettent à l'abri symboliquement par l'utilisation de ce terme de « cœur de métier ».

Contrairement au « cœur de métier » d'une entreprise, qui est rarement discuté mais présente la force de l'évidence, il n'existe donc pas de consensus sur ce qui constitue le « cœur de métier » des médecins du travail. Ainsi, les différences de représentations de l'activité de médecin du travail et de ses priorités s'incarnent dans différentes conceptions de ce qu'il faut à tout prix préserver dans la juridiction médicale. En cela, la notion indigène de « cœur de métier » recoupe le concept de « *heartland jurisdiction* »<sup>620</sup> (cœur de territoire professionnel) développé par Abbott. Ce dernier parle aussi de « *heartland of professional work* » (cœur du travail professionnel<sup>621</sup>), et désigne, dans « *System of professions* », un territoire vers lequel les professions « se retirent » ou que des groupes concurrents peuvent « envahir ».

<sup>618</sup> Bidet Alexandra, *L'engagement dans le travail. Qu'est-ce que le vrai boulot ?*, Paris, PUF, 2011. L'auteure qualifie de « vrai boulot » les aspects de son activité que le travailleur souhaite poursuivre, soit parce qu'elles sont valorisées, soit parce qu'il y prend plaisir, ce qui les valorise. Elle met ainsi en avant la valorisation par le travailleur d'une partie de son activité.

<sup>619</sup> Demazière Didier, « Au cœur du métier de facteur : "sa" tournée », *Ethnologie française*, vol. 35, n°1, pp. 129-136.

<sup>620</sup> Abbott Andrew, *The System of Professions*, *op. cit.*

<sup>621</sup> Notons que je traduis ici « *heartland* » par « cœur », ce qui en est la traduction la plus proche, mais que le terme anglais permet une référence spatiale : il désigne un territoire qui se trouve au centre, au cœur. Ainsi, le dictionnaire Collins indique-t-il que l'expression anglaise « *France's heartlands* » permet de traduire « la France profonde ».

La rhétorique de la « pluridisciplinarité », par ce terme, outille à la fois le management – ce terme permet de promouvoir une division du travail rationalisée – et les médecins, qui l'utilisent pour se poser la question de leur identité professionnelle et délimiter leur activité selon leurs propres critères.

Il s'agit en effet de partager le suivi individuel des salariés, qui constitue l'essentiel de leur activité, avec un autre groupe professionnel. Pour certains, la délégation de ce suivi s'apparente à du « *task stripping* »<sup>622</sup>, c'est-à-dire à l'action de retirer une tâche à un groupe qui souhaite l'exercer. De plus, quand la question de la durée des entretiens infirmiers se pose, les médecins ont du mal à accepter que la direction leur octroie une demi-heure, voire une heure, alors qu'elle ne prévoit qu'un quart d'heure maximum par consultation médicale. Si les médecins qui choisissent de collaborer avec les infirmières souhaitent utiliser au maximum cette nouvelle ressource pour collecter des données qu'ils n'ont pas le temps de recueillir, ceux qui ne s'engagent pas dans la collaboration acceptent mal cet aspect approfondi des consultations infirmières. Quand la direction du SST1 justifie sa décision de fixer la durée des entretiens infirmiers à trente minutes en affirmant que seules ces conditions leur permettront d'« effectuer un travail de qualité », certains médecins s'insurgent. Selon ces critères, eux-mêmes n'ont pas le temps d'effectuer un travail de qualité.

Ainsi, beaucoup d'entre eux s'opposent à l'arrivée des infirmières dans les services. C'est aussi une position portée par le syndicat de médecins du travail CFE-CGC<sup>623</sup> et par son représentant Bernard Salengro, qui, au nom de la défense d'une médecine du travail de qualité, refuse que le travail des médecins soit délégué à des infirmières. Pour eux, l'introduction d'infirmières signifie une médecine du travail à moindre frais : l'embauche d'infirmière est moins coûteuse pour les services de santé au travail du fait de l'importante différence de salaire entre médecins et infirmières, mais l'activité s'en trouve du même coup dévalorisée. Dans la lettre ouverte qu'il adresse au Professeur L. dans le journal syndical, B. Salengro, au nom « des médecins du travail », affirme que ceux-ci n'acceptent pas d'« entendre dire qu'ils font des examens de routine »<sup>624</sup>. Selon lui, si le système est « perfectible » et pourrait bénéficier d'une réforme, la médecine du travail telle qu'elle est pratiquée par les médecins est une activité noble et le médecin est légitime sur son territoire<sup>625</sup>.

<sup>622</sup> Strauss Anselm, Schatzman Leonard, Bucher Rue, Ehrlich Danuta, Sabshin Melvin, *Psychiatric ideologies and institutions*, Glencoe, Free Press, 1964, p. 142. Les auteurs décrivent le « *task stripping* » comme une des interactions par lesquelles le travail de groupe émerge.

<sup>623</sup> Confédération française de l'encadrement-confédération générale des cadres.

<sup>624</sup> Salengro Bernard, « Lettre ouverte au docteur Frimat », *Espace Médecin du Travail*, n° 36, mars 2008, p. 48.

<sup>625</sup> *Ibid.*, *loc. cit.*

Gérard, un médecin de la région qui est syndiqué à la CGC, porte la même crainte de dévalorisation de son secteur et de son activité par l'arrivée des infirmières.

*Il y a des expérimentations dans lesquelles certains cherchent à s'introduire pour nous pousser sur le côté.*

B : « Certains » ?

*Je reviens sur ce que je disais tout à l'heure, des directeurs, des employeurs, qui verraient bien le rôle du médecin réduit à minima, mais comme il faut continuer quand même de donner l'impression de surveiller médicalement, on va faire faire le travail par des infirmiers. Bon. Qui, pour le moment, n'ont pas, de par la réglementation, de protection ! C'est important ça, d'être indépendant vis-à-vis de l'employeur dans ce qu'on pourra constater, dans ce qu'on pourra décider.*

Ces controverses, on l'a vu, opposent largement les médecins entre eux. Pour les médecins qui s'opposent aux collaborations avec les infirmières, les promoteurs de ces collaborations veulent « scier la branche sur laquelle ils sont assis »<sup>626</sup>. Ils acceptent de mettre fin à leur monopole sur une juridiction (le suivi individuel des salariés) qui pourtant « asseyait » leur légitimité dans les services de santé au travail. Les autres formes de suivi sont davantage techniques et ne nécessitent pas forcément de médecins. Voyons maintenant comment les médecins promoteurs des IST justifient leur positionnement : pour eux, la « branche sur laquelle ils sont assis » se trouve au contraire renforcée par l'arrivée des infirmières.

#### ***Encadré 5.7 Médecins du travail et infirmières : des métiers féminins en concurrence***

D'après mes entretiens, dans leur refus de collaborer, les médecins renvoient les infirmières à leur faible niveau de qualification (« bac +3 »), mais aussi à l'incompatibilité entre leur statut d'infirmière et les responsabilités que suppose l'exercice d'une consultation en santé au travail. La remarque d'un homme médecin du travail selon laquelle « donner des consultations aux infirmières, c'est comme confier le pilotage d'un Boeing 747 à des hôtesse de l'air » résume le peu de reconnaissance qui leur est accordée.

Cette sortie malheureuse a beaucoup circulé car elle m'a été rapportée par plusieurs infirmières de régions différentes. On y perçoit une certaine idée des « performances de genre »<sup>627</sup> qui sont attendues des infirmières : comme les hôtesse de l'air, elles peuvent accueillir les salariés, comme elles, elles peuvent prendre soin d'eux. En revanche, contrairement au pilote et au médecin du travail, elles ne peuvent en être responsables, cette dernière performance étant assimilée par certains à une performance masculine. En somme, si les infirmières peuvent prendre en charge les aspects relationnels des consultations médicales, elles n'ont pas le bagage technique nécessaire pour mener à terme ces consultations.

On a vu précédemment que Gérard, médecin du travail en service interentreprises et syndiqué à la CGC, épouse le point de vue de son syndicat et se montre défavorable à l'introduction d'un personnel infirmier dans les services inter-entreprises. Dans le cadre de sa mise à disposition dans une grande entreprise, il collabore avec une infirmière embauchée directement par cette entreprise en service autonome. Cette collaboration le renforce dans son opinion négative quant à la spécialisation infirmière en santé au travail :

*« Il faut voir un peu quelle est la motivation d'une jeune étudiante. On parle de filles en général parce qu'il y a très peu de garçons dans le métier. Au départ c'est quand même souvent pour faire du soin, hein. Moi j'ai une infirmière ici, charmante, très sympathique etc., qui reste avant tout clinique. Elle aime bien les soigner, les*

<sup>626</sup> L'expression est utilisée par Gaëlle, médecin du travail au SST1, voir infra, chapitre 2. Cf. citation page 137.

<sup>627</sup> Butler Judith, *Troubles dans le genre*, Paris, La Découverte, 2006 (1<sup>ère</sup> édition 1990).

*écouter, etc. mais dès qu'il est question d'organiser des visites médicales, de faire des études de poste, tout ça c'est pas tellement son job. »*

À partir de son observation de l'infirmière avec laquelle il collabore, à laquelle il prête une approche avant tout relationnelle de l'exercice de son métier et des qualités humaines (elle est « charmante » et « très sympathique »), Gérard veut mettre en avant une inadéquation entre les missions de la médecine du travail et les activités traditionnellement privilégiées par les infirmières. Les tâches qui reposent sur un savoir-faire lié au domaine de la santé au travail et à ses spécificités (l'organisation des visites médicales et les études de postes) ne ressortent selon lui pas du « job » de l'infirmière. En adéquation avec les stéréotypes sur le travail féminin, Gérard situe le travail infirmier dans la continuité du travail domestique et des « savoir être » relationnels sur lesquels il repose.

Pour la rédaction du mémoire de fin de licence « santé travail », les infirmières choisissent un « tuteur », qui est souvent le médecin qui se porte volontaire pour collaborer avec elles, à la suite de leur formation, dans le cadre du travail d'équipe. Dans un service qui fusionnera avec le SST1, le médecin coordinateur, un homme, se positionne d'office comme tuteur de toutes les infirmières en formation. Nathalie me raconte, amère, comment, sur le sujet – qu'il lui a imposé – de la place des infirmières dans les services interentreprises de santé au travail, il avait pris le dessus en lui imposant également ce qu'elle devait dire, et, principalement, en en faisant un traitement purement legaliste. Le mémoire présentant une occasion de s'affirmer en tant qu'IST, et sa soutenance étant un temps fort, Nathalie est déçue de cette expérience, sanctionnée par une note médiocre. De plus, au terme de sa formation, son salaire n'évolue pas, et sa fonction non plus. Le système des tuteurs perpétue l'importance pour les infirmières des rapports hiérarchiques propres à leur organisation d'origine. Ici, un médecin coordinateur homme impose aux infirmières qu'il supervise un cadre si rigide qu'elles ne peuvent pas bénéficier comme elles le voudraient de leur année universitaire. Pour lui, cette formation a un caractère instrumental pour le service, elle ne s'inscrit pas dans un parcours professionnel particulier de chaque infirmière.

Les propos et attitudes les plus ouvertement genrés sur les infirmières sont tenus par des hommes médecins du travail. Cependant, les médecins du travail sont très majoritairement des femmes, et dans l'imaginaire de certains médecins (femmes incluses), mais aussi des infirmières, le travail qu'elles effectuent et les responsabilités que ce travail suppose sortent du domaine domestique dans lequel le travail féminin est traditionnellement circonscrit. En cela, elles exercent un métier masculin.

Pour les infirmières rencontrées, c'est également le niveau de vie des médecins du travail, et plus précisément leur salaire, qui les éloigne des contraintes traditionnellement liées au travail féminin. Par exemple, Nathalie exerce à temps partiel son activité d'infirmière pour pouvoir garder ses enfants le mercredi. Le médecin du travail – une femme – avec laquelle elle collabore n'a pas de créneau en dehors de ce jour là pour faire ses réunions de staff. Nathalie me confie en parlant du médecin, que contrairement à elle, « Le docteur R., elle fait garder ses enfants ! ». Ainsi, même dans le hors-travail, les femmes médecins du travail se comportent davantage comme des hommes en s'affranchissant d'une partie du travail domestique.

### ***3.4. « On fait du travail de médecin, maintenant ! » : une nouvelle identité médicale***

Dans mes entretiens, les médecins qui sont impliqués dans les collaborations avec les infirmières sont surreprésentés<sup>628</sup>.

Leurs témoignages éclairent les motivations de ces médecins « militants » et la

---

<sup>628</sup> J'ai rencontré trois médecins dont on peut dire qu'elles « militent » pour une collaboration médecins/infirmières, et trois autres qui sont volontaires pour collaborer et, soit travaillent déjà en équipe, soit sont en passe de commencer un travail d'équipe, dans un contexte où, on l'a vu, le volontariat est une attitude marginale.

manière dont ils redéfinissent eux-mêmes leur nouvelle manière d'être médecins du travail, en s'appuyant sur les contraintes qui leur sont imposées de l'extérieur, mais au-delà de ces contraintes, en utilisant les nouvelles ressources en main-d'œuvre (infirmières, AST) comme ils l'entendent. Ainsi, par la négociation, ce qui se présente comme un « *task stripping* », une tâche qui leur serait enlevée pour être attribuée à un autre groupe, se révèle en fait comme une opération intéressante pour eux, soit un échange de cette tâche particulière avec des tâches jugées « plus appropriées pour leur groupe »<sup>629</sup>.

L'idée d'optimiser le temps médical dans un contexte de manque de médecins, développée par Yvon Berland, puis adapté au contexte de la santé au travail par des professeurs de médecine du travail, parmi lesquels le Professeur L., est reprise à leur compte par les médecins promoteurs de la collaboration avec l'infirmière. Ils présentent d'abord leur point de vue comme un positionnement pragmatique : face au manque de médecins, le métier ne peut plus être exercé comme auparavant.

Raphaëlle explique ainsi d'une part, que la situation l'exige, et d'autre part, que les bénéfices qu'elle a trouvés dans son implication dans l'expérimentation sont multiples.

*De toute manière, on va droit dans le mur, c'est clair, on ne peut pas continuer comme ça. Ouvrir à d'autres types de personnel comme l'infirmière moi je suis favorable. On a été un des sites expérimentaux en national. C'est un vrai bonheur, c'est un vrai partage. À un moment, on finit par se remettre en question parce qu'on est seul avec ses entreprises, ses salariés, et on finit par douter, on se dit peut-être que je porte un mauvais jugement sur cette entreprise, je tourne en rond... Et d'avoir quelqu'un qui partage le même effectif avec des pratiques différentes, pas les mêmes missions, pas l'aptitude, eh ben ça apporte une deuxième vision et c'est très agréable(...) C'est un tout petit peu moins bien accueilli par les collègues. (Elle rit) Qui ont refusé. Ils disent qu'elles nous prennent notre place.*

L'introduction des infirmières de santé au travail est une mesure qui permet non seulement d'« optimiser » le temps médical, mais aussi de redéfinir l'activité du médecin, et, du même coup, son identité.

Quand, lors d'un colloque organisé par le réseau régional, je présente les collaborations médecins/infirmières en disant qu'elles semblent avant tout impulsées par une volonté de pallier le manque de médecins du travail, Raphaëlle réplique :

*On n'aurait pas coopéré avec les infirmières s'il n'y avait pas eu de pénurie ? Ça ne me dérange pas, les grands progrès apparaissent souvent en temps de guerre... On ne peut pas substituer un médecin par une infirmière et vice versa. C'est un moyen de sauver notre identité professionnelle, de maintenir une équipe qui permet le suivi médicalisé, ce suivi médicalisé individuel est primordial, on est le dernier village gaulois à le maintenir ! Le regard infirmier est vraiment différent, c'est une approche complémentaire. Le médecin, il diagnostique une maladie, il ne veut pas savoir si les gens sont biens mais s'ils sont malades.*

---

<sup>629</sup> Strauss Anselm, Schatzman Leonard, Bucher Rue, Ehrlich Danuta, Sabshin Melvin, *Psychiatric ideologies and institutions*, op. cit.

*On a tous souffert de l'image de la médecine du travail. Pouvoir recentrer ses missions sur un travail d'expert, ça fait du bien ! Voir quelqu'un de 19 ans, en pleine forme, pour un job d'étudiant... Je ne peux pas avoir fait ce métier là pour ça, on a fait des études médicales pour venir en aide à quelqu'un ! Faire quelque chose qui redonne du sens à notre activité, recentrer le médecin sur ses missions d'expertise, c'est important !<sup>630</sup>*

Quand elle affirme que la délégation de tâches ne doit pas être vue comme la substitution d'un personnel infirmier à un personnel médical, Raphaëlle répond à la critique, émanant notamment des porte-paroles syndicaux de la CFE-CGC « santé au travail », selon laquelle l'arrivée des infirmières signifierait une « médecine du travail au rabais ». Il ne s'agit pas de faire faire la même chose à un personnel moins qualifié, mais de leur faire accomplir autre chose, et, surtout, de faire fonctionner des équipes et de croiser les regards, dans une visée de complémentarité.

Le second argument des médecins « militants » repose sur le fait que, si l'infirmière prend en charge les visites périodiques, le médecin peut alors effectuer un travail de médecin, son temps est optimisé. Mais qu'est-ce qu'un travail de médecin ? Sur quoi se concentrerait-il s'il n'était pas parasité par des activités annexes ?

*Moi, je considère que l'infirmière peut voir des gens qui au prime abord, ne sont pas en détresse, n'ont pas de souci de santé et ça me permet de consacrer du coup beaucoup plus de temps aux gens qui le sont.*

*Donc l'infirmière fait plus de prévention tandis que vous faites plus de...*

*C'est inévitable, on va être dans la gestion de problèmes. La gestion des aptitudes, la gestion des problèmes de santé... Globalement, on ne passera pas du temps en visite médicale à voir des gens qui vont bien. Mais on ne peut pas partir de ce postulat et dire « du coup, on ne voit pas les gens ». Donc on les confie à quelqu'un qui sera en charge de nous dire : « effectivement, il n'y a pas de problème ». Pour que nos consults ne soient faites que pour des gens en difficulté.*

La rhétorique de la prévention, sur laquelle s'appuie le groupe professionnel des médecins du travail, est alors fragilisée. Néanmoins, Raphaëlle parle de « gestion de problème » et de « traitement des problèmes », et tente de faire ressortir les aspects préventifs de ces activités : en traitant un problème, on peut essayer d'en éviter d'autres, dit-elle. On sait que le fait que le métier soit quasiment dépourvu d'aspects thérapeutiques, ou bien indirectement (les médecins du travail orientent les salariés vers des médecins qui pourront les traiter), est source de frustrations pour les médecins. La « gestion de problèmes » se rapproche d'une visée thérapeutique et la diversité des cas à traiter vient contrer les aspects « routiniers » des consultations préventives.

Catherine, médecin du travail et intervenante dans la licence « santé travail », est

---

<sup>630</sup> La transcription de ces propos s'appuie sur une prise de note extensive et non sur un enregistrement audio, contrairement aux extraits d'entretiens cités. Elle est donc moins littérale.

instigatrice des collaborations médecins-infirmières dans son service. Son discours va plus loin : si, comme le dit Raphaëlle, et comme elle le pense elle aussi, l'infirmière permet actuellement aux médecins d'exercer un travail de médecin, elle affirme aussi que rétrospectivement, elle pense avoir exercé jusqu'ici une activité « infirmière », qui n'était pas à la hauteur de ses compétences de médecins.

*Je suis arrivée à penser que depuis plus de trente ans, je fais du diagnostic infirmier et que je m'occupe seulement maintenant de problèmes médicaux. Alors ce n'est pas complètement vrai mais quand même ça y ressemble.*

*(...) C'est à dire qu'il n'y a aucun cardiologue qui voit des gens qui n'ont pas de problème cardiaque. Donc nous, on voyait des gens qui n'avaient pas de problème de travail, ni de santé. Les périodiques c'est ça, hein ! Il y a plein de gens qu'on voit qu'on n'a pas besoin de voir en tant que médecin. Que les infirmières les voient, oui. C'est sûr, on ne fait plus la même chose, mais on fait du travail de médecin maintenant, c'est ça la différence ! Et c'est beaucoup plus efficace. Et quand ils disent « ils vont remplacer les médecins par les infirmières », c'est d'une mauvaise foi absolue parce que s'il n'y a plus de médecins, automatiquement les infirmières disparaîtront, une infirmière ne peut pas travailler sans médecin !*

Ainsi, le « sale boulot »<sup>631</sup> à déléguer, celui qui est indigne du médecin (puisqu'il ne se retrouve pas dans les modes d'exercice de la médecine les plus prestigieux), concerne le contact avec des personnes bien portantes. Ce discours est fondamentalement différent de celui des médecins du travail syndiqués à la CGC, qui fondent le prestige de leur métier sur un suivi de prévention et n'acceptent pas qu'on le dévalorise. De plus, la délégation de ces visites à des infirmières assure la présence des médecins dans les services : le suivi individuel est assuré sous la supervision des médecins, contrairement aux différentes formes de suivis collectifs que la « pluridisciplinarité experte » ou « technique » (les IPRP) permet d'assurer.

La logique de conception des collaborations médecins-infirmières que l'on percevait dans les rapports des universitaires<sup>632</sup> s'appuyait sur l'idée que le suivi individuel des salariés était en grande partie un horizon que la santé au travail devait dépasser en s'inscrivant avant tout dans le suivi collectif des salariés et dans la « prévention primaire ». Cependant, les alliés des universitaires dans la promotion de ces coopérations témoignent d'une conception différente. Les logiques de mise en œuvre se distinguent donc des logiques de conceptualisation.

En entretien, Raphaëlle M. avoue ne pas avoir beaucoup plus de temps pour effectuer son « action en milieu de travail », mais affirme que le suivi infirmier lui permet d'affiner son

---

<sup>631</sup> Hughes Everett C., *Le Regard sociologique*, op. cit.

<sup>632</sup> Notamment les rapports suivants : Conso Françoise, Frimat Paul, « Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail », Paris, Inspection générale des affaires sociales / Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, 2007 et Dellacherie Christian, Frimat Paul, Leclercq Gilles, « La santé au travail. Vision nouvelle et professions d'avenir. », Paris, ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, 2010.

suivi médical des salariés. De plus, selon elle, l'action des médecins gagne en prestige et en utilité sociale, car elle devient plus ciblée sur les « problèmes » et se concentre donc sur une population qui est davantage en demande de leur intervention que la population générale des salariés. Ils n'abandonnent pas le suivi individuel pour une pratique plus axée sur un suivi programmatique, mais, au contraire, s'engagent dans le travail en binôme parce que le suivi individuel leur tient à cœur et qu'ils veulent profiter de l'assistance des infirmières pour le mener à bien.

Les luttes de juridiction se déroulent dans un cadre où la hiérarchisation des tâches et des groupes reflètent des assignations de genre : faire enfin « du travail de médecin », c'est être « dans le vif du sujet », c'est ne pas « perdre son temps » dans les aspects routiniers et relationnels des visites périodiques. Ces mêmes aspects routiniers et relationnels, en revanche, correspondent à des tâches infirmières classiques qui siéent bien aux qualités féminines que recouvrent l'exercice de cette profession.

Ainsi, bien qu'ils soient en accord avec le collègue des enseignants en médecine du travail sur la nécessité d'introduire les infirmières, leur utilisation de ces nouvelles collaborations n'est pas celle que les enseignants attendaient. Ceux-ci imaginent en effet un partage des tâches entre un suivi individuel assumé par l'infirmière et un suivi collectif « piloté » par le médecin. Pour eux, le temps que le médecin ne passera pas dans le cabinet médical à voir des salariés bien portant, il le passera à coordonner des projets de prévention collective, à construire des « programmes » de santé au travail.

\*\*\*\*\*

L'infirmière peut être vue comme un « marchepied », un acteur intermédiaire qui permettra, par un jeu de délégation de « sale boulot », au médecin du travail d'axer son activité sur ses aspects les plus prestigieux et les plus valorisants. Elle représente aussi une garantie que les tâches déléguées restent dans le champ médical. Pour ses promoteurs, l'infirmière doit donc être vue comme une alliée du médecin dans un contexte de « pluridisciplinarité » qui remet en cause la prépondérance de l'approche médicale de la santé au travail. Cependant, la diversité des réactions à l'arrivée de ce nouvel acteur dans les services de santé au travail laisse préjuger d'une approche hétérogène de la « pluridisciplinarité », de ses raisons d'être, de ses usages (comblant le déficit de médecins ou

apporter de nouvelles compétences ? assister les médecins sur le versant individuel de son activité ou sur le versant collectif ?).

Selon A. Abbott, le fait d'être légitime sur une « juridiction » étendue place les professions dans une position de force dans les conflits de territoires qui les opposent aux groupes subalternes, et les aident ainsi à acquérir de nouveaux territoires. Il ne s'agit pas uniquement de restreindre l'activité des groupes subordonnés afin qu'elle n'empiète pas sur la leur, mais de l'orienter vers des tâches spécifiques qui permettront de conforter sa position, du fait du rapport de subordination. On comprend ainsi l'intérêt que présente pour les médecins l'implantation des infirmières sur le territoire de l'entretien individuel : la pertinence de cette pratique est confortée, leur juridiction réaffirmée. Cet intérêt est pourtant indissociable de la menace que représente cette même implantation : les infirmières pourraient-elles se substituer aux médecins ?

Le concept de « lutte de territoires » englobe les situations d'alliances entre médecins et infirmières, ou entre médecins et assistantes, et ne s'applique pas simplement aux conflits. Il s'agit au contraire de voir comme les deux faces d'une même pièce les oppositions à l'arrivée de ce personnel subalterne et l'enthousiasme qu'elle suscite. Les réactions des médecins participent toutes d'une conception stratégique de leur territoire professionnel, de son développement ou de son maintien (les infirmières sont soumises aux normes des médecins, leur comportement doit être conforme à l'éthique médicale et obéit au Code de la santé publique).

Sur le terrain, certains acteurs font référence à la ressource que représente pour les médecins la valorisation du statut infirmier, par opposition à l'introduction d'autres groupes professionnels qui ne leur seraient pas subordonnés.

Ainsi, la concurrence entre les groupes professionnels exerçant dans le cadre des services de santé au travail peut être analysée en dehors des situations ouvertement conflictuelles liées à la revendication par plusieurs groupes d'un même territoire professionnel – du monopole sur une tâche ou un ensemble de tâches. Accepter de déléguer des tâches relevant d'un « sale boulot » à un autre groupe professionnel témoigne aussi d'une conception stratégique de la place du groupe dans son milieu. En cela, la « pluridisciplinarité niveau 1 » et la « pluridisciplinarité niveau 2 » sont très liées car elles participent de la division globale du travail au sein d'une même organisation.

## Conclusion

Les activités des « infirmières santé travail » et des « assistantes santé travail » font l'objet d'espoirs et de déceptions. Leurs nouvelles missions se mettent en place progressivement sous l'impulsion de médecins favorables, tandis que les médecins réticents les maintiennent dans une activité avec laquelle elles pensaient rompre (le secrétariat ou les tâches infirmières classiques). Les débats sur la division du travail n'ont pas été réglés par le terme de « pluridisciplinarité ». La mise en œuvre doit redéfinir, par le bas, la nouvelle règle imposée par le haut et produire un « ordre local », à partir de grandes lignes<sup>633</sup>.

Or, la réception par les médecins du travail de la réforme « pluridisciplinaire » et des discours de ses défenseurs n'est pas uniforme. Certains arguments sont combattus, d'autres entendus, par différents médecins du travail, en fonction de leur positionnement dans leur activité. D'après le discours des infirmières, le degré d'implication dans le travail joue dans la manière dont les médecins les accueillent – les moins impliqués étant réticents à partager « leurs » dossiers médicaux, et les plus impliqués plus à même de leur faire une place dans leur pratique. De même, les médecins qui souffrent de l'image de la médecine du travail et souhaitent la revaloriser sont enthousiastes : les infirmières positionnent la médecine du travail dans des rapports hiérarchiques classiques, propres à la profession médicale, et lui donnent du même coup des responsabilités liés aux cas les plus problématiques, aux pathologies. L'image de médecins « planqués », largement liée aux consultations de routine, est invalidée par la délégation de ce « sale boulot ».

Les AST, elles, permettent aux médecins et aux IPRP (notamment les ergonomes) d'élever leur « faisceau de tâches » en déléguant des aspects peu prestigieux et qui ne nécessitent pas leur formation – pour les médecins, c'est notamment la présence en réunion du CHSCT ou une activité d'identification des risques, et pour les ergonomes, ceux qui ont trait à des mesures des ambiances de travail (bruit, lumière). Ainsi, les groupes subalternes élèvent-ils du même coup les groupes qui les dominent hiérarchiquement. Cependant, les « AST » ne se limitent pas à des activités déléguées par les médecins et les IPRP.

On peut voir dans l'utilisation de l'expression de « pluridisciplinarité niveau 1 » une volonté d'englober infirmières et AST dans un terme qui signifie le renouveau des services de santé au travail, au lieu de s'appesantir sur les contraintes matérielles qui président à cette recomposition de la division du travail – principalement le manque de médecins. Cette organisation met en avant une mission de prévention commune à tous, et qui est poursuivie

---

<sup>633</sup> Le Bianic et Vion

par chacun en fonction de son « niveau » : médecin ou infirmière, IPRP ou AST. Ici, la hiérarchisation des tâches est supportée par une symbolique de genre qui affirme la supériorité d'activités professionnelles supposées masculines (médecin ou IPRP) sur l'activité supposée féminine des assistantes et des infirmières (pluridisciplinarité « niveau 1 »). La hiérarchisation des tâches s'appuie sur une distinction entre celles qui sont assimilées à une symbolique masculine et celles qui sont assimilées à une symbolique féminine. L'existence même de stéréotypes de genre permet, dans un même mouvement, d'identifier un « sale boulot » et de désigner des groupes professionnels en mesure de les endosser. À l'inverse, ces mêmes stéréotypes permettent aussi d'identifier un « cœur de métier » – qui constituerait le noyau dur du territoire professionnel des médecins du travail – et d'asseoir leur légitimité sur ce territoire.

On peut aussi voir dans cette organisation en deux niveaux une redéfinition des missions des services et leur éloignement de problématiques médicales : les métiers de la « pluridisciplinarité » sont définis indépendamment du médecin du travail.

L'exemple le plus frappant de cette tendance est visible dans le décalage entre les premiers textes ayant inspiré la réforme, qui affirmaient avant tout vouloir gagner du temps médical<sup>634</sup>, et une activité d'AST polyvalente et orientée à la fois sur une assistance aux médecins et sur un travail pour le compte de leurs employeurs. Les nouveaux textes de loi entérinent cette évolution. En somme, les médecins se raréfiant, l'activité de celles qui étaient leurs secrétaires évolue vers des attributions qui sont de moins en moins liées à l'activité médicale, et en particulier au suivi individuel. La « démedicalisation » du domaine de la santé au travail se manifeste ici concrètement par la « démedicalisation » des assistantes médicales, qui, si elles continuent à assister les médecins, deviennent assistantes généralistes des services qui les emploient sur une partie de leur temps.

Si l'intervention des infirmières et des AST est pensée dans un contexte de manque de main-d'œuvre médicale, elle s'adapte aux changements des services et à l'évolution de leur domaine d'action. L'évolution de l'activité des AST incarne cette ambivalence. Née d'une mesure aux visées avant tout palliatives du manque de main-d'œuvre médicale, la figure des AST fait partie intégrante de la rénovation des services de santé au travail dans le sens d'une prestation de service aux adhérents qui serait au plus proche de leur demande.

---

<sup>634</sup> Conso Françoise, Frimat Paul, « Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail », Paris, Inspection générale des affaires sociales / Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, 2007 ; Dellacherie Christian, Frimat Paul, Leclercq Gilles, « La santé au travail. Vision nouvelle et professions d'avenir », Paris, ministère du Travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2010.

L'arrivée de nouveaux métiers dans les services de santé au travail affecte donc les médecins du travail, mais ils ne font pas que subir ces changements. Ils utilisent au contraire les marges de manœuvre que leur offre leur position encore privilégiée au sein des services pour peser sur la construction des nouvelles collaborations. Il n'est pourtant pas possible de distinguer une réaction homogène et univoque des médecins en tant que groupe : les médecins du travail sont profondément divisés et, si tous réagissent d'une manière ou d'une autre à ces nouvelles collaborations, ces réactions témoignent d'interprétations diverses de ce qu'est ou devrait être la « pluridisciplinarité ». D'une part, certains médecins bottent en touche et freinent ainsi le développement des nouvelles collaborations entre médecins et infirmières. D'autre part, la diffusion de la « pluridisciplinarité », qui est d'abord le fait de responsables institutionnels et de professeurs de médecine du travail, dispose de médecins « relais » dont les logiques et les raisons d'engagement dans la transformation des pratiques médicales diffèrent.

## Chapitre 6 : La place des « pluris » au sein des services de santé au travail

Les discours sur la « pluridisciplinarité » en santé au travail la présentent souvent comme une solution aux problèmes posés par la prévention des risques professionnels. Pour D. Pécaud, la « pluridisciplinarité » est aussi un outil de « professionnalisation » de l'activité de prévention<sup>635</sup>. La « volonté de convergence » entre les disciplines constitue selon lui une spécificité fondatrice d'une identité commune. Ainsi, ce serait la mise en-coprésence de différentes disciplines qui permettrait de créer une unité au sein d'un groupe dont le dénominateur commun est l'activité de prévention. La mise en place, suite à la loi de modernisation sociale de 2002, d'un système d'habilitation, puis d'enregistrement, des « intervenants en prévention des risques professionnels » semble aller dans ce sens puisqu'elle permet de former un groupe dont le point commun est l'activité de prévention : les « IPRP », soit des professionnels qui des compétences « médicales, techniques ou organisationnelles ».

Malgré l'éclectisme des parcours qu'autorisent le flou de la loi et la simplicité de la procédure d'habilitation (puis, d'enregistrement), les IPRP ont une expérience forte en commun : celle de devoir composer avec des médecins du travail au quotidien et délimiter leur territoire au gré de ces interactions. De plus, contrairement aux actrices de la « pluridisciplinarité niveau 1 », les IPRP s'inscrivent dans un idéal de complémentarité, et leur arrivée occasionne des réflexions quant à la division horizontale du travail entre eux et les médecins. Contrairement à cet idéal dans lequel leurs employeurs et la loi les inscrivent, les IPRP sont quotidiennement confrontés à des prescriptions des médecins du travail et à une forme de hiérarchie implicite qu'ils tentent de combattre.

L'objet de ce chapitre est d'observer la tension entre l'idéal de complémentarité, qui promeut la sollicitation des IPRP par les médecins du travail dans une visée d'amélioration des prestations émises par les services, et les rapports de pouvoir qui se mettent en place entre des groupes professionnels qui ne disposent pas des mêmes ressources. Dans leur texte sur la pratique de l'ergonomie en service de santé au travail, les ergonomes A. Benedetto, A. Désarménien, B. Langer et F. Parise affirment que leur groupe professionnel occupe « une place significative » parmi les IPRP<sup>636</sup>. Ils avancent un chiffre de 20% des effectifs des pôles

---

<sup>635</sup> Pécaud Dominique, « Pluridisciplinarité et professionnalisation du "préventeur" », 25<sup>ème</sup> journées de l'ADHYS (Association pour le Développement de l'Hygiène et de la Sécurité dans les établissements de recherche ou d'enseignement supérieur), Paris, 13-14 mars 2008.

<sup>636</sup> Benedetto Anne, Désarménien Arnaud, Langer Béatrice, Parise Fabien, « Pratique de l'ergonomie en service de santé au travail, un renouvellement des modèles de l'intervention ? », communication au 48<sup>e</sup> congrès international de la société d'ergonomie de langue française, 2013.

pluridisciplinaires qui me semble encore peu élevé au regard de l'importance de l'ergonomie au sein de la « pluridisciplinarité » dans les représentations des acteurs, notamment médecins, que j'ai rencontrés. Quand je mentionne leur mobilisation ou non des IPRP de leur service, ils pensent spontanément aux ergonomes, puis aux toxicologues. De plus, on l'a vu, l'ergonomie est la première spécialité à avoir été représentée au SST1. Avec la toxicologie, elle constitue, du moins pour les médecins du SST1, un des deux « pôles » de la pluridisciplinarité<sup>637</sup>.

***Encadré 6.1 Les « IPRP » : une appellation récente, des acteurs qui cherchent leurs marques***

Grâce au système d'habilitation et d'enregistrement, il est possible de comptabiliser les IPRP sur une région donnée (85 sur la région étudiée). En revanche, il est plus difficile d'avoir accès à la fonction exacte de chacun d'entre eux. De plus, le fait que certains intervenants en service de santé au travail ne demandent pas d'habilitation, ni ne s'enregistrent (ce n'est pas obligatoire pour ceux qui exercent en SST) fait obstacle à une quantification précise de la population des « pluris ».

Dans un rapport sur la « pluridisciplinarité » dans la région, les auteurs remarquent que « les IPRP rajeunissent manifestement les services de santé au travail »<sup>638</sup>. D'après leur enquête, 75% des IPRP exerçant au sein des services de santé au travail ont obtenu leur diplôme après 2000. Le rapport régional note aussi un niveau de formation élevé des IPRP qui ont répondu à l'enquête (les masters sont plus fréquents que les licences et un IPRP est titulaire d'un doctorat). Ils notent également une féminisation importante de la fonction d'IPRP (les femmes y sont deux fois plus nombreuses que les hommes).

La création des IPRP, et les différents types d'habilitation possibles, ont entraîné une certaine confusion chez les acteurs qui se reconnaissaient dans le profil professionnel proposé par les textes : ceux qui se disaient ingénieurs, techniciens, ou « consultants » hygiène et sécurité ont dû se positionner entre des compétences « techniques » et des compétences « organisationnelles ». Je n'ai eu accès sur le terrain, en 2010-2011, qu'à des indices de cette confusion de départ, les acteurs rencontrés se montrant à l'aise avec la procédure d'habilitation.

La conversation suivante provient d'un forum professionnel du site web *viadeo* et date de 2004. Elle illustre cette confusion :

*D : Bonjour,*

*je suis en train de monter un dossier d'habilitation IPRP, et je me pose une question : qu'est-ce qu'un IPRP "technique" et un IPRP "Organisationnel" ? Je me pose cette question pour savoir pour lequel je dois demander une habilitation. Est-ce que quelqu'un peut éclairer ma lanterne ?*

*R : Bonsoir,*

*Les termes "organisationnel" et "technique" correspondent à des domaines de compétences. Il vous suffit donc de passer en revue vos compétences pour trouver la réponse. Vos compétences sont-elles un lien avec le "technique" au sens large et ou ont-elle un lien avec "l'organisationnel" ou tout ce qui touche à l'organisation du travail (la maîtrise des conditions de travail...)? En procédant de la sorte vous devriez y parvenir...*

*D : Tout d'abord, merci de m'avoir répondu aussi vite.*

*Cependant, je ne trouve pas que les mots "technique" et "organisationnel" sont forcément explicites.*

*Peut-être que si nous utilisons des exemples concrets, ceci éclaircirait cela!*

*Savoir Identifier/analyser/hierarchiser/planifier les risques (bref, faire écrire le document unique) est une*

<sup>637</sup> Ici, il est probable qu'un biais de terrain provienne de l'importance du pôle toxicologie du SST1, qui ne reflète pas la situation nationale –l'influence du médecin coordinateur, Philippe, peut expliquer cette spécificité. Le plus important service de France, par exemple, n'emploie pas de toxicologue.

<sup>638</sup> Fantoni Sophie, Kubiak Julien, Roquet Pascal, « 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.

*compétence technique (on met en œuvre des moyens, des techniques) ou bien une compétence organisationnelle (on propose des solutions, des façons d'améliorer les situations de travail...)?*

*Je ne trouve nulle part dans la réglementation des définitions de ces deux termes, que je pense nécessaires !*

*L : Bonjour,*

*J'ai du mal avec les classifications, mais pour reprendre votre exemple du DU, êtes-vous capable de le faire, d'accompagner une équipe, de former des personnes ?*

*Ne tenez pas compte seulement du quoi (ce que vous faites) mais aussi du comment (la façon de faire)*

*V : Moi, je pense que :*

*- Technique: être capable d'apporter des solutions et des axes de réflexion, faire des mesures*

*- Organisationnel: apporter une démarche une analyse et un conseil*

*F : Je ne pense pas que le classement soit aussi simpliste que ce que le laisse entendre V. Ce n'est pas aussi tranché... À mon avis! Je vous conseille de demander la double habilitation ainsi le collège décidera pour vous!*

Cette conversation se poursuit sans qu'aucun acteur ne trouve de distinction entre les termes de « technique » et « organisationnel » qui fasse consensus. Dans les faits, comme le suggère la dernière personne citée, la liste des IPRP habilités par région indique que beaucoup d'IPRP demandent une double habilitation : c'est le cas de plus de deux tiers d'entre eux, tandis qu'aucune habilitation « médicale » n'a été demandée<sup>639</sup>. Ainsi, la distinction en trois types de compétences peine à classer les intervenants et les acteurs continuent à se reconnaître dans leur métier ou activité d'origine.

Au SST1, le « groupe » des IPRP, éclectique, est composé de quatre ergonomes (un cinquième arrive en cours de mon travail de terrain), quatre toxicologues (et un médecin du travail toxicologue), deux psychologues, une épidémiologiste (médecin du travail habilitée IPRP en épidémiologie), une statisticienne, une « responsable en conduite de projet », « une assistante pluri en lien avec le 1<sup>er</sup> niveau » et une juriste<sup>640</sup>.

## Section 1 : Les IPRP, un groupe uni ?

Le terme d'IPRP est assez large pour que le fait d'accéder à ce statut apparaisse comme une ascension professionnelle pour les secrétaires médicales (qui développent une spécialité en métrologie et se font habilitier comme IPRP, par exemple – mais on a vu que ces cas n'existaient pas au SST1 qui avait fait de ses IPRP un « pôle d'expertise » réservé aux bac +5) sans pour autant que l'obtention de ce même statut par un médecin du travail ne corresponde à un déclassement. L'habilitation d'IPRP peut-elle alors être fédératrice ? Les IPRP sont-ils unis derrière cette identité ou bien, au contraire, peu attachés à ce statut, mais davantage à leur spécialité ? L'expérience partagée de la collaboration avec le médecin du travail dans le cadre de la santé au travail suffit-elle à créer une identité commune ?

<sup>639</sup> Cette liste des noms et domaines de compétences de tous les IPRP « personne physique » de la région indique que 54 IPRP ont une double habilitation sur les 85 IPRP recensés.

<sup>640</sup> Cf. rapport d'activité du service.

## 1. La relation de pouvoir avec les médecins du travail : une problématique commune à tous les IPRP

### 1.1. Les IPRP au service des médecins du travail ou des salariés ?

On a vu au chapitre précédent que les IPRP étaient mis au service des médecins par la rhétorique pluridisciplinaire qui en faisait une « boîte à outils ». La question des destinataires de leurs actions taraude les IPRP : mettent-ils leurs compétences au service des médecins du travail ou bien apportent-ils leurs compétences aux entreprises, dans le cadre d'un service de santé au travail ?

En entretien, les IPRP sont nombreux à évoquer spontanément leurs circonstances de recrutement et la manière dont leur mission leur a été présentée. François, ergonomiste au SST1, suggère que les choses évoluent. Alors qu'au moment de son arrivée, la mission qu'on lui a explicitement donnée était de satisfaire les médecins, cette mission reflète un état d'esprit aujourd'hui révolu :

*Moi quand j'ai été embauché on m'a dit : « Tes clients, c'est les médecins ». Les intérêts des médecins et des entreprises étaient censés aller de pair, mais au bout de quelque temps, on s'est dit : « Il y a quand même un souci, les clients ce n'est quand même pas les médecins ! ». Mais bon, ça montre bien l'état d'esprit qu'il y a pu y avoir.*

François m'explique que la « pluridisciplinarité » fait son chemin au SST1. Au départ, elle était conçue comme totalement tributaire des médecins, et reflétait un « état d'esprit », celui de la médecine du travail. Aujourd'hui, au terme d'une évolution qui a nécessité une certaine prise de conscience de leur part que cette situation posait un « souci » (« les clients ce n'est quand même pas les médecins ! ») les entreprises prennent le dessus en tant que destinataires des actions « pluridisciplinaires ».

Michel est psychologue dans un service de taille importante. Dans son service, il affirme que la « pluridisciplinarité » a fait l'objet d'une communication duale de la part de la direction. Il décrit une direction de service stratège, consciente des difficultés que soulèvent les nouvelles collaborations et soucieuse de ménager les médecins :

*Ce qu'on nous a vendu, c'est de dire « Vous apportez une expertise supplémentaire par rapport aux médecins parce qu'ils ne disposent pas de cette expertise ». On fait partie d'un SST donc on se doit de rendre service, entre guillemets, à l'entreprise en répondant au mieux à ses demandes. Donc on est là pour permettre quand même de rendre service à l'entreprise sur un domaine d'expertise que le médecin n'a pas. Ça c'est la façon dont ça nous a été vendu à nous.*

*Sauf que vu qu'il a fallu beaucoup ramer pour vendre le principe aux médecins, ça leur a été vendu complètement différemment, c'est-à-dire : « Les IPRP sont là pour vous aider, pour vous remplacer et ils sont là pour vous... comment dire ? Ils*

*sont là en plus, mais ils sont à votre service »<sup>641</sup>. Donc on nous a vendu les choses complètement différemment et on essaie de dire : « Nous, on n'est pas au service du médecin », on est là au service de l'entreprise et on a besoin de l'aide du médecin, on en réfère au médecin... »*

La direction, dans le principe, partage les objectifs des IPRP : faire accepter leurs compétences par les médecins du travail. Cependant, les réticences des médecins l'amènent à émettre, à leur attention, un autre discours, qui renvoie une image instrumentale de la « pluridisciplinarité », au service des médecins et dans une visée de gain de temps. Cette ambiguïté dans le rôle des IPRP, entre l'assistance au médecin et l'assistance à l'entreprise, est à l'origine de beaucoup de tensions.

Dans le service où Émilie, Carine et Clémence sont psychologues, le SST2, la satisfaction des demandes des médecins est un objectif en soi, que la direction assigne aux IPRP. Elles ne voient pas les choses de cette façon et résistent à une telle formulation de leurs missions :

*Carine : Le premier entretien que j'ai eu avec lui (le directeur), c'était quand on est arrivés ici au mois d'avril, et comme objectif, il m'a fixé : « Faire plaisir au médecin du travail » ! Alors moi, j'étais tellement abasourdie que je n'ai pas répondu et au deuxième entretien, j'ai dit : « On va commencer tout de suite par l'objectif que vous m'avez fixé, faire plaisir au médecin du travail, c'est un autre métier, j'aurai fait beaucoup moins d'étude et je n'exercerai pas ce métier-là ici ». Entre guillemets, « pute ». Effectivement, le premier objectif qu'il avait fixé aux IPRP dans la démarche qualité, c'était de faire plaisir aux médecins. On n'est pas dans les mêmes objectifs...*

Carine replace les rapports de domination entre médecins et IPRP, relayées par sa direction, dans le cadre de rapports de genre. Le fait d'être cantonné à un rôle subalterne, dans un objectif de « satisfaction » d'un groupe dominant et désigné au masculin – les médecins – lui évoque la prostitution. Cet extrait confirme donc la prégnance, malgré la forte féminisation du groupe, d'une symbolique virile autour de l'activité médicale.

Ainsi, les IPRP identifient le rôle crucial du management dans leurs rapports avec les médecins du travail. Comme ils le remarquent, leur subordination aux médecins ne dépend pas uniquement des relations qu'ils construisent avec eux au cas par cas, mais bien de facteurs organisationnels : les services de santé au travail nouvellement « pluridisciplinarisés » offrent un cadre dans lequel le pouvoir des médecins s'exerce sur les IPRP, faute de garde fous posés par le management. Les psychologues trouvent alors des alliés parmi les médecins du travail, dont certains ne partagent pas cette vision des collaborations entre professionnels. Davantage

---

<sup>641</sup> J'ai ajouté une emphase sur les passages en gras.

que l'opposition entre médecins et IPRP, c'est l'attitude de la direction face à ce conflit, leur absence de soutien à leur égard, qui heurte Carine, Émilie et Clémence<sup>642</sup>.

Pour Martin J., professeur d'ergonomie, cette conception de la « pluridisciplinarité » va à l'encontre d'une collaboration d'égal à égal. Certains de ses anciens étudiants se plaignent de leur position de « larbins du médecin du travail » au sein des services de santé au travail.

*Pour qu'il y ait une véritable collaboration, il faut que le médecin accepte aussi un certain nombre de choses, que le médecin et l'ergonome (bon, mais c'est aussi vrai pour le psychologue, ou n'importe) se définissent un certain nombre de règles de fonctionnement. Si le médecin du travail dit : « L'interlocuteur de l'entreprise, c'est moi ! Je suis le réceptacle des demandes de l'entreprise ou j'identifie les demandes de l'entreprise. Je vous transmets, à vous ergonome, une prescription que vous allez suivre et vous allez me remettre votre diagnostic et c'est moi qui vais en faire part à l'entreprise. » Le médecin qui se comporte comme un ayatollah... Non, ce n'est pas ça ! L'ergonome, il n'est pas le larbin du médecin du travail. Mais bon, ce que mon ancienne étudiante me décrit à R., c'est un peu quelque chose de ce style-là ! Alors c'est sûr que ça, ça ne fonctionnera pas. **Il faut admettre qu'il n'y a pas plus l'un que l'autre. Il n'y a pas un leadership, j'allais dire, cognitif ou de la pensée de l'un ou de l'autre. Alors après, qu'il y ait un responsable de projet, ça peut être le médecin du travail, mais ça peut aussi être une autre compétence, pourquoi pas ? Les médecins du travail ont quand même, de par leur formation, de par leur métier, et puis c'est entretenu aussi par ce contexte légal que je rappelais, une certaine volonté de pouvoir, etc. Il faut admettre qu'il peut y avoir d'autres façons de voir les choses, que chacun a ses compétences et qu'on est sur des paradigmes différents, avec des modèles, des approches différentes, et que c'est justement ça qui va faire la richesse.***

Ce type de discours, qui émane d'ergonomes accomplis, permet aux jeunes ergonomes d'être confortés dans leur positionnement. De plus, ils disposent de marges de manœuvre qu'ils estiment raisonnables et les médecins savent de mieux en mieux ce qu'ils peuvent attendre d'eux.

L'observation de situations d'interactions entre IPRP et médecins, et la focalisation des entretiens sur ces interactions, a fait apparaître une asymétrie vécue d'autant plus difficilement par les IPRP qu'elle n'est pas officialisée dans des rapports hiérarchiques.

## **1.2. Des différences de statut fondatrices d'un déséquilibre de pouvoir**

Les médecins du travail exerçant en service inter-entreprises bénéficient d'un statut de salarié protégé et, à ce titre, il faut obtenir l'avis du conseil d'administration, l'aval de l'inspecteur du travail et l'avis du médecin inspecteur du travail pour pouvoir les licencier. Les IPRP, en revanche, ne bénéficient pas d'un tel statut. Le code du travail stipule que leurs

---

<sup>642</sup> Cf. infra, chapitre 8, section 3.

conditions d'exercice au sein des services de santé au travail doivent garantir leur indépendance, mais ne précise pas les conditions de cette indépendance.

Ainsi, les directions ont une prise beaucoup plus directe sur les IPRP, comme le souligne Diane, médecin du travail au SST1 :

*Parfois tu as aussi des directions de services qui de temps en temps se permettent de s'immiscer un peu dans les choses quoi. Alors, c'est peut-être... Avec le médecin ils ne peuvent pas, alors parfois ils essayent par des biais détournés, par les IPRP.*

Ainsi, l'attention au statut de chacun permet de comprendre différemment le fait que les IPRP doivent passer par le médecin du travail pour communiquer avec l'entreprise. Perçue comme une preuve de la domination médicale, cette obligation est ambiguë et joue parfois comme une protection.

François, ergonomiste au SST1, souligne cette différence de statut. Si, au cours de notre entretien, il exprime un souhait de pouvoir intervenir indépendamment des médecins, il reconnaît ici l'avantage pour les IPRP à leur être « rattachés » :

*On parle beaucoup de l'autonomie, de la liberté des médecins. Je pense que c'est un fait acquis qui est conservé, mais à notre niveau les choses ne sont pas aussi nettes, même si on est... J'ai une liberté d'expression, mais ce n'est pas aussi... Enfin, ce n'est pas aussi tranché. C'est pour ça qu'on est rattachés au médecin et donc voilà, c'est sous sa responsabilité. Jusqu'à présent c'est bien, c'est confortable, mais... Au fond des choses, en termes de compétences, on n'a pas trop de mal à asseoir nos compétences. Je pense que c'est un couvert juridique, dans un cadre légal qui fait que, de toute façon, l'entreprise c'est au médecin qu'elle a à faire et puis voilà quoi... Après, il n'y a que le médecin qui est obligatoire, il n'y a que l'adhésion à un service qui est obligatoire.*

Après m'avoir rappelé que, dans le cadre légal actuel, seul le médecin est un interlocuteur des entreprises, François m'explique aussi que les médecins disposent de possibilités infinies d'embauches, au contraire des IPRP :

*Si demain on est dépassés, ce n'est pas difficile sur le marché d'embaucher un ergonomiste, d'embaucher un toxicologue, d'embaucher un psychologue. Voilà, les médecins du travail... c'est extraordinaire, parce que je veux dire, ils ont un statut... Enfin, ils sont peut-être en souffrance d'un côté, mais d'un autre côté ils ont un statut qui fait que... Ils vont où ils veulent, quasiment au tarif où ils veulent ! Par rapport à ça, on n'a pas les mêmes difficultés.*

Ainsi, la position des médecins sur le marché professionnel apparaît beaucoup plus confortable que celle des IPRP, ce qui pourrait avoir des conséquences sur les pratiques et l'autonomie ressentie par les acteurs.

Cette différence dans les possibilités d'embauche est apparue très concrètement dans mes entretiens, notamment avec les psychologues de services interentreprises. Ainsi, Luc raconte avoir été désorienté par sa situation d'embauche mais n'avoir pas voulu refuser cette offre d'emploi, de peur de ne rien trouver d'autre :

*Je vois le directeur qui me dit « Bon écoutez, on a besoin d'un psy du travail. Pour quoi faire? On n'en sait rien! » Alors moi, je savais que des postes, il n'y en avait pas des milliards, dès qu'il y en a un, on le prend, et après on essaie de gérer comme on peut.*

En outre, plus des trois quarts des psychologues interrogés m'ont confié vouloir quitter leur situation actuelle dès qu'une opportunité se présenterait. Ces emplois apparaissent donc comme des premières expériences, parfois subies, en attendant de trouver un emploi qui leur convienne mieux.

Les acteurs non-médecins salariés des services de santé au travail constatent donc que le statut des médecins est différent du leur. Les médecins ont, notamment, plus de marges de manœuvre vis-à-vis de leur direction, et certaines mesures de management qui touchent les « IPRP » ne s'appliquent pas aux médecins. De plus, si pour les médecins, la question des rapports hiérarchiques avec les IPRP se pose peu, car les éventuels rapports de force sont en leur faveur, pour les IPRP, cette question est d'autant plus présente qu'elle est implicite : il n'existe officiellement pas de liens hiérarchiques entre les médecins et les IPRP. Les IPRP sont donc pris entre une contrainte hiérarchique formelle avec leur direction et des contraintes diffuses mais bien réelles émanant de leurs relations de collaboration avec les médecins du travail.

### **1.3. « Eux » et « nous » : une solidarité face aux médecins du travail**

Malgré la présence de deux médecins dans le groupe des IPRP du SST1 (un en toxicologie et un en épidémiologie), la principale caractéristique qui fédère les IPRP exerçant en service de santé au travail est, justement, qu'ils appartiennent à d'autres groupes professionnels. Les deux médecins en question, malgré leur habilitation, sont considérés avant tout comme des médecins<sup>643</sup>.

Les IPRP enquêtés mentionnent le décalage entre les conditions de travail des médecins et les leurs, et notamment les différences de traitement par la hiérarchie, pour justifier l'utilisation d'un « nous ». Au SST2, Clémence, Émilie et Carine ont ainsi renâclé à donner leur emploi du temps à leur hiérarchie, arguant du fait que les médecins n'ont pas à se soumettre aux mêmes règles :

*Carine : C'est compliqué parce qu'ils n'ont pas forcément à avoir notre emploi du temps, parce qu'on est cadres autonomes, et on refuse, moi je refuse de le leur donner, parce qu'il n'y a que nous qui devons le donner, et personne d'autre. Donc moi, c'est tout le monde ou personne.*

B : Que vous psychologues ? Ou que vous IPRP ?

---

<sup>643</sup> Je reviendrai par la suite sur leurs deux cas, car ils permettent d'analyser les positionnements différenciés des IPRP en fonction de leur discipline d'origine et de la légitimité des médecins qui la porte à leurs côtés.

*Clémence : Que nous professionnels, on va parler par métier. C'est-à-dire qu'on demande aux IPRP, aux ergonomes, hygiénistes, toxicologues, de donner leurs chiffres d'activité, ce qu'ils appellent du reporting, mais les médecins, personne ne sait ce qu'ils font, quoi ! Donc en fait, nous on ne veut pas donner notre emploi du temps parce qu'on ne sait pas ce que font les médecins et puis qu'on est censées travailler d'égal à égal.*

Ainsi, Clémence et Carine mettent en évidence un décalage entre l'idéal d'égalité de traitement entre les différents collaborateurs que convoque la notion de « pluridisciplinarité » et l'asymétrie des statuts qui pénalise les IPRP vis-à-vis des médecins, très concrètement, en les soumettant à des règles de *reporting* desquelles ces derniers sont exemptés. Ainsi, l'absence de hiérarchie entre les IPRP et les médecins ne les positionne pas pour autant au même niveau vis-à-vis de leur direction : les rapports différenciés que chaque groupe entretient avec sa direction contribuent à durcir leur différence de positionnements dans la nouvelle configuration « pluridisciplinaire » des services.

Pour Luc, c'est avant tout dans l'adversité que les IPRP se rejoignent. Il décrit une atmosphère d'opposition entre les médecins et les « pluris » : ils sont constamment «attaqués» par les médecins qui dévalorisent leurs compétences en empiétant sur leur autonomie professionnelle, en se montrant trop directifs ou interventionnistes :

*On a un contexte de la pluri très soudée contre les... le comportement de certains médecins et des médecins qui étaient tout puissants et qui... dirigeaient un peu les opérations et dont beaucoup étaient anti-pluri, c'est-à-dire que le médecin sait tout faire, la pluri c'est que des outils et ils ont qu'à faire ce qu'on leur demande, point barre. Donc contexte vraiment un peu de révolte de la part des pluris. (...) On était solidaires, on se défendait, parce qu'on était attaqués tout le temps. Sur notre profession, sur notre expérience...*

Cette solidarité est amplifiée par le fait que les IPRP, notamment au SST1, appartiennent tous à la même tranche d'âge (25-35 ans) et qu'ils ont des rapports amicaux qui dépassent leurs relations de travail, comme l'identifie un médecin lors d'une rencontre informelle : « Ils ont le même âge ! Ils forment un groupe, ils font la fête ensemble, ils sont solidaires »<sup>644</sup>.

Cependant, la différence de conditions d'emploi entre les IPRP (certains sont employés par le SST et « mis à disposition » du GIE, et d'autres sont employés par le GIE) et les différences de salaires représentent des obstacles à la solidarité des IPRP. En effet, avec la fusion des services, la question de l'harmonisation des salaires s'ajoute à celle de l'harmonisation des pratiques. Pierre et Luc s'estiment dans une position injuste, au niveau de leur contrat (contrat précaire) ou de leur salaire, et pâtissent de ce manque de solidarité :

*La solidarité entre IPRP, elle est limitée je dirai, quand on parle harmonisation des salaires, c'est chacun pour sa gueule...*

---

<sup>644</sup> Cette citation est extraite de mon journal de terrain pour le lundi 31 octobre 2011.

*Encore aujourd'hui, mon salaire est inférieur à celui de mes collègues du GIE. Les salaires, on joue aussi là-dessus pour... foutre la merde.*

Pierre regrette ainsi l'absence de transparence sur les salaires de chacun, maintenue par certains de ses collègues. Luc, lui, dispose d'information sur les salaires qui font apparaître une injustice : certains IPRP sont embauchés directement par le service, d'autres par le GIE, pour des raisons qui ne leur sont pas transparentes, et qui entraînent des différences de traitement.

Le « nous » se limite donc souvent aux situations de confrontation aux médecins. En dehors de ce cadre, des subdivisions apparaissent en fonction de l'employeur (SST1 ou GIE) et en fonction de la spécialité de chacun.

## **2. Les limites de la solidarité entre IPRP**

### ***2.1. Un groupe hétérogène et fictif***

Au sein du SST1, qui se présente, rappelons-le, comme un service pionnier dans la réforme « pluridisciplinaire », l'équipe de direction réfléchit au statut d'IPRP. La décision de scinder la « pluridisciplinarité » en deux niveaux de qualifications, et de placer les IPRP dans un « pôle d'expertise », est une mesure forte. Philippe Duroy, le médecin coordinateur médical du SST1 déplore l'hétérogénéité des compétences que cache le terme d'IPRP et revendique une politique d'embauche de salariés qualifiés (de niveau bac+5), qui permet d'apporter une forme d'homogénéité au groupe et de faciliter la communication et la collaboration avec les médecins du travail :

*La pluridisciplinarité, c'est aussi une façon déguisée d'abaisser la qualité. Parce que la labellisation IPRP n'est pas soumise à un niveau cadre, donc vous avez des gens qui sont labellisés IPRP et qui sont... Il y a de tout. (...) Les embauches sont décidées conjointement entre la direction et moi et la direction s'est entièrement pliée à mon avis parce qu'elle voit ce qu'il se passe ailleurs. Pour que ça se passe bien entre médecins et IPRP, il faut que ce soit des gens de niveau équivalent, sinon ça ne marchera pas. Si un IPRP bac +2 donne un ordre à un médecin, ou lui dit qu'il s'est gouré, ça ne marchera pas !*

Il s'agit donc d'assurer un certain niveau qualitatif et de construire un groupe de professionnels légitimes sur leur territoire professionnel et qui seront écoutés par les médecins. Ainsi, au SST1, les assistantes santé travail ne font pas partie du groupe des IPRP mais du « premier niveau » de pluridisciplinarité, bien qu'elles puissent collaborer avec le pôle d'expertise des IPRP. De ce fait, elles conservent un rapport hiérarchique explicite avec les médecins. Dans d'autres services, des techniciens HSE et autres « techniciens en

métrologie » effectuent des tâches similaires à celles des assistantes santé travail et sont comptabilisés parmi les IPRP, ce qui en fait un groupe large et éclectique.

C'est le cas par exemple du SST5. Michel, psychologue dans ce service, voit le terme d'IPRP comme une menace de nivellement par le bas. Le fait d'être assimilé à des techniciens « bac+2 » lui paraît néfaste. En effet, dans ce contexte, les règles qui s'appliquent indifféremment à tous les IPRP lui semblent injustes : pourquoi les coopérations entre un médecin et un psychologue devraient-elles suivre la même procédure que celles entre un médecin et un technicien en métrologie ? Dans son service, un médecin est mécontent de la prestation d'un technicien et s'indigne qu'il ait transmis son rapport directement à l'entreprise sans le lui soumettre auparavant. Il soulève son problème en commission médicoteknique (CMT) et la CMT décide alors que tous les rapports entre les IPRP et les entreprises doivent faire l'objet d'un compte rendu auprès du médecin. Michel s'estime sanctionné pour une erreur que lui – et son groupe, les psychologues – n'ont pas commise. Les techniciens ont terni la « réputation » des IPRP :

*IPRP, je déteste cette dénomination parce que justement c'est trois métiers qui sont complètement distincts (psychologues, ergonomes et techniciens), qui n'ont rien à voir. Mais on nous appelle « les IPRP », alors on fait appel à un technicien pour une étude et le technicien, pour une raison ou pour une autre, n'aura pas satisfait à la demande du médecin, et ce sera tous les IPRP... On défait une réputation plus rapidement qu'on en fait une !*

Le terme d'IPRP, englobant la plupart des intervenants non-médecins, participe pour Michel à une dé-différentiation des spécialités qui dévalorise celles qui sont les mieux installées en dehors du contexte organisationnel, comme la psychologie.

Yves, médecin rencontré au SST3 qui promeut l'ergonomie, déplore également l'hétérogénéité des compétences pluridisciplinaires qui laisse le médecin maître des actions pluridisciplinaires, alors qu'un groupe de niveau bac +5 aurait plus d'autonomie, conformément à l'esprit de la pluridisciplinarité tel que formulé dans les textes européens :

*Dans la directive européenne il est bien précisé qu'il doit y avoir un échange de ces compétences sur le principe de l'égalité. Donc qui dit « égalité d'échange de compétences » dit : « même niveau de compétences ». C'est-à-dire un même niveau d'indépendance professionnelle. Donc ils sont en principe niveau Bac+5 à peu près, c'est-à-dire des gens qui ont une autonomie par rapport à leurs modes opératoires, qui ont déjà développé une indépendance par rapport à leurs savoir-faire. Au lieu de ça, on va déléguer à une équipe pluri qui est complètement indéterminée. Ici, vous voyez qu'on mélange tout dans cette équipe « pluri » hein ! Il y a à la fois les AST, il y a les Préventeurs Risques des Activités Physiques (PRAP). Donc qui sont des gens qui ont... ici par exemple c'est les chauffeurs de cars qui ont fait une formation à l'INRS pour accéder à une formation gestes et postures, et qui après ont eu un deuxième niveau de formation pour être PRAP. Bon, ce sont des gens qui font très bien leur boulot hein ! Mais vous avez aussi des métrologues, etc., mais des*

*gens qui n'ont pas les mêmes qualifications que les ingénieurs, qui se trouvent mélangés ici, dans ce truc-là, et donc le médecin va déterminer qui va faire quoi d'une façon un peu aléatoire.*

Les propos d'Yves suggèrent que plus les IPRP sont qualifiés, plus les conditions de collaboration seront réunies. Le fait de mêler les IPRP les plus qualifiés et les moins qualifiés laisse selon lui trop d'éléments à la discrétion des médecins (« le médecin va déterminer qui va faire quoi d'une façon un peu aléatoire »). Selon lui, la « pluridisciplinarité » pourrait fonctionner si les médecins reconnaissaient l'égalité entre leurs compétences et celles des IPRP avec lesquels ils travaillent.

Par sa politique d'embauche et ses deux niveaux de « pluridisciplinarité », le SST1 échappe à l'amalgame entre professionnels de différents niveaux que Michel et Yves déplorent. Cependant, son GIE emploie des IPRP aux fonctions différentes. Parmi eux, on trouve des IPRP qui, au contraire des autres, n'ont pas de fonction d'intervention en entreprise sur sollicitation des médecins et ne sont donc pas visibles comme tels. C'est le cas des formateurs, qui effectuent des prestations facturées aux entreprises, comme des formations « PRAP » (Préventeurs Risques des Activités Physiques). Une juriste a aussi été embauchée à l'issue de son stage : elle rejoint la « pluridisciplinarité niveau 2 », mais son expertise n'est pas traditionnellement reconnue comme une des expertises mobilisées par les médecins dans le cadre de la « pluridisciplinarité »<sup>645</sup>.

Ainsi, un personnel qui n'est pas identifié comme « IPRP » rejoint les effectifs du groupe et rend ses frontières peu lisibles.

Les différentes politiques de recrutement des IPRP laissent présager de rapports différents entre les médecins et les différents types d'IPRP. Dans le cas où ils ont tous une formation de l'enseignement supérieur, ils doivent pouvoir s'imposer face aux médecins, tandis que le personnel moins qualifié, notamment les AST, se situe davantage dans un rapport de subordination face à eux (qui est hérité du rapport médecin/secrétaire). On verra que dans la réalité, les rapports de pouvoir entre médecins et IPRP, même au SST1 dont la politique d'embauche garantit leur niveau d'expertise, sont loin d'être à l'avantage de ces derniers.

D'une part, l'analyse des données de terrain indique, sans surprise, que moins les IPRP constituent un groupe homogène, à la fois dans les statuts (certains ont un titre professionnel, d'autre pas), les types de compétences (« techniques » ou

---

<sup>645</sup> Ce n'est pas le cas au SST1, mais il est également possible pour les infirmières d'être habilitées comme IPRP et de venir ainsi gonfler les chiffres des « pluris ».

« organisationnelles ») et dans les niveaux de formation (de bac+2 à bac+5), moins le groupe se montre solidaire. D'autre part, les conditions de cette solidarité apparaissent particulièrement liées aux politiques des services de santé au travail quant aux conditions d'emploi et de travail des IPRP (embauche, rémunération, localisation des bureaux).

### ***Encadré 6.2 L'organisation du groupe : la création d'une association***

Une association, l'AFIST (association française des intervenants en santé au travail) est créée en 2003 « à l'initiative de plusieurs IPRP de services interentreprises, avec pour objet de promouvoir et favoriser le développement des activités et de la réflexion des intervenants IPRP dans le domaine de la santé au travail. »

L'association modifie ses statuts en 2013 pour remplacer le terme d'intervenant « devenu trop imprécis » par celui d'« IPRP »<sup>646</sup>. Fanny, membre de l'association, explique le choix originel du terme d'« intervenant » par une volonté d'ouverture, notamment à ceux qui n'étaient pas habilités en tant qu'IPRP. Aujourd'hui, la question se pose différemment car les infirmières et les AST interviennent aussi dans les services de santé au travail : le terme d'« IPRP » exclut ces deux types de personnel.

En 2013, la loi précise que l'enregistrement en tant qu'IPRP est inutile pour les intervenants employés par des services de santé au travail. Le terme d'IPRP mentionné dans les nouveaux statuts ne désigne donc pas spécifiquement les professionnels *habilités* ou *enregistrés* en tant que tels, mais bien l'ensemble des métiers « répondant aux missions des IPRP », dont l'association se veut fédératrice.

Fanny est convaincue de l'existence d'une « identité commune » créée par le contexte institutionnel commun de l'exercice en service interentreprises de santé au travail. Selon elle, l'association doit contribuer à construire un « métier » fondé sur l'exercice dans le cadre de la « pluridisciplinarité », notamment pour être unis vis-à-vis des médecins du travail.

*Sur le vocabulaire, on tâtonne encore, mais je pense que le métier d'IPRP comporte plusieurs disciplines. À mon avis, c'est ce vers quoi il faut tendre, sinon on est divisés. Je pense qu'il y a une identité d'IPRP en SIST. C'est le principe de l'association : faisons corps, essayons de trouver des dénominateurs communs, même si on a des disciplines différentes, qu'on est ergonomes, psychologues, ingénieurs chimistes, techniciens. Il faut qu'on se mette d'accord sur une manière de regarder le travail et sur comment se positionner par rapport aux autres acteurs des services, notamment les médecins du travail, travailler la question de qui on est.*

Ainsi, selon Fanny, le mode d'insertion dans l'organisation définit le « métier » davantage que la discipline exercée. Ce métier n'est pourtant pas une donnée, il est à « travailler » ensemble.

L'AFIST organise un temps fort national tous les ans. Les programmes de ces rencontres annoncent de nombreuses communications sur les aspects techniques de la pratique de chaque type d'intervenants. Le travail de construction d'une identité commune, qui, selon Fanny, 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 :

*Là, sur la journée on a un programme assez technique parce que ça nous crédibilise par rapport à nos directions, parce que si on dit « je vais à une journée pour réfléchir à mon identité d'IPRP ; ou à comment ne pas se faire phagocyté par des médecins qui sont managers »... Donc ça, c'est le « off », mais le « in » est très technique. On a des directions de service qui deviennent très gestionnaires qui ne verraient pas d'un bon œil qu'il y ait des réunions par discipline ET des réunions IPRP, donc si entre les deux il faut choisir, il faut sauvegarder les journées IPRP.*

L'association considère donc prioritaire le renforcement de la solidarité entre IPRP, qui passe par la construction d'une identité commune, travaillée lors de ces rencontres.

<sup>646</sup> Benedetto Anne, Désarménien Arnaud, Langer Béatrice, Parise Fabien, « Pratique de l'ergonomie en service de santé au travail, un renouvellement des modèles de l'intervention ? », communication au 48e congrès international de la société d'ergonomie de langue française, 2013.

### 2.3. L'appartenance à des groupes professionnels plus ou moins institués : des loyautés concurrentes ?

Les IPRP rencontrés s'identifient d'abord par leur groupe professionnel. Les ergonomes que semblaient attachés à leur métier et ne pas valoriser particulièrement leur statut d'IPRP. Cependant, ils n'ont pas explicitement mis en balance leur appartenance au groupe des ergonomes et celle au groupe des IPRP<sup>647</sup>. En revanche, plusieurs des psychologues que j'ai rencontrés clament la prépondérance de leur titre sur leur habilitation d'IPRP. On a vu que Michel, au SST5, refusait d'être assimilé à un technicien et revendiquait une plus grande considération pour son statut d'expert. Les psychologues de son service tiennent à leur échange de pratiques avec Maud L., qui est une psychologue reconnue, afin de conforter leur posture professionnelle.

De même, Élodie, psychologue d'une autre région, revendique haut et fort son statut professionnel, qu'elle estime bien plus important que l'habilitation d'IPRP.

*Ce terme d'IPRP, qui se veut fédérateur, autorise beaucoup de violence symbolique ou de déni sur la réalité des métiers... On vous demande d'en être ou pas, vous êtes IPRP ou vous n'existez pas, et ça vient dénier ce que chacun peut faire en fonction de son identité de métier... un ingénieur HSE, un psychologue... Ce terme d'IPRP crée du flou et une masse diffuse qui génère de l'inquiétude chez les médecins du travail. De plus en plus, comme chaque professionnel est amené à expliciter ce qu'il peut faire, à un moment donné, on est bien obligés d'appeler un chat un chat : cette habilitation, ça fout le bordel plus qu'autre chose !*

Pour elle, les psychologues n'ont aucun intérêt à ce qu'un amalgame soit fait entre eux et les autres intervenants dans les services de santé au travail. Elle me fait part de son opinion que le groupe des « IPRP », très hétérogène, n'est que transitoire et que les professionnels qu'il regroupe ne peuvent pas s'appuyer sur lui pour être reconnus. En revanche, son titre de psychologue témoigne de son appartenance à un groupe reconnu, avec des institutions, un code éthique, qui la positionnent professionnellement et la soutiennent. Elle est la seule psychologue dans son service et elle se bat avant tout pour son autonomie de psychologue<sup>648</sup> :

*IPRP, ce n'est pas un métier, c'est une habilitation ! On a un titre national, qui donne droit à exercice, c'est ce titre qu'il faut mettre en avant. L'habilitation d'IPRP vient brouiller les identités de métiers. L'identité professionnelle, c'est quelque*

---

<sup>647</sup> Cela a été remarqué dans un rapport élaboré au niveau régional, dans lequel les ergonomes cités ne semblent pas investir leur identité d'IPRP, mais au contraire valoriser davantage leur identité de métier : « L'étiquette d'IPRP est le résultat d'une logique gestionnaire qui efface les spécificités métiers » ; « L'étiquette IPRP n'a pas d'importance, ce qui guide ma pratique c'est mon métier et non cette habilitation ».

Fantoni Sophie, Kubiak Julien, Roquet Pascal, « 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.

<sup>648</sup> Les extraits qui suivent sont issus de la retranscription d'un entretien téléphonique non-enregistré. Par conséquent, ils sont moins précis que les autres extraits d'entretiens mobilisés.

*chose d'étayant qui permet de savoir d'où on vient et éventuellement où on peut aller, ça permet de créer des limites qui sont structurantes pour l'action ... alors que cette habilitation-là, elle a été décrétée par la loi, ça ne marche jamais quand ça se passe comme ça. Quand je suis arrivée dans mon service, on m'a dit : « Il faut que tu sois habilitée », j'ai dit « Est-ce que je suis obligée ? J'ai un numéro ADELI ». Je suis psychologue, j'ai un code de déontologie, mon titre est reconnu par la loi... Et en fait, non, le titre de psychologue était suffisant pour prouver le fait que je pouvais exercer.*

La réaction d'Élodie à l'habilitation en tant qu'IPRP témoigne d'un refus du « *professionalism from above* »<sup>649</sup> qu'on lui propose et qu'elle n'estime pas légitime. Elle refuse que son exercice professionnel soit défini par son contexte institutionnel (la santé au travail) car la définition « *from within* »<sup>650</sup> offre un cadre suffisant à son travail, et dans lequel elle se reconnaît. La loi entérine son titre de psychologue, le « reconnaît » *a posteriori*, contrairement à l'habilitation d'IPRP qui est selon elle « décrétée » par la loi, *a priori* et indépendamment de tout groupe préconstitué.

Les psychologues, et, dans une moindre mesure, les ergonomes, font également fréquemment appel à des réseaux universitaires pour conforter leur position dans les services de santé au travail. Suite à un conflit avec un médecin qui a dénigré leurs pratiques en réunion de la commission médico-technique, et alors que la direction du service tentait de minimiser la portée des propos du médecin, les psychologues du SST2 ont été chercher du soutien du côté de l'université, avec laquelle elles sont restées en contact. Des universitaires leur confirment que les propos qui ont été tenus à leur égard constituent « plus qu'une insulte ». De la même manière, Luc affirme qu'à ses débuts, alors qu'il éprouvait une grande difficulté à se construire un rôle auprès des médecins, le fait de garder des relations régulières avec sa faculté d'origine l'« aidait à retrouver une identité », et Emma, ergonome au SST3, affirme que les liens qu'elle a conservés avec son ancien professeur d'ergonomie l'aident dans son exercice quotidien en service de santé au travail.

Le jeune âge des psychologues et des ergonomes en question n'est évidemment pas étranger au maintien de relations avec le milieu universitaire, mais ces liens témoignent aussi du fait que ces professionnels se réclament avant tout d'une discipline, sur laquelle leur métier se fonde, par opposition à d'autres activités, souvent moins prestigieuses, qui n'ont pas cette base de connaissances et d'institutions académiques pour les soutenir.

Contrairement à certains médecins promoteurs de la pluridisciplinarité et « travailleurs

---

<sup>649</sup> Je reprends ici la distinction originellement effectuée dans : McClelland, C.E. "Escape from freedom? Reflections on German professionalization 1870-1933", in Torstendahl Rolf, Burrage Michael, *The Formation of Professions : knowledge, state and strategy*, London, Sage, 1990.

<sup>650</sup> *Ibid.*

en équipe », les psychologues montrent moins de signes de loyauté organisationnelle que de signes de loyauté à leur profession. Les psychologues cherchent à construire leur propre manière de faire leur métier dans un environnement qui se caractérise par des injonctions au professionnalisme issues de différents types d'acteurs (médecins, directions) et qui sont contradictoires (l'interdiction d'aller en entreprise, dans certains services, se couple du mépris occasionné par une pratique centré sur les entretiens individuels). Il est révélateur qu'en cas de problème, et notamment de conflits avec les médecins, ce soient aux segments les plus « purs » de leur profession (c'est à dire, les plus éloignés de la pratique et les plus proches de la théorie), leurs pairs universitaires, qu'ils se réfèrent et non pas à leur hiérarchie.

## Section 2 : Un accueil différencié des médecins en fonction des disciplines

Les IPRP ont donc globalement une position dans les services qui est moins confortable que celle des médecins. Cependant, tous ne sont pas logés à la même enseigne et la discipline représentée semble faire la différence. Pour le constater, penchons-nous sur les deux médecins mentionnés plus haut qui consacrent une partie de leur temps de travail à une activité d'IPRP.

Quel rôle jouent-ils sur l'activité de leurs collègues IPRP, et plus particulièrement sur l'activité de ceux qui partagent leur affiliation disciplinaire ?

### **1. Médecins IPRP et IPRP : un parrainage aidant ou étouffant ?**

Philippe est médecin coordinateur du service et toxicologue au SST1. Ses compétences en toxicologie sont largement reconnues au niveau national. Dans le service, il tient lieu de personne ressource dans ce domaine avant que des toxicologues ne soient embauchés au titre de la « pluridisciplinarité », au début des années 2000 (la première embauche se fait en 2003). Dans un premier temps, d'après Julien, toxicologue embauché en 2005, les jeunes toxicologues jouent un rôle de « filtre », afin que Philippe ne se retrouve pas dépassé par la demande de ses confrères et que ne lui parviennent uniquement les demandes qui posent problèmes aux IPRP toxicologues. Cette hiérarchisation joue un rôle protecteur pour les IPRP toxicologues : l'équipe de toxicologie se repose en partie sur les compétences de ce médecin. Julien affirme que les IPRP, en apprenant auprès de Philippe, gagnent à leur

tour le respect des médecins. De plus, de mes entretiens ressort une très forte légitimité de cette équipe au sein du service.

Dans un autre service, le SST6, Ludovic est embauché en 2005 au titre de la « pluridisciplinarité » et s'insère dans un groupe « toxicologie » déjà constitué de quatre ou cinq médecins. Il commence son activité sous leur supervision. Les interventions se font en binôme les premiers mois, puis il gagne rapidement la confiance des médecins du travail de son service, qui le sollicitent seul. Sa légitimité devient rapidement très solide.

Dans ces deux cas, des médecins jouent les intermédiaires entre leurs confrères et les IPRP toxicologues, puis s'effacent quand la confiance est établie et réapparaissent en cas de problème. Ces deux toxicologues témoignent de collaborations pacifiques avec les médecins du travail et d'un fonctionnement « pluridisciplinaire » sans heurt.

Au SST1, Édith est un médecin du travail qui se forme en épidémiologie et consacre une partie de son temps à cette activité, en tant qu'IPRP. Les aspects techniques de l'épidémiologie lui prennent beaucoup de temps : elle souhaite réfléchir à des études mais pouvoir déléguer le maniement des chiffres. Elle convainc alors sa direction d'embaucher un statisticien à cet effet. C'est dans ces circonstances que Stéphanie, au terme d'une formation de master deux en statistiques, rejoint le service comme IPRP. Avec Édith, elles forment le « pôle épidémiologie » dans lequel l'une est spécialisée sur l'élaboration de questionnaires et l'autre sur les aspects techniques du traitement des données. Édith est peu satisfaite de sa collaboration avec Stéphanie. Elle lui reproche son manque de curiosité intellectuelle (elle ne lit pas les ouvrages de sciences sociales qu'elle lui conseille) et de ne pas « poser les bonnes questions ». En somme, elle lui reproche son statut de « technicienne », qui correspondait pourtant à sa demande initiale. Elle contribue aussi à l'y cantonner, de peur que le travail ne soit mal fait. Par exemple, Édith ne souhaite pas que ses confrères sollicitent Stéphanie sans la consulter. Quand une équipe de quelques médecins du travail, voulant mettre en place une étude épidémiologique portant sur la santé des femmes au travail, font appel à Stéphanie, Édith s'insurge « Elles ne comprennent pas qu'elle fait la partie technique et moi je fais le... Je donne le corps ».

Quand des IPRP expriment le souhait que Stéphanie participe à un groupe d'IPRP qui se réunit autour des demandes « RPS », elle confie qu'elle trouve ça « ridicule » : « c'est comme si je venais avec ma secrétaire ». Stéphanie est avant tout un outil « technique » au service du « pôle épidémiologie », qui se résume à la personne d'Édith : cette dernière souhaite que la division du travail entre elles se fasse « verticalement » – le terme de « secrétaire » implique une relation hiérarchique, pourtant inexistante. Le point de vue global

revendiqué par Édith fait défaut à Stéphanie, elle ne peut donc prétendre à intervenir seule. L'appui technique de médecins du travail sur des enquêtes qu'ils mettraient en place s'avère également difficile puisqu'Édith estime que ses confrères nécessitent davantage qu'un appui technique.

Ainsi, si Philippe facilite le contact entre les toxicologues et ses confrères médecins en les « adoubant » en quelque sorte, en leur accordant sa confiance et en restant présent en cas de problème, Édith, à l'inverse, fait écran entre Stéphanie et ses confrères médecins. De plus, contrairement à Philippe dont les compétences font consensus, le fait que la légitimité d'Édith soit contestée par ses confrères met Stéphanie dans une position délicate. Cette différence entre la toxicologie et l'épidémiologie (ou, plus généralement, un domaine où les sciences sociales interviennent), n'est pas l'apanage du SST1. Si à première vue on peut croire à un problème de personnes (Philippe est facilitant, il est apprécié, tandis que la personnalité d'Édith ne fait pas l'unanimité dans le service), le toxicologue interrogé au SST7 renvoie la même situation dans son service. Le « groupe toxicologie » y est bien implanté, notamment, dit-il, du fait de sa longévité (il est formé depuis le milieu des années 1990) et des diplômes en toxicologie dont peuvent se targuer les médecins membres. En revanche, le groupe référent que le service a mis en place en ergonomie n'est pas aussi légitime aux yeux des médecins du travail et est lui-même en proie à des divisions internes. Ainsi, le statut de « science dure » de la toxicologie faciliterait l'organisation de la « pluridisciplinarité » dans ce domaine, à l'inverse des disciplines ayant trait à l'organisation du travail.

## **2. Une difficulté accrue pour les « sciences molles »**

Les psychologues et les ergonomes rencontrés font souvent mention d'un problème qu'ils rencontrent dans leur rapport avec les médecins : le fait que certains médecins aient le sentiment de maîtriser le domaine qu'ils revendiquent, soient la psychologie ou l'ergonomie. Les sciences sociales apparaissent comme des « sciences molles »<sup>651</sup> qu'un peu de « bon sens »<sup>652</sup> suffit à maîtriser.

Les médecins interfèrent plus volontiers dans le travail des « experts » en sciences humaines que dans celui des toxicologues : ils s'immiscent alors dans le contenu même du travail. Les

---

<sup>651</sup> L'opposition entre « sciences dures » et « sciences molles » est utilisée en entretien par Philippe, le médecin coordinateur lors de notre entretien, puis par Stéphane, ergonomiste au SST1.

<sup>652</sup> Lors de discussions informelles et de plusieurs entretiens, des psychologues évoquent le mépris que certains médecins ont pour eux et mobilisent cette notion de « bon sens », qui vient nier leurs compétences professionnelles et mettre les médecins au même niveau qu'eux, si ce n'est au-dessus, dans leur domaine même de spécialité.

psychologues regrettent ce qu'ils prennent pour une absence de respect de leurs compétences. Luc dénonce par exemple « deux poids, deux mesures », quant au respect des frontières disciplinaires de chacun :

*On se disait « mais merde, on a une expérience professionnelle, on a une expertise que les médecins n'ont pas. On est désolés pour eux quoi, mais nous on n'est pas médecins, on n'y connaît rien en médecine, on est très bon en ergonomie, ou en psychologie du travail ou en toxicologie, et ben laissez-nous nos compétences, chacun ses compétences! On ne va pas dire “oui, il faut faire une opération, machin”, “Vous avez un problème de vue”, on ne va pas commencer à aller dans le médical, ce n'est pas notre rayon ».*

Ainsi, certains médecins se positionnent sur le bien-fondé d'une méthodologie ou d'une approche portée par un IPRP. En revanche, on verra dans l'exemple de la prévention des RPS que quand les médecins estiment que les IPRP empiètent sur leur propre territoire professionnel, ils peuvent voir leur pratique taxée d' « exercice illégal de la médecine ».

En outre, certains médecins choisissent de se former en sciences humaines, souvent dans un objectif de prévention des « risques psychosociaux ». Ils suivent alors des formations en « clinique de l'activité » ou « psychodynamiques du travail » – qui mettent l'accent sur l'observation du travail, sur les facteurs organisationnels – ou des formations en gestion du stress,  *coping*, qui mettent l'accent sur les responsabilités individuelles.

Pour les seconds, la formation est avant tout une occasion d'obtenir un « boîte à outils » leur permettant de faire face à des situations de confrontation à la détresse de salariés pour lesquelles ils ne s'estiment pas équipés. Pour les premiers, cette formation est théorique et ne repose pas sur une « boîte à outils » mais sur une réflexion sur les liens entre santé et travail. Ces médecins, dans trois des services visités (j'en ai rencontré trois), revendiquent alors un statut de spécialistes des « risques psychosociaux ». En revanche, leurs confrères les considèrent comme des porteurs d'une « école » et ne souhaitent souvent pas avoir à suivre leurs enseignements. Le choix des pratiques est alors présenté comme un choix subjectif, qui s'opère en fonction des affinités théoriques de chacun, ou bien en fonction de leur sensibilité aux problématiques de « risques psychosociaux ». De ce fait, quand des médecins s'estiment compétents sur la question, leur compétence ne fait pas l'unanimité auprès de leurs confrères. Cela ne facilite pas l'introduction d'IPRP spécialisés, car les conflits et débats sur les pratiques médicales sont alors largement reportés sur leurs pratiques.

En comparaison, les toxicologues questionnés ont le sentiment d'apporter une expertise dans un domaine dans lequel les médecins sont largement incompetents, et sur lequel ils sont en demande. C'est le cas de Ludovic, qui travaille dans un service en dehors de

la région étudiée, qui explique que son action s'insère dans un créneau « plus facile » que celle des autres IPRP, notamment les psychologues et les ergonomes :

*C'est plus facile parce que la formation des médecins du travail est minime en toxicologie, sur le risque chimique. Ils ont des compétences... modérées, on va dire, alors ils sont contents d'avoir des spécialistes. Il faut avoir le temps de suivre les évolutions réglementaires et scientifiques... Faire une évaluation des risques chimiques c'est lourd et compliqué. Il y a des produits qui sont très peu utilisés mais très dangereux, il faut du temps, des compétences...*

Ludovic naturalise cette différence de réception dans ce discours en présentant son expertise comme particulièrement précieuse au regard des compétences et du temps qu'elle nécessite et de la force des enjeux qu'elle brasse (les produits sont « très dangereux »).

Au SST1, le discours de Julien rejoint celui de Ludovic. Il estime que son expertise apparaît plus solide aux médecins que celle des ergonomes, notamment parce qu'elle repose sur la détention d'« informations » qui font défaut aux médecins :

*Autant on a l'impression qu'on peut s'improviser ergonomiste, autant c'est plus difficile de maîtriser les nomenclatures chimiques... Les médecins sont en demande d'informations complémentaires et, dans le service, on est vus comme une bonne source d'information.*

Les médecins ne « maîtrisent » pas les nomenclatures chimiques. Or, dans leur exercice, ils doivent se prononcer sur la dangerosité ou non d'un produit ou d'une atmosphère de travail. Ils identifient alors clairement un besoin d'assistance à ce sujet, et formulent une demande à l'attention d'un personnel disponible et qualifié : les toxicologues. On comprend alors la position privilégiée de ces derniers par rapport aux médecins, d'une part – avec lesquels les relations sont globalement bonnes – et par rapport aux autres IPRP, d'autre part, dont les expertises font l'objet d'une reconnaissance moindre et d'un besoin moins clairement et moins unanimement identifié (certains ont l'impression qu'ils peuvent « s'improviser ergonomes »).

Notre enquête a porté plus particulièrement sur les IPRP chargés de prévenir les « risques psychosociaux ». Cependant, l'étude de leur place dans les services devait être enrichie de l'étude de la place des IPRP issus d'autres disciplines, afin de mieux saisir leur spécificité. En effet, la manière dont les IPRP parviennent à se faire une place dans les services dépend de leur appartenance disciplinaire et de la vision qu'en ont les médecins. De ce fait, les rapports de pouvoir s'organisent différemment entre médecins et toxicologues qu'entre médecins et psychologues – deux positions opposées dans la mesure où l'une, très légitime, fait consensus parmi les médecins, et où l'autre, peu légitime, occasionne des disputes entre eux.

\*\*\*\*\*

Les débuts de la « pluridisciplinarité » se caractérisent par l'introduction de nouveaux groupes professionnels sous l'appellation d' « IPRP ». Dans les services de médecine du travail, ce terme indique un exercice professionnel, si ce n'est dicté, du moins fortement guidé par les interactions avec le médecin, officiellement l'unique prescripteur des interventions « pluri ». L'inconfort que ressentent beaucoup d'IPRP au sein des services de santé au travail est donc à mettre sur le compte d'une nouvelle division du travail qui s'inscrit dans une organisation traditionnellement dominée par un acteur : le médecin du travail. Il est aussi conditionné par les différents types d'expertise qu'apportent les IPRP et par la conception que les médecins du travail en ont : cette expertise est-elle indispensable ? Ont-ils eux-mêmes des compétences dans ce domaine ? Un écart se creuse entre des disciplines qui font consensus et celles qui semblent poser problème. Ainsi, les toxicologues incarnent la « pluridisciplinarité » dans ce qu'elle a de plus positif, comme une collaboration fructueuse entre d'une part des médecins, qui ont besoin d'informations et de compétences d'analyse et, d'autre part, des IPRP qui détiennent le savoir et les compétences attendus. Les médecins du travail n'émettent pas de revendication sur le territoire professionnel des toxicologues, uniquement des demandes à leur égard. En revanche, en ergonomie et en psychologie, les territoires sont moins bien circonscrits et la relation d'assistance en pâtit. La suite de ce chapitre se concentre sur le cas de l'ergonomie et de ses praticiens, tandis que le cas de la psychologie et des psychologues sera largement abordé, au regard de la problématique de division du travail de prévention des « RPS », dans notre troisième partie.

### Section 3 : Contraintes et marges de manœuvre des ergonomes en service de santé au travail

J'ai choisi de me pencher sur les ergonomes exerçant dans les services interentreprises de santé au travail pour mettre en valeur les contraintes et les marges de manœuvres des IPRP au sein du système « pluridisciplinaire ».

Les ergonomes sont présents de longue date dans les services. Ils semblent incarner ce tournant vers la prévention primaire et collective, dans une forme d'extension de l' « action en milieu de travail » du médecin, soit la partie de son activité qui n'implique pas une consultation médicale mais une action préventive en entreprise. Mes données de terrain permettent de nuancer cette image des ergonomes, et notamment de construire une image plus

contrastée des interventions menées au titre de l'ergonomie dans les services de santé au travail.

## 1. De l'ergonomie aux ergonomes

### 1.1. *Nouvelle ressource ou nouveaux collaborateurs pour les médecins du travail ?*

Avant les années 1960, les accidents du travail sont le plus souvent attribués à des défaillances humaines. Leur prévention se concentre en conséquence sur une éducation des populations ouvrières afin de développer chez eux un « esprit de sécurité ». Dans les années 1960, l'idée que les accidents résultent de « facteurs humains et matériels étroitement liés »<sup>653</sup> se développe, ce qui ouvre la voie à une approche *ergonomique* de leur prévention.

L'ergonomie se définit avant tout par son objet : l'adaptation du travail à l'homme et l'amélioration des conditions de travail. Ainsi, elle se construit sur des bases pluridisciplinaires. Francis Six, professeur d'ergonomie et pionnier de la discipline, décrit une ergonomie qui émerge d'abord en tant que rassemblement de plusieurs compétences, et ne s'incarne pas dans une personne (l'ergonome), mais dans des collaborations.

*La vision qui était portée, c'était le fait que l'ergonomie, c'était pluridisciplinaire – on insistait beaucoup là-dessus – et que personne ne pouvait vraiment être porteur de plusieurs disciplines en même temps. Et donc, on voyait plus l'ergonomie comme la coopération, la collaboration de personnes ayant des compétences... Là, par exemple, c'était le modèle du « Centre d'Étude des Problèmes Humains du Travail » : une personne qui avait une formation d'ingénieur pour la technique, un psychologue et un médecin. Enfin : médecin ou physiologiste. Donc, on était plus sur un modèle comme celui-là, qui était en quelque sorte une préfiguration de pluridisciplinarité.*

L'approche ergonomique est développée par un médecin, Alain Wisner. À partir de la fin des années 1960, ce fondateur forme des médecins aux principes de l'ergonomie, ce qui contribue à leur diffusion dans l'industrie. Francis Six dépeint une discipline très technique qui utilise la physiologie et la psychologie pour concevoir des outils et des machines adaptés à l'homme. Dans un second temps, la discipline a élargi son domaine d'action à l'organisation et aux systèmes de travail.

Finalement, sur un domaine « pluridisciplinaire », c'est à dire un domaine qui mobilise des spécialistes de différentes disciplines au service d'un regard sur l'activité de travail

---

<sup>653</sup> Moutet Aimée, « La place de l'ergonomie dans la politique du patronat et des syndicats ouvriers de la métallurgie française, 1960-1973 », in Bruno Anne-Sophie, Gerkeens Éric et al. (dir.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles)*, PUR, 2011, pp. 255-269, p. 267.

(l'ergonomie), des spécialistes se constituent : les ergonomes. Il leur a fallu pour cela s'émanciper de disciplines connexes, et plus particulièrement de la médecine du travail.

Dans la région suivie, le professeur D. explique qu'il a souhaité fonder une institution distincte, une association locale d'ergonomie, dans le but d'accompagner ce mouvement d'émancipation. Celle-ci était d'autant moins aisée que le médecin du travail et l'ergonome ne faisaient souvent qu'un :

*Pour bien montrer que l'ergonomie n'était pas soluble dans la médecine du travail ou inversement. Que c'étaient quand même deux... Alors, à l'époque, on ne disait pas que l'ergonomie était une discipline ou une science – ce n'était pas encore ça –, mais que c'était quand même bien deux... oui, j'allais dire le mot « discipline » parce que je ne trouve pas d'autre mot. Deux disciplines différentes, quoi ! L'ergonome n'est pas médecin du travail, le médecin du travail n'est pas nécessairement ergonome, même si il y a des médecins du travail qui se sont formés à l'ergonomie qui sont devenus ergonomes. Mais il y a aussi beaucoup de médecins du travail qui ont gardé une pratique de médecin du travail avec une formation d'ergonome. Alors là, ça posait déjà à l'époque des dilemmes pour les médecins du travail. Parce que bon : médecin du travail ? Ergonome ? Est-ce que je suis l'un ? Est-ce que je suis l'autre ?*

D'après le professeur, pour une meilleure complémentarité de la médecine du travail et de l'ergonomie, il est important d'insister sur leurs différences : les objets et les modèles théoriques n'étant pas les mêmes, sur un terrain similaire (celui de l'entreprise), les pratiques des médecins du travail et des ergonomes seront différentes.

Au début des années 70 ont lieu les premières intégrations des méthodes ergonomiques dans l'organisation du travail, bien que le patronat ait du mal à admettre « que l'autorité scientifique des ergonomes puisse battre en brèche le pouvoir de la hiérarchie sur le personnel d'usines »<sup>654</sup>. C'est aussi en 1973, alors que le métier d'ergonome est encore en construction, que l'ANACT (agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) est créée avec pour vocation « d'améliorer à la fois la situation des salariés et l'efficacité des entreprises, et de favoriser l'appropriation des méthodes correspondantes par tous les acteurs concernés »<sup>655</sup>.

Puis, en 1979, un décret affirme que le médecin du travail doit consacrer le tiers de son temps de travail à l'« action en milieu de travail », ce qui ouvre la voie à la prise en compte des conditions de travail dans les services de médecine du travail. F. Six témoigne du fait que ce sont en partie des ergonomes qui forment les médecins du travail habitués à leur exercice en cabinet à l'étude des postes de travail et donc à une « action en milieu de travail » :

---

<sup>654</sup> *Ibid.*, p. 268.

<sup>655</sup> Source : site Internet de l'ANACT, [www.anact.fr](http://www.anact.fr)

*L'instauration du tiers-temps du médecin du travail dans les textes, a créé un appel d'air. Les médecins du travail se sont dit : « C'est bien joli de nous dire qu'on doit passer un tiers de notre temps à nous occuper des conditions de travail, mais comment on fait ? ». On a retrouvé à partir de ce moment-là un certain nombre de médecins du travail au CNAM, qui venaient suivre des UE<sup>656</sup> d'ergonomie. L'Institut de Médecine du Travail avait un programme de formation continue pour les médecins du travail, donc on avait des modules que V. assurait, avec moi ou sans moi, pour les médecins du travail, sur des sujets souvent très techniques, par exemple : l'éclairage..., ce qui correspondait à des demandes très précises, très ciblées. Et avec D., on a fait alors à l'époque cet outil-là, qui s'appelait « Fiches pratiques du médecin entreprise », avec le partenariat de l'ANACT. C'étaient des fiches très visuelles, il y avait des dossiers... Et l'idée, c'était que le médecin du travail puisse prendre une fiche comme ça et puis aller sur le poste de travail.*

Des outils ciblés sont proposés aux médecins : c'est un savoir technique précis et qui n'entre pas dans la formation médicale qu'ils viennent chercher dans ces formations ou dans la collaboration avec l'ergonome<sup>657</sup>. La rédaction de « fiches » informatives à l'attention des médecins témoigne d'un esprit proche de celui – décrit ci-dessus – de mobilisation des connaissances en toxicologie des IPRP spécialisés.

## **1.2. Vers une profession d' « ergonome » ?**

Le titre d'ergonome n'existe pas en France. Un titre d'ergonome européen peut faire l'objet d'une demande, mais il n'est pas obligatoire pour exercer. Il s'inscrit dans une démarche militante pour la reconnaissance d'un titre d'ergonome. L'association pour la reconnaissance du titre d'ergonome européen (ARTEE) délivre ce titre selon des critères définis par les sociétés d'ergonomie de douze pays européens. La visée des sociétés d'ergonomie et des différentes associations nationales pour la reconnaissance du titre européen est d'obtenir une « certification qualité » qui garantirait un certain niveau aux ergonomes détenteurs du titre. Cette démarche correspond, selon la sociologie des professions fonctionnaliste, à une « professionnalisation », puisqu'il s'agit d'obtenir, à terme, un monopole légal sur une activité.

« Le Titre d'Ergonome Européen en Exercice s'adresse aux ergonomes :  
- ayant une formation universitaire correspondant aux critères européens  
- qui ont un exercice professionnel effectif dans le domaine de l'ergonomie au moins à 50% d'un temps plein. L'exercice professionnel considéré est une pratique d'intervention, incluant la participation à la transformation ou la conception des moyens de travail. »<sup>658</sup>

---

<sup>656</sup> Unités d'enseignement

<sup>657</sup> Cet ergonome quitte le service au début des années 2000 et il est remplacé par un jeune ergonome sortant de ses études, toujours en poste et que j'ai rencontré en entretien.

<sup>658</sup> Source : site web de l'Association pour la reconnaissance du titre d'ergonome européen (artee.com).

En analysant les critères d'inclusion et d'exclusion du titre d'ergonome européen, on arrive à lire l'image que les ergonomes rejettent, notamment celle d'une activité exercée en plus d'une autre (il faut exercer une activité dans le domaine de l'ergonomie à hauteur d'au moins 50% d'un temps plein). Sont explicitement exclus du titre « les professionnels de la santé qui ont un poste médical ou paramédical à plein temps ». Ainsi, un médecin du travail ne peut prétendre à un titre d'ergonome européen, même s'il a effectué une formation universitaire en ergonomie.

Il s'agit, d'une part, d'homogénéiser les pratiques qui se réclament de l'ergonomie, et, d'autre part, d'en exclure certains acteurs. Dans le processus que les fonctionnalistes qualifient de « professionnalisation », la confrontation à d'autres groupes (ceux qui n'exercent pas l'ergonomie à temps plein, et exercent donc une autre activité, et, parmi eux, plus particulièrement les professions médicales et paramédicales) joue un rôle prépondérant. Il s'agit donc d'élever des barrières à l'entrée à leur intention, de clôturer le marché afin qu'ils ne puissent l'intégrer<sup>659</sup>.

Dans cet esprit, les formations universitaires se multiplient avec, comme particularité, des enseignants qui ne sont pas passés par des formations en ergonomie et ne se sont considérés comme ergonomes que sur le tard.

### ***1.3. Une grande hétérogénéité des acteurs de l'ergonomie en SST***

Pour certains, l'habilitation « IPRP » brasserait trop large et aurait de ce fait un effet déqualifiant pour les groupes professionnels. De la même manière, certains acteurs témoignent du fait que le terme d' « ergonomie » recoupe des réalités très différentes suivant les services de santé au travail. Il s'agit tantôt de compétences avant tout techniques, notamment de mesure, tantôt de compétences plus abstraites liées à l'école d'ergonomie de langue française basée sur l'activité. Les données collectées à ce sujet permettent de penser qu'une évolution en faveur de ces dernières a eu lieu depuis la « pluridisciplinarisation » des services.

En 2001, au congrès de la SELF, un médecin du travail, M. Viossat, se penche sur l' « usage de l'ergonomie dans les services interentreprises »<sup>660</sup>. Il identifie notamment une disparité dans l'exercice de l'ergonomie en SST qui dessert la discipline. Quand M. Viossat

---

<sup>659</sup> Paradeise Catherine, « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et sociétés*, vol. XX, n°2, 1988, pp. 9-21.

<sup>660</sup> Viossat Michel, « De l'usage de l'ergonomie dans les services interentreprises », Actes de la journée de la SELF « La pluridisciplinarité en santé au travail : des échanges de pratiques », 14 juin 2001.

présente son texte, un débat est engagé dans la salle durant lequel il précise que dans son service, deux personnes interviennent à la demande des médecins au titre de l'ergonomie :

*Dans notre service, il y a deux personnes qui portent l'étiquette de l'ergonomie. Une personne qui est votre serviteur, et une deuxième personne qui est une secrétaire, qui a fait une formation d'abord orientée uniquement sur de la métrologie, et à qui jusqu'à il y a quatre cinq ans, on ordonnait d'aller mesurer essentiellement du bruit, parfois de la lumière, dans tel atelier, de telle manière. Ce qu'on lui demandait, c'était d'être un trépied intelligent pour tenir un sonomètre, c'est à dire savoir à peu près où se mettre et faire une moyenne de logarithmes. Ensuite, le rapport de ces mesures était exclusivement destiné au médecin du travail. Pendant plusieurs années, cette personne s'est épuisée à refaire toujours la même chose.*

Le médecin du travail déplore donc le rapport instrumental que les médecins développent avec les ergonomes : ceux-ci se présentent comme des outils à leur service, leur travail est donc à la fois répétitif et « épuisant ». Dans un des GIE pour lequel il intervient, la convention spécifie que les ergonomes ne peuvent intervenir qu'à la demande du médecin. Ce dernier détermine aussi « si les modalités d'intervention proposées par l'ergonome sont les bonnes » et il est « le seul destinataire du rapport de l'ergonome ». Il en conclut une « subordination très nette de l' « intervention ergonomique »<sup>661</sup> au médecin du travail, et en déplore les effets sur la construction de la pluridisciplinarité.

Les choses ont partout évoluées depuis la communication de M. Viossat et cette forme d'hétérogénéité du groupe semble absente du SST1, et de beaucoup de services visités<sup>662</sup>. La politique du SST1 d'embaucher uniquement des IPRP au niveau bac +5 minimum a notamment pour but de prémunir le service de ces disparités et d'entretenir une conception des IPRP, ergonomes inclus, comme des professionnels qualifiés. Si les médecins sollicitent encore les ergonomes pour des tâches qui pourraient revenir à des salariés moins qualifiés, le nouveau statut d'assistante santé travail (AST) pallie en partie ce problème en prenant en charge les tâches les moins prestigieuses de l'activité ergonomique. Il permet également de distinguer les secrétaires formées en tant qu'AST des autres secrétaires sans pour autant utiliser l'appellation d'ergonome, réservée, du moins dans le service, à des personnes davantage formées, qui forment du même coup un groupe plus homogène.

---

<sup>661</sup> Il ne parle pas d'ergonome puisqu'il considère que l'ergonomie est portée par une secrétaire et un médecin.

<sup>662</sup> On se souvient que le SST1 a largement résolu la question de l'hétérogénéité du groupe des IPRP en introduisant les AST. Cette introduction aplanit les compétences mobilisées sous l'appellation commune d'IPRP, et celles qui sont mobilisées sous l'appellation d'ergonome (les AST peuvent faire des mesures pour les ergonomes mais ne sont pas considérées comme telles).

#### 1.4. *L'émergence d'un « professionalism from within »<sup>663</sup> chez les ergonomes*

La « pluridisciplinarité » a certes mobilisé les médecins du travail et a constitué une thématique importante dans les différents rassemblements de la profession. Les ergonomes, comme premier groupe présent dans les services au moment de leur « pluridisciplinarisation », se sont également mobilisés autour de cette notion afin de réfléchir à leur implication et à ses conséquences sur leur groupe professionnel. Lors du congrès de la SELF en 2001, les organisateurs demandent au sociologue D. Vinck d'analyser les relations entre ergonomie et pluridisciplinarité<sup>664</sup>. Celui-ci décèle, entre autres, une crainte des ergonomes de perdre leur identité disciplinaire, encore fragile, en se retrouvant confrontés à d'autres dans la pluridisciplinarité, et notamment une instrumentalisation par les médecins. Les ergonomes se confrontent en effet souvent à des représentations de leur métier qui ne correspondent pas à celle que la profession a d'elle-même.

Face à ces menaces, mais aussi face à des divergences sur l'exercice de l'ergonomie, les ergonomes Anne Benedetto, Arnaud Désarménien, Béatrice Langer et Fabien Parise tentent de définir un métier d'ergonome dans les services interentreprises de santé au travail. Dans leur texte sur la pratique de l'ergonomie en service de santé au travail, ils reviennent sur les spécificités de ce type d'exercice et promeuvent ce qu'ils décrivent comme une pratique d'« ergonome de proximité »<sup>665</sup>. Ils évoquent les différentes conceptions de l'ergonomie auxquelles ses praticiens doivent faire face au quotidien et se proposent d'aider leurs pairs à contourner l'effet « réducteur » que ses représentations peuvent avoir sur leurs pratiques quotidiennes. Il s'agit d'éduquer les autres parties, mais aussi de s'affirmer comme professionnels indépendants et légitimes.

Pour les auteurs, les ergonomes exerçant en SST ont la lourde et importante tâche de représenter leur discipline là où elle est mal connue : le défi que se donne l'ergonome est « de démontrer la pertinence de sa discipline et de changer le regard des acteurs sur le travail »<sup>666</sup>. Dans cette tâche, les ergonomes se heurtent à deux types d'obstacles avant même d'être confrontés au terrain de leur intervention : les médecins et leurs directions.

---

<sup>663</sup> McClelland, C.E. « Escape from freedom? Reflections on german professionalization 1870-1933 », in Torstendahl Rolf, Burrage Michael, *The Formation of Professions: knowledge, state and strategy*, London, Sage, 1990.

<sup>664</sup> Vinck Dominique, « Une analyse à chaud et personnelle des relations entre ergonomie et pluridisciplinarité », Actes de la journée de la SELF du 14 juin 2001.

<sup>665</sup> Benedetto Anne, Désarménien Arnaud, Langer Béatrice, Parise Fabien, « Pratique de l'ergonomie en service de santé au travail, un renouvellement des modèles de l'intervention ? », Communication au 48<sup>e</sup> congrès international de la société d'ergonomie de langue française, 2013.

Voir en infra comment les auteurs définissent cette forme de pratique dans la sous-partie « Une ergonomie de proximité ».

<sup>666</sup> *Ibid.*, p. 3.

L'intérêt des ergonomes pour l'exercice en service interentreprises est augmenté par la mise en œuvre de la « pluridisciplinarité » et ses enjeux pour leur groupe professionnel. Très tôt, ils reprennent le terme à leur compte et s'en forgent une définition (en 2001, un congrès de la SELF est consacré à la « pluridisciplinarité »)<sup>667</sup>.

Ces manifestations permettent aux ergonomes exerçant en services interentreprises de réaffirmer un professionnalisme « *from within* » quand il semble dicté à la fois par les entreprises, par les médecins et par les directions de service. Pour définir leur professionnalisme, les ergonomes disposent aussi de porte-paroles universitaires qui sont reconnus comme légitimes dans le milieu de la santé au travail, au-delà de la communauté d'ergonomes (on a vu qu'Yves, médecin du travail au SST2, était marqué par la réflexion de certains ergonomes dans sa conception même de son propre métier).

## **2. La pratique de l'ergonomie en SST : une pratique qui s'oppose à l'exercice en cabinet**

En règle générale, c'est à l'exercice « dans le privé » que les ergonomes que j'ai rencontrés comparent leur activité<sup>668</sup>. En tant que jeunes actifs, qu'est-ce qui les pousse, au sortir de leurs études, à choisir un exercice en SST plutôt que d'intégrer des cabinets d'intervention ergonomique ?

D'après les entretiens, le fait d'avoir un marché captif ressort comme une des caractéristiques du travail en « pluridisciplinarité » qui plait le plus aux jeunes ergonomes. Selon eux, c'est un avantage à double tranchant : d'un côté, le « terrain » ne les attend pas, mais de l'autre, ils touchent des entreprises qu'ils ne pourraient toucher sans ce cadre réglementaire. Ainsi, la « pluri » permet à certaines compétences de se déployer dans des cadres où elles ne sont traditionnellement pas présentes.

---

<sup>667</sup> Le Congrès de la société d'ergonomie de langue française (ou SELF) et le Congrès de médecine du travail sont des occasions pour les ergonomes de soutenir leurs pairs qui interviennent dans les services de santé au travail par des interventions dans lesquelles ils rappellent le bien-fondé de l'approche ergonomique en elle-même, et non pas en tant qu'elle est dépendante d'une approche médicale surplombante. Ils représentent la profession et leurs communications et publications peuvent contribuer à délimiter les frontières des interventions des ergonomes employés par des services de santé au travail.

<sup>668</sup> Et ce bien que les services de santé au travail soient également des organismes de droit privé. Le fait que l'activité des services soit aussi réglementée et qu'elle s'insère dans le système de prévention national, qui fait l'objet de politiques publiques, les positionne comme des organismes qui ressortent du domaine du public. J'ai entendu quelques fois les médecins dire : « Nos services sont des associations privées mais nous avons une mission de service public ».

## 2.1. Un mode d'exercice à l'abri du marché...

Les ergonomes rencontrés expriment souvent une réticence à « se vendre » et se disent plus à l'aise dans un cadre où ils reçoivent des demandes sans les solliciter. Ce confort apparaît d'autant plus précieux que ces jeunes ergonomes sortent de leur formation universitaire et ne se perçoivent pas comme détenteurs des ressources nécessaires pour se confronter au marché de la consultation ergonomique.

Emma, une ergonome rencontrée au SST3, montre un défaut de confiance en sa pratique tout au long de notre entretien, durant lequel elle fait allusion à des « erreurs » professionnelles. Elle m'explique son choix d'exercer dans un service de santé au travail par le cadre sécurisant que celui-ci lui offre, comparé à un emploi en « cabinet conseil » qui l'exposerait davantage et pour lequel elle serait moins soutenue :

*Financièrement je pense qu'en cabinet conseil, tu gagnes mieux ta vie. Maintenant, tout dépend de ce que t'attends de ton boulot, moi je préfère la sécurité de l'emploi. Je pense que pour être en cabinet conseil il faut avoir une certaine expérience aussi. Surtout sur nos métiers qui ne sont pas évidents. Il faut avoir le courage de se lancer seul, il faut avoir le réseau... Il faut être bon, pour ma part je préfère intervenir ici. T'as un collectif, donc t'as des gens sur qui tu peux t'appuyer, tu bénéficies du réseau de ton service, de l'appui des médecins...*

Emma s'exprime comme si elle était fonctionnaire quand elle mentionne une « sécurité de l'emploi ». Pourtant, on a vu que si les IPRP sont théoriquement protégés, la nature de cette protection n'est pas clairement définie et leurs emplois ne sont pas sécurisés comme le sont ceux des médecins.

Pour Stéphane, la pratique indépendante nécessite des aptitudes « commerciales » qu'il n'a pas. Il la qualifie d' « aventure » dans laquelle les ergonomes peuvent « se lancer ». Par contraste, la pratique en service de santé au travail lui apparaît rassurante, comme à Emma :

*Rien ne nous empêche de tenter l'aventure indépendant, mais... Alors, on a aussi, pour en parler assez souvent... Bon, on se rassure en se disant, c'est vrai qu'en fait c'est bien d'être en santé au travail quoi ! Parce que, comme je disais, on est neutres, on est indépendants... Les demandes nous tombent des médecins du travail, elles nous arrivent, quoi ! On ne fait pas du commercial. Bon, je ne suis pas super fort en commercial.*

Les ergonomes rencontrés aiment donc se référer à une dichotomie public/privé dans leur description de leur exercice professionnel, bien qu'elle ne corresponde pas à la réalité de celui-ci puisqu'ils sont embauchés par des structures privées. Dans leurs discours, les GIE ou services qui les embauchent apparaissent comme des structures intermédiaires, qui offrent les avantages du secteur public. On note aussi à la fois le souhait des ergonomes de s'affirmer comme des professionnels légitimes et indépendants et leur attachement au principe des

services de santé au travail qui leur permet de ne pas avoir à se positionner sur le marché de la consultation en ergonomie.

## **2.2. Intransigeance et diplomatie : une image contrastée du métier**

Les ergonomes rencontrés sont donc attachés à leur statut d'emploi au sein des services interentreprises, qui les met à l'abri des vicissitudes du travail en libéral.

Pourtant, leur discours sur leur exercice fait apparaître deux thématiques qui peuvent paraître antinomiques : d'un côté, le service interentreprises leur donne un confort d'emploi qui leur assure une indépendance vis-à-vis des employeurs sur laquelle ils ne seraient pas prêts à transiger, et, de l'autre, leur exercice nécessite une certaine diplomatie de leur part, qui les amène à développer des stratégies qu'ils inscrivent dans une démarche « commerciale ». Ainsi, les discours des ergonomes rencontrés dessinent une image contrastée de leur posture vis-à-vis des employeurs, en invoquant à la fois l'intransigeance et la diplomatie comme des caractéristiques de leur exercice professionnel en service interentreprises.

L'idée de « neutralité » et d'indépendance revient dans le discours de François. Manifestement et de leur aveu à tous les deux, François et Stéphane échangent sur les avantages comparés des différents modes d'exercice et tombent d'accord sur leur satisfaction de la condition d'ergonomes en SST :

*Pour échanger souvent avec des collègues consultants, alors... Même un salarié qui est à son compte, à un moment donné il faut bien qu'il ferme les yeux sur certaines choses. Ils n'ont pas la même latitude, ils n'ont pas la même souplesse. Nous aujourd'hui, si sur une action, on estime qu'il faut y passer quinze jours, on va y passer quinze jours. On va peut-être nous demander d'expliquer le pourquoi des quinze jours, mais on les passera. Il n'y a pas la boîte qui va dire « Non, vous êtes gentil, mais en dix jours ça le fait ». Dans le privé, s'il faut arriver à vendre une prestation ben on la vendra en dix jours, tant pis si on rogne sur cinq jours. C'est des choses pour moi qui ne sont pas exprimables financièrement, mais qui ont une valeur considérable. C'est des éléments qui font que voilà, la liberté de dire certaines choses que les entreprises n'ont pas forcément envie d'entendre, voilà, on peut les dire. Donc... Alors il y a des cabinets des fois, les restitutions, on leur demande de modifier un certain nombre de choses avant la restitution finale. Non c'est quelque chose, enfin j'aurais beaucoup de mal quand même. Et cette position-là, je pense que c'est plus difficile à tenir dans le privé.*

Pour François, l'essence même du métier d'ergonome est « dénaturée »<sup>669</sup> quand ce métier est soumis de manière plus directe aux lois du marché. L'ergonomie, pratiquée en SST, garantit au groupe professionnel une certaine autonomie. C'est donc un cadre qu'il présente comme étant quasi essentiel à la pratique professionnelle telle qu'il l'entend. Ils peuvent notamment dire non, ce que les ergonomes exerçant en cabinet peuvent beaucoup moins se permettre :

---

<sup>669</sup> Cf. extrait d'entretien qui suit.

*Après, dans le mode de fonctionnement, il y a des dossiers où ce qui est profondément différent de ce que fait le privé... C'est l'autonomie et la liberté de parole. Ça, pour moi, c'est quelque chose de vachement important et je pense que si un jour c'était entravé ou on ne l'avait plus j'aurais l'impression que c'est un peu dénaturé par rapport... Alors ce n'est pas pour dire que le privé c'est... Mais voilà, on a une latitude au niveau des dossiers, on a une latitude, en argumentant, à pouvoir ne pas aller dans une entreprise, refuser de faire une intervention.*

Stéphane appuie les propos de François et les étend à la méthodologie. Les ergonomes qui interviennent en tant que consultants sont sollicités sur une méthodologie précise. En optant pour un cabinet, l'entreprise opte aussi pour une approche et une méthode qui lui conviennent. En service interentreprises, en revanche, il ne s'agit pas de satisfaire la demande de l'entreprise en matière de méthode à adopter :

*Après, suivant les orientations qu'ils prennent sur les cabinets, ils ont choisi aussi leur cabinet, donc, ils choisissent leurs axes de travail un petit peu... Nous, si on vient, par contre, ils ne vont pas choisir ! Si on vient, c'est nos outils, nos méthodes, surtout sur les risques psychosociaux.*

Si l'entreprise dans laquelle le SST intervient n'est pas d'accord sur la méthodologie proposée, elle peut choisir de payer un cabinet pour mettre en œuvre ce qui lui convient. Selon eux, c'est particulièrement souvent le cas sur des problématiques de « risques psychosociaux », pour lesquelles les entreprises préfèrent cibler les individus et non l'organisation du travail, et choisissent alors des prestations centrées sur l'écoute ou sur des formations de « *coping* ».

Au cours de ces mêmes entretiens, les ergonomes relativisent pourtant cet aspect intransigeant de leur pratique en SST. Ceux-là même qui confient apprécier de ne pas avoir à « se vendre » ou « faire du commercial » affirment que leurs interventions nécessitent des qualités de « communicant » et utilisent le champ lexical de la vente pour décrire leurs restitutions en entreprise. Si, dans un premier temps, ils mettent en œuvre leurs compétences pour comprendre la situation et ses problématiques, il leur faut en effet dans un second temps convaincre les employeurs d'agir en faveur d'un changement des conditions de travail qu'ils estiment pathogènes :

*Le pouvoir de persuasion, la capacité à être justement un bon communicant et à savoir convaincre, savoir **argumenter**. Je pense que c'est un maître mot et je ne suis pas certain qu'on sache tous le faire.*

*Alors après dans l'argumentaire, bon c'est là aussi où les compétences se font quoi, c'est dans : « qu'est-ce qu'on fait remonter ? ». Savoir parler chiffres comme une entreprise<sup>670</sup>, enfin voilà, je pense qu'il y a des moments où les choses ne vont pas plus loin parce que peut-être qu'on n'a pas su non plus... Et j'aurais tendance à penser que nos collègues médecins ne sont pas forcément plus à l'aise pas rapport à ça.*

---

<sup>670</sup> Gilles Marion, *Compter pour peser ? La quantification de la « santé au travail » en entreprises : entre institutionnalisation et ambiguïtés conceptuelles*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 2013. Selon l'auteure, les chiffres correspondent au langage de l'entreprise ; ils sont utilisés par les médecins du travail pour faire passer des idées que les employeurs ont des difficultés à entendre.

*Ils ne sont pas mauvais communicants, mais arriver à vendre un état des lieux ou un bilan, enchaîner sur une démarche d'action, des fois on a du mal. Donc après, il y a des cas où on a l'impression d'avoir été... Enfin on se dit : « Si là ça ne marche pas, si là ils ne sont pas convaincus, c'est mort ».*

Dans la suite de l'entretien, François exprime l'idée que ces restitutions sont le dernier lieu de dialogue avant de faire intervenir, en dernier recours, l'inspection du travail dont l'action coercitive signe l'échec des démarches de prévention. Ainsi, d'après leurs propres récits, ces compétences que les ergonomes déploient sont particulièrement importantes dans les cas où les entreprises ne sont pas fermées au dialogue. La particularité de leurs modes d'intervention en SST repose cependant justement sur le fait que toutes les entreprises dans lesquelles ils interviennent ne sont pas ouvertes au dialogue, car elles ne sont pas instigatrices de la démarche. C'est dans la très grande majorité des cas le médecin du travail qui est à l'initiative de ces interventions, et qui les rend possible dans tous types d'entreprises.

Ainsi apparaît de manière sous-jacente dans les entretiens avec les ergonomes la difficulté qu'ils ont de tenir une posture qui soit à la fois conforme à ce qu'ils estiment être leurs valeurs professionnelles et à ce qu'ils estiment être efficace pour toucher les employeurs.

#### **2.4. Une « ergonomie de proximité » ?**

Selon les auteurs du texte sur la pratique de l'ergonomie en SST<sup>671</sup>, l'exercice classique de l'ergonomie se caractérise par une prestation de service suite à une demande explicite de la part de l'entreprise, cette dernière étant de taille assez importante pour être sensibilisée à l'ergonomie et avoir les moyens de solliciter des interventions extérieures. En revanche, la pratique en SST touche davantage les petites et très petites entreprises, soient celles « où aucun ergonome n'est jamais allé »<sup>672</sup>, mais qui nous entourent au quotidien, d'où la notion de « proximité ». Le travail décrit est assimilé à une pratique de défrichage. Ce sont des pionniers qui vont où on ne les attend pas, et où, au contraire, ils devront lutter contre les idées reçues et promouvoir leur conception dynamique de la santé au travail sans braquer les employeurs<sup>673</sup>.

---

<sup>671</sup> Benedetto Anne *et al.*, « Pratique de l'ergonomie en service de santé au travail, un renouvellement des modèles de l'intervention ? », *op. cit.*

<sup>672</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>673</sup> « Du côté de la représentation de ce qu'est l'ergonomie aux yeux de petites entreprises, il va être souvent amené à expliquer qu'il ne pratique ni l'ergothérapie ni le conseil en gestes et postures, avant de pouvoir présenter son projet d'amener les acteurs dans un processus dynamique nourri du point de vue du travail ... ». *Ibid.*, *loc. cit.*

Ces interventions *via* la « pluridisciplinarité » garantissent la présence de l'ergonomie dans des entreprises où elle ne serait pas rentrée autrement, soit dans les petites et très petites entreprises, ce qui représente pour Emma une forme de gratification non négligeable. Elles permettent en effet de diffuser un regard sur l'activité et ses rapports avec la santé dans des milieux qui n'y ont pas accès. C'est ce travail de défrichage qui donne un sens à sa pratique, davantage que des interventions approfondies et léchées :

*Intervenir en pluridisciplinarité ça permet de toucher des entreprises... qu'on ne toucherait pas autrement. Qui n'auraient pas les moyens, ou même la culture ou l'envie de faire appel à un prestataire conseil pour l'amélioration des conditions de travail. C'est le côté très avantageux de pouvoir intervenir dans le cadre des actions pluridisciplinaires. **J'adore le fait de pouvoir intervenir dans des entreprises qui n'auraient pas eu les moyens de le faire** et où justement il y avait tout à faire et où on a vraiment pu appuyer, apporter des choses parce que comme il n'y avait pas les ressources en interne, on a pu améliorer plein de choses. Ou participer à améliorer plein de choses parce que de toute façon, on ne fait rien seul, si l'entreprise n'a pas compris, si elle n'est pas ok, on ne fait rien. Mais si on arrive dans une entreprise qui a envie mais qui ne sait pas comment, et si grâce à nos compétences on arrive à l'aider à savoir comment, c'est quand même super cool, c'est toute la satisfaction que tu retires de ton métier.*

Pourtant, lors du même entretien, Emma et Marielle mettent aussi l'accent sur le fait que les interventions ergonomiques en « pluridisciplinarité » sont des prestations superficielles, qu'elles assimilent à des pré-interventions. Elles n'ont pas le temps de déployer la méthodologie propre à l'ergonomie jusqu'à son terme et ont souvent l'impression de s'arrêter à la première étape, contrairement aux cabinets d'ergonomie qui peuvent mener un travail « de fond » en comparaison duquel le leur apparaît presque insignifiant :

*C'est pas forcément la partie la plus gracieuse de notre métier hein, c'est l'analyse de la demande et du dépotage, c'est loin d'être des supers interventions comme peut le rêver un ergonome ou un psychologue.  
(À propos d'un cabinet de consultants) Ils n'ont pas du tout l'approche « pluri », ils sont plus sur la conception, des grosses interventions de fond quoi, avec des grosses entreprises qui sont vraiment demandeuses. Pour le coup, il y a une vraie demande, ça m'étonnerait qu'ils s'embêteraient à faire nos petites demandes riquiqui qui nous demandent diplomatie et un travail de coordination plus que de...*

Ces prestations à l'ambition réduite sont donc moins approfondies et valorisantes que les interventions de cabinets de conseils. De plus, les rapports avec les entreprises lors des interventions sont difficiles dans la mesure où les ergonomes sont rarement attendus par les directions, qui s'engagent souvent plus ou moins malgré elles, comme me le dit Emma :

*C'est lourd, parce que dans le cadre de la « pluri », on intervient dans des entreprises qui ne sont pas mures, ils veulent bien de nous parce que le médecin du travail ou l'inspecteur du travail les harcèlent depuis un moment et nous on dépose quoi... mais... voilà la grosse différence entre la presta payante et la pluri. La pluri on y va parce que le médecin du travail a estimé que c'était nécessaire mais*

*l'entreprise n'est pas forcément pleinement convaincue de l'intérêt, elle veut surtout être tranquille de ne plus entendre son médecin du travail ou les partenaires, la CARSAT, etc. Donc nous on intervient parfois quand il y a une demande qui est là mais un peu délitée, il y a plein de trucs à faire mais en même temps pas une vraie demande... tout un travail ! On sort les pagaies quoi...*

Ainsi, d'un côté, grâce aux services de santé au travail, l'ergonomie devient accessible, elle n'est plus un luxe réservé aux grosses entreprises qui en ont les moyens. De l'autre, le service rendu n'est pas le même, il s'agit d'une prestation plus courte et moins approfondie.

### **3. Les prescriptions des médecins comme contraintes**

Les ergonomes font donc ce qu'ils peuvent dans des conditions d'intervention dégradées. D'un côté, l'entreprise n'est pas forcément demandeuse et elle est peu engagée dans l'intervention car elle ne paie pas ou peu. De l'autre, le médecin du travail qui leur formule une demande n'est pas forcément au fait de ce que l'ergonomie peut apporter. Le cadre de la santé au travail n'est donc pas simplement un cadre sécurisant qui donne l'opportunité aux ergonomes d'entrer dans des entreprises dont les portes leur sont *a priori* fermées. Les médecins du travail auxquels ils y sont confrontés ont une conception de l'ergonomie qui contraint fortement leur exercice au quotidien.

Les ergonomes qui exercent en service interentreprises ont affaire à un certain type de demandes d'intervention, relayé par les médecins. On a vu qu'Emma et Marielle mettent l'accent sur l'aspect superficiel et peu abouti, à la fois des demandes et des interventions qu'elles arrivent à accomplir dans le cadre de la « pluridisciplinarité ». Elles semblent essentialiser ces demandes sans questionner leurs sources. D'autres ergonomes, en revanche, mettent en avant le rôle de relai des médecins et la responsabilité qui leur incombe de formuler des demandes qui leur permettent de déployer leurs compétences d'ergonomes.

En effet, selon les ergonomes auteurs du texte sur la spécificité de leurs pratiques<sup>674</sup>, mais aussi selon certains médecins et ergonomes que j'ai rencontrés, la représentation qu'ont les médecins de l'ergonomie peut s'avérer réductrice. Les demandes qu'ils formulent s'en ressentent et le sens même des pratiques mises en œuvre au titre de l'ergonomie s'en retrouve mis à mal :

« S'il n'existe pas de vision partagée des objets de l'ergonomie entre le pôle médical du SST et le pôle des IPRP, des demandes d'interventions très étroites, aux objectifs parfois contraires aux principes mêmes de l'analyse du travail peuvent venir véritablement empêcher l'activité de l'ergonome. Nous citerons des demandes

---

<sup>674</sup> Benedetto Anne, Désarménien Arnaud, Langer Béatrice, Parise Fabien, « Pratique de l'ergonomie en service de santé au travail, un renouvellement des modèles de l'intervention ? », communication au 48e congrès international de la société d'ergonomie de langue française, 2013.

d'études de poste en vue d'aménagements uniquement matériels, comme par exemple conseiller un employeur pour l'achat d'écrans alors que les salariés sont soumis à des pressions psychosociales traduites en terme d'objectifs inatteignables ... si l'ergonome n'a pas la possibilité de discuter l'objet de la demande avec le médecin, de l'ouvrir à d'autres perspectives d'intervention, il peut se trouver enfermé dans cette prescription très étreinte, en contradiction avec ses valeurs, au point d'en perdre le sens de son travail, réduit alors à une conception purement technique, voire même simpliste »<sup>675</sup>.

Certains médecins soutiennent les ergonomes contre leurs pairs. C'est notamment le cas d'Yves, qui, à l'image de Philippe Davezies, cité par les auteurs, critique ses pairs pour leur utilisation « pauvre » des compétences de l'ergonome. Ici, il fustige l'attitude du professeur L., qui subordonne les intervenants « pluridisciplinaires » au médecin comme si leur action constituait un simple prolongement de l'action médicale :

*La semaine dernière le professeur L. s'est adressé aux ergonomes en disant : « mais attendez, nous médecins on a bien des spécialités comme cardiologues, dermatologues, ORL, etc., pourquoi vous vous n'auriez pas des spécialités comme ergonome de médecine du travail ou ergonome consultant en entreprise ? ». Les ergonomes sont restés vraiment complètement sidérés par cette réflexion. Effectivement, pour ceux qui ont fait un peu d'ergonomie, ça n'a aucun sens. Ou on fait de l'ergonomie, ou on ne fait pas d'ergonomie, mais on ne peut pas faire une ergonomie qui soit l'ergonomie du médecin du travail !*

Au SST1, les « compétences techniques spécialisées » des assistantes santé travail (AST) peuvent contribuer à contrer cette sous-utilisation des ergonomes. En effet, l'ergonome qui reçoit une demande qui concerne une simple mesure peut la déléguer à une AST qui aura reçu une courte formation pour utiliser un instrument de mesure. Cette pratique est valorisante pour les AST et évite aux IPRP de « perdre leur temps »<sup>676</sup>, qu'ils peuvent alors utiliser plus judicieusement. Par la suite, les médecins qui comprennent que la manipulation d'un instrument de mesure est à la portée des AST et ne nécessite pas le niveau de formation des IPRP pourront alors mobiliser directement une AST quand ils en auront besoin.

D'autres formes de sollicitations des ergonomes sont jugés inadéquates. Stéphane, ergonome au SST1, me décrit un type de mobilisation très chronophage de la part des médecins qui, au lieu de le solliciter pour des problématiques collectives qui correspondent au volet « action en milieu de travail » de sa pratique, restent centrés sur une approche individuelle des salariés, qu'ils étendent à leur utilisation de l'ergonomie :

*C'est-à-dire que, dans les demandes de tous les jours... Là, on a encore des trucs qui sont arrivés, on se dit, mais comment on va faire quoi ! Parce que ça peut être des médecins qui ne savent pas, qui viennent nous chercher parce que madame Y a une problématique au dos... Ce médecin là, des demandes comme ça, il en fait vingt*

---

<sup>675</sup> Ibid. p. 3.

<sup>676</sup> On a vu que la réforme se donnait notamment pour mission d'optimiser le temps de chaque type de professionnel en fonction de ses compétences. Ainsi, les infirmières et les « assistantes santé travail » permettent d'optimiser le précieux temps médical et les « assistantes santé travail » participent également à l'optimisation du temps des ergonomes.

*dans l'année. Donc, bon, on sait que c'est un médecin qui se déplace avec son cabinet médical comme on dit ! (Il rit) Avec ses visites quoi ! Elle fait : « ah ouais, je sors mon dossier, ah oui, madame MACHIN ». Donc, problème physique : ergonomie, problème chimique : toxicologie... On en voit aussi qui renvoient sur le médical parce que, c'est confortable, je suis médecin, c'est ce que je sais faire! Et puis, ils vont dire, bon, ben, « nous intervenons parce que, bon, il y a un petit souci de santé »...*

Selon Stéphane, la difficulté que les médecins ont eu, et ont toujours, à investir le « tiers temps », soit l'action en milieu de travail, se répercute sur leurs demandes d'intervention pluridisciplinaires. Ainsi, ce n'est pas le « lieu de travail » qui détermine l'esprit de prise en charge collective puisque certains médecins « se déplacent avec leur cabinet médical ».

Il convient alors d'éduquer ces médecins, notamment en leur apprenant à élargir leur angle de vue pour pouvoir embrasser le niveau collectif.

*Ils sont loin d'être tous comme ça, c'est un très faible pourcentage... Mais ça me prend du temps! Après, on se dit, bon ben, il faut peut-être le dire, parce que, c'est quand même des médecins qui sont en questionnement sur leur position de médecin du travail. Et qui ne sont pas forcément à l'aise en entreprise. Mais ça, au début, on se disait « c'est des demandes de merde ». Et puis, non, c'est pas des demandes de merde parce que, derrière, il y a... (Il soupire) Il faut faire évoluer le médecin, donc il faudra en discuter avec lui.*

Leur objectif est de faire converger les représentations de l'ergonomie des médecins vers celles des ergonomes, afin d'avoir l'impression d'être mobilisés à bon escient et de ne pas perdre leur temps à des gestes techniques trop simples ou à de la gestion de problématiques individuelles, les unes après les autres, sans opérer de lien entre elles.

Ce travail auprès des médecins donne aux ergonomes une grande conscience des difficultés que ceux-ci rencontrent au quotidien. Par exemple, la crainte d'aller sur le terrain et de se confronter aux employeurs, mentionnée par Stéphane, est également mentionnée par d'autres IPRP et par certains médecins eux-mêmes. Pour certains médecins, l'approche individuelle s'avère rassurante et permet de se sentir légitime vis à vis des employeurs, et de ne pas les rebuter en leur proposant des interventions ergonomiques qui traitent de l'organisation du travail.

En entretien, Yves, médecin du travail dont on a vu qu'il défendait le point de vue des ergonomes, m'explique plus directement que ne l'ont fait les ergonomes le rapport entre les ergonomes et la demande du médecin. Celle-ci fait l'objet d'une analyse au même titre que la demande de l'entreprise : le médecin est lui-même considéré comme un acteur « intervenant » et, à ce titre, son point de vue ne peut être pris pour argent comptant :

*Non mais je vais vous expliquer ce qui se passe dans la tête de l'ergonome : l'ergonome fait la visite avec le médecin, en se disant : « bon ben je reviendrais demain, ça ira mieux hein ». Le médecin parasite, évidemment. Ce qu'il faut c'est analyser la demande du médecin et après analyser les demandes des autres intervenants : quel est le point de vue de chaque intervenant ? Quel est le*

*point de vue de la production sur la problématique ? Quel est le point de vue des ressources humaines sur la problématique ? Quel est le point de vue du service de sécurité sur la problématique ? Et puis après, l'ergonome en deux jours il en sait beaucoup plus que le médecin.*

Ainsi, si la médecine du travail a pour ambition d'englober plusieurs points de vue ciblés dans son approche « globale », l'ergonomie, en se positionnant en analyste du point de vue du médecin du travail, redéfinit les rapports de pouvoir entre les disciplines. Cette analyse surplombante se pratique quasiment clandestinement, comme le suggère l'extrait de citation ci-dessus. Elle ne se présente pas comme une fin en soi mais doit avant tout permettre à l'ergonome d'obtenir une meilleure compréhension de la situation dans laquelle il intervient.

\*\*\*\*\*

En se penchant sur le cas des ergonomes, les problématiques propres à l'exercice en tant qu'IPRP en services interentreprises de santé au travail tel qu'il m'a été relaté en entretien par ces derniers et par les médecins sont réapparues. Une dialectique de dépendance et d'indépendance vis-à-vis des médecins par exemple est récurrente dans la rhétorique des acteurs. Les ergonomes des services interentreprises affichent souvent des ambitions modestes par rapport à leurs confrères exerçant dans d'autres cadres institutionnels. Ce sont notamment les demandes des médecins qui concernent des cas individuels qui remettent en cause la conception souvent véhiculée par ailleurs par les acteurs rencontrés selon laquelle l'ergonomie s'attacherait avant tout à des interventions *collectives*. En effet, au regard des données collectées sur les psychologues travaillant en service interentreprises, on peut supposer que cette image s'est, d'une part, construite avec le temps et à mesure que l'ergonomie comme discipline gagnait en légitimité et en ampleur, et, d'autre part, forgée en comparaison avec l'image de la psychologie qui renvoyait, pour beaucoup, à une prise en charge *individuelle* des salariés. Aussi bien l'identité « pour soi » des ergonomes que leur identité « pour autrui » ont évoluées vers une image de prise en charge « collective » des risques professionnels. En cela, ils représentent la « pluridisciplinarité » telle que ses promoteurs l'appellent de leurs vœux, ce qui peut expliquer la visibilité des ergonomes par rapport aux autres IPRP.

Il semble aussi que les ergonomes soient perçus comme des intervenants sur le collectif de travail parce que leurs interventions au titre de la prévention des « RPS », ou plus généralement portant sur l'organisation du travail, sont les plus visibles et les plus valorisées. Or, les études de postes ciblées et autres travaux de mesure, de moindre ampleur, font partie de leur travail mais sont bien moins relayées dans les discussions sur le métier d'ergonome.

## Conclusion

La communauté des conditions de travail des IPRP, caractérisées par la collaboration avec le médecin, souvent décrite comme une confrontation, crée une certaine solidarité. Pour certains d'entre eux, la notion d'IPRP vient mettre le focus sur le contexte *organisationnel* de leur activité (la « pluridisciplinarité ») et non pas sur leur spécialité. L'appartenance à un groupe de spécialistes leur offre pourtant des ressources que l'habilitation en tant qu'IPRP ne suffit pas à leur fournir (et encore moins la pratique d'« enregistrement » qui lui succède), dans les luttes de territoires avec les médecins comme dans les conflits avec les directions. L'éclectisme de leurs formations et de leurs approches laisse pourtant présager d'une solidarité fragile entre ces acteurs.

Cependant, la mise en lumière des discours et des conditions de travail des IPRP effectuée ici n'épuise pas la réalité des nouvelles collaborations en cours, et ne fait probablement pas justice à certains aspects de la « pluridisciplinarité ». En effet, cette « pluridisciplinarité experte » signe, notamment, l'introduction des sciences sociales dans des services anciennement médicaux, ce dont leurs représentants se félicitent. Ainsi, P. Bouffartigue s'interroge sur les progrès pour la prévention potentiellement amenés par la « pluridisciplinarité », passés sous silence par P. Marichalar dans son ouvrage :

« L'ouverture de la « santé au travail » à d'autres disciplines ne se fait-elle qu'en direction des plus techniques et positivistes d'entre elles ? L'ergonomie – discipline clinique, s'il en est, du moins dans sa tradition francophone – n'y prend-elle pas une certaine place ? Quant aux fameux « RPS », n'a-t-on pas observé dans la dernière période un certain recul des approches privilégiant les questionnaires au bénéfice d'une valorisation de la parole des salariés sur le travail ? »<sup>677</sup>

D. Bachet pointe également l'opportunité d'éloignement d'une approche « hygiéniste » que constituent les possibilités de collaborations des médecins du travail avec des équipes « élargies » :

« Une autre démarche plus ambitieuse qui s'appuie sur des équipes plus larges consiste à étendre le pouvoir d'action des agents sur leur milieu professionnel et sur eux-mêmes afin de restaurer l'expérience subjective et les collectifs où se réorganisent le travail et ses modalités de réalisation. »<sup>678</sup>

Encore faut-il que les ergonomes et les psychologues, ici désignés à demi-mot, puissent exercer comme ils le souhaitent.

---

<sup>677</sup> Bouffartigue Paul, « Pascal Marichalar, Médecin du travail, médecin du patron ?, Les Presses de Sciences Po, 2014 », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], n°6, 2015, mis en ligne le 29 avril 2015, consulté le 30 avril 2015.

<sup>678</sup> Bachet Daniel, « Des pratiques professionnelles sous tension. L'examen clinique des salariés en médecine du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol.3, n°188, 2011, pp. 54-69, p. 69.

## Conclusion de la Partie 2

Le fait que la loi impose la « pluridisciplinarité » tout en restant imprécise sur les modalités de sa mise en œuvre laisse un vaste espace d'appropriation aux services. Ce sont des jeux de pouvoir en interne qui permettent de façonner des modes de collaboration entre les groupes professionnels, mais aussi de redéfinir la mission et les modes d'action du service en fonction de ces nouvelles compétences et des nouvelles « prestations » potentielles qui en résultent. La question de la posture – dominée ou dominante – des médecins du travail dans les services de santé au travail « pluridisciplinarisé » est complexe : son analyse laisse apparaître des acteurs qui disposent d'atouts certains, mais dont certaines prérogatives, jugées plus ou moins importantes par les praticiens, sont menacées par l'évolution des services de santé au travail et la redéfinition « par le haut »<sup>679</sup> de leur professionnalité. L'idée de la pluridisciplinarité comme « boîte à outils » au service du médecin suggère des relations bilatérales – et asymétriques – entre le médecin d'une part, et les intervenants qu'il pourra mobiliser, de l'autre. Cette conception est à relativiser puisque la direction est partie prenante de ces interactions. La concurrence se situe non seulement entre médecins et professionnels « pluri » mais entre les médecins et les directions dans la supervision de ces professionnels. En créant une hiérarchie interne implicite (un professionnel prescrit une action selon des modalités qu'il contrôle plus ou moins), la « pluridisciplinarité » met à distance une hiérarchie bien réelle, celle entre le « pluri » ou l'infirmière ou l'AST, et son employeur. Ainsi, le pouvoir médical doit être replacé dans le contexte de l'organisation, qui, par la « pluridisciplinarité », dispose de davantage de moyens de contrôle de l'exercice médical.

En outre, les rapports entre la féminisation du groupe des médecins du travail et les réactions à la « pluridisciplinarité » sont apparus à double tranchant. D'une part, les médecins du travail peuvent échapper aux « stigmates » de la profession féminine et s'attacher à conserver une symbolique virile autour de leur activité en déléguant une partie de leurs tâches (routinières, peu qualifiées) à des groupes subalternes – constituées principalement de femmes. Ainsi, le mécanisme de division sexuelle du travail opère même entre des métiers

---

<sup>679</sup> McClelland, C.E. « Escape from freedom? Reflections on German professionalization 1870-1933 », in Torstendahl Rolf, Burrage Michael (dir.), *The Formation of Professions : knowledge, state and strategy*, London, Sage, 1990.

féminins puisque la médecine reste attachée à une rhétorique masculine<sup>680</sup>. D'autre part, certains médecins du travail, hommes et femmes, du fait notamment d'une féminisation « qualitative »<sup>681</sup> de la médecine du travail, revendiquent une compétence d'écoute et de prise en charge globale de l'individu. Ainsi, la part de l'activité qui est attribuée au féminin n'est pas uniquement définie négativement, comme un « sale boulot » à éviter. Elle peut également être définie positivement et revendiquée, y compris par des hommes médecins du travail. Dans ce cas, les conflits de frontières peuvent se déclarer entre les médecins et des groupes professionnels qui intègrent l'écoute dans leur territoire professionnel (particulièrement les psychologues et les infirmières). Dans les deux cas, la mobilisation stratégique de stéréotypes de genre par les acteurs dans le cadre de rhétoriques professionnelles permet d'expliquer la prégnance d'un imaginaire masculin dans une profession aujourd'hui majoritairement féminine – la médecine. Cet imaginaire perdure car il outille les médecins dans leurs conflits de frontières avec les groupes adjacents. Les stéréotypes de genre ont en effet émergé comme des outils de hiérarchisation des tâches et des groupes qui les effectuent, dont on peut penser que la mobilisation n'est pas propre au milieu étudié<sup>682</sup>.

Enfin, les questions des modalités de mobilisation des IPRP (toujours *via* le médecin du travail ou directement par l'entreprise?), de la facturation de leurs prestations aux adhérents (ces prestations font-elles partie de ce à quoi la cotisation donne droit ou dépassent-elles ces limites ?) font l'objet de controverses et ne sont pas réglées par la loi. Les rapports de pouvoir entre les groupes professionnels et leur hiérarchie sont donc modifiés, sous couvert d'évolutions purement « organisationnelles ». Certes, les expressions de « pluridisciplinarité » et de « santé au travail » présentent un certain pouvoir de rassemblement des groupes professionnels. Cependant, l'analyse de leur mise en œuvre concrète met à jour des tensions, qui, malgré leurs modalités d'expression (ils apparaissent comme des conflits « professionnels », voire interpersonnels) reflètent la présence « du politique dans les organisations »<sup>683</sup>. Cette seconde partie s'est intéressée à ces tensions inscrites dans

---

<sup>680</sup> Nous n'avons probablement pas pu éviter de convoquer chez le lecteur tout au long de cette thèse des images d'hommes médecins du travail, par l'utilisation récurrente de leur nom, au singulier comme au pluriel : le médecin du travail, les médecins du travail.

<sup>681</sup> Cacouault Bittaud Marlène, « La féminisation d'une profession est-elle le signe d'un manque de prestige ? », *Travail, Genre et Sociétés*, n°5 vol. 1, Mars 2001, p. 91-115.

<sup>682</sup> On peut par exemple supposer que les luttes de territoires qui opposent, dans les maternités, les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes font également jouer ces stéréotypes, et que ces derniers donnent tour à tour l'avantage aux uns ou aux autres, en fonction du contexte.

<sup>683</sup> Boussard Valérie, Maugeri Salvatore (dir.), *Du politique dans les organisations. Sociologies des dispositifs de gestion*, Paris, L'Harmattan, 2003.

l'organisation, dans leurs dimensions microsociologiques, dans la lignée de l'approche développée par L. Demailly, selon laquelle :

« L'organisation n'est pas la réponse à un pur problème technique, de rationalité instrumentale. Elle est investie par le politique à un niveau macrosociologique (les formes de l'État, les conflits d'intérêts entre les groupes sociaux, les référentiels des politiques) et microsociologiques (les positions éthico-politiques des acteurs) »<sup>684</sup>.

Le métier de médecin du travail est pris dans les évolutions de son cadre d'exercice. Cependant, les médecins ne sont pas de simples cibles de l'action publique et des stratégies de services qui contribuent à transformer les services et les pratiques. Certains médecins jouent un rôle non négligeable dans les évolutions qui contribuent à cadrer leur activité, celle de leurs confrères, et celles des intervenants non-médecins. Selon les managers, l'efficacité de leurs discours et de l'exemple de leur expérience dans l'enrôlement des médecins du travail est sans commune mesure avec leur propre pouvoir de persuasion. D'autres, au contraire, réagissent avec méfiance et se présentent comme des cibles difficiles à atteindre pour les discours de promotion de la « pluridisciplinarité ».

L'enthousiasme ou la méfiance des médecins du travail vis-à-vis de la « pluridisciplinarité », en eux-mêmes, n'expliquent pas les dynamiques à l'œuvre dans les services de santé au travail. Les réactions des médecins doivent moins être opposées entre elles que rapportées à d'autres lignes de fracture, car la « pluridisciplinarité » ne s'impose pas à un groupe homogène de manière univoque. Au contraire, les médecins disposent d'une marge de manœuvre dont ils se saisissent pour l'encourager ou pour résister aux mesures mises en œuvre en son nom. La dernière partie s'attachera à regrouper les différents usages de cette marge de manœuvre des médecins en plusieurs types de registres argumentatifs qui les positionnent vis-à-vis de la « pluridisciplinarité ». En effet, en situation, les médecins du travail investissent leur marge de manœuvre individuellement et au terme d'un arbitrage souvent vécu comme subjectif. Cependant, il est possible de mettre en exergue des lignes de fracture qui, dans une certaine mesure, structurent les rapports individuels des médecins à la « pluridisciplinarité » et permettent ainsi de les sociologiser. Cette dernière partie s'attachera donc à montrer que les clivages ne sont pas simplement d'ordre professionnel mais qu'ils recoupent des positionnements idéologiques.

---

<sup>684</sup> Demailly Lise, *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Presses universitaires du Septentrion, coll. « Sciences sociales », 2008, pp. 228-229.



### Partie 3 : La prévention des « RPS » comme point charnière

Aurélie, chargée de projets au SST1, me prévient d'emblée au moment où nous prenons rendez-vous pour un entretien : « les RPS, c'est l'exemple même de ce qui ne fonctionne pas en "pluri" ». Selon elle, et d'autres acteurs rencontrés, le processus de division du travail est plus problématique sur ces risques en particulier. Ce point d'entrée de ma recherche leur semble donc problématique. Cette partie s'attachera à montrer comment, au contraire, les luttes de territoires qui se manifestent dans ce domaine sont emblématiques des transformations du système de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Pour cela, les deux chapitres suivant se pencheront sur la mise en place d'une prévention ciblée sur les « risques psychosociaux » au sein des services de santé au travail « pluridisciplinarisés ».

La forte médiatisation de cas de souffrance au travail, notamment de séries de suicides dans plusieurs grandes entreprises françaises, contribue à faire des « RPS » une thématique phare en santé au travail. Alors même que les « risques psychosociaux » se manifestent surtout dans des symptômes avérés, et entraînent avant tout un travail de prévention tertiaire, les discours dominants les font apparaître comme une catégorie de prévention primaire (soit à traiter *ex ante*, au niveau collectif) et non pas de réparation – qui permettrait pourtant la reconnaissance légale des dommages causés à un salarié par son travail. On comprend donc que la tension entre le modèle médico-centré et sa focalisation sur le colloque singulier et une « santé au travail » modernisée reposant sur des interventions sur le milieu de travail soit particulièrement palpable quand il s'agit des « risques psychosociaux ».

À partir des discours des différents acteurs, les différences d'appréhension de cette problématique apparaîtront, et plus particulièrement, les différentes conceptions de ce qu'il convient de faire et de qui doit s'en charger. Ainsi, j'obtiens une cartographie, non des pratiques – puisque je n'en ai pas observées – mais des arguments mobilisés pour légitimer différents types de positionnements sur le territoire des « risques psychosociaux ».

Le mandat de prévention des « risques psychosociaux » et son ambiguïté présentent une première porte d'entrée intéressante sur les conflits portant sur la division du travail de prévention de ces risques. Je proposerai donc d'abord un focus sur un seul acteur, le médecin du travail, dans le **chapitre 7**. Cette première approche de la prévention des « RPS » et de ses enjeux permettra, en mettant de côté la confrontation entre plusieurs groupes mis en concurrence par le fonctionnement « pluridisciplinaire », de faire apparaître les oppositions propres au groupe des médecins : tous n'ont pas la même idée de ce qu'il convient de faire

face à ces « risques » et tous ne se positionnent pas de la même façon. Ainsi, ce chapitre permettra de subdiviser plus clairement qu'auparavant, car en partant d'une problématique précise et que l'on estime exemplaire, l'acteur « médecin du travail » en une pluralité d'acteurs dont les pratiques obéissent à des logiques diverses.

De ces logiques découlent des conceptions différentes de la « pluridisciplinarité » et expliquent alors un accueil contrasté des acteurs qui revendiquent une place dans la prévention des « risques psychosociaux ». Le chapitre suivant, le **chapitre 8**, porte sur la prévention des « RPS » comme objet de conflits de territoires, principalement entre médecins et psychologues. La position inconfortable des psychologues dans les services de santé au travail met en exergue les aspects les plus conflictuels de la « pluridisciplinarité ».

À partir de l'exemple des « risques psychosociaux », qui agit comme révélateur de différentes lignes de fractures, le **chapitre 9**, ultime chapitre de cette thèse, met en lumière différents positionnements des médecins du travail vis-à-vis de leur propre métier et de la « pluridisciplinarité ».

Ainsi, dans cette partie, la thématique de la prévention des « RPS » se présentera comme un point d'achoppement qui permettra d'opérer un rapprochement entre plusieurs conceptions de la mission des services, et de celle, en leur sein, des différents groupes professionnels. Cette thématique permet de mettre en exergue les conflits entre ces conceptions, et de faire apparaître la division du travail de prévention comme une question éminemment politique.

## Chapitre 7 : Entre prise en charge et prévention, les médecins du travail face aux « RPS »

*Le foie du siècle dernier est devenu, nous dit-on, les nerfs d'aujourd'hui.*

Agnes Repplier, « *The nervous strain* », *The Atlantic Monthly*, août 1910, pp. 198-201, p. 199<sup>685</sup>.

Quand je le rencontre pour la première fois en entretien, le médecin coordinateur du SST1, le docteur Philippe Duroy, vient de terminer de lire les rapports individuels d'activité des médecins du travail de son service – quatre-vingt-dix médecins à ce moment-là. Pour lui, ces rapports reflètent l'importance des « risques psychosociaux » par rapport aux autres risques : « Il y a à peu près 90% de RPS. Il n'y a plus que ça ! Les autres risques ne sont plus pris en compte tellement c'est chronophage ! » D'autres médecins témoignent dans le même sens et se disent dépassés : ils ont « des RPS par-dessus la tête », ils rencontrent « beaucoup de gens en détresse »<sup>686</sup>.

Dans l'ensemble, pour ce qui concerne la prévention des « risques psychosociaux », malgré le temps qu'ils y consacrent, les médecins du travail peinent à trouver une place dans laquelle ils se sentent à la fois légitimes et utiles. Après avoir questionné des médecins du travail sur leur conception des « RPS » et leurs pratiques de prévention, leur positionnement m'apparaît avant tout fragmenté. Comment décrire, et, dans un second temps, expliquer ces différences entre médecins ?

Le principal clivage oppose la prise en charge individuelle à la prévention collective. Il prend sa source dans le processus même de mise sur agenda de la prévention de la souffrance mentale au travail et a beaucoup d'écho chez les médecins du travail car il ravive une tension entre deux idéaux concurrents et controversés, l'idéal du soin (que sous-tend la prise en charge individuelle) et l'idéal de prévention (que vise la prévention « primaire », en amont des problématiques de santé).

Ce chapitre se propose d'abord de remonter aux sources de ce clivage fondateur des différences de positionnement des médecins dans la prévention des « RPS », d'en présenter

---

<sup>685</sup> « *The liver of the last century has become, we are told, the nerves of today* », traduction personnelle. Cette citation, empruntée à A. Abbott, montre l'ancienneté des effets de découverte de la prise d'importance d'une analyse de la santé de la population en termes de santé mentale et non plus en des termes directement physiologiques (bien qu'ici, la santé mentale apparaisse sous la forme de troubles « nerveux »). Abbott Andrew, *Chaos of disciplines*, Chicago, University of Chicago Press, 2001, p. 39.

<sup>686</sup> Entretiens avec Raphaëlle et Céline.

les principaux arguments et les principaux défenseurs. Dans un second temps, les discours des médecins portant sur leurs propres pratiques remettront en cause la pertinence de ce clivage, qui peine à expliquer l'étendue des pratiques des médecins.

## Section 1 : Quand la souffrance mentale devient un enjeu propre à l'entreprise

### 1. La mise sur agenda de la souffrance mentale au travail *via* la notion de harcèlement

En France, la mise sur agenda politique de la prévention de la souffrance mentale au travail débute avec la notion de « harcèlement moral », mise à l'honneur par M.-F. Hirigoyen dans un ouvrage qui obtient une audience médiatique et publique très large<sup>687</sup>. Le harcèlement moral recoupe pour l'auteur les deux notions d'abus de pouvoir et de manipulation perverse<sup>688</sup>. Face au succès public, le terme s'est retrouvé utilisé abusivement dans toutes sortes de situations, ce que l'auteur a cherché à limiter par une mise au point dans un second ouvrage, cette fois uniquement concentré sur le travail<sup>689</sup>.

Contrairement à la nocivité de l'amiante, qui a nécessité de nombreuses luttes avant d'être reconnue par la loi<sup>690</sup>, le processus de reconnaissance légale du harcèlement moral au travail est rapide<sup>691</sup>. Une certaine forme de souffrance mentale au travail fait donc son entrée dans le droit du travail *via* la loi de modernisation sociale de janvier 2002, dans les termes suivants :

« aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel ».

Ces modalités de mise sur agenda sont très vite critiquées pour leur aspect réducteur et

---

<sup>687</sup> Hirigoyen Marie-France, *Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*, Syros, 1998.

<sup>688</sup> *Ibid.*

<sup>689</sup> Hirigoyen Marie-France, *Malaise dans le travail*. Paris, Syros, 2001.

<sup>690</sup> Henry Emmanuel, *Amiante : un scandale improbable*, Presses Universitaires de Rennes, 2007.

<sup>691</sup> Pour P. Ughetto, la loi sur le harcèlement, entre autres, atteste de la rapidité du phénomène d'« institutionnalisation » des « risques psychosociaux » : « il n'a pas semblé falloir plus d'une décennie pour transformer les premières inquiétudes relatives aux conditions contemporaines de travail (apparition dans le milieu des années 1990 d'un diagnostic en termes d'intensification du travail, thèse du harcèlement, etc.) en intervention publique au sein d'un texte comme la loi de modernisation sociale ». Ughetto Pascal, « Qui a besoin des risques psychosociaux ? "RPS", construction d'un problème public et travail », in Hubault François (dir.), *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, Toulouse, Octarès, 2011, p. 55.

« psychologisant »<sup>692</sup>. Certains auteurs affirment que la loi de modernisation sociale présente le défaut de mettre l'accent sur « l'interaction entre deux personnes et non sur le contexte de cette interaction »<sup>693</sup>. Ce mode de mise en visibilité de la souffrance au travail, qui est aussi une manière de la construire, voire de « l'institutionnaliser »<sup>694</sup>, a pour effet d'invisibiliser, parmi les souffrances mentales, celles qui sont liées à l'organisation du travail :

« Des objectifs de production trop contraignants, des moyens insuffisants ou une désorganisation du processus de production ne relèvent pas en eux-mêmes du harcèlement moral, même s'ils sont des causes importantes de souffrance mentale au travail. C'est un type particulier d'usage abusif des objectifs qui est seul visé »<sup>695</sup>.

Pour ces auteurs, la notion de harcèlement amène à négliger les aspects pathogènes des organisations du travail pour se concentrer sur des problèmes qui, bien qu'ils en relèvent, sont analysés comme des problèmes relationnels.

Alors que le harcèlement moral fait l'objet d'une reconnaissance légale, la prévention du stress fait lentement son entrée dans les textes internationaux, puis nationaux. Celle-ci, par contraste, s'intéresse non pas aux problématiques de violences (internes ou externes à l'entreprise) ni de harcèlement, mais bien uniquement aux salariés souffrant à cause de leur travail. Ces débats peuvent être vus comme les prémisses d'une concurrence entre une conception individuelle, voire relationnelle des problématiques de souffrance mentale au travail, et une conception organisationnelle, qui se traduit par un accent mis sur la prévention collective.

## 2. Le stress au travail : un phénomène physiologique, des débats politiques

### ***Encadré 7.1 Définir le stress au travail***

La littérature foisonnante sur le stress au travail, ou « stress professionnel » (une traduction directe du terme anglais « *occupational stress* »), souvent à destination des managers, reflète l'intérêt que cette problématique suscite dans l'entreprise.

Aujourd'hui, ce terme, que l'on dit volontiers galvaudé, fait référence à un état physiologique aux symptômes précis. Dans le vocabulaire courant, il est également utilisé pour décrire un état psychique qui s'apparente à de la nervosité.

Le flou dans sa définition, entre terme scientifique et expression courante, s'explique par son histoire et par les ambitions qu'avait pour lui le chercheur qui l'a lancée, Hans Selye. Celui-ci, en découvrant

<sup>692</sup> Sur cette question, voir Salah-Eddine Laïla, « La reconnaissance du harcèlement moral au travail : une manifestation de la "psychologisation" du social ? », *SociologieS*, mis en ligne le 27 décembre 2010, consulté le 23 avril 2014.

<sup>693</sup> Gollac Michel, Castel Marie-Josèphe, Jabot Françoise, Presseq Philippe, « Du déni à la banalisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 163, volume 3, 2006, p. 44.

<sup>694</sup> Ughetto Pascal, « Qui a besoin des risques psychosociaux ? », *op. cit.*

<sup>695</sup> Gollac Michel *et al.*, « Du déni à la banalisation », *op. cit.* p. 44.

le syndrome générique d'adaptation<sup>696</sup>, chercha à élargir sa pertinence au-delà du milieu scientifique, dans une visée réformatrice<sup>697</sup>. C'est grâce à son entreprise de vulgarisation, à la portée internationale, que le terme se diffuse dans la société depuis la fin des années 60<sup>698</sup>. Selye fait le choix d'un terme totalisant, désignant à la fois la tension et la réaction qu'elle entraîne : pour parler uniquement de la tension, il faut alors parler de « facteurs de stress », tandis que pour parler uniquement de la réaction, on préfère parler de « troubles liés au stress », voire de « pathologies liées au stress ». Ainsi, le stress désigne la réaction du corps à la tension : il permet de lier la souffrance mentale à des symptômes physiques.

Les sociologues enrichissent cette conception du stress en lui ajoutant une dimension sociale. Ils en façonnent ainsi une image plus nuancée en regardant avant tout ses « usages sociaux »<sup>699</sup>. Par exemple, les travaux de M. Lorient donnent à voir les différences de représentation du stress au sein de plusieurs groupes professionnels, en fonction de l'identité commune au groupe et à ce qu'il considère comme faisant partie de son travail, mettant ainsi en exergue des mécanismes de construction sociale du stress<sup>700</sup>.

En France, le « stress au travail » fait l'objet d'une prévention qui s'institutionnalise à partir du début des années 2000. En 2004, un accord-cadre européen sur le stress au travail<sup>701</sup>, ou « *work-related stress* »<sup>702</sup> met l'accent sur la nécessité de sa prévention et place cette responsabilité au niveau de l'entreprise et de son management<sup>703</sup>. Les devoirs de l'employeur, mais aussi du salarié, en termes de sécurité, sont réaffirmés. Le texte insiste aussi sur l'aspect « *work-related* » (lié au travail) du stress à combattre – le terme de stress couvre tellement d'aspects de la vie sociale qu'une telle précision s'impose pour engager une réflexion et une prévention du stress *professionnel*. Le texte se confronte à cette ambiguïté en délimitant sa cible. Cet accord privilégie une analyse du travail lui-même et non pas de facteurs extérieurs comme c'est le cas pour la violence au travail, le harcèlement ou le stress post-traumatique, exclus de l'accord :

« Nous reconnaissons que le harcèlement et la violence au travail sont potentiellement des facteurs de stress mais que les partenaires sociaux

<sup>696</sup> Le syndrome générique d'adaptation désigne une succession de symptômes non spécifiques (c'est-à-dire qu'ils surviennent quelle que soit la nature de l'agression) en trois phases : réaction d'alarme, phase de résistance et phase d'épuisement. Cf. Selye, Hans, *The stress of life*, Mc-Graw-Hill, New York, 1956.

<sup>697</sup> Lecœur Guillaume, « Hans Selye : Portrait d'un scientifique réformateur (1907-1982) », Communication au Colloque du DIM GESTES, 11-12 juin 2013.

<sup>698</sup> *Ibid.*

<sup>699</sup> Buscatto Marie, Lorient Marc, Weller Jean-Marc (dir.), *Au-delà du stress au travail. Une sociologie des agents publics au contact des usagers*, Toulouse, Erès, 2008.

<sup>700</sup> Lorient Marc, *La construction du social. Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*, Rennes, PUR, coll. « Le sens social », 2012.

<sup>701</sup> European Trade Union Congress, « Framework agreement on work-related stress », Bruxelles, ETUC, UNICE, UEAPME, CEEP, 8 octobre 2004.

<sup>702</sup> Notons que l'expression « *work-related stress* » est plus claire que celle de « stress au travail » puisqu'elle ne laisse pas d'ambiguïté quant au fait que le stress est dû au travail. Le terme français, en revanche, peut impliquer que le travail est un lieu où le stress s'exprime.

<sup>703</sup> Dans notre analyse de la prévention des « RPS » dans les services interentreprises, nous avons tenté de garder à l'esprit le fait que les accords sur le stress mettaient l'accent sur la prévention du stress *au sein de l'entreprise* et sur les moyens d'action internes à l'entreprise. Contrairement à l'image que l'on pourrait s'en faire à partir de notre recueil de données d'entretiens, la prévention des « RPS » n'est pas définie comme étant une affaire d'organismes de prévention mais bien comme un problème de l'entreprise.

européens, dans le programme de travail du dialogue social 2003-2005, explorerons la possibilité de négocier un accord spécifique sur ces thèmes, cet accord ne traite pas de violence, de harcèlement et de stress post-traumatique »<sup>704</sup>

De plus, les mesures à prendre sont définies comme étant, « collectives, individuelles, ou les deux à la fois », ce qui permet de ne négliger ni la prise en charge des situations individuelles dégradées, ni les aspects de prévention primaire sur des collectifs de travail.

En France, ce n'est qu'en juillet 2008 que l'accord national interprofessionnel (ANI) sur le stress au travail est signé<sup>705</sup>. Le texte apparaît principalement comme une traduction en français de l'accord cadre européen. Deux phrases retiennent cependant notre attention, qui ne sont pas présentes dans le texte de l'accord cadre :

« Le médecin du travail est une ressource en termes d'identification du stress au travail »<sup>706</sup>.

« Les partenaires sociaux souhaitent réaffirmer le rôle pivot du médecin du travail, soumis au secret médical, ce qui garantit au travailleur de préserver son anonymat, dans un environnement pluridisciplinaire »<sup>707</sup>.

Le rôle du médecin du travail est ainsi mentionné à deux reprises, tandis que les acteurs « pluridisciplinaires » constituent un « environnement » à son action.

Ces accords représentent bien un compromis et révèlent un débat, qui, au-delà de son caractère technique, se situe sur le terrain politique. En effet, certains aspects physiologiques du stress font l'objet de négociations entre partenaires sociaux. À titre d'exemple, les acteurs patronaux, pour circonscrire le domaine du stress au travail, insistent pour qu'apparaisse la mention du caractère « prolongé » de l'exposition au stress comme potentiellement pathogène, reflétant ici le débat sur le « bon » stress, ponctuel, et le « mauvais stress », dû à une longue exposition à des facteurs de stress<sup>708</sup>.

### ***Encadré 7.2 Souffrance au travail, conflits de classes et lien social***

Dans les textes de Marx, les contraintes du travail ne touchent pas seulement le corps. La notion d'aliénation décrit la condition ouvrière comme une souffrance physique et mentale. Dans le travail, l'ouvrier « ne s'affirme pas, mais se nie, ne se sent pas à l'aise, mais malheureux, ne déploie pas une libre activité physique et intellectuelle, mais mortifie son corps et ruine son esprit »<sup>709</sup>. L'aliénation introduit aussi la notion de perte de sens au travail, encore souvent mobilisée par les théoriciens de la

<sup>704</sup> *Ibid.*, p.2, traduction personnelle.

<sup>705</sup> Accord national interprofessionnel sur le stress au travail, 2 juillet 2008.

<sup>706</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>707</sup> *Ibid.*, p. 4.

<sup>708</sup> Pour l'INRS, la durée de l'exposition n'a pas tant d'importance que la présence ou non de conséquences durables sur la santé du salarié : cet organisme distingue un stress « aigu », sans conséquence sur la santé, d'un stress « chronique », pathogène. Source : inrs.fr

<sup>709</sup> Marx Karl, Les manuscrits économique-philosophiques de 1844, Paris, Vrin, 2007.

souffrance au travail<sup>710</sup>.

Marx, constatant que l'aliénation naît d'une dissymétrie des rapports de pouvoir entre une classe dominante et une classe dominée, promeut la naissance d'une conscience collective qui ferait barrage à l'exploitation de la classe ouvrière, et la libérerait de sa situation d'oppression.

Or, bien plus tard, quand la souffrance mentale au travail apparaît dans la littérature en France, elle est justement présentée comme une conséquence de l'individualisation de la société, et, plus spécifiquement, de la destruction des collectifs de travail. Selon C. Dejours, le premier théoricien français de la « souffrance au travail », si les syndicats perdent du terrain, c'est parce qu'ils ne savent pas analyser la souffrance subjective<sup>711</sup>. En effet, à la fin des années 60 et au début des années 70, la subjectivité et la souffrance mentale sont considérées par le mouvement ouvrier comme réactionnaires et petit bourgeois et la parole sur la souffrance est disqualifiée. Ce déni de la souffrance mentale se manifeste, entre autres, par la honte de se plaindre quand d'autres sont au chômage et par un mutisme généralisé quant aux dépressions liées au travail.

Selon C. Dejours, notre société paie encore la négligence des syndicats, dont l'organisation sur les thématiques de la subjectivité ou du sens du travail a fait défaut, et qui ont conduit les dirigeants, notamment *via* les ressources humaines, à investir ce domaine<sup>712</sup>. Les acteurs patronaux accaparent le problème et mettent à l'honneur des notions telles que le « *coping* » ou la gestion du stress, qui ont pour conséquences une responsabilisation de l'individu.

Une recherche récente sur les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF montre comment le management s'applique à « techniciser » cette question afin de disqualifier le débat politique au sein d'une instance dédiée, le CHSCT<sup>713</sup>.

Le stress au travail est aujourd'hui problématisé à l'intérieur de la catégorie « RPS ». Le rapport Nasse Légeron<sup>714</sup> en fait ainsi le principal « risque psychosocial », les autres étant le harcèlement et la violence au travail. Ces trois catégories de « risques psychosociaux », soigneusement distinguées par les deux accords nationaux interprofessionnels (ANI), sont donc à nouveau réunies et font l'objet d'une mise sur agenda et, par conséquent, de politiques de prévention communes. Comme les autres risques, les « risques psychosociaux » mobilisent et opposent des acteurs aux enjeux et aux stratégies diverses, et dont les marges de manœuvre fluctuent en fonction d'un contexte toujours redéfini par les rapports de force.

### **3. La souffrance mentale au travail comme risque professionnel**

#### **3.1. Les « RPS » : un compromis ?**

Avec la mise en évidence médiatique de problématiques de stress, de violence et de

---

<sup>710</sup> Morin Edgar, *L'esprit du temps*, Armand Colin, 2008

<sup>711</sup> Dejours Christophe, *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, 1998.

<sup>712</sup> *Ibid.*

<sup>713</sup> Benquet Marlène, Marichalar Pascal, Martin Emmanuel, « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », *Sociétés Contemporaines*, vol.3, n°79, 2010, p. 121-143.

<sup>714</sup> Légeron Patrick, Nasse Philippe, « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail », remis au ministre du Travail le 12 mars 2008.

dépression au travail, la souffrance mentale au travail fait l'objet d'un nouveau mode de mise sur agenda. Elle prend la forme d'un « risque professionnel » (multiforme et qui se décline au pluriel) : les « risques psychosociaux » ou « RPS ».

La loi de 1898 sur les accidents du travail, étendue plus tard aux maladies professionnelles, représentait un compromis entre le patronat et les ouvriers qui avait pour conséquence de systématiser l'indemnisation mais d'écarter la notion de faute<sup>715</sup>. Pour S. M. Barkat et E. Hamraoui, la mise en risque de la souffrance mentale au travail poursuit cette même tendance : avec elle, la déculpabilisation des employeurs est à son comble et l'assujettissement des salariés est renforcé<sup>716</sup>. D'après la littérature qu'ils citent, cette mise en risque ressort d'un mouvement d'occultation de l'asymétrie des rapports de pouvoir entre salariés et employeurs :

« Les nouvelles organisations du travail et l'administration de la société dans son ensemble sont le produit d'une reformulation de la morale et de l'éthique en termes de risque, avec la mise en avant de la responsabilité individuelle occultant les mécanismes de culpabilisation subjective qui l'accompagnent (...). Ces mécanismes consistent en la convocation du motif de la culpabilité tout en occultant le lien de celle-ci avec la servitude dont elle constitue pourtant le ressort, de sorte que la soumission au jeu de la prise de risque n'apparaisse pas comme servitude »<sup>717</sup>.

Pour P. Ughetto, la notion de « risques psychosociaux » a été construite pour formuler le problème de la santé mentale au travail comme un objet de négociation possible entre représentants des employeurs et représentants des salariés :

« Formellement, elle a toutes les apparences d'un compromis, cela entre les cadres de raisonnements industriels, peut-être largement préservés (les conditions de travail pensées comme "risques") et l'introduction de considérations (...) non industrielles ("psychosociaux") »<sup>718</sup>.

Est-ce à cause de ce compromis qu'ils reflètent que les « RPS » s'avèrent aussi difficiles à définir ? Parmi d'autres tentatives de définition des « RPS »<sup>719</sup>, voyons ici celle diffusée par le ministère du Travail :

« Les risques psychosociaux (RPS) ne sont définis, ni juridiquement, ni statistiquement, aujourd'hui, en France. Ils sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail d'où le terme de risque psychosocial. Sous l'entité RPS, on entend stress mais aussi violences internes (harcèlement moral, harcèlement sexuel) et violences externes (exercées par des personnes

<sup>715</sup> Voir en introduction l'encadré 0.2 « L'INRS dans le système de prévention français ».

<sup>716</sup> Barkat Sidi Mohammed, Hamraoui Éric, « Éthique et santé au travail. Esquisse d'une remise en perspective ontologique », *Revue des Sciences Sociales*, n°39, 2008, pp. 12-19.

<sup>717</sup> *Ibid.*, p.13.

<sup>718</sup> Ughetto Pascal, « Qui a besoin des risques psychosociaux ? », *op. cit.*, p. 56.

<sup>719</sup> Les textes sur les « RPS » sont très nombreux. Nous avons choisi ici d'analyser celui qui figure sur la page Internet du site du Ministère du travail consacré à la santé au travail, qui nous semble refléter la posture d'arbitre de l'État *via* un point de vue institutionnel qui se veut manifestement « neutre » au sujet des « RPS ».

extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés).

Les accords conclus à l'unanimité par les partenaires sociaux en matière de stress (juillet 2008) et de harcèlement et violence au travail (mars 2010), permettent de s'appuyer sur des définitions relativement consensuelles, qui reconnaissent le caractère plurifactoriel des RPS, admettent l'existence de facteurs individuels mais aussi organisationnels »<sup>720</sup>.

Cette définition est évasive. En effet, selon le ministère, il est plus simple de définir les « RPS » en passant par les définitions « relativement consensuelles » des termes qu'ils englobent. Ce consensus concerne le caractère « plurifactoriel » du stress, du harcèlement et de la violence : autrement dit, les partenaires sociaux se rejoignent sur le fait que le travail, et plus précisément l'employeur, n'en est pas l'unique responsable.

Regrouper stress, violence, et harcèlement dans un même « risque professionnel », permet de réserver un rôle important à la dimension individuelle, que les textes sur le stress tentaient de minimiser. En effet, violence et harcèlement présentent une approche de la santé mentale au travail qui met moins en jeu des critères organisationnels que des critères individuels : ils sont souvent ramenés à des tensions entre collègues ou entre salariés et employeurs, voire à des conflits avec des clients ou usagers. La prévention du stress, en revanche, fait l'objet de plus de débats entre partenaires sociaux car elle est susceptible de questionner l'organisation du travail.

### ***3.2. Reconnaissance juridique et réparation des atteintes psychiques dues au travail***

Traditionnellement, les conflits entre partenaires sociaux sur les risques professionnels portent surtout sur la reconnaissance des conséquences sur la santé de l'exposition à ces risques, et donc sur la reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles qu'ils entraînent.

Qu'en est-il pour les « RPS » ? Quelles sont leurs conséquences sur la santé des salariés ? On constate que ces risques sont davantage pris en compte dans les organismes de prévention ou dans l'activité des préventeurs que dans le volet « réparation » de la prise en charge des risques professionnels, et pour cause : les « RPS » et leurs conséquences font rarement l'objet d'une reconnaissance de la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP)

---

<sup>720</sup> Citation issue du site *travailler-mieux.gouv.fr* consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2012.

de l'assurance maladie<sup>721</sup>. Quand c'est le cas, c'est souvent au titre d'un autre risque (les troubles musculo-squelettiques en sont sans doute le meilleur exemple). En effet, aucune pathologie psychique n'apparaît sur les tableaux de maladies professionnelles<sup>722</sup> : quand un cas est reconnu comme tel, c'est à travers un système « complémentaire » qui consiste – et ce seulement en cas de décès ou de reconnaissance d'une « incapacité permanente partielle » d'au moins 25% – à passer devant la commission régionale de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Cette commission statue sur l'existence de liens entre l'activité professionnelle et la pathologie<sup>723</sup>. Représentent-ils alors un « risque » à proprement parler ou en englobent-ils d'autres ?

On a vu que les facteurs de stress entraînaient des troubles de la santé mentale, mais aussi des pathologies physiques. Désigner le stress comme un « risque psychosocial » reviendrait-il alors à le confiner dans une case « psychique » et à empêcher le lien avec la santé au travail dans son acception la plus traditionnelle ? L'enjeu financier est de taille. En effet, les enquêtes sur le coût du stress<sup>724</sup> comptabilisent les coûts en termes de troubles musculo-squelettiques (TMS), de maladies cardio-vasculaires et de dépressions et mettent en avant un coût social élevé du stress, argument potentiellement fort auprès des employeurs. Elles utilisent les critères qui définissent le « *job strain* » (donc, le stress), puis investiguent les dépenses entraînées<sup>725</sup> et concluent à un coût social *a minima* du *job strain* compris entre 1,9 et 3 milliards d'euros. Cependant, les coûts des soins sont souvent assumés par la collectivité, soit par l'assurance maladie, et non par sa branche « travailleurs salariés », du fait de l'absence de reconnaissance de la plupart des pathologies liées au stress, qui aboutit à une

---

<sup>721</sup> Entre 600 et 700 accidents du travail et accidents de trajets par an seraient attribués à des « troubles mentaux et du comportement », et le nombre de suicides qualifiés en accidents du travail se situe entre 15 et 20 par an, pour environ 50 demandes de qualification. Rapporté au million d'accidents du travail annuel en France, ces chiffres apparaissent dérisoires. Source : CNAM-TS.

<sup>722</sup> Depuis la loi du 25 octobre 1919, une maladie peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle figure sur l'un des tableaux annexés au Code de la Sécurité sociale. Ces tableaux sont créés et modifiés par décret au fur et à mesure de l'évolution des techniques et des progrès des connaissances médicales. Source : site web de l'INRS.

Cependant, le dispositif des « maladies à caractère professionnel », mis en place en Pays de la Loire puis dans d'autres régions françaises par l'institut de veille sanitaire et l'inspection médicale du travail, permet d'identifier et de signaler des maladies non reconnues comme maladies professionnelles. Le dispositif identifie en majorité des problématiques de troubles musculo-squelettique et de « souffrance psychique ». Source : [invs.sante.fr](http://invs.sante.fr)

<sup>723</sup> Sur cette question, voir le dossier « Maladies professionnelles : obtenir réparation », *Santé et Travail*, n°58, avril 2007.

<sup>724</sup> Lassagne Marc, Perriard Julien, Rozan Anne et Trontin Christian, *L'évaluation économique du stress au travail*, Versailles, Editions Quae, 2013, et Brun Jean-Pierre, Lamarche Christian, *Evaluation des coûts du stress au travail*, rapport final de la Chaire en Gestion de la Santé et de la sécurité du travail, Montréal, 2006.

<sup>725</sup> Si les études européennes mesurent le coût du stress en terme de journées de travail perdues, les études françaises mesurent le « coût social », à partir des coûts des soins et de la perte de productivité (absentéisme, cessation prématurée d'activité, décès prématuré).

sous-déclaration des maladies professionnelles<sup>726</sup>.

En conséquence, dans un rapport de la Cour des Comptes de février 2013, le coût des « RPS » à la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) de l'assurance maladie est jugé trop faible pour justifier les dépenses de prévention des caisses régionales. Selon les Sages, le statut de priorité, voire d'urgence, donné aux « RPS », dénote « une affectation de moyens déconnectée des risques ». En effet, ils se basent sur les critères de coûts qu'ils estiment objectifs (soient les maladies professionnelles et accidents du travail déclarés et faisant l'objet d'une indemnisation, imputables aux « RPS ») et jugent alors que la caisse nationale d'assurance maladie, travailleurs salariés (CNAM TS) se comporte en piètre assureur, affectant des moyens à la prévention d'un risque qui ne lui coûte que peu comparativement aux autres. La logique purement comptable de la cour des comptes ne lui permet pas de penser des pathologies attribuables à plusieurs facteurs et l'incite à voir les risques professionnels comme des facteurs de coût potentiel – pour la branche « travailleurs salariés » (TS) de la sécurité sociale – qui seraient étanches les uns aux autres.

Le paradoxe qui apparaît est le suivant : le stress présente un coût élevé pour les entreprises et pour la société, mais les « risques psychosociaux », comme risques professionnels, qui englobent pourtant le stress, apparaissent comme quasiment dénués de coûts propres. Si on sait que le stress provoque des effets physiques et des maladies et accidents, on ne peut imputer aux « risques psychosociaux » les coûts et dégâts qui sont déjà imputés à d'autres troubles ou pathologies déjà érigées en risques, notamment les troubles musculo-squelettiques. La mise en risque de la souffrance mentale au travail montre ici une importante limite : dans le contexte réglementaire actuel, se constituer en risque distinct pourrait desservir la cause des « RPS » en les confinant dans le cadre psychique. On pourrait penser *a contrario* que, si « risque » il y a, il est de nature transversale et ne concerne donc pas uniquement les pathologies psychiques.

Les « RPS » peinent donc à devenir une catégorie pertinente en termes de réparation des pathologies liées au travail : les pathologies psychiques ou d'origine psychique sont, d'une part, difficiles à reconnaître car absentes des tableaux recensant les maladies professionnelles indemnifiables, ou, d'autre part, apparentées à des symptômes physiques qui les rangent dans d'autres catégories de maladies professionnelles. L'importance de la souffrance mentale au travail est cependant mise en exergue par cette mise en risque. Celle-ci

---

<sup>726</sup> Sultan Taïeb Hélène, Niedhammer Isabelle, « Le poids imputable à l'exposition au stress au travail en termes économiques et de santé publique : enjeux et écueils méthodologiques », *Travail et emploi*, n°129, vol. 1, 2012, pp. 35-49.

semble créer une catégorie opérante au niveau des instances de prévention, qui la relaient largement.

\*\*\*\*\*

La mise sur agenda politique de la notion de souffrance mentale témoigne de différentes conceptions de ses manifestations, de leurs origines, et de la manière de les traiter. Si la notion de harcèlement mettait en avant une relation interindividuelle pathogène, la notion de stress, décrivant à la fois un phénomène physiologique et ses causes, s'intéresse davantage aux conditions organisationnelles de la réaction de l'individu. Les « risques psychosociaux » apparaissent comme des risques professionnels dont la question de l'échelle adéquate de prévention – individuelle ou collective – est particulièrement sujette à débats. J'ai expliqué plus haut que les réformateurs mettaient en avant une approche de la prévention centrée sur des « projets » et sur des « programmes », qui visent avant tout l'échelle collective. Ce faisant, ils discréditent l'approche individuelle. L'exemple de la prévention des « risques psychosociaux » donne des éléments permettant d'approfondir cette controverse et la signification qu'elle prend dans le contexte de la réforme.

## Section 2 : La réforme contre l'approche clinique ? Les consultations individuelles stigmatisées

Le suivi individuel est remis en cause au niveau régional, à la fois du fait du manque de « temps médical » disponible pour le mener à bien, et d'une nouvelle priorité donnée à la prévention collective. Il est largement discrédité et la réforme participe à en minimiser l'importance.

Le processus de mise sur agenda politique de la souffrance mentale au travail est marqué par des enjeux politiques propres à l'entreprise, et porte en lui cette scission entre les niveaux individuel et collectif. Ainsi, la prévention des « RPS » semble cristalliser les tensions entre les tenants de l'approche individuelle et les tenants de l'approche collective. Je resterai ici au niveau des porte-paroles du groupe professionnel en mettant en lumière, non pas les dilemmes auxquels les médecins du travail font face au quotidien, sur lesquels je me pencherai dans la troisième section, mais les arguments mobilisés par les tenants des approches en conflits, que le clivage « individuel/collectif » peine à caractériser.

## 1. Une lecture *individuelle* ou *relationnelle* des « risques psychosociaux »

### 1.1. *L'écoute comme vecteur d'une approche « humaine » de la souffrance au travail*

L'approche individuelle des « risques psychosociaux » recouvre en réalité une diversité d'approches, toutes centrées sur la relation en face à face entre médecin et salarié. Certains médecins affirment se mettre dans une posture de suivi individuel à regret : ils aimeraient se positionner à un niveau considéré par tous comme étant plus utile, celui de la prévention primaire, afin de s'attaquer au problème à sa source<sup>727</sup> ; tandis que d'autres assument cette modalité d'action et situent délibérément leur action au niveau individuel.

Parmi les médecins interrogés, Guillaume est le cas le plus typique de ce positionnement. Il se spécialise en débriefing « post-traumatique » et pratique l'écoute pour ses effets bénéfiques sur le salarié, sans autre objectif, et dans une visée qu'il qualifie d'humaniste avant tout :

*La personne, c'est un tout, donc la personne à partir du moment où elle exprime une souffrance, qu'elle soit physique, psychique, voire existentielle, on est sur une dimension qui nous concerne. Mais on n'a peut-être pas été formés suffisamment à l'écoute, à être à l'écoute de la personne dans ses différentes dimensions.*

Pour Guillaume, le « bien-être » en entreprise dépend en grande partie de l'attitude des dirigeants et des valeurs qui les animent, et notamment de leur capacité ou volonté d'être à l'écoute de leurs salariés :

*La première valeur de l'entreprise, ce sont ses hommes, et les hommes encadrants. Et la première prévention des RPS, c'est de savoir si les encadrants vont suffisamment être à l'écoute de la souffrance pour être eux-mêmes dans une attitude de prévention. Quand on demande aux encadrants de faire du chiffre, il ne faut pas s'étonner... quand on demande bienveillance, écoute, et travail avec le médecin du travail, ça va se passer très différemment ! Je pense qu'il faut être très simple : est-ce qu'on veut le bien des gens ou non ?*

La thématique de la « souffrance au travail » amène Guillaume à s'exprimer sur ce qu'il perçoit du monde du travail et des entreprises d'un point de vue moral. Selon lui et certains de ses confrères<sup>728</sup>, le colloque singulier permet aux médecins du travail d'écouter des salariés qui sont rarement entendus dans le milieu souvent hostile de leur entreprise. Ainsi, ils

---

<sup>727</sup> Cf. infra, section suivante.

<sup>728</sup> C'est le cas de Cécile, jeune médecin du travail co-responsable de la consultation de psychopathologie professionnelle qui exerce en service autonome. Elle estime que l'absence de morale de ses employeurs la met en porte-à-faux en tant que médecin : elle a par exemple été associée malgré elle à une enquête qui n'a pas été suivie d'actions.

critiquent non seulement l'organisation du travail, mais le comportement des employeurs vis à vis de la prévention des « risques psychosociaux ».

Pour eux, le suivi individuel permet donc d'écouter les salariés en souffrance qui subissent des situations perçues comme injustes dans le cadre de leur travail.

Ils défendent activement cette lecture relationnelle, qui n'est pas adoptée par défaut mais repose sur un positionnement réfléchi de manière théorique, *via* des lectures et une formation en sophrologie ou en psychologie cognitive. L'approche individuelle et les fondements théoriques sur lesquels elle repose constituent une arme pour eux dans leurs conflits avec les directions récalcitrantes.

### ***1.2. L'approche individuelle et relationnelle comme arme « dépolitisante » à disposition des employeurs***

Si l'approche dite « individuelle » s'attire tant de foudres, c'est notamment parce que les employeurs réagissent largement à l'avènement des « risques psychosociaux », et aux risques juridiques qu'ils leur font courir, en termes d'individualisation des problématiques rencontrés. Le suicide est probablement l'exemple le plus frappant de conflits juridiques opposant des ayants droits cherchant à faire reconnaître la responsabilité de l'employeur, et d'employeurs cherchant à rejeter la responsabilité sur le salarié suicidé.

J'ai pu constater la force de ces conflits dans le cadre d'une formation sur le suicide au travail à l'attention des médecins du travail, dont certains exerçaient en service autonomes, d'autres en service inter-entreprises. Faisant suite à une session expliquant le phénomène suicidaire, et comment enrayer le processus, toute une demi-journée était consacrée aux manières permettant d'éviter la mise en cause de l'employeur en cas de suicide d'un de ses salariés. Le formateur, un avocat visiblement convaincu de la nécessité, pour les médecins, de participer à cette disculpation, a alors exposé toutes les enquêtes qu'il était possible de mener pour se rendre compte des facteurs de la vie personnelle du salarié ayant pu le conduire au suicide. Sans ciller, il mentionne un cas où le salarié suicidaire avait l'habitude de se travestir comme un argument de poids pour éviter une mise en cause patronale dans un suicide ayant été perpétré sur le lieu de travail.

Aucun médecin du travail rencontré ne s'est montré aussi cynique sur la thématique des « risques psychosociaux », et n'a exprimé un point de vue de ce type sur les responsabilités individuelles. Cependant, si la notion de « risque organisationnel » est répandue, et, avec elle, l'idée que l'organisation du travail est pathogène, certains médecins

privilégient des réponses en termes d'adaptation des salariés aux contraintes de leur travail. Ils vont alors préconiser l'exercice du yoga et de la relaxation, ou, plus spécifiquement, aller puiser dans les techniques de «  *coping*  » développées dans la littérature sur le stress, pour aider les salariés à « faire face »<sup>729</sup>.

Le développement de « numéros vert » ou de cellules d'écoute est à comprendre dans ce contexte. Ce mode de gestion de la prévention des « RPS » se développe largement indépendamment des médecins du travail, notamment grâce à une main-d'œuvre dédiée qui apparaît sous la forme de consultants spécialisés dans la prise en charge individuelle des « risques psychosociaux »<sup>730</sup>. Ceci dit, en particulier dans les services autonomes, les employeurs tentent d'impliquer leurs médecins dans les dispositifs mis en place.

L'approche individuelle des RPS permet aussi de mettre l'accent sur les phénomènes de violence intrinsèques à l'activité professionnelle (relations conflictuelles avec les usagers ou les clients, par exemple) ou sur des problématiques interindividuelles formulées en termes de « harcèlement ». Dans ces deux derniers cas, l'organisation du travail n'est pas mise en cause. Les discours portant la nécessité d'une approche collective des « risques psychosociaux » se développent en réaction à ce courant déresponsabilisant pour les employeurs et, plus généralement, dépolitisant. La psychologie comme discipline fait les frais d'un amalgame entre ces dispositifs mis en place au nom de la psychologie – cellules d'écoute, « tickets psy »<sup>731</sup>. Par opposition à cette approche, l'approche « collective » apparaît comme une manière de mettre en débat les problématiques organisationnelles, en lien avec les pathologies qu'elles occasionnent chez les salariés. Cependant, des approches plus structurées viennent donner du sens au suivi individuel : c'est le cas de la clinique médicale du travail, qui s'inscrit dans une démarche professionnelle motivée par des idéaux politiques.

## **1. Clinique médicale du travail et psychodynamique du travail : des approches « individuelles » ?**

### ***1.1 La « souffrance au travail » vue comme un phénomène social et politique***

---

<sup>729</sup> « Faire face » est la traduction du verbe anglais «  *to cope with*  », dont est dérivé le terme de «  *coping*  ».

<sup>730</sup> Fayner Elsa, « Le business de la santé au travail », *Santé et travail*, n°72, octobre 2010.

Béchaux Stéphane, « Le stress fait le bonheur des consultants », *Liaisons sociales magazine*, septembre 2008.

<sup>731</sup> Stevens Helen, « Quand le psychologique prend le pas sur le social pour comprendre et conduire des changements professionnels » *Sociologies Pratiques*, n°17, 2008, pp. 1-9.

Pour les médecins du travail qui se réclament de la clinique médicale, la consultation doit permettre de faire parler les gens de leur travail afin de construire ensemble des liens entre l'état de santé du salarié et son activité de travail. À ce titre, c'est un « élément central du métier »<sup>732</sup>. Cette approche s'inscrit dans ce que N. Dodier appelle, en médecine, une « tradition clinique » qui « valorise fortement l'objectivité dans la proximité » et s'appuie sur la singularité des cas et leur description<sup>733</sup>.

La clinique médicale du travail, stigmatisée par ses opposants, on le verra, comme une approche centrée sur l'individu et reposant sur la visite médicale, s'inscrit pourtant contre une approche interpersonnelle des « risques psychosociaux », et développe un discours sur la prévention primaire. En effet, c'est l'accès, par leur discours, à la subjectivité des salariés, permet d'accéder à une connaissance des problématiques de santé au travail qui touchent un collectif. Des médecins engagés dans cette approche expriment ainsi leur adhésion à ce mouvement :

« Cette nouvelle approche permet de commencer à « rationaliser » une clinique médicale du travail fondée sur l'écoute de la souffrance et l'élucidation de procédures défensives collectives ou individuelles (...). L'émergence de cette pensée, la force de cette pensée, la réintroduction de l'homme et de sa subjectivité dans la problématique de sa santé au travail, ont fait re-rentrer beaucoup d'entre nous dans le cabinet médical pour y faire de la clinique (...). Aider chaque salarié à mieux comprendre ce qu'il engage dans le travail, aider à la collectivité de travail à mieux comprendre ce qu'elle engage dans le travail. C'est ce qui permet d'agir, de mieux appréhender le risque psychosocial et ses liens avec l'organisation du travail, mais aussi les risques plus classiques, physiques, chimiques ou biologiques (...). Cette clinique-là est bien de la prévention primaire et elle fonde notre légitimité à être médecins du travail, à éviter l'altération de la santé des salariés du fait de leur travail »<sup>734</sup>.

Yves affirme en entretien que les conflits qui affleurent dans le travail ne doivent pas être perçus comme des relations entre un harceleur et une victime, mais que le rôle de l'« objet travaillé » doit être analysé :

*Ça fait 15 ans qu'on écrit des trucs sur le stress, sur le risque psychosocial. Sur le harcèlement moral, dès la publication de son livre, moi je me souviens d'avoir écrit une lettre à Hirigoyen en 98 en disant : « vous vous êtes trompé, dans le travail, ce n'est pas ça ». Et on a été nombreux à le faire, Dejours est intervenu aussi ; elle a*

---

<sup>732</sup> Huez Dominique, Riquet Odile, « Savoir-faire clinique et action en médecine du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, n°69, 2008, pp. 373-379. Pour les auteurs, président et membre actif de l'association SMT (santé et médecine du travail), « cette clinique n'est accessible que par la parole », p. 373. Les récits des salariés permettent « l'expression d'une singularité », mais n'excluent pas la prise en compte de « l'inscription dans un collectif » (p. 374-375).

<sup>733</sup> Dodier Nicolas, « Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients », in Virginie Tournay (dir.), *La gouvernance des innovations médicales*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, p. 127-154, dont p. 129-130.

<sup>734</sup> Sandret Nicolas, Huez Dominique, « Clinique médicale du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, n°69, 2008, pp. 359-361.

*écrit un deuxième bouquin, et toute sa vision victimologique a été complètement démontée par des gens comme Dejours ou Davezies en 2001. En 2001, la question était réglée. Mais en 2011, vous avez encore des médecins qui sont dans le conflit interpersonnel ! Bon, il n'y a pas de conflits interpersonnels dans le milieu du travail. Je veux dire, il y a toujours un média, qui est l'objet travaillé. Le médecin qui n'a pas compris ça, c'est le médecin qui en 1948 ne croyait pas aux vertus des antibiotiques !*

Yves critique ses confrères qui développent une approche relationnelle des « risques psychosociaux » : selon lui, par manque de travail, ils ne sont pas au fait de la littérature scientifique qui va à l'encontre de cette approche. Ils se retrouvent alors dans une position archaïque, réactionnaire.

Si la « clinique du travail », de par l'accent qu'elle met sur la subjectivité au travail, comporte pour ses détracteurs le risque de contribuer à « la psychologisation des problèmes »<sup>735</sup>, la subjectivité est toujours envisagée dans le rapport de l'individu à son activité. De plus, cette approche est focalisée sur un travail non seulement pathogène, mais lui-même « malade », et non pas sur un individu défaillant. L'approche clinique de la subjectivité offre alors un « levier pour l'analyse des situations de travail et l'affirmation du rôle des salariés en tant qu'acteurs, et non simples cibles, des démarches de prévention. »<sup>736</sup> Ainsi, les tenants de la clinique revendiquent une action d'*empowerment* des salariés, dans la lignée de l'injonction d'Yves Clot à aider les salariés dans des situations où leur activité se retrouve « empêchée », à retrouver un « pouvoir d'agir »<sup>737</sup>.

Dans cette optique, la méthode d'entretien repose sur trois questions : « qu'est-ce que vous faites ? Comment le faites-vous ? Qu'est-ce que ça vous fait de le faire ? », qui permettent d'engager avec le salarié une discussion portant sur son activité et sur les interactions de celle-ci avec sa santé. Cette pratique de prévention individuelle doit aussi permettre de repérer les situations potentiellement pathogènes pour le collectif. N. Dodier décrit ainsi ce processus de reformulation des problèmes individuels en problèmes touchant une population comme une tâche essentielle des médecins du travail :

« Pour dire que le problème individuel n'est pas un problème "de l'individu", le médecin observe une répétition de cas, et impute le problème à ce qui lie les cas (les caractéristiques du poste, de l'organisation du travail). Le problème devient ainsi collectif, au sens où l'action porte sur des objets, des conventions de travail et vise la santé d'une population. »<sup>738</sup>

---

<sup>735</sup> Almuveder Brigitte, « Problématique des risques psychosociaux et médecine du travail : processus de construction de nouveaux objets et rôles professionnels », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, n°71, vol.3, 2010, pp. 275-279.

<sup>736</sup> *Ibid.*

<sup>737</sup> Clot Yves, *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF, 2008. Notons que la réflexion développée par Yves Clot, qui repose sur ce qu'il a nommé la « clinique de l'activité », influence majeure de la « clinique médicale du travail », laisse une large place aux collectifs de travail.

<sup>738</sup> Dodier Nicolas, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993.

Au terme de cette investigation des liens entre une souffrance individuelle et une situation de travail collective, les médecins peuvent par exemple alerter l'entreprise dans un courrier qui les met en garde contre l'augmentation des manifestations de souffrance au travail parmi leurs salariés et les enjoignant d'agir pour l'amélioration des conditions de travail, notamment sur leur versant « psychosocial » (comme la reconnaissance du travail ou la transparence).

Les médecins qui se réclament de la clinique médicale du travail<sup>739</sup> disposent d'une certaine influence, de par leur activisme qui s'oppose à une pratique peu engagée de beaucoup de leurs confrères : en sus de leur engagement associatif ou syndical, longues journées de travail, forte présence dans les instances de concertation internes (en commission médico-technique, par exemple) et force de persuasion en font des acteurs, peu nombreux certes, mais connus de tous. Au SST1, le seul médecin que j'ai rencontré qui se réclame de la « clinique », Édith, est influente auprès du directeur et connue aux niveaux régional et national. Elle est aussi, j'y reviendrai, l'un des principaux protagonistes de la lutte de territoires que se livrent médecins et psychologues dans le service.

## ***2.2. L' « utilisation » de la souffrance au travail par les médecins du travail : opportunisme corporatiste ou défense d'idéaux professionnels ?***

Au début de ma présence sur le terrain, en 2010, un article sociologique publié en 2006 concernant leurs rapports à la souffrance au travail est encore très présent dans l'esprit des médecins du travail rencontrés dans les milieux militants<sup>740</sup>. Ces derniers interprètent son propos comme une dénonciation de la récupération des médecins de la notion de « souffrance au travail » à des fins corporatistes. S. Salman y montre que certains médecins du travail cherchent à légitimer leur position en s'assurant une mainmise sur le territoire de la « souffrance au travail ». Ils utilisent pour ce faire la psychodynamique du travail et la clinique médicale du travail, sur lesquelles ils font reposer leur expertise. Les médecins du travail se sont vus décrits comme des acteurs stratégiques, « utilisant » à leurs fins la souffrance

---

<sup>739</sup> Cependant, la clinique médicale du travail ne se présente pas uniquement comme un sacerdoce : certains médecins rencontrés se montrent influencés par les thèses et la méthodologie proposés par Y. Clot, notamment par le biais de rencontres ou de lectures. Ainsi, si seulement deux médecins rencontrés se définissent comme « cliniciens du travail », plusieurs autres revendiquent, à des degrés divers, la même méthode d'entretien.

<sup>740</sup> Salman Scarlett, « Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *Sociologie du travail*, vol 50, n°1, pp. 31-47, 2008.

des salariés. De plus, ils ont pris la notion de « construction sociale » comme une remise en cause de l'existence même d'une souffrance au travail<sup>741</sup>.

Cependant, la thèse paraît juste et n'est pas forcément offensante pour le groupe professionnel : en effet, la notion de « souffrance au travail » renouvelle bien la pratique de la médecine du travail par une approche originale, alors que cette spécialité est mal en point. S. Salman conclue que « la diffusion de la catégorie de souffrance au travail, liée à l'influence de la psychodynamique du travail sur la médecine du travail, donne des éléments nouveaux à des acteurs toujours à la recherche de l'identité de leur profession »<sup>742</sup>. En effet, pour ces médecins militants, la psychodynamique, puis la clinique médicale du travail, en renouvelant les pratiques et leur sens, posent les bases d'une identité professionnelle tardivement trouvée. C'est ce qu'avance Léon lors d'une réunion de médecins au SST4 :

*Cette clinique est une clinique très jeune présentée pour la première fois au congrès de Lyon en 2006<sup>743</sup>, avant il n'y avait pas d'outil pour penser le métier de médecin du travail. Rassembler tout le corpus et créer une clinique médicale du travail. Pour en faire une spécialité alors qu'avant, elle était une marguerite avec un pétale ergo, un pétale toxico... Maintenant, on est sortis de ces errements là, on a un outil : la clinique médicale du travail.*

Ces fondements théoriques permettent une émancipation du groupe par l'affirmation d'un professionnalisme « occupationnel »<sup>744</sup>. Les médecins du travail sont salariés et leur exercice est réglementé, mais ils affirment une volonté de décider eux-mêmes de leurs pratiques et des destinataires à privilégier (en l'occurrence, les salariés et non les employeurs). Lors d'une réunion annuelle du SNPST, un médecin l'exprime ainsi : pour lui, le métier de médecin du travail n'est pas donné au départ, au contraire, il faut le construire pas à pas, par des échanges entre pairs, au cours de ces réunions associatives et syndicales : la clinique est un outil de construction de ce groupe<sup>745</sup>.

Toutefois, si cette thèse touche juste, c'est le rapport de force dans lequel elle s'inscrit qui, passé sous silence, donne une image faussée de la stratégie d'implantation des médecins du travail sur le territoire de la souffrance au travail. En effet, les médecins dont il est question ici, dont j'ai moi aussi suivi les temps forts de la vie militante et associative, sont extrêmement minoritaires. La moyenne d'âge des membres de ces associations est plus élevée

---

<sup>741</sup> Sur le terrain, je ressens la virulence de leur opposition au texte, et leur amertume : « Elle a dit qu'on avait inventé la souffrance au travail pour manger ! » (notes de terrain lors d'une journée de l'Association Santé et Médecine du Travail, mars 2010).

<sup>742</sup> *Ibid.*, p. 47.

<sup>743</sup> Léon fait ici allusion au Congrès de médecine et de santé au travail qui s'est tenu à Lyon entre le 30 mai et le 2 juin 2006.

<sup>744</sup> Evetts Julia, « A new professionalism ? Challenges and opportunities », *Current Sociology*, vol.59, n°4, 2011, p. 406-422.

<sup>745</sup> Observation lors du congrès du SNPST, 19 novembre 2011.

encore que celle des médecins du travail<sup>746</sup>, et au fil des rencontres, les militants retraités sont de plus en plus nombreux. Quand ils sont en exercice, ils sont souvent isolés au sein de leurs services et en conflits plus ou moins ouverts avec des confrères dont ils sont incompris, voire avec leur hiérarchie<sup>747</sup>. Pour obtenir une vision contextualisée de la démarche « clinique » de ces médecins, il est nécessaire de prendre en compte une tendance majeure et majoritaire dans le milieu de la médecine du travail, confortée par la réforme : la dépréciation du suivi individuel du médecin au profit d'« actions » collectives menées par une équipe « pluridisciplinaire ».

## 2. La réforme « pluridisciplinaire » contre l'approche « individuelle » ?

### 3.1. Le suivi médical stigmatisé

Le professeur Pierre L. aborde spontanément l'article de S. Salman dans le cadre d'une argumentation pour un suivi collectif et non plus individuel des salariés. Fervent partisan d'un tournant vers une prévention « collective », il s'appuie sur l'article pour stigmatiser les médecins partisans de la « clinique », souvent syndiqués, et qui exagèrent l'importance du suivi individuel :

*Certains écrits te disent que les risques psychosociaux c'est une invention des médecins du travail, pour pouvoir maintenir la visite médicale. Là, je suis pervers hein, je vais jusqu'au bout du développement. Mais c'est vrai que quand t'entends certains médecins du travail et certains syndicats de médecins, c'est « il faudrait un médecin du travail par salarié, parce qu'il faut les suivre » ! Mais là, on pervertit tout le système, c'est à dire que la médecine du travail n'est pas là pour remplacer le système de santé français !*

---

<sup>746</sup> Cette moyenne d'âge s'élève en 2012 à 55 ans. Voir infra, encadré 0.1 « Qui sont les médecins du travail ? » dans l'introduction générale.

<sup>747</sup> C'est probablement pour ces raisons que, suite à l'article, des représentants des sciences sociales ont réagi pour défendre les médecins engagés dans la clinique médicale du travail. D'une part, les médecins du travail pris pour objet d'étude sont proches des sciences sociales et ils collaborent dans le cadre d'études ou de projets. D'autre part, la pratique clinique qu'ils défendent est porteuse de valeurs dans lesquelles les psychologues et les sociologues se retrouvent. Sur les thématiques de santé au travail, les représentants des sciences sociales font un travail de mise en débat et de mise en visibilité en vue de lutter contre le déséquilibre de pouvoir propre à ce domaine. Or, la médecine du travail s'est surtout distinguée dans l'histoire par sa soumission au patronat, et donc par son effet faiblement protecteur, voir néfaste, sur la santé des salariés. C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre le soutien de certains chercheurs en sciences sociales à ce mouvement interne à la médecine du travail, avec lequel ils sont en dialogue. Voir la tribune suivante, publiée en réaction à l'article dans la revue *Travailler* : Hirata Helena, Jeantet Aurélie, Kergoat Danièle, Soares Angelo, « Controverse : le regard d'une certaine sociologie du travail sur la subjectivité », *Travailler*, n°22, vol. 2, 2009, pp. 135-141. Les auteurs ont, de plus, pointé des fragilités méthodologiques de l'article afin de discréditer cette approche : S. Salman n'aurait pas suffisamment analysé la catégorie « souffrance au travail », aboutissant selon eux à un « relativisme » insultant pour les chercheurs, dont ils sont, qui en ont fait leur objet d'étude.

Le raisonnement sociologique est ici repris à son compte par le professeur L. dans le cadre d'une controverse interne au groupe professionnel : l'enjeu, selon lui, est la place de la visite médicale dans le système de prévention : doit-on la conserver, comme le veulent « certains médecins du travail et certains syndicats », ou doit-on repenser le système de prévention et abolir ces visites ? Il assimile la visite médicale individuelle à un empiétement sur le circuit de soin, et présente la notion de « suivi » comme une « perversion » du système. Selon lui, le salarié ne doit pas, en tant qu'individu, être mis au centre de l'action des services de santé au travail.

Les « RPS » sont, selon le professeur L., le meilleur exemple du bien-fondé des changements qu'il promeut car ils font apparaître deux conceptions opposées de l'activité des services : d'un côté, l'écoute de salariés en souffrance et le traitement au cas par cas de leurs problématiques ; de l'autre, des actions de prévention à l'échelle de l'entreprise, ou du collectif (atelier, service par exemple) :

*Un des risques des risques psychosociaux, c'est que certains syndicats disent, « il nous faut 10000 médecins du travail pour faire un médecin par salarié », on repart vers un boulet à la 46 pour faire une médecine tertiaire, « Tous ces gens-là, c'est des gens qui souffrent, il faut les accompagner ! » Alors que moi je pense que les risques psychosociaux, c'est l'élément supplémentaire qui montre bien que l'équipe santé : un, doit être pluridisciplinaire et, deux, doit s'attaquer au collectif en terme de santé publique.*

Moins que l'opposition entre suivi individuel et suivi collectif, ce sont deux paradigmes qui s'opposent, car aussi bien les réformateurs que les cliniciens du travail disposent d'un discours cohérent quant aux pratiques légitimes des médecins du travail, leur méthode, leur visée, leurs bénéficiaires. Le discours du professeur L. ne laisse pas d'ambiguïté quant au fait qu'il a identifié dans l'approche « clinique » un discours concurrent au sien, et s'attache à le déconstruire afin de construire le sien :

*L'enjeu c'est ça, pour moi dans le futur service de santé, soit il faut suivre trois personnes qui sont en difficulté, et là on est bien dans l'approche individuelle et c'est bien le médecin qui décide avec son infirmière ou son assistante, soit c'est l'atelier qui est en difficulté et l'entreprise souhaite que le service de santé fasse quelque chose et moi je propose qu'à ce moment-là ça soit la commission médico-technique, tu sais la commission qui réunit les médecins et les IPRP, qui est une commission de prospective etc., que ce soit cette commission qui, face à la demande, détermine qui s'en occupe. On prend, ou on prend pas ? Et si on prend, c'est qui ?*

Ces propos du professeur L. dramatisent les différences entre une approche individuelle (dont l'unité est fantasmée) et une approche collective, dans le but de présenter cette dernière comme l'unique recours pour les services de santé au travail, la seule solution sensée. Les deux conceptions de l'objectivité médicale proposée par N. Dodier (l'une fondée sur la proximité « clinique » des patients et l'autre sur leur mise à distance par le biais de divers

dispositifs) recourent le clivage observé entre les médecins du travail<sup>748</sup>.

L'échelle appropriée fait l'objet d'un débat : celle de l'individu ou celle d'une communauté d'individus (« l'atelier ») ? Selon le professeur L., étant donné l'impossibilité et l'absurdité de vouloir suivre chaque salarié « en difficulté », il faut se donner comme objectif de suivre des collectifs. Le professeur propose pour cela de se reposer sur la demande de l'entreprise : si celle-ci « souhaite que le service de santé fasse quelque chose », sa demande sera examinée. Ainsi, contrairement à l'approche clinique, qui est ascendante, l'approche proposée est descendante : ce n'est pas le suivi des salariés qui va permettre d'identifier un problème collectif mais un problème collectif, d'abord formulé par l'employeur, qui devrait amener à améliorer la situation des salariés à travers une prise en charge de cette demande par une équipe « pluridisciplinaire ».

La promotion d'une approche collective de la prévention, effectuée au niveau régional par le Professeur L. et l'Institut qu'il dirige, se présente comme le contrepoint de l'approche « clinique » et repose d'abord sur son dénigrement.

Si le suivi individuel est peu valorisé en général, pour ce qui concerne les « risques psychosociaux », les critiques se font plus virulentes encore. L'écoute de salariés en détresse psychologique fait l'objet de railleries : les médecins du travail n'ont pas vocation à « écouter des salariés en pleurs ».

*Je pense que les risques psychosociaux sont un excellent indicateur pour voir vers quoi va tourner la santé travail et quelle va être la demande. Ça va être très rigolo, ça va être quoi la demande de la société ? Est-ce que la société va revenir dans une demande individuelle parce qu'il n'y a plus de médecin généraliste, il n'y a plus de curé, il n'y a plus de ceci, et donc, j'ai besoin d'un confident Duchmol, mais est-ce que... Je ne veux pas être trop MEDEF, mais est-ce que l'entreprise est là pour payer ça ? Ou est-ce qu'on se dit non, au contraire, l'important c'est d'avoir une action de prévention primaire et de se donner les moyens d'équipes qui agissent sur ces situations difficiles.*

Feignant de s'interroger sur un choix entre deux options, le professeur L. ramène les pratiques d'écoute individuelle à des pratiques passéistes : il compare la parole du salarié à son médecin du travail à la pratique de la confession religieuse. Il utilise aussi le terme péjoratif de « confident » qui indique qu'il considère l'écoute comme une activité triviale.

Plusieurs personnes rencontrées, dans la veine des propos du professeur L., moquent le cliché du médecin du travail « confident » et compatissant, offrant des mouchoirs aux salariés qu'il reçoit. Ce faisant, les acteurs assimilent le suivi individuel de salariés en souffrance à un accompagnement psychologique qui, d'une part, ne relève pas du rôle de la médecine du

---

<sup>748</sup> Dodier Nicolas, « Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients », in Virginie Tournay (dir.), *La gouvernance des innovations médicales*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, pp. 127-154.

travail, et, d'autre part, entraîne une psychologisation de problématiques qui, en réalité, trouvent leurs racines dans l'organisation du travail. Dans cette optique, c'est donc à la fois outrepasser son rôle et se tromper de cible que de miser sur l'écoute des plaintes des salariés en souffrance comme prévention des « risques psychosociaux ».

Ces propos qui présentent le suivi individuel, et l'écoute, comme des pratiques désuètes, en donnent également une vision simpliste et unifiée. Or, les discours recueillis auprès des médecins lors des entretiens menés donnent une toute autre image de ce « suivi individuel » tel qu'il est fustigé par ses opposants. Il se présente comme une pratique multiforme dont la description fait ressortir les multiples ambiguïtés de la posture du médecin du travail, entre le salarié et l'entreprise et entre la prise en charge médicale et un rôle complexe d'assistance sociale et juridique.

### ***3.2. Le « dépistage » : quand le niveau « individuel » s'accorde avec les objectifs de la réforme***

Les consultations médicales peuvent-elles encore faire remonter des informations pertinentes pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail ? À cette question, les promoteurs de l'approche collective, et parmi eux le professeur L., répondent par l'affirmative. La pertinence du suivi individuel réside pour eux dans la possibilité de « veille » qu'il offre, qu'ils formulent en termes de « dépistage ».

On a vu que selon la loi de modernisation sociale de 2002, fondatrice de la « pluridisciplinarité », le médecin du travail représentait « une ressource en terme d'identification du stress au travail ». Si les moyens de cette identification ne sont pas précisés, on suppose que le suivi médical des salariés en est le lieu.

Dans le même esprit, le professeur L. se prononce pour une approche individuelle limitée en faveur d'un suivi collectif des salariés mais affirme l'importance de « politiques individuelles » qu'il justifie ainsi :

*Dans le collectif « entreprise », il faut mettre en place des politiques individuelles, parce qu'effectivement il y en a qui sont plus à risque en tant que personnes parce qu'ils ont des pathologies, ou plus à risque parce qu'ils ont des professions ou des responsabilités qui font que...*

Le professeur L. fait ici allusion à un rôle résiduel qu'il envisage pour les médecins au niveau individuel : celui de l'identification des salariés fragiles, récusé par les tenants de l'approche individuelle fondé sur la clinique médicale du travail.

Les mesures de bruit et d'ambiance thermique par des assistantes santé travail ou des IPRP permettent un « dépistage » des risques. Dans le cadre des « RPS », le terme de dépistage est repris, mais s'applique au niveau des salariés : il s'agit de repérer les individus fragiles. Dans une des réunions de l'association SMT, les membres échangent sur les tentatives patronales de faire endosser ce rôle au médecin du travail, sur leur propre résistance et sur la faiblesse de certains de leurs confrères :

*J : Ils organisent des réunions où on parle de cas et où ils essaient de nous tirer les vers du nez : celui-là, il en a encore pour longtemps ? Ils essaient de flécher sur les individus qui sont plus fragiles. Ils nous demandent de repérer les gens qui vont pas bien mais on leur dit : organisation pathogène. Le problème, c'est qu'une fois qu'on a repéré des choses qui vont pas bien dans l'organisation du travail, qu'est-ce qu'on fait ?*

*A : Dans un grand groupe, ils ont mis en place une cellule de dépistage, soutien alcool, addiction. Les représentants syndicaux se laissent prendre au jeu, sous un discours « oui, ça apporte un soutien, une aide », c'est l'aspect boyscout, cœur gros comme ça...*

*V : Chez nous ils encouragent la participation des médecins du travail à une démarche de prévention des RPS organisée par l'employeur, avec un numéro vert. J'ai des collègues médecins du travail qui émargent à ces commissions numéro vert pluridisciplinaires. Quand les salariés appellent on leur demande : « est-ce que vous accepteriez de rompre l'anonymat ? » Ce sont des stratégies qui confèrent un rôle à un médecin du travail dans le cadre d'une rupture de secret. Ça détruit la confiance des gens. L'interlocuteur du numéro vert est désigné par la direction ! Un jeune collègue, pourtant pas de ma chapelle, a dit aux RH : le numéro vert, je vous arrête, je sais lequel c'est, c'est le mien, c'est celui du médecin du travail ».*

*J : C'est une dérive du protocole signé en 2008 par tous les syndicats, on parle clairement de repérage des gens fragiles, avec des numéros verts, des tickets psy proposés aux gens qui ne vont pas bien. les syndicats se sont fait manipuler, ils ont signé pour l'organisation du travail mais ils se sont pas rendus compte que, derrière, il y avait du repérage des cas fragiles. Comme médecins du travail, on n'est pas responsables de toutes les saloperies que font les entreprises par rapport aux RPS. Par contre, on a nos responsabilités<sup>749</sup>.*

On assiste ici à l'affirmation et au renforcement d'une position collective de la part de membres de l'association : ceci est simplement un extrait d'une longue discussion qui a permis aux protagonistes d'échanger sur leur refus des pratiques de « dépistage » et sur les raisons de ce refus (risque de rupture du secret médical, instrumentalisation par la direction, absence de solution collective pensée pour remédier aux cas identifiés, etc.).

En dehors de ce cercle militant, j'ai rencontré une approche critique des pratiques de dépistage chez Yves. Pour lui, les pratiques de sélection donnent à ses confrères un sentiment d'utilité que les pratiques de prévention échouent à leur procurer. Il y voit la conséquence du défaitisme d'une nouvelle génération de médecins du travail :

*Peut-être que des médecins déçus par le peu d'effet de la plupart des actions en milieu de travail se retournent vers d'autres pratiques, qui sont celles de la sélection. Parce que ça les occupe, ils ont l'impression d'avoir une utilité, celle de*

---

<sup>749</sup> Extrait du journal de terrain. Cette observation d'une réunion de l'association SMT de décembre 2010 a été retranscrite à partir de notes et non pas d'un enregistrement, contrairement aux extraits d'entretiens cités.

*l'addictologie, bon. Pendant son action en milieu de travail, le médecin du travail peut après tout... quand il se promène dans l'entreprise détecter des comportements anormaux et convoquer les salariés pour discuter d'une éventuelle conduite addictive. Donc là, on est dans la position du gendarme hygiéniste.*

Selon Yves, la jeune génération de médecins du travail cherche une utilité sociale et la trouve dans des pratiques de dépistage et de sélection. Si l'interprétation d'Yves suggère que les jeunes médecins sont instigateurs de ces pratiques, cette forme d'utilité sociale de leur activité leur a cependant été largement suggérée par les réformateurs, comme l'a montré le discours à ce propos du professeur L.

Ainsi, le niveau individuel n'est pas tant déprécié pour lui-même par les tenants de la réforme, que pour remettre en cause la place centrale de la visite médicale dans le système de prévention. En effet, les pratiques de dépistage, encouragées par les nouveaux textes, supposent une conception particulièrement individualisée du « risque psychosocial », puisqu'il s'agit de singulariser les individus – et non pas les situations – « à risque ».

### **3.3. La critique « clinique » des « risques psychosociaux » : une « extension du domaine de la gestion »<sup>750</sup>**

Pour les tenants de la « clinique », l'approche par les « risques psychosociaux » est en elle-même une fausse route. Un médecin rencontré parle de « plantage » : cette mise en exergue de la souffrance au travail élude la question de l'activité de travail, qu'il s'agit de remettre au centre.

Dans son ouvrage, *Le travail à cœur, pour en finir avec les RPS*<sup>751</sup>, Y. Clot, psychologue du travail très influent sur les médecins qui se réclament de la clinique médicale du travail, s'oppose à la problématisation des pathologies mentales dues au travail en termes de « risques psychosociaux », notamment parce qu'elle occulte l'importance du « travail réel » et de sa mise en débat. Il se montre critique vis-à-vis du rapport Légeron Nasse<sup>752</sup> qui donne l'observation et la mesure comme priorité<sup>753</sup> et assimile les politiques de prévention des « RPS » à une démarche gestionnaire, issue d'une « culture du résultat » et dont l'objectif est avant tout d'obtenir une protection juridique des employeurs :

« Sur le marché en pleine explosion du risque psychosocial sous-traité, l'avocat le dispute au psychologue ou au psychiatre. Il s'agit le plus souvent d'installer entre directions et syndicats des consensus fictifs autour de

---

<sup>750</sup> Clot Yves, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte, 2010, p.131

<sup>751</sup> *Ibid.*

<sup>752</sup> Légeron Patrick and Nasse Philippe, *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, remis au ministre du Travail le 12 mars 2008.

<sup>753</sup> Clot Yves, 2010, *op. cit.*, p. 107

“machines à guérir”, qui visent, le plus vite possible, à “ouvrir le parapluie” vis-à-vis des services de l’État »<sup>754</sup>

Selon lui, il s’agit avant tout de conflits de critères sur la qualité du travail qui aboutissent à un travail empêché. La « dégradation du travail réel », qu’il constate, doit faire l’objet d’une mise en débat entre les différents protagonistes. De plus, pour Y. Clot, les « RPS » ne font pas qu’éluder les conflits du travail, ils participent aussi à une gestionnarisation de la santé au travail, et témoignent du fait que le contrôle opéré sur les individus s’étend à présent jusqu’à son psychisme.

« On voit bien évoluer l’organisation du travail, mais en ajoutant la gestion psychologique à la gestion stratégique et financière, en développant une ingénierie de la souffrance professionnelle, qui dans les centres d’appels psychologiques, 24 heures sur 24, respecte plus ou moins bien la frontière du professionnel et du personnel. C’est là une extension du domaine de la gestion »<sup>755</sup>.

L’hygiénisme que propose la prévention des « RPS » prescrit, dans le cadre même du travail, un « bon usage de soi par soi » (faire du sport, bien manger, etc.). Y. Clot assimile les pratiques psychologiques exercées dans le cadre de la prévention des « RPS » à une forme d’« orthopédie sociale ». Ces pratiques constituent également, selon lui, des « amortisseurs psychologiques » qui adoucissent la violence de la pression productiviste.

Ainsi, alors que la psychotechnique constitue « le premier retournement de la psychologie en “bonnes pratiques” », le second retournement serait en train de se produire avec la prévention des « RPS ». Il met en garde les professionnels, ergonomes comme psychologues, afin qu’ils ne dévoient pas leurs disciplines dans ce travail de normalisation. En conclusion de son ouvrage, Y. Clot leur propose d’aller à l’encontre de la promotion de « consensus factices » menée par l’État et de prendre le risque d’instituer un conflit sur la qualité du travail : ils doivent provoquer le débat à ce sujet, et l’« équiper ».

### ***Encadré 7.3 La santé mentale : un concept « piégé » ?***

Le psychiatre M. Bellahsen<sup>756</sup> replace les « RPS » dans la problématique plus large du glissement du concept de « santé mentale », qui d’un concept progressiste, est devenu un instrument de « gouvernement des hommes ». Son discours rejoint celui d’Y. Clot mais concerne plus globalement tout ce qui fait aujourd’hui partie de la « santé mentale ». Selon lui, celle-ci « applique à l’intime la norme de la concurrence » : il s’agit de faire fructifier son capital individuel. Elle se présente comme « un processus de normalisation visant à transformer le rapport des individus, des groupes et de la société, dans le sens d’une adaptation à une économie

<sup>754</sup> *Ibid.*, p. 107

<sup>755</sup> *Ibid.*, p. 131

<sup>756</sup> Bellahsen Mathieu, *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, Paris, La Fabrique, 2014.

concurrentielle vécue comme naturelle ». Dans ce cadre, la prise en charge de la santé des individus et des populations ne se fait pas pour elle-même mais pour la santé de l'économie.

Il englobe la problématique des « risques psychosociaux » dans ce mouvement, et met en avant son effet de dépolitisation des conflits du travail :

« grâce à ces constructions que sont (...) les « risques psycho-sociaux », les interventions politiques peuvent prétendre s'effectuer au nom de la science et effacer le choix de société inhérent à toute politique. Les instances gouvernementales seront là pour mettre en place des dispositifs « experts » censés soutenir l'individu sans modifier le milieu du travail. Les anciens rapports de force entre les travailleurs, leurs organisations et les entreprises s'effacent au profit d'un rapport direct entre l'individu et l'entreprise, évacuant par la même toute la question des collectifs de travail. »<sup>757</sup>

Il montre aussi que les enjeux de définition de la santé et de la santé mentale sont avant tout politiques. En 1948, l'OMS définit la santé comme un « état de complet bien-être », physique, mentale et social<sup>758</sup>. « Concept saturé de positif », le « bien-être » s'impose alors comme une norme contraignante. Toujours selon l'OMS, « une personne en bonne santé mentale est quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer »<sup>759</sup>. L'OMS en fait même un enjeu européen : « La bonne santé mentale est aussi une condition indispensable pour parvenir à une Europe viable, socialement responsable et productive. Elle renforce la cohésion sociale et le capital social, et améliore la sécurité dans le cadre de vie »<sup>760</sup>

M. Bellahsen en conclue que la santé mentale « positive » se présente comme un nouvel outil de gouvernement, au sens de M. Foucault. Pour lui, les « RPS », l'autisme, l'hyperactivité, et les troubles bipolaires « ont suivi ce même processus de mise en visibilité et de tentative de gestion du problème ». Dans ce cadre, les « RPS » se présentent comme « un levier pour l'émergence d'une nouvelle problématique « santé mentale et société » : le travail doit être un facteur de développement du « bien-être » ».

\*\*\*\*\*

L'approche individuelle n'est donc pas unifiée mais repose sur deux conceptions opposées de l'homme au travail : l'une qui se focalise sur l'individu et l'autre qui se focalise sur le travail. Les termes du débat théorique portant sur le niveau d'intervention pertinent – l'individuel ou le collectif – font disparaître cette différence de parti pris en une conception simplificatrice et dépolitisée des enjeux de la prévention des « RPS ». Le fait de s'opposer à une approche individuelle jugée désuète permet de justifier les changements apportés au système de prévention, et notamment l'éloignement du principe de suivi médical des salariés et la tendance à un suivi collectif opéré par une équipe « pluridisciplinaire ». Quand on s'intéresse aux discours des médecins sur l'action qu'ils exercent en vue de la prévention des « risques psychosociaux », l'image qui ressort est plus nuancée et les niveaux individuels et collectifs apparaissent largement imbriqués. Les enjeux en termes de rapports de pouvoir entre salariés et employeurs, ainsi que la question des bénéficiaires finaux de l'action du médecin (les salariés ou les « entreprises ») semblent plus déterminants, au quotidien, sur les

<sup>757</sup> *Ibid.*, p. 60. Il cite ici Y. Clot, dont le discours va dans le même sens que le sien.

<sup>758</sup> *Ibid.*, pp. 91-92.

<sup>759</sup> Définition citée p. 96. *Ibid.*

<sup>760</sup> *Ibid.*, p. 97. L'auteur cite le document suivant : OMS, « Déclaration sur la santé mentale en Europe. Relever les défis, trouver des solutions », Conférence ministérielle européenne, Helsinki, 12-15 janvier 2005.

choix émis par les médecins que ne l'est la dichotomie entre les niveaux individuel et collectif.

### Section 3 : Au-delà du clivage entre « individuel » et « collectif » : des pratiques multiformes

La réforme de la médecine du travail a lieu dans un contexte de manque de main-d'œuvre qui rend le suivi individuel difficile, notamment le suivi périodique. Dans de nombreux services, les médecins passent encore le plus clair de leur temps, sous l'injonction de leur hiérarchie, à tenter d'effectuer toutes les visites obligatoires. Ces pratiques sont fustigées par les réformateurs, le professeur L. en tête. Selon lui, pour sortir de la logique de l'aptitude, il faut sortir du suivi individuel pour aller vers une approche programmatique.

Certains services, à l'image du SST1, mettent les visites périodiques de côté et s'éloignent de la logique d'aptitude critiquée par le professeur L. Cependant, les médecins restent très largement accaparés par les consultations, les visites de reprise et les visites à la demande étant nombreuses et chronophages. Contrairement aux visites périodiques, elles débordent fréquemment sur le « tiers temps ». Dans ce cadre, qu'ils estiment ou non que cela ressort de leur juridiction, les médecins reçoivent, malgré eux, beaucoup de salariés qui présentent des signes de souffrance mentale liée au travail.

Que font donc les médecins, précisément, pendant la visite d'un salarié en souffrance et à sa suite ? À quoi ce suivi médical qualifié d' « individuel » correspond-il ?

Pour répondre à ces questions, les entretiens avec des médecins qui se positionnent moins comme des porte-paroles que comme des praticiens constitueront notre matériau principal. Si l'absence d'observation des pratiques ne donne pas accès au « travail réel » des médecins quant à la prévention des RPS, ces discours permettent d'avoir une idée des pratiques multiformes regroupées sous le terme de « suivi individuel ». Contrairement à l'image des consultations « de routine » attaché au suivi périodique, le rapport en face à face avec le salarié s'avère porteur de pratiques jugées utiles ou gratifiantes par les médecins.

## **1. La place des « RPS » dans l'activité des médecins**

### *1.1. Des médecins pris au dépourvu*

Les médecins interrogés à brûle pourpoint sur les RPS sont parfois pris au dépourvu et

peinent à décrire leurs pratiques. Bernard, médecin salarié par un service interentreprises, travaille seulement dans une grosse entreprise, sur un fonctionnement proche d'un service autonome. Etant retraité, il a repris une activité à temps partiel pour laquelle il exerce dans les locaux de cette entreprise qu'il suivait déjà avant sa retraite.

*Les RPS, c'est pas ma passion. Bon, ça existe, je ne vous dis pas que dans mon effectif ça n'existe pas. Euh... Après, tout dépend ce qu'on appelle, tout ce qu'on met dans RPS, parce que maintenant on parle de RPS, ok, ça permet de cadrer le problème. Bon. Mais avant, on a entendu parler de harcèlement. Alors... comment dirai-je ? Au début on parlait de harcèlement et lorsqu'une personne se trouvait confrontée... euh... à des directives euh... un peu... trop... brutales, sans considération etc., elle disait qu'elle était harcelée. Bon. Après, ça a évolué et on a pris conscience qu'effectivement, c'était pas du harcèlement. Le harcèlement c'est quand on en a vraiment après quelqu'un. Mais on s'est rendu compte que si certaines personnes étaient harcelées, mais qu'on n'en avait pas après elle, c'était parce que le système de management avait pour but d'agir de cette façon-là. Tout le monde était à la même enseigne, hein. Et c'est là que le qualificatif de harcèlement n'étant pas bon, on a trouvé le terme de RPS.*

Bernard n'avance rien de concret sur ses propres pratiques en ce qui concerne les « RPS ». Son discours laisse transparaître l'idée que cette catégorie n'est pas pertinente, ce qu'il n'ose cependant pas formuler. À l'inverse, il se défend de minorer ce phénomène : « je ne vais pas dire que ça n'existe pas ». C'est avant tout un terme qu' « on a trouvé » pour remplacer celui de harcèlement et mettre en valeur les dommages sur la santé de l'organisation du travail<sup>761</sup>.

Corinne, médecin du travail au SST1, ne revendique ni la prévention des « RPS », ni celle de la « souffrance au travail » comme un élément central de sa pratique, bien au contraire. Elle ne refuse pas d'agir mais se sent dépassée. Ce qui l'embarrasse le plus est le contact avec l'employeur : comment lui faire comprendre que ses salariés souffrent sans le braquer ? Comment expliquer la situation sans rompre le secret médical ? Elle se sent fréquemment en porte-à-faux à ce sujet :

*Je pense que, de toute façon, quels que soient les risques, on a d'abord un rôle d'alerte. Après c'est vrai que moi je ne me sens pas à l'aise avec les risques psychosociaux, je ne vais pas vous le cacher. Donc forcément, je ne vais pas m'engouffrer dedans, parce que je pense que je n'apporterais pas forcément la réponse la plus adaptée. Et je trouve que c'est toujours... vous voyez, là, j'ai fait une inaptitude il n'y a pas longtemps, en une seule visite pour souffrance au travail, et l'employeur m'a dit : « je ne comprends pas, pourtant l'entreprise allait bien ! ». Alors, on est toujours lié au secret médical aussi, alors d'arriver à lui faire comprendre qu'il a un environnement de travail avec du physique et du psychologique chez quelqu'un... Ben qui ne comprend pas que quand il insulte ses salariés, ils ne le vivent pas bien, quoi. Et arriver... Toujours rester dans... faire très attention à ce que l'on peut dire ou pas dire, c'est difficile. Et puis avec des salariés*

---

<sup>761</sup> L'absence de discussion possible sur les pratiques provient probablement du fait que ce médecin est syndiqué (à la CGC) et souhaite que son discours se contente de relayer celui du syndicat. Il ne veut pas rentrer dans le détail de son travail réel et des difficultés et questions que celui-ci lui pose. On note qu'au syndicat professionnel SNPST, les médecins parlent plus librement de leurs pratiques et de leurs doutes : le syndicat semble créer un cadre rassurant pour des pratiques qui, bien qu'elles soient centrées sur la clinique médicale du travail et ses valeurs, s'incarnent différemment selon les médecins.

*qui, des fois, arrivent à un point où ils ne veulent plus du tout voir l'employeur, donc bon, il faut gérer...*

Les exemples que donne Corinne ont trait à des conflits interpersonnels entre l'employeur et ses salariés – le plus souvent, ce qu'elle regroupe sous le terme de « RPS » désigne une forme de maltraitance des salariés par leur employeur. Ainsi, elle perçoit ces risques dans leur aspect relationnel, voire humain. En tant que médecin, elle ne se sent pas formée à faire face à ces problématiques.

### **1.2. Une continuité des pratiques**

Dans d'autres discours de médecins aguerris, on retrouve les « RPS » comme une nouvelle catégorie qui en recouvre d'autres, plus anciennes. Ils ne représentent guère plus pour Claire, médecin du travail au SST3, qu'un glissement dans la terminologie.

Elle affirme qu'elle « touche aux risques psychosociaux sans le vouloir » : ce n'est pas l'entrée qu'elle choisit face à une situation donnée, mais c'est par le biais d'autres personnes avec lesquelles elle travaille et qui « labellisent » la situation comme des « RPS » qu'elle rentre sur ce territoire. Dans notre entretien, la problématique RPS apparaît omniprésente parce qu'elle est très large et peut s'appliquer à de nombreuses situations. Il en ressort que d'autres cadres tout aussi généraux, comme l'inaptitude ou les conditions de travail, peuvent servir de point d'entrée dans une même situation problématique.

B : Tout à l'heure, vous disiez : « moi je ne travaille pas sur les risques psychosociaux ».

*Non, je disais... pas spécifiquement. Mais, je veux dire, les aides à domicile... Il y a eu une enquête. Le cabinet qui a fait l'enquête, la dame me dit : « je fais une enquête sur les risques psychosociaux chez les aides à domicile ». Alors je lui dis : « moi je peux vous faire part de l'expérience de ce qu'on a fait à Boulogne ». Je veux dire, au départ ce n'était pas ciblé « risques psychosociaux ». Moi, ma problématique, ce n'était pas le risque psychosocial, c'était l'inaptitude, au départ. Mais par ce biais-là, forcément on touche aux risques psychosociaux ; parce que si vous améliorez leurs conditions de travail... forcément elles vont mieux.*

Les « RPS » n'apparaissent pas à tous comme une entrée utile dans l'exercice de la médecine du travail. Etre confronté à la souffrance au travail n'est pas automatiquement traduit comme un problème de « risques psychosociaux », qui doit faire l'objet d'un traitement spécifique.

## **2. Une activité médicale guidée par des enjeux sociaux et juridiques**

Tout d'abord, le suivi individuel tel qu'il est critiqué renvoie à une image de la consultation routinière qui ne correspond pas aux consultations menées au SST1, qui sont

rarement de simples visites « périodiques ». La consultation médicale correspond désormais à une consultation de « gestion de problèmes », comme l'explique Céline qui délègue le suivi routinier à une infirmière :

*Je considère qu'elle permet que soient vus des gens qui au prime abord, normalement ne sont pas en détresse, n'ont pas de souci de santé et de, moi, consacrer du coup beaucoup plus de temps aux gens qui le sont.*

B : Donc l'infirmière fait plus de prévention tandis que vous faites plus de...

*On est... c'est inévitable, on va être dans la gestion de problèmes. La gestion des aptitudes, la gestion des problèmes de santé... C'est pas ça, je ne sais pas comment on peut dire d'autre ? Mais globalement on ne passera pas du temps en visite médical à voir des gens qui vont bien et qui n'ont pas de difficultés. Clairement c'est ça à l'origine.*

Les médecins qui ne travaillent pas avec une infirmière délaissent les consultations périodiques pour avoir le temps d'effectuer les consultations qu'ils estiment plus importantes, avec des salariés qui présentent des problèmes de santé, soient les visites à la demande et les visites de reprises après un arrêt de travail. C'est principalement dans le cadre de ces visites que les médecins du travail sont confrontés avec des salariés qui présentent des symptômes de souffrance mentale, et qu'ils doivent agir en conséquence.

### ***2.1. L'orientation des salariés en souffrance : un rôle de relais vers le circuit de soin de ville***

En premier lieu, les médecins disent endosser un rôle d'orientation des salariés en souffrance psychique – notamment ceux qu'ils reçoivent à leur demande – vers un circuit de soin qu'ils jugent appropriés, comme ils le feraient face à d'autres types de symptômes. Cette activité semble faire consensus. Cependant, la manière dont les médecins l'effectuent dénote différentes conceptions de leurs missions.

D'après plusieurs discours, ce travail d'orientation suppose de prendre en considération la proximité « culturelle » et financière entre le salarié et l'offre de soin en psychothérapie ou psychologie. Certains médecins orientent avant tout les salariés vers les psychologues internes à leur service pour une première prise en charge, même si ces psychologues ne doivent officiellement pas effectuer de suivi dans la durée, parce qu'ils anticipent des difficultés financières des salariés et apprécient de pouvoir leur proposer un service « gratuit ». Cette première réponse du médecin conduit donc davantage à une assistance ponctuelle qu'à un véritable suivi. Quand elle juge un suivi nécessaire, Corinne

utilise la ressource que représentent les « centres médico-psychologiques »<sup>762</sup> pour les salariés dont elle estime qu'ils n'ont pas les moyens d'un suivi psychologique par un praticien libéral :

*J'ai déjà fait des orientations CMP<sup>763</sup>, parce que des fois, on a des gens qui sont en difficulté financière. Donc c'est vrai qu'ils ne vont pas être suivis 15 fois par le psychologue Pôle Santé Travail... Donc, s'il faut mettre en place un suivi régulier gratuitement, il n'y a qu'un CMP.*

Ici, sa connaissance des structures médico-sociales constitue une ressource que Corinne utilise, mais cette connaissance n'est pas une donnée, elle est le fruit de son expérience : ainsi, par la pratique, les médecins se construisent des repères et un réseau qui leur permet d'assister les salariés.

Les médecins en oublient-ils pour autant l'investigation du rôle du travail dans les symptômes observés ? Certains engagent en parallèle une action propre à la médecine du travail ou au service de santé au travail, et font ainsi le lien entre la souffrance psychologique du salarié et sa situation de travail. Pour dépasser une prise en charge psychologique classique et s'assurer que les éléments pathogènes du travail seront abordés dans la démarche de soin, ils peuvent aussi, théoriquement et quand l'offre est disponible, orienter leurs salariés vers des consultations spécialisées en « souffrance au travail », qu'elles soient menées dans le cadre hospitalier ou bien en libéral<sup>764</sup>.

Cependant, d'autres médecins qui mettent en avant l'importance d'orienter vers le circuit de soin « de ville » peuvent négliger les aspects liés au travail de la souffrance et se concentrer avant tout sur l'individu et son bien-être, comme c'est le cas de Guillaume :

*C'est important d'orienter vers la bonne personne. Par exemple, il y a des gens qui font des psychanalyses, alors que clairement, pour moi, il faudrait qu'ils fassent de la relaxation...*

Dans cet extrait (cohérent avec le reste de l'entretien), Guillaume met l'accent sur l'individu et son bien-être psychologique, en dehors de toute considération sur le travail qu'il effectue et son contexte. En effet, le circuit de soin de ville se caractérise par une moindre sensibilité à ce qui a trait au travail : ainsi, les aspects liés à l'activité elle-même y seront forcément moins, voire pas du tout, investigués, tandis que tout ce qui est relatif aux symptômes cliniques de l'individu sera pris en charge et traité.

---

<sup>762</sup> Les centres médico-psychologiques, ou CMP, sont des établissements publics qui dispensent des consultations de soins mentaux entièrement pris en charge par la sécurité sociale.

<sup>763</sup> Centres médico-psychologiques, voir note précédente.

<sup>764</sup> Dans la région étudiée, les consultations de psychopathologie du travail sont surtout orientées vers l'assistance au médecin et n'effectuent pas de suivi. Aucun des médecins rencontrés n'oriente donc les salariés en souffrance vers des consultations de ce type pour un suivi, comme cela peut être le cas ailleurs.

L'orientation vers le circuit de soin de ville, comme beaucoup de pratiques en santé au travail, est donc ambivalente. Elle est orientée vers un mieux-être du salarié qui peut soit s'accompagner d'une volonté de transformer la situation pathogène soit, au contraire, n'être que l'expression d'une conception individualisante de la souffrance au travail.

## **2.2. L'arbitrage santé/emploi et les pratiques d' « outplacement »**

Quand ils sont confrontés à un salarié en situation de « souffrance au travail », beaucoup de médecins disent se retrouver démunis. Parmi leurs leviers d'action, et au-delà d'une simple orientation vers le circuit de soin, quand la santé du salarié est très affectée, l'extraction du salarié de la situation de travail responsable de ses symptômes apparaît comme « la moins mauvaise solution ». Pour cela, le médecin dispose de l'outil de l'inaptitude. Les médecins évoquent leurs dilemmes face à l'arbitrage qu'ils disent devoir faire entre, d'un côté, l'emploi du salarié et la sécurité financière qui l'accompagne, et, de l'autre, sa santé psychique. Plusieurs médecins m'ont dit utiliser les consultations pour discuter de leurs options possibles avec les salariés, étant donnée leur situation de souffrance due au travail.

Jérémy, médecin du travail au SST1, décrit son activité comme une forme d'assistance à l'orientation professionnelle. Il s'attache aussi à encourager des salariés qui ont perdu confiance.

*Il faut discuter avec les gens, parce qu'effectivement, on n'est pas moins stressés quand on est au chômage hein ! Il faut leur dire « vous stressez au travail, maintenant c'est à vous de savoir si vous pouvez vous permettre de ne pas travailler, de partir ailleurs ». Il vaut mieux partir avant d'être dépressif plutôt que d'être chômeur dépressif incapable de chercher du boulot, il faut le leur dire. Moi je me contente en général de poser les questions, leur dire qu'il faut en parler avec leurs proches parce qu'ils sont aussi concernés, et puis je les revois un mois, deux mois après et je leur demande l'évolution de leurs réflexions. J'ai un plateau téléphonique où les gens se sont retrouvés là parce qu'ils ne trouvaient pas autre chose. C'est un boulot qui les emmerde, qui les stresse, en plus le management c'est vraiment : « écoute, si tu stresses, tu t'en vas ». Donc là, il faut inviter les gens à se construire un projet professionnel, à s'interroger jusqu'à quel point ils peuvent rester et à quel moment ils doivent partir, et j'essaie de les accompagner.*

Jérémy s'enquière de la présence ou non d'un soutien familial et/ou d'un réseau amical qui pourrait permettre au salarié de faire face à sa situation plus longtemps, mais aussi sur sa possibilité financière d'envisager un licenciement en cas d'inaptitude. Il utilise des compétences qui ne sont pas strictement médicales – notamment sa connaissance du marché de l'emploi – afin d'accompagner et de conseiller un salarié dans son projet de reconversion professionnelle. Ainsi, il mesure les conséquences socio-économiques d'une inaptitude dont ils sait qu'elle pourra entraîner un licenciement.

Si Jérémy n'est pas le seul médecin à avoir ce type de pratiques, les médecins les revendiquent assez peu car elles s'apparentent pour eux à un « bricolage » éloigné de l'idéal professionnel. De plus, ces arbitrages ne se font pas au grand jour, les médecins ne reçoivent donc de la part de leur hiérarchie ou des employeurs aucune reconnaissance pour les avoir menés de manière judicieuse. Ainsi, le fait que ces pratiques soient peu visibles joue le jeu des tenants d'une approche programmatique, qui leur substitueraient des pratiques standardisées qui pourraient faire l'objet à la fois d'un suivi et d'une évaluation.

Les médecins en tirent tout de même satisfaction, car certains salariés bénéficient de leurs conseils. Durant notre entretien, Jérémy met en avant des cas dans lesquels sa consultation a mis en branle une dynamique positive pour les salariés :

*C'est satisfaisant pour moi, on voit des gens qui au début se posent pas de questions, commencent à se poser des questions, construisent un projet professionnel, et un jour on reçoit un courrier comme quoi la personne a démissionné, s'est fait embaucher ailleurs et puis ça va très bien. Une fois, c'était une dame qui était hyper investie dans son travail, elle était surinvestie, je lui dis « Mais vous avez trente ans, vous n'allez pas tenir comme ça jusqu'à la retraite », je l'avais gardé longtemps en consultation. Elle en a discuté avec son conjoint, qui lui a dit « Oui, en effet, j'en ai ras la casquette », donc à la première visite, elle allait très bien, la seconde, elle allait pas bien du tout, elle était sous antidépresseur, puis après bon elle s'est rendue compte qu'elle pouvait pas continuer comme ça.*

Jérémy donne ici un exemple d'une démarche de prévention en amont des problématiques de « RPS » : le médecin identifie une situation à risque et met en garde le salarié avant même qu'il soit touché. Dans la plupart des cas, il s'agit cependant d'extraire au plus vite les salariés de situations pathogènes avérées.

Le médecin coordinateur, qui tire de son statut une certaine connaissance du « travail réel » de ses confrères, prend acte de cette activité en affirmant, provocateur : « la prévention des RPS, c'est de l'outplacement ». En effet, bien que la transformation des situations de travail pathogènes constitue l'objectif idéal, dans beaucoup de cas, les médecins admettent qu'extraire un salarié de son entreprise au bon moment et dans des conditions qui lui conviennent est ce qu'ils peuvent faire de mieux.

### ***2.3. Le médecin du travail au cœur des conflits du travail : conseils juridiques et stratégies***

La reconnaissance des affections de la santé mentale des salariés dues à leur travail n'est pas aisée car il n'existe pas de tableau des maladies professionnelles qui leur soit dédié. Ainsi, les procédures à portée juridique dans lesquelles les médecins du travail interviennent sont le plus souvent des procédures d'inaptitude. Dans des cas extrêmes comme les suicides,

ils peuvent jouer un rôle dans des procédures entamées par le salarié ou ses ayants droits de demande de reconnaissance de la « faute inexcusable » de l'employeur, ou encore dans des poursuites pour « harcèlement moral ».

De plus, les suicides en lien avec le travail font désormais apparaître le traitement de certains salariés suicidaires comme une forme d'urgence, ce que Claire, médecin du travail au SST3, considère comme un phénomène nouveau. Les médecins peuvent alors mobiliser l'inaptitude de manière originale pour les cas de « souffrance au travail » qui leur semblent critiques, grâce à la procédure de « danger immédiat »<sup>765</sup>. Claire m'explique qu'elle et ses confrères n'utilisent cette procédure que sur des cas de « souffrance au travail » :

*Ça fait 10 ans que je suis ici, et je dirais que depuis 2 ans, 2-3 ans je fais... sur des dossiers de souffrance au travail comme ça, où les gens ne sont vraiment pas bien, avec parfois des idées noires et risque suicidaire et des trucs comme ça, je fais des inaptitudes en une seule visite. Vous savez, ce qu'on appelle les procédures de danger immédiat. C'est-à-dire qu'on sort la personne en se disant : « bon, il faut la sortir sinon ça va mal se passer quoi ». Ça c'est quand même un phénomène nouveau. C'est une procédure qui a tout le temps existé, mais qu'on n'utilisait pas avant. Moi je ne l'utilisais pas et je pense que je ne l'utilise que sur les risques psychosociaux. Et je pense que mes confrères et mes consœurs, c'est pareil. À chaque fois qu'on fait une inaptitude en une seule visite, c'est toujours dans ce contexte-là.*

Ainsi, grâce à un outil juridique, les médecins du travail font face au risque suicidaire en permettant aux salariés d'arrêter sur le champ l'activité qui les met en danger.

Beaucoup de médecins s'entendent sur la nécessité de consigner un maximum d'informations dans le dossier médical. Pour les plus engagés, cette pratique vise avant tout l'intérêt du salarié ; pour les plus frileux, elle sert à « ouvrir des parapluies » en cas de litige. Édith me raconte qu'après un cas de harcèlement sexuel d'une salariée par son employeur, celle-ci est affectée, à titre punitif, à un service dans lequel elle ne se sent pas à sa place (l'activité physique qui y est menée lui est particulièrement pénible). Elle peine à effectuer les tâches demandées et présente des symptômes dépressifs. Un simple sous-entendu d'Édith à l'employeur, suggérant qu'elle a consigné des informations qui le compromettent dans le dossier médical, suffit à faire réaffecter la salariée au poste sur lequel elle est performante et lui faire ainsi retrouver une activité valorisante – et une meilleure santé. Elle a utilisé le statut légal des informations consignées dans le dossier médical comme ressource dans la négociation d'un arrangement avec l'employeur. Plus généralement, Édith perçoit son exercice comme une confrontation avec les employeurs, dans un objectif de protection de la santé des salariés :

---

<sup>765</sup> Article R. 4624-31 du code du travail.

*Mon travail c'est de mettre en visibilité les contraintes du travail, les mises au placard, arriver le matin et ne rien avoir à faire : « donnez-moi sa fiche de poste. Vous me dites qu'il n'a rien à faire : vous le payez à ne rien faire ? je ne comprends pas ». Là, je peux argumenter qu'il y a perte de sens, et le sens, en santé au travail, c'est essentiel : « vous voulez le rendre malade, attention, s'il va au pénal vous risquez fort de... » Mais harcèlement, nous on ne connaît pas. Alors, je peux connaître les conséquences : il déprime, il est stressé, il a un tableau de mal-être, il ne mange plus ou il mange trop... J'ai de la clinique, je suis médecin ! J'ai plein de clinique. Je peux dire que j'ai constaté qu'il fait de l'hypertension ! S'il est d'accord. De toute façon, je vais le consigner dans le dossier médical, le juge peut saisir le dossier médical. Après, le verdict juridique, ce n'est pas mon domaine de compétences.*

Édith utilise la « clinique », soit les éléments recueillis lors du colloque singulier, comme une ressource argumentative vis-à-vis de l'employeur – à condition que le salarié l'autorise à parler de son état de santé. De plus, l'absence de fiche de poste précise pour un salarié qu'elle estime « mis au placard » constitue pour elle un élément pathogène qui dépend de l'employeur. Elle le met donc directement en cause : « vous voulez le rendre malade ? », demande-t-elle. Le rôle de conseiller de l'employeur peut alors prendre une tournure conflictuelle, avec des stratégies de conviction qui s'apparentent davantage à des menaces qu'à des négociations. On perçoit ici que le médecin dispose de ressources qui pourront avoir un effet de dissuasion sur les employeurs. Édith inscrit ses pratiques dans un combat qui a pour but de « mettre en visibilité les contraintes du travail ». Cette pratique de prévention individuelle, *a priori* portée sur un cas individuel, rejoint ainsi la prévention primaire<sup>766</sup>.

Édith revendique aussi une utilisation originale du certificat d'inaptitude : il lui arrive de déclarer un poste de travail « inapte » ; puisque, dit-elle, aucun salarié ne le supporterait. Ce n'est donc pas au salarié qui est actuellement à ce poste – celui qui fait l'objet d'une procédure d'inaptitude – d'en porter individuellement la responsabilité. Ainsi, elle subvertit l'aspect individualisant de l'inaptitude pour stigmatiser les conditions de travail, et non le salarié.

Comme Édith, Jérémy s'interdit de prononcer le terme de « harcèlement » dans un contexte médical, mais explique tout de même aux salariés qu'ils peuvent porter plainte : le juge en décidera. Il se met aussi en position de faciliter les procédures judiciaires des salariés

---

<sup>766</sup> Notons que nous avons cité pour étayer ce propos des médecins aux trajectoires diverses. Jérémy est rentré en médecine du travail par hasard, parce qu'un accident l'a poussé à un exercice salarié alors qu'il se destinait à un exercice libéral de médecine général. Il n'est pas particulièrement investi ni passionné par son métier, mais y trouve de l'intérêt. Il est avant tout partisan d'un équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle, qu'il promeut auprès des salariés. Il n'appartient pas aux groupes militants, n'en reprend pas les thèses, ne lit pas les ouvrages souvent cités par les médecins les plus engagés. L'autre médecin citée ici est, elle, plus engagée. Les pratiques de prise en charge individuelle des risques psychosociaux sont, même pour des médecins qui ne sont pas notoirement « pro-salariés » des occasions de prendre part aux conflits sociaux qui déchirent les entreprises. Bien souvent, ceux que j'ai rencontrés m'ont décrit une action qui tendait à équilibrer les rapports de pouvoir entre employeurs et salariés.

qu'il suit en faisant en sorte qu'ils réunissent des pièces utiles pour constituer un dossier recevable :

*Quand j'ai quelqu'un en face de moi qui me parle de harcèlement, je lui explique tout de suite que moi, en tant que médecin, je ne me prononcerai pas. Et pour que les choses soient claires, je prends l'exemple de quelqu'un qui arrive aux urgences avec le bras cassé, aux urgences on va lui soigner le bras, c'est pas là qu'on va déterminer s'il a eu un accident ou s'il s'est fait agresser. Les gens, quand ils entendent ça, comprennent ma position. Je n'ai pas à me prononcer dessus. Maintenant on va décrire le stress, donc là plus rentrer dans la sémiologie stress anxiété, dépression, éventuellement en passant par notre psychiatre, on travaille avec un psychiatre du travail donc on peut avoir des descriptions précises qui peuvent après servir aux gens aux prudhommes.*

Jérémy décrit donc un contexte d'exercice où les aspects juridiques tiennent une place importante. S'il ne se prononce pas lui-même sur le fait qu'il y ait ou non « harcèlement », il peut prendre une posture d'expert – ou mobiliser des experts – pour instruire un dossier de contentieux.

Martine, médecin inspecteur à la DIRECCTE, m'explique aussi comment un groupe de réflexion sur le harcèlement est arrivé à mettre au point une formule qui déclare un salarié « inapte à son poste », mais avec « possibilité de reclassement à un poste similaire dans un environnement différent ». Ils ont choisi ces termes car, bien qu'ils apparaissent stigmatisants à certains employeurs, ils ne sont pas explicitement discriminants et ne stipulent pas clairement que l'entreprise ou l'employeur sont en faute :

*Certains employeurs voient difficilement cette formule en se disant « Oui, on va croire que je fais du harcèlement ». Mais alors on a interrogé la Cour d'Appel, on a rencontré les membres de la Cour d'Appel qui ont dit : « non mais c'est très bien, il ne faut pas changer ». Parce qu'on ne parle pas de harcèlement. On ne donne pas la cause médicale, on ne donne pas la cause. Par contre, un bon avocat peut s'en servir pour prouver... Ou ça peut venir en apport d'un bon réquisitoire.*

Ainsi, le médecin du travail, du fait du statut légal de ses écrits, peut apporter des pièces importantes à un dossier de contentieux, notamment pour harcèlement, mais aussi dans les cas de reconnaissance de « faute inexcusable » de l'employeur.

***Encadré 7.4 « RPS », maladies professionnelles et accident du travail : l'exemple de la difficile reconnaissance du suicide en lien avec le travail<sup>767</sup>***

La reconnaissance du suicide en lien avec le travail est rendue difficile par les contraintes propres au régime de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles, mis en place par les lois de 1898 et de 1919, dans un contexte bien différent. La Chambre sociale de la Cour

<sup>767</sup> Cet encadré s'appuie sur les données de la communication suivante : Barlet Blandine, Marichalar Pascal, « L'assurance au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles comme contrainte et levier des mobilisations pour la reconnaissance du suicide professionnel en France de 1970 à 2010 », communication au séminaire ESOPP, 9 juin 2010 et sur le texte suivant : Barlet Blandine, Marichalar Pascal « Suicide », in Bevort Antoine, Jobert Annette, Lallement Michel, Mias Arnaud (dir.), *Dictionnaire du travail*, PUF, 2012.

de Cassation a permis de contourner le refus de l'administration des accidents du travail et des maladies professionnelles de créer un tableau pour les atteintes psychiques dues au travail. Le procès en faute inexcusable<sup>768</sup> est une des stratégies de contournement, qui a été préalablement étrenné par les victimes de l'amiante.

Ces procès permettent de faire reconnaître la responsabilité de l'employeur dans les affaires de souffrance psychique au travail. En cela, ils s'inscrivent dans des enjeux propres à l'espace politique de l'entreprise, dans la continuité de mobilisations antérieures plus classiques. Les principaux obstacles légaux à la prise en compte du suicide au titre des accidents du travail sont d'une part le caractère intentionnel du suicide, qui semble en opposition avec la notion d'accident, et d'autre part la difficulté de prouver l'existence d'une « lésion antérieure » au suicide qui serait due au travail. Comment concilier le caractère par essence fortuit de l'accident du travail et la dimension d'intentionnalité qui caractérise la mort volontaire ? Pendant longtemps, la jurisprudence considère que la responsabilité du suicide comme acte volontaire et réfléchi repose sur le salarié et non pas sur son employeur : le suicide est alors une « faute inexcusable » ou « faute intentionnelle » du salarié, qui, en se suicidant, enfreint les règles de sécurité de l'entreprise. Puis, par un déplacement de la conception de l'intentionnalité proposé par la jurisprudence, le suicide peut ouvrir droit à une indemnisation au titre des accidents du travail. Aujourd'hui, dans les cas où un harcèlement moral ou une dépression professionnelle ont été reconnus préalablement au suicide, l'argument de l'intentionnalité est rejeté au motif que le discernement de la victime aurait été altéré. L'obstacle est ainsi contourné par la réintroduction de liens causaux entre le suicide et les conditions de travail.

Cependant, encore faut-il que des liens entre le travail et la situation de dépression ou de harcèlement aient été préalablement établis. Si l'acte suicidaire « fait suite à un sinistre professionnel déjà reconnu (accident du travail ou maladie professionnelle antérieurs) et non encore guéri ou consolidé », la présomption d'imputabilité s'applique et le suicide est considéré comme une « nouvelle lésion ». Se pose alors la question de savoir si ces lésions doivent obligatoirement être *physiques* pour faire reconnaître le lien entre un suicide et le travail. Jusqu'à une période récente, la Cour de Cassation reconnaît difficilement l'idée d'une causalité psychique directe entre certaines situations de travail et le suicide.

Les obstacles sont parfois contournés et il existe donc une possibilité réelle de faire reconnaître le suicide comme accident du travail et d'obtenir une indemnisation maximum par la voie de la faute inexcusable. Cependant, le nombre de suicides reconnus en accident du travail reste très limité et les mobilisations en faveur de leur reconnaissance ne font encore que démarrer. Ainsi à la fin 2009, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés indique qu'elle a reconnu 28 suicides au titre des accidents du travail sur les 72 demandes de reconnaissance reçues dans les dix-huit mois précédents (cinq d'entre elles étant à l'époque encore en cours d'examen).

Guillaume, lui, choisit d'utiliser le terme de « harcèlement » dans ses certificats d'inaptitude parce qu'il a une « reconnaissance pénale », contrairement aux autres termes plus flous, quitte à « être sur le champ des juristes » :

*Un certain nombre d'instances nous disent qu'il ne faut plus parler de harcèlement au travail mais de souffrance, pour ne pas être sur le champ des juristes. Moi j'ai une opinion un peu plus... si je pense que quelqu'un subit des faits que je pense être du harcèlement, je vais lui dire, je pense que c'est important de dire les mots tels qu'ils sont. Mais je sais qu'il y a des collègues qui ne sont pas du tout d'accord avec*

---

<sup>768</sup> À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, un compromis est mis en place entre salariés et employeurs. La loi de 1898 sur les accidents du travail permet au salarié de ne pas avoir à prouver que son accident est lié au travail (s'il a lieu au travail et dans les horaires de travail prévus) : il revient à l'employeur de prouver le contraire s'il le conteste. En échange du caractère théoriquement automatique de la reconnaissance d'un accident, le salarié ne peut prétendre qu'à 50% de la rente qui lui revient. Pour pouvoir toucher l'intégralité de cette rente, il faut alors qu'il démontre ce qu'on appelle la « faute inexcusable de l'employeur », c'est-à-dire la preuve que l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger encouru.

*moi ! La souffrance au travail n'a pas de reconnaissance pénale, le harcèlement, un peu plus... J'ai eu des avocats sur le dos, la pression des employeurs jusqu'à des pots de vin pour changer mon certificat. Ça va jusque-là. Il y a des sociétés qui ne souhaitent pas du tout être sous les feux pour des faits de harcèlement.*

Ainsi, Guillaume compense l'absence de pouvoir contraignant de la médecine du travail par son utilisation d'un vocabulaire performatif (dire de quelqu'un qu'il fait l'objet d'un harcèlement, c'est se situer sur le terrain juridique) – qui a un effet dissuasif sur les employeurs.

Les médecins du travail, quand ils font du suivi individuel de salariés en souffrance mentale ou qui souffrent de « stress » ou de symptômes liés au stress, se positionnent dans des situations qui relèvent du conflit social. Ils se présentent comme des témoins d' « injustices » faites aux salariés, selon leurs propres termes. S'ils ne sont pas spécialisés dans le droit du travail, ils en acquièrent, sur le tas, une expérience certaine. La législation, encore peu encline à la reconnaissance de la souffrance mentale due au travail, leur laisse peu de latitude mais les médecins disposent d'une marge de manœuvre : ils peuvent par exemple se servir du dossier médical comme d'un instrument juridique.

### **3. Une « prévention primaire »<sup>769</sup> qui cible le niveau collectif : quel pouvoir de conviction du médecin ?**

Selon le même principe que pour le « suivi individuel », qui recouvre des pratiques diverses, l'analyse de l'approche dite « collective » dans les pratiques des médecins du travail révèle une réalité ambiguë. L'identification de l'organisation du travail comme une source de « RPS » au niveau collectif entraîne des pratiques de prévention ciblées, qui visent non seulement à remédier aux cas de souffrance individuels mais aussi et surtout à assurer de meilleures conditions de travail au sein de l'entreprise ou du service concerné.

Pour cela, 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. Les médecins exercent leur rôle de conseiller de l'employeur en élaborant des stratégies pour le convaincre d'agir. Ces actions sont rarement entreprises avant que des problèmes ne se déclarent, mais elles sont tout de même situées en « prévention primaire » car elles s'attachent à identifier la source de ces problèmes pour agir sur elle.

Les médecins recourent à la quantification des risques comme support à leur

---

<sup>769</sup> Pour une présentation des différents types de prévention proposés par l'OMS, voir en introduction générale.

argumentation, ou encore mobilisent des ergonomes ou des psychologues du travail pour des interventions sur le milieu de travail. Un sentiment d'impuissance domine cependant, que certains compensent en faisant appel à l'inspection du travail : les témoignages d'échecs recueillis en entretien imposent le constat d'une faible latitude des médecins dans leur activité de « prévention primaire » des « RPS ».

### **3.1. La quantification : convaincre les managers en parlant leur langage**

La quantification des « risques psychosociaux » est une tendance qui impacte l'ensemble du domaine de la santé au travail.

D'après notre enquête, les médecins du travail les plus impliqués dans leur travail s'intéressent ou se sont à un moment donné intéressés à la quantification comme outil de prévention. Ces mêmes médecins très engagés dans leur pratique promeuvent souvent la clinique de l'activité comme mode d'action privilégié, propre à la profession, à l'image de Claude Buisset, un médecin porte-parole de l'enquête EVREST. Elle plaide pour l'utilisation de la clinique dans les démarches quantitatives, afin de leur donner du sens au niveau local :

« Le questionnaire ne peut être bâti que par le médecin et à partir de la connaissance fine, acquise en entretien de clinique médicale du travail (...) C'est la connaissance clinique et celle du terrain qui elles seules donnent aux réponses des salariés toute leur pertinence (...) C'est au médecin du travail de proposer la trame des questions, ces questions reprenant les connaissances qu'il possède sur les enjeux psychiques du travail »<sup>770</sup>.

Selon elle, et d'autres de ses confrères, il n'y a pas de divorce véritable entre l'approche épidémiologique et l'approche clinique, qui sont conciliables<sup>771</sup>.

M. Gilles présente dans sa thèse des cas de médecins du travail exerçant en entreprise (en service autonome de santé au travail) et mettant en place des dispositifs de quantification de la « santé au travail ». Ces 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 »<sup>772</sup>. Les chiffres représentent une manière d'asseoir la « juridiction professionnelle » des médecins du travail au sein de leur entreprise.

---

<sup>770</sup> Buisset Claude, « De la clinique individuelle à la mise en débat social : le médecin du travail et l'usage du chiffre », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, n°69, vol. 2, 2008, pp. 183-188.

<sup>771</sup> Voir en infra, encadré 7.6 « Quantitatif, qualitatif : des modèles en concurrence ? ».

<sup>772</sup> Gilles Marion, *Compter pour peser ? La quantification de la « santé au travail » en entreprises : entre institutionnalisation et ambiguïtés conceptuelles*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 2013, p. 158.

Le pouvoir de conviction de la quantification des « RPS » apparaît d'autant plus important aux médecins que les « RPS » sont perçus par les employeurs comme des risques abstraits, qu'il faut s'attacher à objectiver. Les managers utilisent les chiffres au quotidien. La « traduction » d'une souffrance mentale qui leur semble éloignée de leur culture dans un langage qui leur est familier, celui des chiffres, en permet une prise en compte<sup>773</sup>. Évaluer l'ampleur des « RPS » dans une entreprise peut aussi permettre d'en évaluer le coût. La quantification peut s'inscrire efficacement dans une argumentation du médecin en faveur de changements organisationnels quand elle parvient à mettre en avant des facteurs de mal-être au travail. En revanche, les chiffres peuvent aussi échapper aux médecins et faire l'objet d'usages totalement différents de ceux auxquels leurs concepteurs les destinaient<sup>774</sup>.

#### ***Encadré 7.5 La « dualité du stress » selon Andrew Abbott***

Pour A. Abbot, le stress caractérise un individu qui est à la fois abimé par la société et inadapté à elle<sup>775</sup>. L'image duale de l'individu stressé, en liant les figures opposées que sont les dégâts de la société et l'inadaptation de l'individu, permet de « parler des problèmes centraux de l'existence moderne »<sup>776</sup>, ce qui explique son succès. Une nation, une entreprise, un couple, un moment, sont autant de niveaux pour lequel la notion de stress peut « rendre la vie compréhensible », grâce à son « ambiguïté constitutive »<sup>777</sup>.

Avant 1965, les études qualitatives du stress reposent sur des cas individuels discutés en détail. Ces cas sont toujours pénétrés de significations multiples et ambiguës et le stress est surtout un concept appliqué. Puis, l'hégémonie des enquêtes quantitatives dans les sciences du comportement les oblige à s'intéresser à des phénomènes pour lesquels elles ne sont pas appropriées, comme le stress<sup>778</sup>. Selon Abbott, un processus fractal d'évolution des disciplines entraîne le paradigme victorieux à absorber une matière qui est étrangère à sa logique – soit la terminologie et les concepts propres au paradigme perdant.

Abbott montre qu'en ingérant un problème comme le stress, l'approche quantitative se redéfinit : par exemple, les variables liées au stress ont des significations différentes en fonction du contexte (or les significations causales n'ont pas de contexte). De plus, le concept de stress contient trois antithèses : le corps et l'esprit, la société et l'individu, l'adaptation et l'anxiété, auxquelles l'analyse quantitative se retrouve confrontée.

Les spécialistes quantitativistes du stress nourrissent alors une insatisfaction de leur propre champ qui ne leur permet pas de « digérer » le stress : « certains se sont plaint que c'était mal défini, tandis que d'autres appréciaient la liberté que leur laissait ce flou. »<sup>779</sup>

Selon Abbott, « étudier les concepts « multivocaux » de manière « univoque » ne produit pas seulement des conflits et des collisions. Cela produit aussi des opportunités »<sup>780</sup>. Les chercheurs peuvent utiliser la multivocalité du concept de stress pour s'échapper en cas d'impasse : quand on ne

<sup>773</sup> *Ibid.*

<sup>774</sup> *Ibid.*

<sup>775</sup> Abbott Andrew, *Chaos of disciplines*, Chicago, The University of Chicago Press, 2001, p. 42. Les traductions proposées dans cet encadré sont personnelles.

<sup>776</sup> *Ibid.*, *loc. cit.*

<sup>777</sup> *Ibid.* Le concept de stress permet de maintenir ensemble l'individu et la société, de ne pas dissocier l'effet de l'un sur l'autre. Cette ambiguïté fondatrice les fait apparaître comme « l'œuf et la poule ».

<sup>778</sup> *Ibid.*, p. 44

<sup>779</sup> *Ibid.*, p. 45

<sup>780</sup> *Ibid.*, p. 53

peut plus continuer à étudier le stress comme « dégât », on peut s'échapper en mobilisant le stress comme « inadaptation ». Ainsi, les variables sont de plus en plus finement caractérisées, ce qui semble briser le concept de stress en des parties de plus en plus petites, qu'on pourra rassembler plus tard<sup>781</sup>. Le concept syncrétique de stress fertilise la littérature quantitative, parce qu'elle atteint avec lui ses limites. Ainsi, « Les préoccupations qualitatives opèrent continuellement à l'intérieur du travail quantitatif pour produire de nouvelles lignes de recherche »<sup>782</sup>.

Abbott montre qu'il n'y a pas lieu d'opposer l'approche qualitative et l'approche quantitative du stress, qui ne sont pas « les extrémités opposées d'un spectre mais des pôles différents d'un processus fractal »<sup>783</sup>. La prise en compte du stress par la littérature quantitative, de manière positiviste, a permis à la recherche sur le stress d'avancer. Même des recrudescences mineures de « multivocalité » dans des systèmes univoques permettent de renouveler la recherche de manière excitante<sup>784</sup>.

### ***3.2. La place des médecins dans l'utilisation des outils de mesure des « RPS »***

Ce que les partisans des enquêtes par questionnaire considèrent comme un précieux outil de mise en visibilité est parfois envisagé par les employeurs comme une simple formalité à accomplir pour se dédouaner de la prévention des risques<sup>785</sup>. Les médecins du travail sont les premiers à souffrir de cette attitude des entreprises, qui les met en porte à faux par rapport aux salariés s'ils se sont montrés partie prenante de l'enquête. Certains médecins rencontrés expliquent donc devoir se désolidariser d'enquêtes qu'ils estiment « prétextes », au risque de voir leur fonction de médecin du travail décrédibilisée aux yeux des salariés et de ne plus avoir leur confiance.

Cécile exprime une grande méfiance vis-à-vis des questionnaires ; elle est impliquée dans son travail mais n'est pas clairement identifiable comme un défenseur de la clinique. Son point de vue est forgé par une pratique professionnelle davantage que par une habitude de se positionner dans la controverse, habitude propre à un groupe assez restreint de médecins du travail. Elle déplore notamment que les employeurs considèrent « les chiffres », non comme un point de départ, mais comme une fin en soi, n'appelant pas de réponse spécifique :

*Ah, les chiffres, j'en peux plus ! Des chiffres partout, et puis dans cinq ans on va refaire des chiffres ! « Oh, on a baissé de 5%, c'est bien », ou « Oh, on a augmenté de 5%, c'est pas bien ! On a eu trois suicides ». Enfin tu vois c'est n'importe quoi. « Ah, on a baissé le taux d'absentéisme mais on a eu cinq morts en plus, alors, qu'est-ce qu'on fait ? ». C'est n'importe quoi ! Je trouve qu'on pousse trop dans le chiffre et on n'utilise pas assez ce que les gens ont à dire. Les questionnaires c'est du pipeau quand dans la pratique on n'applique pas ces principes là et qu'on bouge*

---

<sup>781</sup> *Ibid.*, loc. cit.

<sup>782</sup> *Ibid.*, p. 34.

<sup>783</sup> *Ibid.*, loc. cit.

<sup>784</sup> *Ibid.*, p. 59.

<sup>785</sup> Selon le professeur P. Davezies, « Les indicateurs nationaux ont d'énormes effets de banalisation sur le terrain. (...) À une époque, les entreprises niaient tous les problèmes de santé au travail qui leur étaient rapportés. Aujourd'hui, elles ne les nient plus mais considèrent qu'ils sont inéluctables ». Gollac Michel, Bodier Marceline (dir.), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, DARES, Ministère du travail et de l'emploi, avril 2011. Citation extraite de l'audition de Nicolas Sandret.

*les gens à quatre mois de la retraite. C'est n'importe quoi, c'est honteux. En plus après on va dire qu'on fait de la santé au travail. non, moi je ne cautionne pas ça ! Parce qu'après, comment je vais faire pour voir les gens en visite ? Ils vont pas du tout avoir confiance en moi !*

Le débat ne se situe pas simplement sur la question de la nécessité d'une mesure locale du risque mais sur la question des objectifs de cette mesure, et, donc, des acteurs qui en sont responsables.

Au-delà des enquêtes auxquelles participent les médecins du travail, les entreprises cherchent parfois à mesurer les « risques psychosociaux » sans faire appel au médecin, voire en le court-circuitant. Le « marché » de la souffrance au travail étant florissant, elles n'ont pas de mal à trouver des consultants pour répondre à leur demande.

Le site web de l'Institut régional relate la restitution d'une étude sur les « risques psychosociaux » par une mutuelle d'assurance d'envergure nationale. Parmi les résultats, on peut lire que le niveau de « risque psychosocial » a notamment été déterminé en fonction de son impact sur l'absentéisme et l'engagement des salariés pour leur entreprise<sup>786</sup>. Les indicateurs sont donc davantage des indicateurs de ressources humaines que des indicateurs de santé. Ces enquêtes sont menées dans une visée gestionnaire et leurs concepteurs n'ambitionnent pas forcément d'en faire des vecteurs de changement. Le compte rendu précise que le directeur du SST1 est présent à la restitution, parmi d'autres personnalités du domaine de la « santé au travail ». Ainsi, sa direction positionne le service comme un interlocuteur des entreprises dans la gestion des « RPS ».

Dans ce contexte, les enquêtes épidémiologiques telles EVREST<sup>787</sup> ou SUMER<sup>788</sup> – élaborées avec des médecins et pour des médecins – représentent, pour le groupe professionnel, des alternatives précieuses à des mesures qui seraient construites et analysées sans lui. Elles se caractérisent par leur portée nationale et leur objectif de « veille » qui n'implique pas un engagement de la part des employeurs à mettre en œuvre des mesures de prévention. Ainsi, plusieurs médecins rencontrés, notamment dans les milieux militants, distinguent une quantification globale des « RPS » par ces grandes enquêtes, auxquelles ils participent, et le phénomène de quantification transposé au niveau local, de l'entreprise, qu'ils identifient comme un terrain plus glissant.

---

<sup>786</sup> Source : site Internet istnf.fr

<sup>787</sup> Le cas de la mise en œuvre de l'enquête EVREST par les médecins du travail est abordée par M. Gilles dans sa thèse. Gilles Marion, *Compter pour peser ?*, op. cit.

<sup>788</sup> Enquête conçue par la DARES et l'inspection médicale du travail, à laquelle les médecins du travail participent également, voir en infra, conclusion de la Partie 1.

### ***Encadré 7.6 Quantitatif, qualitatif : des modèles en concurrence ?***

L'approche quantitative des conditions de travail et des risques professionnels n'est en rien exclusive d'une approche qualitative. Cependant, les acteurs opposent parfois un point de vue quantitatif « objectif » à un point de vue qualitatif influencé par les sciences humaines.

#### *Le chiffre comme preuve ultime*

Les partisans des enquêtes épidémiologiques envisagent la construction d'indicateurs comme l'administration d'une preuve de la réalité d'un phénomène, qui constitue un préalable à l'action. D'après eux, les entreprises ont besoin qu'on leur prouve, par des chiffres, que le travail peut être néfaste à la santé mentale de leurs salariés.

Le point de vue de Sabine, épidémiologiste dans une institution de prévention, sur la controverse qui oppose l'approche quantitative à l'approche qualitative de la souffrance au travail est révélateur d'une foi en ce pouvoir des chiffres à dépasser les résultats incomplets qu'offrent les analyses qualitatives :

« En gros, dans le processus de recherche il y a deux phases : la conception des hypothèses, l'approche qualitative : on pose une problématique, on pose des idées avec des écoles derrière (Clot, Dejours etc.). Les sciences humaines en France s'arrêtent là. Les chercheurs étrangers vont voir précisément s'il y a des incidences sur la santé, ils vont vérifier ces hypothèses. En France, on est 3-4 à faire ça (...). Le qualitatif... On peut donner son impression, mais c'est très contexto-dépendant ! On ne peut pas faire de généralisation abusive. Dejours, j'aime bien l'écouter parce que j'apprends toujours quelque chose, mais je me dis à chaque fois que je l'entends parler : « Ça, ce serait intéressant de le vérifier dans une étude quantitative ».

Pour Sabine, les sciences humaines sont cantonnées au stade des hypothèses, voire à une « impression » que l'épidémiologie aurait pour mission de vérifier en « allant voir précisément »<sup>789</sup>. Les médecins du travail s'expriment de manière plus nuancée : ils utilisent les chiffres pour appuyer leur analyse face à des managers qui ne leur sont pas toujours acquis, afin de conforter leur démarche.

#### *La mise en visibilité par les chiffres*

Dès le début des années 1980, un article d'A-F. Molinié et de S. Volkoff défend un usage raisonné des chiffres sur les conditions de travail. Pour les auteurs, la mise en visibilité est certes un argument fort en faveur de la quantification, car « les phénomènes sur lesquels aucune donnée chiffrée n'est fournie finissent souvent par être jugés "mineurs" »<sup>790</sup>. Cependant, si les chiffres doivent contribuer à une sensibilisation et permettre une confrontation critique avec d'autres approches, « il s'agit d'un mode d'évaluation parmi d'autres, et la modestie doit apparaître clairement, non seulement dans quelques réserves méthodologiques d'usage, mais surtout dans la production des résultats eux-mêmes. »<sup>791</sup>

En ce qui concerne les « risques psychosociaux », les médecins qui utilisent des questionnaires souhaitent donner à voir aux employeurs une réalité qu'ils ont tendance à nier<sup>792</sup>. Les enquêtes par questionnaire offrent l'avantage de se présenter comme objectives et ainsi de conférer une certaine légitimité au médecin.

Claude Buisset, médecin du travail, relate dans une intervention en congrès de médecine du travail qu'après avoir déclaré plusieurs cas de TMS en lien avec le travail dans une entreprise, l'employeur lui avait demandé si elle voulait « fermer la boîte »<sup>793</sup>. Pour poursuivre la discussion avec lui et ouvrir la voie à des actions de prévention, elle a alors entamé une démarche de « constat collectif » en s'appuyant sur un questionnaire qu'elle a elle-même élaboré à cet effet. Elle a donc construit des chiffres afin qu'ils constituent « un argumentaire qu'il est difficile de nier »<sup>794</sup>. Pour cela, la clinique n'est ni inféodée à la mesure quantitative, ni réduite au statut d'hypothèse, mais elle accompagne le processus dans son ensemble. De la construction du questionnaire à l'analyse – et à la

<sup>789</sup> Notons ici que Sabine n'exerce pas en service de santé au travail et que son point de vue se situe surtout à un niveau global et non pas au niveau opérationnel de l'entreprise.

<sup>790</sup> Molinié Anne-Françoise, Volkoff Serge, « Quantifier les conditions de travail ? » *Travail et Emploi*, n°11, 1982, pp. 63-70.

<sup>791</sup> *Ibid.*

<sup>792</sup> Gilles Marion, *Compter pour peser ?*, *op. cit.*

<sup>793</sup> Buisset Claude, « De la clinique individuelle à la mise en débat social : le médecin du travail et l'usage du chiffre », *op. cit.*

<sup>794</sup> *Ibid.*

diffusion des résultats, les ressources issues de l'expérience clinique du médecin du travail, comme les notes prises en entretien individuel, sont mobilisées et font partie intégrante de l'argumentaire.

### **3.3. Un sentiment d'inutilité des médecins : les limites des actions de prévention collective**

Les médecins du travail font au quotidien l'expérience des limites de leur pouvoir de persuasion des employeurs. Il se détache clairement des données recueillies un sentiment d'impuissance des médecins à convaincre les employeurs d'œuvrer pour la prévention.

Sur le thème des « risques psychosociaux », les médecins racontent en effet surtout des échecs, et leur désarroi face à des situations dégradées. Les médecins du travail n'ont pas les moyens d'imposer des changements car ils ne bénéficient que d'un rôle de conseiller auprès de l'employeur et ne peuvent pas prendre les décisions managériales qu'ils estimeraient salutaires. Confrontés à des décideurs qui font, selon leurs termes, « partie du problème », leur marge de manœuvre sur l'organisation du travail est réduite. Ainsi, les démarches mises en place visant à proposer un diagnostic ou des conseils sont rarement appropriées par les directions dans une visée de changement, ce qui s'avère décourageant.

Céline, médecin du travail au SST1, s'engage dans une action collective de prévention des « RPS » sans conviction, après une série d'échecs :

*Dans l'entreprise où je pense que je vais le proposer, j'ai peur que ce soit encore un flop. Je dis « encore », parce que malheureusement dans les RPS, des flops, on en a quand même beaucoup. Je ne sens pas une réelle volonté de l'entreprise. Alors ils ont la volonté de régler leur problème, à chaque fois, ils me disent « Je ne sais plus quoi faire, mais je ne sais plus quoi faire ! ». Mais j'ai peur que ce soit un flop parce qu'une fois qu'on va rendre les résultats, il va falloir qu'ils s'en emparent et ce qu'ils ont à faire, ils ne le feront pas. Parce que ce qu'ils ont à faire, c'est peut-être faire du ménage dans la hiérarchie. C'est probablement déjuger certains cadres, remettre en question certaines pratiques de la direction. C'est changer de politique de communication, du tout opaque au tout transparent et ça, ils ne sauront pas le faire ! Et donc, je me dis mettre tout ce bazar en place – parce que pour l'avoir déjà fait dans d'autres entreprises, j'en ai déjà mis du bazar – pour qu'au final, il n'y ait pas un iota de changé ! Alors on se fait plaisir, on a alerté, on a mis en place, on a fait jouer la « pluri », on a machin, on a bidule, et puis au final, il n'y a rien. Au final, on se retrouve au cabinet avec des gens en détresse !*

Pour Céline, les « gens en détresse » qu'elle reçoit dans son cabinet représentent une conséquence de l'échec du système de prévention à se positionner en amont des risques. Elle se sent impuissante, et ce avec ou sans l'appui technique des psychologues ou des ergonomes. Dans la suite de l'entretien, elle exprime l'idée que quand les « RPS » trouvent leur origine dans le comportement de la direction d'une entreprise, il n'est pas possible de les enrayer : ils tiennent de l'« humain ».

*Ce qui est sûr, c'est qu'à partir du moment où la direction est partie prenante et à l'origine des RPS, ça ne bougera pas. Parce qu'on aura beau, par tous les moyens possibles, leur montrer leurs responsabilités et la nécessité de changement... dans la*

*plupart des cas on est quand même sur des problèmes de caractère, de personnalité et ça tient à l'humain. Et changer l'humain... J'ai une entreprise, les débats on en a depuis 2001, c'est bloqué de chez bloqué ! C'est toute l'entreprise qu'il faut remettre à plat complètement et les décisionnaires de tout ça sont eux-mêmes impliqués dans ce type d'organisation. C'est pas pour rien qu'on a un fonctionnement comme ça dans une entreprise, ça tient à la personnalité de la direction qui n'est pas claire dans son attitude, qui ne tranche pas quand il faudrait trancher, qui ne prend pas ses responsabilités, qui, en fait, sait probablement pas manager. Ça on peut débattre, on peut passer des heures à débattre ! C'est stérile, c'est pour ça que, plus ça va, plus avec le recul je sais que si à la tête, on a quelqu'un qui sait faire, qui a envie de faire, qui est pas impliqué dans le processus de construction du risque psychosocial, là on y arrivera. Si c'est l'inverse, c'est foutu, ça sert strictement à rien.*

Gaëlle me fait également part d'une situation qu'elle estime bloquée, dans une petite entreprise cette fois. Même l'intervention de l'inspection du travail semble ne pas avoir d'impact sur l'employeur. Or, l'amélioration des conditions de travail de ses salariés ne peut se faire s'il ne prend pas des décisions dans ce sens.

*Le collectif, là, j'ai une très mauvaise expérience dans une petite boîte où ils sont dix, quinze... où le directeur a un relationnel problématique avec ses salariés franchement en souffrance. J'ai alerté, justement c'est ma première expérience avec le psychologue du travail qui est intervenu, il les a tous rencontrés, on a fait un retour, alors on s'est dit : « pas trop frontal » pour qu'il puisse accepter et mettre les choses en place. Résultat : rien du tout. Donc, là j'ai continué à les voir, j'ai ré-alerté, ils ont aussi sollicité l'inspection du travail qui du coup est intervenue, qui a demandé une intervention conjointe, donc on s'y est joint en essayant vraiment de garder nos postures de médical et d'alerte sur la santé... Ben pour l'instant, ça ne donne trop rien non plus. J'ai un peu épuisé toutes mes cartes, moi, donc je continue à faire du soutien individuel, je les vois les uns après les autres, mais... (...) Ça m'interpelle beaucoup sur le sens de mon métier, sur finalement ben, c'est bien beau tout ça, mais ça aboutit à quoi ? Parce que pour l'instant vraiment à rien pour le coup.*

Cet exemple montre que l'Inspection du travail ne résout pas tout, mais elle dispose au moins d'un pouvoir contraignant sur les employeurs, qui fait défaut au médecin. Le discours de Gaëlle montre aussi la dialectique entre les niveaux individuel et collectif de l'action de prévention, dont elle ne se sort pas. L'action collective prend le relais des entretiens individuels dans une visée d'action, puis, à leur tour, les entretiens individuels interviennent en ultime recours dans une visée de « soutien ».

### **3.4. L'organisation du travail en cause : un pouvoir de sanction nécessaire ?**

Philippe, le médecin coordinateur du SST1 tire une conclusion des difficultés et frustrations des médecins avec lesquels il travaille : la prévention primaire des « risques psychosociaux » ne peut se faire dans le cadre d'un service de santé au travail. Selon lui, cette prévention touche en effet à l'organisation du travail, qui est une prérogative de l'employeur,

et le médecin n'a ni légitimité, ni pouvoir de sanction à ce niveau<sup>795</sup>. Il affirme que la prévention primaire des « RPS » devrait reposer sur un principe de dissuasion des employeurs, et qu'elle pourrait notamment fonctionner avec des méthodes de « *blaming and shaming* »<sup>796</sup>. Il ne situe pas le rôle du médecin à ce niveau mais le situe au niveau de la prévention tertiaire, notamment de la réinsertion ou du maintien dans l'emploi des salariés qui ont été ou sont en souffrance mentale.

*Le médecin du travail est là pour faire de la prévention primaire essentiellement. Or, pour faire de la prévention primaire des RPS, il faut pouvoir influencer directement sur les méthodes de management, en disant « on manage pas comme ça, on manage comme ça », donc il faut avoir un pouvoir de direction ou de sanction, ce que le médecin du travail n'a pas ! La prévention primaire des RPS n'est pas du ressort de la santé au travail, c'est du ressort de l'inspection du travail. Il faut être musclé. L'arme qu'il faut donner au médecin c'est une arme juridique. Le code pénal dit, mais c'est valable pour bien d'autres choses que les RPS, « il y a une obligation pour un chef d'entreprise de fournir un environnement de travail soutenable à une personne dont il connaît la fragilité ». J'entends dire en réunion CHS par un chef d'entreprise : « Mais ils sont fragiles les gens maintenant ! ». Je le fais noter dans le compte rendu. Il sait qu'ils sont fragiles, donc il a une obligation qui est sanctionnable par le code pénal. On ne peut rien faire sans pouvoir de sanction. Donc, c'est justifié qu'on demande à la médecine du travail de faire des indicateurs. C'est justifié qu'on demande à la médecine du travail de réinsérer les gens, mais la prévention primaire des RPS n'est pas du domaine de la santé au travail, non.*

Si, dans le cas présenté par Gaëlle, les salariés acculés ont sollicités l'inspection du travail, certains médecins se mettent eux-mêmes dans une posture plus offensive. Consciente des limites de son mandat de « conseillère », dont sa direction aimerait pourtant qu'elle se contente, Claire fait régulièrement appel à l'inspection du travail pour compléter son action et prendre le relais par une action plus contraignante juridiquement que de simples conseils :

*Quand on est sûr de la souffrance individuelle, ça on gère parce qu'on est habitués à gérer de l'individuel, du face à face. Donc ça c'est facile. Après, sur du collectif... c'est sûr que tout seul on ne peut pas faire grand-chose. Alors, moi, je travaille beaucoup avec l'inspection du travail. N'en déplaise à certains... Parce que, eux, ils ont quand même une obligation, enfin, ils n'ont pas du tout le même rôle que nous. C'est-à-dire qu'ils peuvent obliger l'entreprise à mettre en œuvre... Nous on est toujours conseillers de l'employeur, on peut dire : « il faut que vous fassiez ci, ce serait bien que vous fassiez ça », mais s'ils nous écoutent, c'est bien ; s'ils nous écoutent pas, c'est pareil ! Tandis que l'inspecteur du travail il y a quand même une obligation, un pouvoir de sanction...*

Claire présente sa collaboration avec l'inspection du travail comme un mode d'action régulier et valable, que l'on peut associer à la liberté de langage perçue tout au long de notre entretien

---

<sup>795</sup> Nous avons vu qu'il considérait les pratiques d' « *outplacement* » comme la seule forme de prévention des « RPS » qui relève du médecin du travail.

<sup>796</sup> Dans cet esprit, qui consiste à « rejeter la faute » (*blaming*) sur les entreprises afin de leur « faire honte » (*shaming*), la classification des entreprises en fonction de l'avancement de leurs démarches de prévention des « RPS » avait été entamée en France, sous l'impulsion de X. Darcos : un tableau organisé selon un code couleur a été mis en place sur un site web dédié, attribuant le vert aux bons élèves, le orange à ceux qui ont encore du chemin à parcourir, et le rouge aux cancrés. Cette classification des entreprises a très rapidement été retirée du site web en question.

et à une attitude qualifiée par ses confrères de « pro-salariée ». D'autres médecins, à l'image de Gaëlle ou de Céline, voient l'inspection du travail comme un dernier recours, comme un constat d'échec plutôt que comme un mode d'action habituel. Céline y fait par exemple appel au terme d'un conflit ouvert avec un employeur :

*J'ai fini un jour par quitter le CHSCT de façon explosive parce que je me suis entendue dire « Docteur, vous parlez de souffrance, mais pour parler de souffrance, il faut quand même être spécialisé, faut être médecin ! ». Donc j'ai dit « Ecoutez, moi je crois que j'ai rien à faire chez vous ». Je suis partie, je suis allée à l'inspection, j'ai dit « c'est fini, moi je rends mon tablier, vous faites quelque chose ! ».*

La prévention primaire des « RPS » repose donc sur des décisions managériales sur lesquels le médecin n'a pas de prise directe. Certains médecins, cependant, tiennent à cœur leur rôle de conseiller et, s'ils n'ont pas de pouvoir de sanction, pensent devoir jouer la carte de la conviction, quitte à adapter leur langage à l'entreprise, voire modifier le contenu du service rendu. D'autres, constatant leur impuissance, se tournent vers l'inspection du travail pour ajouter à leur pouvoir d'alerte un pouvoir de sanction.

Face à un tel tableau de la prévention primaire des « RPS » dans les entreprises, il est difficile de croire que celle-ci concentre tant d'espoirs. Les médecins du travail rencontrés disent dépenser beaucoup d'énergie à élaborer des stratégies visant à convaincre les employeurs de protéger leurs salariés et à mettre en œuvre des mesures pour améliorer les conditions de travail. Lors d'une conversation informelle avec plusieurs médecins du travail, l'un d'entre eux se dit « VRP de la santé des salariés » auprès de l'employeur. Les autres opinent : ils doivent défendre la santé des salariés à tel point qu'ils ont l'impression de la « vendre » aux employeurs, pour qui ce n'est pas une préoccupation de premier plan. Sur la thématique des « RPS », les négociations avec les employeurs se font parfois sur des temporalités très longues, ce qui s'avère décourageant. Aucun changement significatif ne pouvant s'opérer sans l'engagement de l'employeur, le médecin tente d'obtenir une implication, si petite soit-elle, qui permette de faire évoluer les choses.

Les médecins du travail se rejoignent sur la nécessité d'agir sur l'organisation du travail pour faire de la prévention primaire des « risques psychosociaux ». Pour cela, il leur faudrait ce pouvoir de décision (qu'ils n'ont pas – ils ne peuvent se substituer à l'employeur pour certaines décisions qui sont pourtant décisives en termes de conditions de travail et de leurs conséquences sur la santé des salariés), ou un pouvoir de sanction, qui s'avèrerait incitatif (qu'il n'a pas non plus – il ne peut se substituer à l'inspecteur du travail, tout au plus le solliciter, ce qu'il fait surtout quand la négociation n'aboutit pas). Restent alors les marges de négociation du médecin du travail, sur lesquelles les points de vue des médecins diffèrent :

si certains s'estiment impuissants, d'autres, plus optimistes, disent exercer un pouvoir de conviction auprès des employeurs. Les ressources qu'ils peuvent mobiliser à cet effet permettent de peser dans la négociation. Certains médecins mettent en avant leurs marges de manœuvres dans la prévention des « risques psychosociaux », *via* leur rôle de conseiller de l'employeur. D'autres, en revanche, relaient une conception plus conflictuelle des rapports entre employeurs et salariés, constatant que ce rôle de conseiller n'a que peu d'effets dans les cas où les « RPS » sont avérés dans l'entreprise<sup>797</sup>.

\*\*\*\*\*

De ce tableau des pratiques potentielles des médecins face à des problématiques définies comme relevant des « risques psychosociaux » ressort l'idée que ces « risques » ne correspondent pas à une juridiction unifiée et homogène, que les médecins revendiqueraient ou non : le territoire des « RPS » apparaît au contraire à géométrie variable. Au niveau individuel, il s'agit avant tout de prise en charge de salariés en souffrance psychique tandis qu'au niveau collectif – comme sur les autres risques mais sur un terrain délicat, celui de l'organisation du travail – il s'agit surtout de convaincre l'employeur d'améliorer ses conditions de travail.

D'après Jean-Marc, le médecin coordinateur de la « pluridisciplinarité », le pouvoir de conviction du médecin pourrait s'obtenir avec l'aide de l'équipe « pluridisciplinaire » et en se focalisant sur les interventions collectives.

*Globalement, sur les risques psychosociaux, les organisations de travail sont forcément impactées. Et donc comment faire pour travailler sur une organisation de travail, ce n'est pas en faisant des visites médicales, en écoutant les salariés. Donc il faut absolument avoir des actions fortes et impliquer les... et convaincre les entreprises d'agir.*

Grâce à la « pluridisciplinarité », le médecin autrefois impuissant, devenu « chef de projet », est plus légitime auprès des employeurs sur ces thématiques – et son pouvoir de conviction s'en retrouve augmenté.

---

<sup>797</sup> Notre analyse rejoint les résultats de l'enquête par questionnaire de P. Guiol et J. Muñoz. Selon les médecins répondants, les domaines « ergonomique et technique » occasionnaient bien moins de résistances chez les employeurs que les domaines « organisationnel et relationnel ». L'enquête met en évidence la difficulté des médecins du travail à s'imposer comme des interlocuteurs valides dans ces domaines accaparés par le management, et la faiblesse de leur marge de manœuvre – ils parlent d' « impuissance » à modifier les situations pathogènes et de l' « indifférence » à leur égard des employeurs. Guiol Patrick, Muñoz Jorge, « La pratique de la médecine du travail entre reconnaissance et indifférence », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol. 69, n°3, 2008, pp. 438-447.

## Conclusion

Ce chapitre a montré les problématiques de positionnement des médecins du travail sur les « RPS »<sup>798</sup>. Tout d'abord, ce positionnement est malaisé, car dans ce domaine, qu'on l'envisage comme « relationnel » ou comme « organisationnel », le médecin du travail n'est pas toujours reconnu comme un interlocuteur valide par les employeurs<sup>799</sup>.

De plus, deux camps se distinguent sur des fondements idéologiques qui sous-tendent deux conceptions opposées de la mission de prévention des services de santé au travail – l'un qui permet la verbalisation des problématiques de souffrance au travail de manière ascendante (les consultations avec les salariés permettent d'alerter sur une problématique collective) et l'autre qui permet la prévention collective de problématiques organisationnelles de manière descendante (par la mise en œuvre d'actions de prévention, la souffrance mentale des salariés est prévenue en amont). Si la première s'inscrit dans une tradition médicale « clinique », et, en tant que telle, fonde sa valeur sur une proximité avec les salariés, la seconde se fonde au contraire sur la distance comme gage d'objectivité et de modernité de l'approche médicale<sup>800</sup>. De ce fait, les situations dites de « souffrance au travail » s'expriment suivant deux canaux différents : un canal ascendant, qui donne de l'importance au face à face et un canal descendant, qui donne de l'importance à la veille collective.

Entre les modalités de l'action individuelle des médecins et les modalités de son action au niveau du collectif, un constat commun s'impose – celui de l'importance du niveau juridique dans les problématiques étiquetées comme relevant des « risques psychosociaux ». Les solutions apportées au cas par cas aux salariés présentant des symptômes de souffrance mentale au travail sont avant tout guidées par une forme de pragmatisme. Elles témoignent

---

<sup>798</sup> Le fait que le suivi individuel soit revendiqué par des acteurs militants comme une manière de protéger les salariés contre les situations de souffrance au travail constitue le résultat le plus contre-intuitif de cette enquête : en effet, je pensais que la ligne de fracture se situerait entre une approche individuelle et individualisante (reposant sur le *coping*, la gestion du stress) et une approche collective aux effets davantage « politisants » (reposant sur une quantification de la souffrance ou sur des interventions ergonomiques). Or, j'ai constaté que les médecins qui promouvaient le plus activement la prévention de la « souffrance au travail » situaient leur action avant tout au niveau de la consultation médicale. Selon eux, elle seule permet de mener des actions ultérieures au niveau du collectif ou de l'entreprise. Dans ce cadre, l'écoute se présente comme une modalité d'action ambivalente, qui prend sens au moment où les médecins proposent une réponse aux salariés rencontrés : cette réponse s'appuie-t-elle sur le seul traitement de l'individu ou sur une réflexion sur les effets de l'organisation du travail sur sa santé ?

<sup>799</sup> Selon l'enquête de P. Guiol et J. Munoz, ce sont dans ces domaines que les médecins estiment que « les changements nécessaires se heurteraient aux obstacles les plus forts ». Guiol Patrick, Muñoz Jorge, « La pratique de la médecine du travail entre reconnaissance et indifférence », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol. 69, n°3, 2008, pp. 438-447, p. 444.

<sup>800</sup> Dodier Nicolas, « Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients », in Virginie Tournay (dir.), *La gouvernance des innovations médicales*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, p. 127-154.

aussi de la mobilisation, par le médecin, des atouts liés à sa position<sup>801</sup> (son statut légal de salarié protégé, son statut de médecin, membre d'une profession établie, son réseau professionnel, etc.).

Ainsi, le suivi individuel, quand il est opéré par des médecins, peut prendre une dimension d'assistance des salariés sur les volets sociaux et juridique de leur expérience de souffrance due au travail, qu'elle soit physique ou psychique. L'analyse de mes données a montré que le suivi individuel des salariés en souffrance mentale ne se limitait en effet pas à des consultations d'écoute de leurs plaintes, contrairement à l'image qu'en donnent ses détracteurs, mais disposait en réalité de multiples facettes, permettant notamment de « socialiser » ces plaintes. Il s'agira alors de faire un lien avec le circuit de soin de ville, mais aussi avec des débouchés juridiques possibles, ou, enfin, conformément au rôle spécifique au médecin du travail tel que défini par N. Dodier, de faire le lien avec une situation vécue collectivement dans le cadre du travail, afin d'y remédier. Nous sommes loin ici des discours du professeur L. sur la nécessité d'une « ordonnance de santé au travail » ou d'un « programme de santé au travail ». Les programmes supposent en effet que les employeurs s'inscrivent volontairement dans des démarches de prévention, tandis que les médecins du travail « de terrain » ont fait ressortir, surtout dans leur description des problématiques de « risques psychosociaux », des situations conflictuelles dans lesquelles les médecins se confrontaient aux employeurs.

Le suivi individuel n'est pas une approche exclusive de l'approche « collective » des risques, particulièrement valorisée dans le processus de réforme et au niveau régional. L'opposition entre l'approche individuelle, désuète, et l'approche collective, présumée plus efficace grâce à des moyens d'action plus adaptés à la problématique des « RPS », est donc largement rhétorique et est surtout mobilisée pour mettre en avant cette dernière<sup>802</sup>.

Ainsi, le clivage entre les niveaux individuel et collectif se superpose à d'autres clivages, qu'il contribue à masquer – d'une part, celui entre le « programmatisme », prôné par les institutions et le « pragmatisme » développé au gré de l'expérience professionnelle des

---

<sup>801</sup> C'est surtout le certificat d'aptitude, spécificité du système français et prérogative du médecin du travail, qui révèle le côté « médecine légale » de leur exercice. En effet, la médecine du travail a longtemps été confondue avec la médecine légale, elle est donc perçue, historiquement, et utilisée, comme une médecine d'expertise légale. Delmas Corinne, *Sociologie politique de l'expertise*, Paris, La Découverte, coll. Repères, 2011, p. 12.

<sup>802</sup> Lors du congrès national de santé au travail de Toulouse, M. Lorient mettait en avant le fait que, pour les sociologues, le débat entre l'approche individuelle et l'approche collective n'avait pas lieu d'être, avant d'exposer son analyse de la construction sociale de la perception du stress : les individus sont en eux-mêmes porteurs de représentations construites socialement. Plutôt que de parler d'individuel ou de collectif, il proposait de mettre à l'honneur « l'organisation du travail ». Lorient Marc, « Replacer la prévention des risques psychosociaux dans l'organisation du travail », communication au Congrès national de médecine et santé au travail, Toulouse, 1<sup>er</sup> au 4 juin 2010.

médecins, et d'autre part, celui entre deux conceptions des bénéficiaires – le salarié, dont la santé est en jeu, ou l'employeur considéré comme client.

Les promoteurs de la réforme dessinent un nouveau territoire professionnel pour les médecins du travail. Ce territoire exclut la prévention individuelle des « risques psychosociaux » en discréditant la visite médicale comme lieu de prévention et en la stigmatisant comme une pratique à visée thérapeutique qui n'a pas sa place dans le cadre de services de santé au travail rénovés. Quel rôle alors devront jouer les acteurs « pluridisciplinaires » : devront-ils suppléer le médecin sur ce territoire sur lequel leur légitimité est remise en cause par la rhétorique réformatrice – dans ces cas-là, la réforme est mise face à une incohérence : si tournant « préventif » il y a, et si celui-ci est principalement incarné par un renouvellement de la main-d'œuvre, comment se fait-il que certains acteurs apparus dans ce cadre « pluridisciplinaire » se positionnent sur une pratique d'entretiens individuels ? Ou, au contraire, en cohérence avec l'esprit de la réforme, devront-ils se positionner sur des projets et des « actions » qui visent les collectifs de travail, en collaboration plus ou moins étroite avec le médecin ?



## **Chapitre 8 : Le délicat positionnement des psychologues dans les services de santé au travail : « pluridisciplinarité » et division du travail de prévention des RPS**

La loi de modernisation sociale de 2002 amorce un tournant vers la « santé au travail ». D'une vision médicale purement physique de la médecine du travail, on passe à une vision globale de la santé (le texte de loi précise « mentale et physique »), qui doit être garantie par l'employeur. Il est révélateur que l'apparition sur l'agenda politique de la prévention de la souffrance mentale au travail se fasse à la fois par la reconnaissance juridique du harcèlement moral et par l'introduction de nouvelles compétences dans les services de santé au travail. De ce fait, des acteurs embauchés au titre de la « pluridisciplinarité » se positionnent ou sont positionnés par le service qui les emploie sur ce domaine de la prévention des « RPS » : c'est le cas des ergonomes, mais aussi de différents psychologues (psychologues du travail, psychologues cliniciens, psychosociologues).

Dans un contexte où le contenu comme l'objectif des pratiques de prévention des « RPS » sont loin de faire consensus, ces acteurs tentent aujourd'hui de partager cette activité avec le médecin du travail. Comment la division du travail se déroule-t-elle ? Quelles questions pose-t-elle et quels conflits entraîne-t-elle ? Comment le débat interne aux médecins du travail entre approche individuelle et approche collective s'incarne-t-il quand d'autres protagonistes y prennent part ?

La position des psychologues est délicate car ni leur embauche, ni le contenu de leur activité dans le cadre des services de santé au travail ne fait l'objet d'un consensus entre les médecins. Bien au contraire, ils semblent révéler chez eux des conceptions conflictuelles de la « pluridisciplinarité » et de ce qu'elle devrait être. Certains médecins pensent la « pluridisciplinarité » comme un tournant vers la prévention primaire, une extension de leur « action en milieu de travail » – dans ce cas, la prévention des « RPS » n'est légitime que quand elle se déploie au niveau du collectif de travail. En revanche, d'autres médecins considèrent plus pragmatiquement les intervenants « pluridisciplinaires » comme une main-d'œuvre à leur disposition – les « RPS » entraînant, on l'a vu, un embarras de nombreux médecins, les acteurs de la « pluridisciplinarité » doivent pallier leurs lacunes et investir ce domaine de prévention.

Une première section exposera les enjeux de l'embauche de différents types de psychologues et de leur positionnement sur une approche individuelle ou sur des interventions collectives, à partir de différents cas de figures observés dans les services. Puis, la seconde

section analysera les conflits de frontières observés dans les SST1 et 2 dans le cadre de la division du travail de prévention des « RPS ». Ces deux services présentent pour point commun de n'avoir pas tranché sur la question des modalités de mobilisation des psychologues par les médecins – et le mal-être exprimé, en entretien, par les psychologues de ces deux services. Enfin, une dernière section s'attachera à qualifier le rôle des directions de service dans ces conflits – si elles n'assument pas un rôle d'arbitre, elles influent sur le déroulement des luttes de juridiction.

## Section 1 : Le domaine d'intervention légitime des psychologues : l'individu ou le collectif ?

Les débuts de la « pluridisciplinarité » entraînent des embauches de nouveaux types de personnels dans les services. Dans le cadre de la prévention des « risques psychosociaux », l'embauche de psychologues est parfois perçue comme utile, mais les nouveaux venus sont positionnés différemment en fonction des services de santé au travail et de leurs politiques en la matière – qui sont dictées par la manière dont les médecins du travail protègent leur territoire professionnel.

Dans certains services, les médecins qui sont en faveur de circonscrire l'activité des psychologues au niveau collectif pèsent sur leur direction pour qu'elle l'érige en règle, dans d'autres, l'inverse se produit – les psychologues sont alors cantonnés à la pratique d'entretiens individuels – tandis que d'autres services encore (parmi lesquels les SST1 et 2) ne tranchent pas dans le conflit qui oppose les médecins entre eux sur la juste manière de mobiliser des compétences en psychologie dans un service de santé au travail. En s'appuyant sur les données recueillies dans différents services de France, je passerai en revue ces différentes options pour mettre en valeur, à chaque fois, les aspects liés aux conflits de territoires entre médecins et psychologues – sur quoi portent-ils ? Comment s'expriment-ils ?

### **1. Des psychologues positionnés sur le collectif ou comment réserver le monopole du colloque singulier aux médecins du travail (le cas de Michel)**

Au SST5, Michel et les autres psychologues, qui ont, pour la plupart, suivis des formations de psychologie du travail, sont officiellement désignés par l'appellation de « psychosociologues ». Ce terme appuie leur position sur les interventions collectives et la

légitime : leur expertise concerne bien le domaine « psychosocial »<sup>803</sup>. Ces professionnels ne se situent pas uniquement sur les aspects psychologiques et leur investigation se fait dans le collectif de travail.

Michel décrit une concurrence qui se joue sur la présence des intervenants sur le terrain de l'entreprise. Les médecins ont, selon lui, tendance à s'approprier les entreprises dont ils ont la charge. Les interventions des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP -ergonomes, techniciens sécurité, psychosociologues) empiètent sur « leur tiers temps » en pénétrant sur le terrain de « leurs entreprises ». Les médecins du travail du SST5 acceptent cependant de plus en plus de partager ces prérogatives. En effet, bien que certains refusent de faire appel à l'assistance des IPRP et tentent de rester le seul interlocuteur des entreprises dont ils ont la charge, la présence des IPRP sur le volet collectif de la prévention des risques professionnels est de plus en plus reconnue et ils sont de plus en plus nombreux à les mobiliser.

Il identifie une seconde forme de concurrence, qui porte cette fois sur la prise en charge des salariés au niveau individuel, et sur laquelle les médecins de son service sont divisés : certains n'auraient pas d'objection à partager cette prérogative, tandis que pour d'autres, il est important de conserver l'exclusivité du rapport en face à face avec le salarié. Il en résulte que, dans ce service, les psychologues n'ont pas le droit d'intervenir pour des entretiens individuels avec des salariés. Ainsi, l'appellation de « psychosociologue » contribue à délimiter leur action et à réserver le suivi individuel aux seuls médecins.

*Il y a de plus en plus de médecins qui nous disent « mais il faut que vous fassiez de l'individuel, on a besoin de vous sur l'individuel ». Il y a une demande. C'est pas du tout officiel et le jour où il y aura des médecins qui vont demander qu'on passe à l'individuel, ça va exploser au sein du service parce qu'il y en a qui ne tiennent plus que là-dessus, c'est à dire « notre seule spécificité vu qu'il y a plein d'autres intervenants qui rentrent dans les entreprises, qui prennent contacts avec nos DRH, nos entreprises ». Parce que le médecin, il considère que c'est son entreprise, « vous allez venir dans mon entreprise... ». Donc la seule chose qui les différencie encore – bien qu'on n'ait pas du tout la même discipline donc il n'y a pas de problème – c'est l'entretien individuel.*

D'après ce discours, les médecins du service, qui auraient déjà renâclé à partager leur action en milieu de travail, se raccrocheraient à présent à leur seule prérogative restante, à la « seule chose qui les différencie » : l'entretien individuel. Selon Michel, la délimitation d'une frontière entre les médecins et les psychologues, qui passe par l'interdiction de suivi

---

<sup>803</sup> Lors d'une discussion informelle avec un psychosociologue d'un autre service, il me confie que ni son collègue ni lui ne disposent du titre de psychologue : ils ont simplement suivi une formation de master en psychosociologie. Ainsi, au contraire du SST5, le terme n'est pas utilisé pour désigner des psychologues et légitimer leur intervention sur le collectif. Ces psychosociologues ont été admis, malgré l'absence de leur titre, dans l'association des psychologues intervenant dans les services interentreprises de santé au travail. Ils y constatent de fortes disparités entre les membres, qui entraînent des querelles de chapelles.

individuel pour ces derniers, est en réalité une « très bonne chose » pour les psychologues. En effet, cette frontière va à l'encontre des idées reçues sur leur discipline et leurs compétences et contribue à asseoir leur légitimité à intervenir sur les aspects collectifs. De plus, l'ignorance des médecins quant aux pratiques relevant de l'action collective que les psychologues sont capables de mettre en place permet à ces derniers de les construire librement, sans être contraints par des directives trop précises :

*Donc ça a été refusé et je pense que c'est une très bonne chose parce que du fait que ça a été refusé, tout le reste, on a pu le construire comme on le voulait. Parce que, quelle est l'image qu'on a d'un psychologue ? C'est quelqu'un qui reçoit dans un cabinet, sur son divan, pour parler. Les médecins sont comme toutes les personnes qui n'ont pas forcément connaissance de la différence entre psychologues, psychanalyste, etc. (sauf pour les psychiatres, ils savent que ce sont des médecins). Donc ils ont cette vision du psy, et ils ont dit « non, hors de question les entretiens individuels ! ». Peut-être en se disant « ils ne vont pas pouvoir nous apporter autre chose, donc ça va s'étouffer cette affaire ». Je ne sais pas, j'imagine. Mais aujourd'hui, ça nous a permis de créer des modes d'interventions qui répondent à nos propres critères donc ça c'est génial.*

Michel émet l'hypothèse que l'exclusion du suivi individuel relevait d'une stratégie des médecins pour exclure complètement les acteurs psychologues des services – à laquelle les psychologues ont pu rétorquer en s'implantant solidement sur le terrain de l'entreprise, par des interventions dont ils définissent eux-mêmes les modalités.

Michel plaint les psychologues de service interentreprises dont les pratiques sont centrées sur de l'intervention individuelle, car il n'a pas d'intérêt particulier pour ce type de pratiques. Les modalités d'interventions collectives qu'il a forgées au long de sa courte expérience (constitution de groupes de travail, de comité de pilotage...) constituent pour lui son « métier » de psychologue du travail, qu'il estime bien distinct de pratiques d'entretiens individuels qui incomberaient, selon lui, à un autre type de professionnels, soient des psychologues cliniciens :

*Donc après s'ils doivent nous amener sur l'aspect individuel, ils nous emmèneront sur l'aspect individuel pour moi c'est... C'est mieux de ne pas faire les deux, c'est mieux d'avoir un psychologue clinicien, qui puisse être dans un bureau, recevoir les salariés les plus difficiles, qu'ils soient orientés. On en a souvent parlé avec Luc et Pierre et eux ne font quasiment que de l'individuel, j'ai l'impression. Ce n'est pas du tout le même métier, l'entretien individuel peut permettre de connaître les situations mais ce n'est pas le même métier du tout. Moi, si je dois être amené à en faire, j'en ferai, mais ce n'est pas un truc qui m'intéresse plus que ça.*

Michel est donc à l'aise avec la manière dont il exerce la psychologie au SST5. On peut penser que ce confort vient d'une inscription relativement aisée dans la « pluridisciplinarité » et dans le tournant vers la prévention tertiaire qu'elle promeut : les « psychosociologues » du service, comme les autres IPRP, viennent grossir les rangs des

intervenants en milieu de travail. L'« injonction au professionnalisme »<sup>804</sup> dont les psychologues, rebaptisés « psychosociologues », font l'objet de la part de leur direction, leur convient bien et les protège d'intrusions potentielles des médecins sur leur méthodologie.

Voyons maintenant comment, ailleurs, Marianne, psychologue clinicienne, considère sa propre pratique en service interentreprises.

## **2. Des psychologues positionnés sur l'individuel : une demande d'assistance des médecins sur des cas problématiques (le cas de Marianne)**

Marianne est psychologue au SST4, et, contrairement à Michel, elle affirme avoir été embauchée uniquement pour effectuer des entretiens individuels avec des salariés qui lui seraient adressés par des médecins du travail. Ce positionnement sur l'assistance individuelle est d'autant plus clair qu'elle a une formation de psychologue clinicienne. Avant d'intégrer le service, elle est salariée de la Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés (FNATH), en tant que psychologue, au même titre qu'un de ses collègues. Les médecins du travail leur adressent des salariés pour des problématiques de « maintien dans l'emploi ». Quand les subventions nécessaires à maintenir leurs postes sont supprimées, ils décident tous deux de s'installer en libéral et de « frapper à la porte » de la « plateforme pluridisciplinaire » (un groupement d'intérêt économique ou GIE) fédérant les IPRP des deux services de santé au travail dont les médecins faisaient antérieurement appel à eux. Les collaborations continuent donc, au prix d'un effort de communication de leur part : ils ont « pris leur bâton de pèlerin »<sup>805</sup> et sont allés dans les différentes instances du service (commission médico-technique, réunions de secteurs) expliquer aux médecins les services qu'ils pouvaient leur offrir. Les sollicitations se sont alors multipliées, si bien que le GIE a fini par embaucher Marianne à temps plein, tandis que son collègue est encore à son compte et intervient pour les médecins des deux services à hauteur d'un mi-temps.

Connaissant principalement la situation au SST1 et au SST2, où la délégation d'entretiens individuels à des psychologues est controversée parmi les médecins, et celle au SST5, où elle est « interdite », je suis étonnée de voir à quel point ces interventions semblent consensuelles. Marianne et son collègue assistent les médecins du travail confrontés à des salariés en souffrance psychique, notamment quand les symptômes rencontrés remettent en question l'aptitude au poste. Marianne insiste sur la visée diagnostique de son intervention, et

---

<sup>804</sup> Boussard Valérie, Demazière Didier, Milburn Philip (dir.), *L'injonction au professionnalisme*, Rennes, PUR, 2010.

<sup>805</sup> Entretien avec Marianne.

parle de « diagnostics courts » qui lui prennent entre un et trois, voire quatre entretiens<sup>806</sup>. Par ce diagnostic, Marianne aide le médecin à étayer sa décision d'aptitude ou d'inaptitude, en accord avec le salarié :

*Ce sont avant tout des situations où le médecin du travail a besoin d'une confirmation, d'être conforté. Il nous demande si on peut recevoir tel salarié au regard de sa problématique individuelle. Donc l'origine de la demande n'est pas l'inaptitude mais, au fond, il y a cette question-là.*

*Vous vous la posez ?*

*C'est une décision médicale ! On se la pose sous une autre forme. On regarde l'intensité des symptômes, s'ils sont plus ou moins alarmants et on recueille le point de vue du salarié. C'est un soutien et une aide à la décision du médecin, mais aussi une aide à la décision pour le salarié, au regard de son histoire propre. Il faut être présent pour l'aider à se poser des questions qu'on ne se poserait pas forcément tout seul, quand on est en souffrance.*

La délimitation de frontières entre le territoire du médecin (ici, la décision d'aptitude) et du psychologue (ici, l'assistance à la décision d'aptitude) ne pose pas de problème aux protagonistes. Les médecins de ce service<sup>807</sup> semblent satisfaits de ce fonctionnement et de l'aide que Marianne leur apporte.

Cependant, les luttes de territoires qui font qu'ailleurs, l'intervention individuelle des psychologues crée des crispations de la part des médecins du travail, ne sont pas totalement absentes. En effet, dans le secteur de la santé au travail, l'idée selon laquelle la prise en charge individuelle des salariés par des psychologues est une pratique illégitime, car ne relevant pas d'une démarche de prévention, est présente à l'esprit des directions de services. Marianne me présente le conflit entre individuel et collectif d'une manière inédite. En effet, son discours remet en cause l'opposition, à laquelle je suis habituée, entre une approche individuelle « individualisante » et une approche collective porteuse de réels changements organisationnels :

*Ça évolue comme ça, dans le sens de l'intervention en entreprise, avec une dominante au niveau des collectifs, sachant que nous, le groupe de médecins du travail avec lesquels je travaille, on n'est pas complètement dupes non plus ! Une des deux directions commence à freiner un peu et tenir un discours : « Il y en a marre, c'est pas de la prévention ». **L'embauche d'un psychologue du travail permettrait de faire des interventions visibles, et d'offrir une visibilité vis-à-vis des adhérents...** Nous, 95% de notre travail de consultation, c'est en sous-marin, on est en « off », parce que les salariés ne souhaitent pas que les directions soient au courant de la démarche. Donc, c'est un principe de réalité gestionnaire.*

Selon Marianne, la demande croissante pour des interventions collectives en psychologie du travail est surtout due au contexte réglementaire et aux obligations qui incombent aux entreprises en termes de prévention des risques psychosociaux. Elle se démarque de ce

---

<sup>806</sup> Sur les aspects thérapeutiques ou non du suivi individuel, voir section suivante.

<sup>807</sup> A l'exception d'un entretien enregistré, j'ai rencontré une quinzaine de médecins de ce service dans un cadre informel et lors d'une réunion de médecins.

contexte et se situe davantage dans des problématiques « classiques » de médecine du travail (à savoir, de l'assistance aux médecins dans leurs décisions d'aptitude).

*Il y a une pression, des obligations légales qui pèsent sur les employeurs et les médecins du travail sont de plus en plus sollicités, ils ont de plus en plus de demandes. Et ils sont démunis en termes d'outils, de supports de communication avec les employeurs et les CHSCT, pour aborder cette question-là... Donc la psychologie du travail, ça répond à un besoin. Je suis sollicitée, j'ai des demandes de médecins et j'y répond vaille que vaille mais c'est à la limite de mes compétences... Ce n'est pas mes compétences d'initier des actions de sensibilisation, d'accompagnement aux plans de prévention, d'inscription dans le Document Unique. Moi, je peux faire le relais ponctuellement, mais **nous on est dans l'accompagnement individuel et dans le soutien en cas d'inaptitude**. Nos rares interventions « collectives », c'est de la médiation.*

Ainsi, Marianne se positionne comme une « experte » que le médecin peut consulter pour consolider son jugement d'inaptitude en cas de contestation. En cela, elle n'a pas une position très différente de celle du psychiatre, ou du médecin officiant dans les consultations de psychopathologies professionnelles<sup>808</sup>.

En tant que psychologue clinicienne présente dans le service, elle est également sollicitée à titre personnel par de nombreux médecins du travail, de façon informelle – les médecins du travail étant soumis à des pressions psychologiques importantes, notamment dues aux changements entraînés par la réforme. C'est un aspect de son activité qui n'est pas traçable et qui, pourtant, lui prend du temps.

Ainsi, les psychologues du travail (ici appelés « psychosociologues ») et les psychologues cliniciens occupent des places différentes dans les services interentreprises. Dans l'exemple de Michel et celui de Marianne, les directions ont choisi une de ces deux options et s'y tiennent malgré les pressions exercées par des médecins pour embaucher des psychologues cliniciens, au SST 5, et des psychologues du travail, au SST4. Michel et Marianne sont donc relativement à l'aise dans leur exercice professionnel, surtout quand on les compare aux psychologues rencontrés dans d'autres services interentreprises.

Qu'en est-il dans ces services qui, à l'instar des SST1 et 2, n'ont pas pris de telles décisions et ont laissé à leurs médecins le choix de mobiliser les psychologues embauchés comme bon leur semblerait ?

---

<sup>808</sup> Au SST1, ces « psy » ont moins de problème à se positionner auprès des médecins que les psychologues IPRP embauchés dans le cadre de la « pluridisciplinarité ».

### 3. Le cas des SST1 et 2 : des psychologues à la merci des demandes des médecins

Aux SST1 et 2, les psychologues peuvent être mobilisés pour des entretiens ou des interventions collectives : le service n'a pas mis au point une politique précise en la matière, la nature des demandes d'intervention est donc laissée à la discrétion des médecins. Cependant, ces médecins sont divisés entre eux, ce qui met les psychologues en porte-à-faux : certains souhaitent pouvoir mobiliser les psychologues pour des entretiens individuels et d'autres s'opposent fermement à ce type de mobilisation.

Les psychologues de ces deux services ont plutôt une formation de psychologues du travail. Au moment de leur embauche, l'optique de la direction et des médecins consultés dans cette décision est de les faire avant tout travailler sur des interventions collectives. Au SST1, Édith revendique le monopole du médecin du travail sur le suivi individuel des salariés et milite pour une intervention des psychologues uniquement sur les aspects collectifs, mais elle n'est pas suivie par ses confrères et la direction imagine donc un « compromis ». Dans le cas du SST2, on peut supposer que la réticence de certains médecins à l'embauche de psychologues et l'insistance d'autres médecins, évoquant un besoin croissant d'assistance sur le volet « risques psychosociaux » de leur activité, a également conduit à une forme de compromis : les psychologues embauchés seront des spécialistes du *travail*.

Ce statut, cependant, ne les protège pas d'une mobilisation des médecins pour des entretiens individuels. Au contraire, comme le disait Michel, les médecins du travail voient les psychologues comme des professionnels du face à face et c'est donc en grande majorité pour des entretiens qu'ils mobilisent les psychologues présents dans leur service.

De plus, pour les interventions collectives qui touchent à l'organisation du travail, les médecins ont l'habitude de faire appel aux ergonomes<sup>809</sup>. Ainsi, en dehors des entretiens individuels, les psychologues sont mobilisés pour faire des présentations sur les « RPS » ou le stress, qui peuvent prendre la forme de « sensibilisations ». Leurs interventions peuvent aussi être plus ambitieuses et s'appuyer sur une méthodologie d'intervention spécifique, notamment la constitution de groupes de travail telle qu'elle est menée par Michel et les autres psychologues du SST5. Dans ces cas-là, au SST1, les modalités d'intervention et d'organisation de la division du travail « pluridisciplinaire », sont décidées non pas par les psychologues eux-mêmes, mais dans le cadre du groupe « RPS », chapeauté par un médecin du travail – Édith. Ainsi, il n'y a que sur les interventions individuelles que les psychologues s'organisent de manière autonome.

---

<sup>809</sup> Voir en infra la sous-partie suivante sur la concurrence psychologue/ergonome.

Au SST2, les médecins mobilisent surtout les psychologues sur des problématiques individuelles, et la prépondérance de ces pratiques, qui apparaît sur leurs tableaux d'activité, leur est reprochée par la suite. Clémence rapporte ainsi une altercation avec un médecin qui, bien qu'il fasse partie de ceux qui critiquent les interventions individuelles des psychologues, leur adresse pourtant fréquemment des demandes de cet ordre :

*Je leur ai dit : « c'est quoi le problème, avec les psychologues ? » et cette personne-là m'a dit, « c'est parce qu'il y a une espèce de jalousie parce que nous, on passe un quart d'heure avec les salariés, vous passez une heure ». Je me suis retenue pour ne pas lui dire « ben chacun son job ». Il me dit « moi, je crois que vous ne devez pas faire du clinique, vous ne devez pas faire ça ». Moi je lui dis « j'entends bien, mais on ne fait que répondre à la demande, si vous nous envoyez des demandes comme ça, on y répond ». En gros : qui fait la demande ? C'est vous ! Ils prêchent le blanc mais ils agissent noir, en nous disant vous n'avez pas à travailler comme ça, vous n'avez pas à faire de l'individuel, mais ils nous sollicitent tout le temps !*

Les psychologues des SST1 et 2 souffrent donc de l'absence de cohérence dans les discours, virulents au demeurant, de certains médecins, qui s'opposent théoriquement aux entretiens individuels, mais les sollicitent bien davantage de cette manière que pour des interventions collectives. Les psychologues ne se montrent pas tant insatisfaits de leurs pratiques d'entretiens individuels, qu'au contraire ils semblent apprécier, que décontenancés par les reproches dont ces pratiques font l'objet. En effet, si elles apparaissent valorisantes dans le cas de Marianne, elles sont particulièrement ingrates pour les psychologues des services qui n'ont pas tranché sur les modalités de sollicitation des psychologues, car elles font l'objet de désaccords entre les médecins du travail, d'une part, et de discours contradictoires de certains médecins, d'autre part.

De plus, les médecins qui sont satisfaits de cette action des psychologues n'ont pas, d'après Clémence et Carine, le courage de les défendre en cas de conflits :

*Clémence : En fait, ils ne sont pas du genre à le crier sur les toits parce que les quelques médecins qui posent problème, comment expliquer ça ? Ils sont... ils vont être critiques par rapport à cette action là et bon... je sais pas s'ils acceptent, les médecins qui travaillent avec nous, est-ce que c'est facile pour eux d'accepter le regard d'un autre médecin sur eux ?*

*Carine : Ils ne veulent surtout pas être emmerdés, ils ne veulent pas qu'on les fasse chier.*

*Clémence : Par contre, ils nous encensent, ils nous adorent. Mais ils ne nous défendent pas.*

*Carine : Heureusement que ces médecins sont là pour nous envoyer beaucoup de compliments, même par écrit, mais...*

*Clémence : Pour nous défendre face aux autres médecins, il n'y a plus personne.*

*Carine : Ni face à la direction. Tous les ans, ils présentent leur rapport d'activité oralement à la direction et je sais que « Tant d'interventions avec la psychologue, satisfait, il faut plus de psychologues », tout ça, ils le disent quoi. Mais quand on est dans les conflits, rien.*

Ainsi, même leurs principaux alliés potentiels, demandeurs d'interventions individuelles, ne prennent pas la parole pour les défendre car leurs confrères qui s'opposent à ce type de

sollicitation des psychologues, très virulents, le leur reprocheraient. Ces derniers ont un certain pouvoir dans les services de santé au travail : ils parviennent à influencer sur les règles qui s'imposent aux psychologues et à faire de la sollicitation de psychologues une pratique qui nécessite des justifications, voire un objet de honte pour certains de leurs confrères.

L'absence de politique claire venant de la direction, qui ne choisit ni une prise en charge individuelle, ni des modalités d'interventions uniquement collectives, crée donc des débats entre les médecins et les psychologues et parmi les médecins entre eux.

Contrairement aux annonces concernant les objectifs de la réforme, les psychologues, embauchés au titre de la « pluridisciplinarité », représentent plutôt un changement des possibilités de prise en charge individuelle des salariés qu'un tournant vers la prévention primaire, à moins qu'ils ne soient positionnés uniquement sur des interventions collectives, comme au SST5.

\*\*\*\*\*

En élargissant mon terrain d'enquête à plusieurs services interentreprises, j'ai constaté que la question du type de psychologue embauché (notamment : psychologue du travail ou psychologue clinicien) ou de la manière dont on le désignait orientait les débats quant à l'opportunité d'une embauche et quant aux missions données à ce nouvel intervenant. La concurrence se joue en effet potentiellement sur plusieurs aspects de l'activité du médecin du travail : l'aspect collectif et « action en milieu de travail » et l'aspect individuel. Sur ces différents territoires, tous les psychologues ne sont pas perçus comme également légitimes.

Au-delà des titres de psychologue du travail, psychologue clinicien, ou psychosociologues, ce sont les pratiques présumées des psychologues qui sont en jeu, et leurs objectifs. Leur hiérarchie – soit la direction des services – peut choisir de les positionner, dès l'embauche, soit dans un rôle de prise en charge individuelle, soit dans un rôle d'interventions collectives – ou encore laisser ce choix aux médecins. Quand les psychologues embauchés sont des psychologues cliniciens, ils répondent avant tout à des demandes de suivi individuel des salariés. Quand, au contraire, ils ont des profils de psychologues du travail ou de psychosociologues, ils pourront être positionnés sur des problématiques collectives. Ce sont les deux options, opposées, choisies par le SST5 et le SST4. Les SST1 et 2, quant à eux, ont choisi d'embaucher des psychologues du travail, mais ne les positionnent pas exclusivement sur une approche collective. Les détails des enjeux de positionnement des psychologues, dans ce cadre, mettront en avant des luttes de territoires entre les médecins, les psychologues, les

ergonomes, et plus accessoirement les infirmières.

## Section 2 : La « pluridisciplinarité » comme cadre de la concurrence entre groupes professionnels

Les données de terrain ont donc montré que certains médecins investissent le suivi individuel des salariés en souffrance et ne souhaitent pas le déléguer. D'autres, en revanche, considèrent que les IPRP les concurrencent sur le terrain de l'entreprise et souhaitent alors circonscrire l'activité des psychologues au niveau du suivi individuel. Ainsi, les groupes professionnels sont bien en concurrence, mais ils ne le sont pas de manière homogène : les groupes eux-mêmes sont divisés.

Les enjeux de division du travail entre médecins et psychologues sont à replacer dans le contexte de la mise en œuvre de la « pluridisciplinarité » : en effet, les interventions de psychologues, psychothérapeutes ou psychiatres, dans le cadre des services de santé au travail posent problème à partir du moment où apparaît le groupe des IPRP et où les problématiques de santé mentale sont formulées en termes de « prévention des RPS ». Les divisions entre médecins analysés dans le chapitre 7 rejaillissent alors sur les rapports entre médecins et psychologues dans le cadre de la « pluridisciplinarité ».

### **1. Médecins et intervenants « psys » avant l'apparition de la catégorie « RPS »**

#### ***1.1. Des « psys » bienvenus dans les services : les intervenants en débriefing***

Au SST1, la collaboration entre des médecins et des acteurs « psy »<sup>810</sup> ne date pas de l'introduction du groupement d'intérêt économique, dans le cadre de la « pluridisciplinarité », mais a été plus précoce, sous une autre forme et dans une visée différente. Depuis le début des années 2000, des psychothérapeutes, psychologues et psychiatres, interviennent en effet dans des conditions bien précises, soient principalement pour des débriefings post-traumatiques (quand un salarié a subi des violences de la part du public bénéficiaire par exemple), ou un soutien psychologique lors de plans sociaux. Ils s'inscrivent dans une plateforme de spécialités médicales à disposition des médecins du travail du SST1 et effectuent à ce titre quelques vacations par semaine, ou des interventions ponctuelles en cas de besoin, qui leur

---

<sup>810</sup> Ces intervenants sont psychothérapeutes, psychologues et psychiatres : pour les rassembler, nous avons choisi d'utiliser le préfixe qu'ils ont en commun.

sont facturées en tant que personnel extérieur. Une convention signée par les trois parties précise les conditions financières des interventions : il existe un tarif pour les débriefings collectifs et un tarif pour les entretiens individuels. Elle fixe aussi le nombre et la nature des interventions : le débriefing collectif est ponctuel, il se fait en un seul rendez-vous, tandis que les entretiens individuels sont limités à deux par salarié, à environ un mois d'intervalle. Cette convention correspond au cas typique du débriefing post-traumatique mais ne convient pas pour d'autres types d'interventions. Quand un intervenant est mobilisé sur une temporalité plus longue, par exemple avant ou pendant un plan social, pour des entretiens avec les salariés qui vont se faire licencier ou avec les « rescapés », il est payé sur devis. Ces interventions sont qualifiées dans l'organisation de « soutien ». L'intervenant mobilisé présente un devis horaire, effectue le nombre d'heures de travail qu'il estime nécessaire, puis facture au service de santé au travail.

Au SST1, Ludivine est l'assistante chargée de l'aspect administratif de ces débriefings, et plus généralement de toutes les interventions des « psy » externes. Selon elle, les médecins sont « demandeurs » d'un suivi psychologique des salariés, notamment après un accident du travail. Ils se font ainsi parfois le relais de l'activité de ces intervenants en leur adressant à nouveau des salariés qu'ils ont déjà vus dans le cadre d'un débriefing.

*B : Les médecins du travail ne se sentent pas court-circuités par ce système?*

*L : Non, ils sont souvent demandeurs parce qu'ils ont pas toujours le temps de recevoir les salariés victimes, quand il y a un accident du travail, il arrive que le médecin du travail aille sur place et discute avec les salariés. Ah non, ils sont partie prenante de tout ce qui est intervention du psychologue. Ça n'a jamais été un problème, et puis ça arrive qu'ils renvoient les salariés et qu'ils ré-adressent.*

Ludivine dépeint des interventions qui appartiennent à une ère « pré-RPS », et qui sont aujourd'hui partiellement remises en cause par l'organisation d'une prévention spécifique à ces risques. Les situations qui entraînaient un suivi psychologique peuvent aujourd'hui, si elles ne présentent pas de caractère d'urgence (comme c'est le cas pour les débriefings post-traumatiques, qui restent largement réservés aux intervenants externes), être redirigées vers les psychologues IPRP dans le cadre de la prévention des « RPS ». Il existe ainsi une concurrence potentielle entre les psychologues IPRP et les intervenants extérieurs sur ce que Ludivine appelle le « soutien aux entreprises » :

*Dominique me disait qu'elle intervenait après des accidents du travail mais aussi avant des licenciements ?*

*Voilà elle faisait, elle continue un peu, du soutien auprès des entreprises. Mais maintenant, on a des psychologues du travail, donc c'est plus eux qui font ce genre de choses. Sauf que Dominique, elle faisait ça déjà dans certaines entreprises et que les dirigeants ont demandé à ce que ce soit elle qui y retourne. Maintenant, c'est plus les psychologues du travail parce que ça fait partie de quelque chose qui est bien ciblé : les RPS. Mais chez H, elle avait déjà fait ça avant que les RPS ne soient*

*mis en place, c'était elle qui était intervenue, donc le dirigeant a demandé que ce soit elle.*

*Maintenant, par exemple, quand il y a un conflit dans une entreprise, on ne considère pas que c'est une urgence, donc c'est les psychologues du travail qui interviennent.*

Pour Ludivine, les « RPS » représentent avant tout une catégorie d'intervention récente à laquelle les psychologues IPRP sont associés, par opposition à des pratiques qui ont toujours eu cours mais qui n'entraient pas dans cette catégorie. Elle assimile les « RPS » à un dispositif qui a été « mis en place » dans le service<sup>811</sup>. Avant cela, les psychologues et psychothérapeutes collaborent avec les médecins du travail dans un cadre qui n'est pas conflictuel : ils sont bienvenus dans les services.

### ***1.2. Des experts au service des médecins du travail : psychiatres et consultations de pathologie professionnelle***

Les médecins du travail ne se sentent pas toujours armés face à la demande d'expertise sur les « RPS » dont ils font l'objet et sont demandeurs d'une assistance légale, et d'une « couverture » dans le cadre de procédures d'inaptitude. De peur de voir leur avis contesté, ils préfèrent ajouter des pièces qui donnent du poids à leur dossier. Ils se tournent alors vers des médecins spécialistes pour obtenir leur avis. Dans le cas des procédures d'inaptitude qui concernent les « risques psychosociaux », cela peut être un médecin psychiatre, ou bien un pair exerçant à l'hôpital dans le cadre de consultations de psychopathologie du travail<sup>812</sup>.

Au SST1, un psychiatre fait des vacations pour le service à cette fin. Il peut confirmer le diagnostic du médecin du travail et ainsi, indirectement, attester du bien-fondé de l'inaptitude. D'après les médecins rencontrés, l'attente peut être longue avant d'obtenir un rendez-vous pour un salarié, ce qui témoigne d'une mobilisation fréquente de ce psychiatre par certains médecins. La seconde option consiste à orienter le salarié en question vers la consultation hospitalière de psychopathologie professionnelle, assurée par deux jeunes femmes médecins du travail. Les médecins du travail mobilisent indifféremment ces deux

---

<sup>811</sup> On peut penser que le dispositif « RPS » auquel elle fait allusion est le groupe de travail qui a pour rôle d'étudier les demandes des médecins et de diviser le travail entre les IPRP. Ce groupe a, en effet, été « mis en place » à un moment donné.

<sup>812</sup> Ce mode de fonctionnement s'inscrit dans ce que N. Dodier a analysé, dans le monde médical au sens large, comme un mouvement de remise en cause de « l'objectivité par la proximité », soit de l' « image du praticien jugeant, solitairement, en son âme et conscience, dans des situations parfois complexes ». Dans d'autres milieux médicaux sont mis en place divers dispositifs ou instances de concertations permettant de collectiviser le jugement médical. Dodier Nicolas, « Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients », in Virginie Tournay (dir.), *La gouvernance des innovations médicales*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, p. 127-154, dont pp. 140-141.

possibilités (les consultations d'un psychiatre vacataire au SST1 ou la consultation hospitalière de psychopathologie), pourvu qu'ils obtiennent un certificat leur permettant de mettre au point « un dossier béton »<sup>813</sup>.

Lors de leurs études de médecine, les étudiants sont socialisés à une conception de l'hôpital comme d'un lieu proche de l'idéal professionnel<sup>814</sup> (dont les services de santé au travail, jugé trop proches du domaine de l'entreprise, se distinguent). Les décisions qui émanent de ces consultations, si elles ne s'imposent pas légalement aux médecins du travail, ont un statut d'autorité sur lequel ils peuvent s'appuyer en cas de litige. Par exemple, un médecin qui craint d'être en train de se faire instrumentaliser par un salarié pour obtenir une inaptitude pour « souffrance au travail » va se tourner vers la consultation de psychopathologie du travail : c'est alors sur des critères « médicaux », débarrassés des interférences avec le contexte de travail, que la décision pourra être prise.

Le fait de devoir faire appel à des psychiatres ou à des universitaires pour « bétonner » ses dossiers d'inaptitude peut aussi être analysé comme une faiblesse du groupe professionnel. Lors d'une réunion de l'A-SMT, un médecin s'interroge : pourquoi ne demandons-nous pas simplement l'avis d'un pair ? Pourquoi devons-nous nous tourner vers d'autres spécialistes ? Selon ces médecins, sur la question de la souffrance au travail, en particulier, l'avis expert d'un médecin du travail devrait suffire à légitimer une décision d'inaptitude.

***Encadré 8.1 La consultation de psychopathologie professionnelle ou consultation « souffrance au travail ».***

Marie Pezé a créé la première consultation « Souffrance et travail » en 1997 au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre. Sur son initiative, le site internet « Souffrance et travail » recense les consultations existantes sur le territoire français, s'adressant ainsi à l'internaute :

« Vous faites face à une situation difficile au travail et vous avez besoin de conseils. Notre équipe ne peut malheureusement pas répondre à chacun de vos messages, mais nous avons mis en ligne la liste des Consultations Souffrance et Travail et Cliniciens Spécialisés où vous trouverez quelqu'un pour vous conseiller. »<sup>815</sup>

A la lecture de ces lignes, on peut penser que l'offre est homogène et que toutes les consultations ont pour rôle premier d'écouter et de conseiller les salariés en souffrance. Or, ces consultations sont très différentes les unes des autres – de par leur statut tout d'abord, puisque certaines se font dans le cadre hospitalier au même titre que d'autres consultations de pathologie professionnelle, tandis que d'autres sont organisées dans un cadre associatif. Elles diffèrent également de par les professionnels qui les assurent, certaines étant uniquement assurées par des médecins, d'autres par des psychosociologues, des psychanalystes, des psychothérapeutes, ou encore par des équipes mixtes.

Les médecins du travail sollicitent la consultation de psychopathologie professionnelle de l'hôpital de

<sup>813</sup> J'emprunte cette expression à Annette, médecin du travail au SST1.

<sup>814</sup> Baszanger Isabelle, « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue Française de Sociologie*, XXII, pp. 223 à 245, 1981, p. 231.

<sup>815</sup> Site Internet souffranceettravail.com, consulté le 13 octobre 2011.

V. pour obtenir des avis visant à appuyer leur diagnostic et à renforcer un dossier d'inaptitude. C'est donc avant tout un service médico-légal rendu aux médecins du travail. Diane, médecin du travail au SST1, m'explique comment elle a récemment fait appel à cette consultation, pour être couverte en cas de contestation de son avis d'inaptitude :

*J'ai un exemple, là une dame qui... Souffrance au travail, mais alors, quelque chose de cogné de chez cogné ! Qui ne veut pas l'invalidité et qui veut reprendre le travail. Donc je lui ai dit : « non, c'est un compromis que je ne peux pas vous laisser faire, ce n'est pas possible ». Donc j'avais besoin que quelqu'un... Le fait de dire : « c'est de la pathologie professionnelle, consultation spécialisée, souffrance au travail, etc. », ça m'aide à conforter mon positionnement. Bon, je sais très bien que je vais mettre une inaptitude et pour cette dame c'est dramatique. Mais je n'ai pas d'autre construction pour elle... C'est la moins mauvaise solution. Et elle a été confortée par le positionnement de la consultation de la pathologie professionnelle. Et puis après, ben c'est aussi un accord médico-légal, parce que cette dame, elle peut toujours contester mon avis, je n'ai pas le droit de vie et de mort sur les gens. C'est une position que je ne veux pas prendre. Je leur explique pourquoi j'ai fait ça, mais qu'à un moment ils sont en droit et le Code du travail leur demandera de contester ce que j'ai pu dire. Et les conséquences peuvent être graves.*

Ici, Diane cherche à la fois à protéger la salariée et à se protéger d'un éventuel recours juridique que cette dernière pourrait effectuer face à une décision qu'elle conteste.

Ces consultations sont très limitées en nombres : deux médecins, Cécile et Patricia, y consacrent chacune deux consultations d'une heure par semaine ou quatre tous les quinze jours. Cécile dit mener ces consultations comme elle mène ses propres consultations de médecine du travail et, si elle confirme le rôle médico-légal des consultations – elle donne des avis aux médecins – elle se sent avant tout investie d'un rôle d'assistance aux salariés. En revanche, Patricia se positionne comme un médecin qui assiste d'autres médecins<sup>816</sup>. Elle s'attache avant tout au rôle médico-légal de ses consultations. Elle admet que sa consultation de « psychopathologie » du travail est spécifique car les enjeux de reconnaissance, qui sous-tendent les autres consultations de pathologie professionnelle, sont quasiment absents des siennes :

*La majeure partie des visites que je fais, ce sont des médecins du travail qui envisagent une inaptitude et qui veulent un avis complémentaire. Qui ne s'impose pas à eux, c'est pas une expertise mais on est un peu en dehors du contexte, on voit la personne, on évalue cliniquement son état dépressif et on voit toute l'histoire du salarié et on donne un avis : oui, il vaut mieux le maintenir, non il vaut mieux une inaptitude. C'est plus dans ce sens-là, il y a très peu de demandes de reconnaissance en maladie professionnelle... On sait que c'est difficilement reconnaissable et reconnue au niveau du CRRMP parce que déjà faut une IPP de plus de 25%, donc voilà...*

D'une manière générale, les consultations hospitalières semblent donc être moins dirigées vers une assistance au salarié que vers une assistance au médecin du travail qui l'envoie. Contrairement aux consultations liés à l'exposition de salariés à l'amiante ou d'autres cancérrogènes, les aspects médico-légaux de la discipline universitaire (la « pathologie professionnelle ») servent ici à consolider un dossier d'inaptitude plutôt qu'à constituer un dossier de demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle.

Ainsi, les psychologues IPRP n'arrivent pas en terrain vierge en ce qui concerne la prise en charge de la souffrance au travail, mais doivent au contraire s'implanter aux côtés d'acteurs externes qui prennent en charge diverses situations, souvent des situations d'urgence.

L'activité de débriefing est appréciée par les médecins du travail, qui reconnaissent la légitimité des intervenants « psy » sur ce territoire, et n'ont eux-mêmes, à part les rares médecins qui se spécialisent en débriefing, pas la prétention de s'y positionner. Ils jugent aussi précieux de pouvoir solliciter un psychiatre ou un médecin hospitalo-universitaire pour une expertise concernant une problématique d'aptitude. Ainsi, on constate que l'exercice de la

---

<sup>816</sup> Les circonstances de notre entretien et la manière dont il se déroule dénotent une posture avant tout médicale, cf. infra encadré : « Odile et Patricia », chapitre 9.

psychologie ne devient problématique dans les services que quand le stress et les risques « organisationnels » font leur apparition *via* les « RPS » – et quand des IPRP sont embauchés par les services dans l’objectif explicite de les prévenir<sup>817</sup>.

## 2. Les concurrences entre médecins du travail et psychologues

### 2.1. Conserver la prévention des risques psychosociaux « dans le cabinet médical » : un enjeu pour les médecins du travail

L’article de S. Salman mettait en avant une stratégie des médecins du travail pour se positionner sur le territoire de la « souffrance au travail » afin de revaloriser leur profession<sup>818</sup>. Ce territoire devient un enjeu d’autant plus fort qu’il est l’objet d’une concurrence, à la fois externe, avec des consultants de toutes sortes qui forment un « *business* » de la souffrance au travail<sup>819</sup>, et en interne, notamment avec l’arrivée des psychologues du travail.

Lors d’une réunion de médecins du SST4, ma présence occasionne des débats sur la prévention des RPS. Pour un médecin syndiqué, Léon, la souffrance « est au cœur de l’activité dans le cabinet médical, ce n’est pas à saucissonner. L’enjeu, dans le service, c’est que cette question-là soit prise en compte dans le cabinet médical »<sup>820</sup>. Il regrette que, souvent, les médecins du travail objectent leur manque de formation, et préfèrent se reposer sur un psychologue.

Léon parle de « stratégies offensives d’autres professions » et « défensives de la médecine du travail » : « Les RPS, c’est très clinique, les médecins du travail vont-ils être offensifs sur ce terrain ? ». À ma question rappelant l’accueil particulièrement froid réservé dans les cercles militants à l’article de S. Salman, et faisant remarquer la similitude du point de vue qu’il exprime, il réplique :

*Ce n’est pas une stratégie, c’est l’angle de la clinique. L’enjeu c’est que les*

---

<sup>817</sup> Lors d’une conversation informelle avec un médecin du travail à ce sujet, je me rends compte de la différence de perception de ces deux types d’intervenants. Ce médecin affirme que le fait de pouvoir faire appel à un psychiatre est important et nécessaire : « il ne faut pas se voiler la face, il y a des gens qui décompensent ! ». Lors de la même conversation, elle m’explique que dans son service, les psychologues font uniquement des interventions collectives, selon une règle très claire à laquelle elle souscrit entièrement : le suivi individuel ne ressort pas de la mission d’un service de santé au travail.

<sup>818</sup> Salman Scarlett, « Fortune d’une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *Sociologie du travail*, vol 50, n°1, pp. 31-47, 2008.

<sup>819</sup> Voir entre autres à ce sujet les articles suivants : Fayner Elsa, « Le business de la santé au travail », *Santé et travail* n°72, octobre 2010 et Béchaux Stéphane, « Le stress fait le bonheur des consultants », *Liaisons sociales magazine*, septembre 2008.

<sup>820</sup> Les propos rapportés ici en italique le sont à partir de notes prises sur mon journal de terrain, et non d’un enregistrement.

*médecins du travail acceptent que la question de la souffrance au travail, des RPS, est centrale dans leur métier et qu'il y a une possibilité de la traiter dans le cabinet médical. On a des arguments pour le dire. Mais on ne sait pas si la profession va faire ce choix-là.*

Au SST1, ce point de vue de Léon sur la nécessité de conserver la prise en charge de la « souffrance au travail » dans la juridiction médicale est principalement porté par Édith. Cette dernière conseille ses confrères sur les problématiques de risques psychosociaux, elle est donc bien placée pour savoir que, désemparés et en demande d'assistance sur cette thématique, ils sont favorables à l'embauche de psychologues. Elle juge leur attitude démissionnaire et estime que le suivi individuel des salariés en souffrance doit rester de la responsabilité du médecin. La capacité du médecin du travail à faire face à des situations de souffrance mentale au travail est un de ses chevaux de bataille, qu'elle exprime ainsi lors de notre entretien :

*Dans l'action individuelle, je me bats bec et ongle pour que le médecin garde sa place. Le problème, c'est que le médecin file la patate chaude. C'est la raison pour laquelle à l'interne j'avais souhaité être « référente RPS », pour mettre tous ces acteurs au sein d'un groupe de travail, moi, mieux comprendre ce qu'il se passait, où étaient les limites et les interactions entre les différents métiers et pouvoir mettre en place, pas des protocoles mais des réflexions, des chemins où chacun connaissant les autres pourrait dire « ça il faudrait demander aussi à...etc. » et pour proposer aux médecins du travail de réfléchir avec nous sur la demande.*

Édith se bat pour préserver le monopole du médecin (et de l'infirmière) sur le suivi individuel. C'est dans cet esprit qu'elle demande au directeur de son service de la nommer « référente RPS », afin de chapeauter les interventions menées au titre de la prévention des « RPS » dans le service et d'être en position de barrer la route aux ambitions des psychologues sur le versant individuel de la prévention, que ses confrères sont souvent enclins à déléguer :

*Les médecins ne se sont jamais trop interrogés sur les pratiques au cabinet médical. Ils font de l'évaluation des risques, ils disent « s'il y a du bruit, il faut mettre des bouchons d'oreilles, ah s'il y a du stress, ça c'est du domaine du psychologue ». Je caricature. **J'ai un gros problème par rapport aux psychologues du travail du coup. Parce que j'estime que cette approche individuelle, de prime abord, elle est du domaine du médecin du travail et de l'infirmière**<sup>821</sup>. Quand on a un cas compliqué, on peut toujours demander l'avis de psychologue du travail, ça éclairera le débat, mais du côté psychologique. Or, **les problèmes de RPS, il y a du psychologique et du physiologique, et le physiologique il est médical**. Donc je veux bien que le psychologue éclaire, mais il faut qu'il renvoie la balle et qu'il ne s'approprie pas le truc en disant, comme j'ai entendu certains psychologues le dire : « De toutes façons, les médecins du travail ne savent pas faire, et en plus on coûte moins cher que les médecins du travail ».*

Pour Édith, le territoire des RPS revient légitimement au médecin du travail et elle regrette que ses confrères, sous prétexte d'incompétence sur le domaine « psychologique », le laissent vacant, voire y encouragent l'implantation des psychologues. Elle exprime son

---

<sup>821</sup> Sur les passages en gras, c'est moi qui ajoute l'emphase et non Édith.

désaccord vis-à-vis de la délimitation de frontières médicales qui s'arrêteraient aux symptômes physiques et n'engloberaient pas les symptômes psychiques :

*Le médecin c'est un technicien des tuyaux. Il botte en touche et moi je suis désolée mais les neuro sciences, c'est quoi ? il faut peut-être s'informer, le psychologique ne suffit pas à tout expliquer. Quand on regarde les progrès que les neurosciences ont fait ces dernières années ! Et c'est une spécialité totalement médicale, c'est des médecins qui tiennent le truc, avec d'autres personnes, mais c'est une spécialité médicale ! Docteurs, professeurs de neurosciences pour l'instant j'ai vu beaucoup, beaucoup de médecins.*

À travers son exemple des « neurosciences », investies par des confrères médecins et à la pointe de la recherche, Édith affirme la légitimité de son groupe professionnel sur un territoire défini comme « psy », et déplore l'ignorance de ses confrères qui s'en remettent aux psychologues.

Comme elle, Cécile, médecin du travail au SST1, regrette que l'arrivée des psychologues laisse à penser que les médecins ne sont pas compétents sur les « risques psychosociaux ». Pour elle, les aspects physiques et psychiques du rapport au travail sont liés et l'approche globale du médecin est précieuse :

*Je ne comprends pas comment on peut dire qu'il faut que ce soit un psychologue du travail absolument qui s'occupe des RPS ! L'état global de santé, l'examen clinique, au final ça reste bien un problème médical. Quand on a un problème de dos, il faut arrêter de me dire qu'il n'y a pas de répercussions psychiques, l'évaluation globale, c'est bien médical !*

Les propos de Cécile corroborent le point de vue de Luc, qui affirme que « *le problème de la psychologie c'est qu'à un moment donné on peut penser qu'il y a un volet médical* ».

L'intrication des disciplines complique la délimitation des frontières juridictionnelles entre les médecins et les psychologues<sup>822</sup>. De même, pour Raphaëlle, également médecin du travail au SST1, la légitimité du médecin du travail sur le territoire des « RPS » ne se situe pas uniquement dans son statut de médecin, mais aussi dans son expertise sur les lieux de travail, dans la connaissance approfondie qu'il acquiert des entreprises qui composent son portefeuille :

*Sur les RPS, je suis embêtée parce que depuis pas longtemps, on a des psychologues du travail. Et ben jusque-là, j'arrive pas encore à travailler avec eux. Alors je me questionne beaucoup, je me dis comment ça se fait que t'arrives pas à concrétiser une demande – parce que des RPS j'en ai par-dessus la tête, j'ai beaucoup,*

---

<sup>822</sup> On pense ici à la distinction que fait A. Abbott entre un « système » des professions, toujours mouvant et façonné par des rapports de forces mais dans lequel l'idée de frontières entre des « territoires » ou « juridictions » distincts joue un rôle structurant et un « chaos » des disciplines, dont l'interpénétration, l'emprunt d'objets et de méthodes, est constitutif. Les groupes professionnels émanant de différentes disciplines, il existe une tension entre la nécessité de créer des frontières pour pouvoir collaborer et la tendance, à force de collaborations, à s'entre-féconder et à ainsi brouiller les frontières. Abbott Andrew, *The System of Professions: an essay on the division of expert labour*, Chicago, University of Chicago Press, 1988 ; Abbott Andrew, *Chaos of disciplines*, Chicago, University of Chicago Press, 2001.

*beaucoup de gens en détresse. Et je me dis c'est malheureux que dans tout ça je n'arrive pas à dégager une réelle demande vis-à-vis des psychologues. Donc j'ai fini par me dire qu'en termes de suivi individuel, pour l'instant, je ne voyais pas ce qu'ils m'apporteraient. Parce qu'il n'est pas question qu'ils soient psychologues soignants. Si c'est pour un diagnostic, alors là pour le coup je vais être très prétentieuse, je pense que je l'ai déjà fait. J'estime que je connais bien mieux les entreprises qu'eux et que dans le cadre des souffrances au travail, le diagnostic il n'est pas seulement médico-médical, il est aussi en lien avec l'univers professionnel et que donc pour tout ça, cette part là, moi le diagnostic il est fait. Donc à titre individuel je ne vois pas ce qu'ils apportent.*

Ainsi, l'intervention d'un acteur présent sur le long terme est plus pertinente que l'intervention ponctuelle d'un acteur qui connaît mal l'entreprise. Ici, les propos de Raphaëlle peuvent être perçus comme le pendant de discours critiques d'IPRP qui évoquent la difficulté de certains médecins à accepter que d'autres acteurs interviennent dans « leur » entreprise. On voit que le possessif, lié par les IPRP à une seule volonté d'exclusivité, se justifie dans le discours des médecins du travail par le rapport aux entreprises qu'ils suivent qu'ils ont construit au fil des années et des visites médicales – non seulement les médecins connaissent déjà les salariés, mais, par leurs visites médicales et les éventuelles actions en milieu de travail qu'ils ont entreprises, ils ont acquis une connaissance des conditions de travail, de l'organisation, et se sont familiarisés avec le secteur en question et ses risques spécifiques (la grande distribution, la coiffure, etc.).

### ***Encadré 8.2 Les recommandations du CNOM : déontologie et place du médecin du travail***

Des « Recommandations sur les dispositifs de prise en charge des risques psychosociaux »<sup>823</sup> sont publiées fin 2008 par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Dans un objectif affiché de protection des salariés à l'égard de dispositifs de prévention ou de prise en charge des « RPS » tels que les cellules d'écoute ou de médiation, qui fonctionnent parfois au mépris de règles déontologiques jugées fondamentales, le CNOM réaffirme les principes du consentement du patient (recommandation n° 6) et du secret médical (recommandation n°7).

Ainsi, ces recommandations viennent proposer des garde-fous aux pratiques se développant sur le marché florissant de la prise en charge ou de la prévention des « RPS ». Dans cette entreprise, le CNOM présente le médecin comme un acteur légitime et qui serait garant de ces principes éthiques. Ainsi, il réaffirme la légitimité du médecin du travail sur le versant individuel du suivi des salariés en détresse psychologique :

« L'écoute d'un salarié en détresse est un acte médical qui entre totalement dans le champ de compétence du médecin du travail (article L4624-1 -anciennement L241-10-1- du code du travail). Il en résulte que le médecin du travail doit être le point d'entrée et le pivot de tout dispositif de prise en charge des risques psychosociaux (cf. « L'avenir de la médecine du travail » Conseil économique et social. 2008). (...) Le médecin du travail, dans le cadre de la santé au travail, peut assurer lui-même l'accompagnement du salarié en détresse ».

Conformément à la tradition professionnelle des médecins, le CNOM définit ici dans le même temps des principes éthiques et un monopole de la profession médicale, dans une visée de garantie de ses principes éthiques. Ainsi, la délimitation du territoire médical se présente comme intriquée à la poursuite de l'intérêt général.

<sup>823</sup> CNOM, recommandations du 24/10/2008, source : site web du Conseil national de l'ordre des médecins.

## **2.2. La réaction des psychologues face aux gardiens du territoire médical**

Les recommandations du CNOM sont à comprendre dans le contexte de la concurrence entre les médecins du travail et les psychologues sollicités par les services de santé au travail, ou directement par les entreprises. Ces derniers ne s’y trompent pas, même s’il est difficile pour eux de lutter contre les manifestations de pouvoir médical qui font de la posture du médecin la seule posture « éthique » de suivi des salariés en souffrance mentale.

Luc, psychologue au SST1, s’agace de l’utilisation que fait Édith de ces recommandations, pour s’accaparer un territoire sur lequel il s’estime plus légitime :

*Une des premières réunions à laquelle j’ai assistée ici, les médecins présentent les risques psychosociaux et Édith R. dit voilà, la fameuse directive du conseil national de l’ordre des médecins dit que l’aide ou l’écoute d’un salarié en souffrance psychique est un acte médical. Alors moi, ça me fait bondir, genre moi je ne suis pas dans le médical, sauf que c’est mon métier un petit peu, excusez-moi, et en l’occurrence, j’ai une formation de spécialiste là-dedans. Alors j’entends bien que le médecin du travail, il en voit tous les jours, mais quelle formation il a pour écouter ça? Qu’est-ce qu’il a comme supervision derrière ?*

Pour Luc, bien que les médecins soient confrontés à la souffrance mentale des salariés au quotidien, ils ne sont pas spécialistes alors qu’en tant que psychologue du travail, l’écoute des salariés correspond tout à fait à ses compétences. De même, l’invocation de la déontologie médicale pour exclure les psychologues du territoire du suivi individuel des salariés en souffrance les amène à invoquer leur propre déontologie.

Les psychologues du SST2 estiment que cette déontologie est ignorée par les médecins et la revendiquent pour appuyer leur légitimité :

*Amélie : on ne choisit pas ce métier là si on n’a pas ces valeurs.  
Carine : en fait, il n’y a pas d’école qui nous apprend à être en SST, sauf qu’à la base on est tous psychologues, on a la même déontologie. À la fin de la 4e année, on postule pour la 5e année, et au moment de l’entretien, si les gens qui nous reçoivent se rendent compte qu’on pêche au niveau de la déontologie, on ne rentre pas en dernière année. Tout le monde n’est pas psychologue, même si effectivement il y a des gens incompetents qui passent à travers les mailles du filet, mais ça c’est partout.*

Attaqués sur leur posture, les psychologues jugent utile de rappeler qu’il existe des barrières à l’entrée de leur métier : « tout le monde n’est pas psychologue ». Confrontés qu’ils sont au quotidien à un groupe professionnel qui se caractérise par son exclusivité, ils revendiquent à leur tour une certaine exclusivité de leurs pratiques : elles sont réservées aux psychologues, soit aux étudiants qui ont rempli les conditions d’accès au groupe professionnel.

De plus, la légitimité de l’action des psychologues est renforcée, à leur propres yeux, par le fait que, malgré l’investissement d’Édith (et d’autres médecins isolés, dans d’autres services), les médecins du travail font largement appel aux psychologues pour des

interventions individuelles, soient des entretiens en face à face avec des salariés en souffrance. Luc parle d'un décalage entre les conceptions d'Édith et celles de ses confrères « dans les antennes », qu'il présente comme plus proches du terrain :

*On interroge n'importe quel médecin, il dit « mais j'en peux plus d'entendre les gens pleurer, souffrir machin, c'est pas mon taf! » Bien sûr que c'est pas leur taf! C'est le mien. Voilà. Chacun son métier, on travaille ensemble bordel, je suis pas là pour leur piquer le boulot. (...) Quand on va dans les antennes et qu'on discute avec les médecins en général on est bien accueillis, c'est ça le décalage. Quand le médecin du travail référent nous dit « oui, le médecin doit prendre le temps d'écouter le salarié ». Et si il prend pas le temps, elle dit pratiquement, c'est que c'est un mauvais médecin, qu'il change de métier; quand on va voir les médecins, ils disent « mais on n'a pas le temps, c'est pas possible! Les consultes elles explosent! » Donc ce décalage. Et quand je dis en réunion “vous savez je pense que les médecins n'ont pas le temps”, et dans les rapports annuels ils disent les médecins “au secours, au secours”, et elle dit mais non, ils n'ont qu'à le prendre le temps. Tu vois, et là tu dis mais je suis là bordel! Bossez avec moi bon sang! Avec moi ou avec les autres...*

Pour Luc, Édith culpabilise les médecins du travail qui souhaiteraient faire appel aux psychologues en les jugeant « mauvais médecins » et refuse le principe de complémentarité qu'implique le travail en « pluridisciplinarité ». Les médecins avec lesquels il collabore émettent un point de vue très différent : à leurs yeux, il apparaît comme une figure salubre, venue les assister en effectuant des tâches qu'ils n'ont pas le temps d'accomplir.

### **2.3. L'exclusion du soin : un sort commun aux médecins et aux psychologues du travail ?**

Les médecins du travail ont été exclus du travail de soin par leurs confrères médecins, redoutant une concurrence illégitime de la part de salariés au public captif<sup>824</sup>. Ils développent alors souvent un discours positif sur l'absence de soin, qui se fonde notamment sur un idéal de prévention. Les discours stigmatisant les pratiques « pansements » ou « pompiers » témoignent d'un « retournement de stigmaté »<sup>825</sup> : les médecins du travail valorisent le principe de l'intervention *a priori* et non *a posteriori*, dans l'urgence.

Ils parviennent ainsi à trouver une rhétorique valorisante pour désigner leurs pratiques et leur utilité. Guillaume, par exemple, fait la différence entre « soigner » et « prendre soin » :

*« Le problème de la médecine du travail, c'est qu'on peut ressentir ce qu'il y a lieu de faire, mais ce n'est pas à nous à le faire. Il y a une médecine de soin. On n'est*

---

<sup>824</sup> Rappelons que les salariés suivis n'ont pas le choix de leur médecin du travail mais qu'il leur est assigné. C'est la principale raison pour laquelle ils n'ont pas l'autorisation de soigner, le libre choix du patient étant un principe central en médecine thérapeutique.

<sup>825</sup> L'absence de soin, source de stigmatisation des médecins du travail par rapport aux médecins « soignants », est rendue valorisante par l'idée de prévention et d'action en amont des pathologies. Dans cette logique, c'est les soignants et leur mode d'intervention en urgence qui sont stigmatisés : contrairement aux médecins de prévention, ils arrivent trop tard, quand le mal est fait. Goffman Erving, *Stigmaté : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 1975 (1<sup>ère</sup> édition 1963).

*pas là pour soigner, ce qui ne veut pas dire qu'on ne prenne pas soin des gens ».*  
*Guillaume F., médecin du travail au SST1.*

Ainsi, si le soin constitue une frontière infranchissable à leur action, elle n'est pas pour autant invalidante. Ils étendent alors les exigences qui pèsent sur leur groupe professionnel, depuis son institutionnalisation, à l'activité des psychologues du travail. Sous l'impulsion d'Édith, le terme de « consultation » est dans un premier temps interdit aux psychologues du SST1 : ils doivent utiliser celui d'« entretien ». Édith assimile l'usage du terme de « consultation » par les psychologues à un « exercice illégal de la médecine ». Dans un deuxième temps, elle plaide auprès de sa direction pour que les psychologues, au titre de leur activité de suivi individuel des salariés, soient rattachés non pas à un pôle « technique » ou « organisationnel », comme les autres IPRP, mais au pôle « médical ». À la suite de ce rattachement, les psychologues peuvent mener des « consultations », car ils exercent sous la supervision du médecin<sup>826</sup>.

Selon Édith, un suivi individuel qui échappe au médecin dépasse les missions du service de santé au travail alors qu'un suivi individuel qu'il contrôle, sur lequel il a prise, rentre dans ses attributions. C'est par exemple le cas des entretiens infirmiers, qu'Édith encourage et promeut. Luc critique le fait que les infirmières puissent, sans que les médecins ne le leur reprochent, « faire du soin » tandis qu'on le lui interdit :

*Les infirmières, dans le cadre du suivi d'une personne alcoolique ou je sais pas quoi, elles voient la personne tous les mois pendant un an, deux ans... et là je suis là « Mais oh! Est-ce que j'ai bien entendu ce que j'ai entendu! » Mais j'hallucine! Alors l'infirmière, je veux pas dire qu'elle est incompétente ou quoi, mais bon sang l'infirmière elle aurait la possibilité de suivre les gens. Elle fait quoi? Peut-être qu'elle traite de l'homme psychique, c'est pas pareil que l'homme psychologique! Et pendant ces entretiens-là, « oui mais elle fait pas du soin ». Elle fait quoi? Elle discute de recettes de cuisine? N'importe quoi! On nous balance des énormités comme ça. « Oui, mais elles, c'est sur le champ médical, c'est sous la responsabilité du médecin »!*

Ainsi, les psychologues subissent des règles dont les infirmières, de par leur statut paramédical, sont exemptées, ce qui provoque l'amertume de Luc.

D'autres éléments alimentent une concurrence entre psychologues et infirmières : certains médecins du travail que j'ai rencontrés, comme Dominique au SST1, affirment qu'ils mobilisent indifféremment infirmière ou psychologue quand ils sont confrontés à un cas de souffrance au travail, déniaient ainsi l'expertise spécifique au psychologue. Dominique m'a expliqué que dans les deux cas, les salariés pourraient bénéficier d'une écoute qu'elle ne

---

<sup>826</sup> Les psychologues du SST1, suite à leur rattachement au pôle « médical », ont tout à fait quitté le cadre de la « pluridisciplinarité » et ne s'inscrivent aujourd'hui plus dans la prévention des « risques psychosociaux ». Ces évolutions sont postérieures à mon départ du terrain et ne m'ont été relayées que par des discussions informelles, c'est pourquoi nous ne développerons pas davantage.

pouvait leur donner. Édith, quant à elle, positionne uniquement les infirmières sur le terrain du suivi individuel. La délégation à une infirmière, par rapport à une mobilisation du psychologue, offre l'avantage de permettre au médecin de garder le contrôle, à la fois au niveau disciplinaire (on reste dans le domaine médical/paramédical) et hiérarchique (le médecin dispose d'un lien hiérarchique avec l'infirmière qu'il n'a pas avec le psychologue). Les conflits de frontières entre psychologues et infirmières ne sont pourtant pas des conflits ouverts et ils s'expriment davantage comme des conflits entre médecins et psychologues : ce sont les intentions des médecins qui heurtent les psychologues.

De ces contraintes imposées à l'exercice de la psychologie dans les services de santé au travail résulte le fait que les entretiens des psychologues embauchés dans le cadre de la pluridisciplinarité (en tant qu'IPRP), au contraire de l'activité de débriefing menée par des thérapeutes avant que l'on ne parle de « prévention des RPS », n'ont pas d'objectif thérapeutique explicite. Les médecins leur construisent un cadre, limité dans la durée : dans les services visités, les psychologues peuvent mener trois entretiens maximum avec un même salarié, car un suivi plus approfondi ressortirait du circuit de soin de ville. Les psychologues, quand ils font des entretiens individuels, les mènent dans un cadre fortement contraint par les injonctions des médecins. Pourtant, ils peuvent y prendre plaisir.

En effet, dans le choix de devenir psychologue, l'assistance à des personnes en détresse est une motivation essentielle, qui est revenue de façon récurrente dans les entretiens. Ainsi, l'assistance des médecins du travail ne suffit pas à rendre leur pratique gratifiante : c'est dans les aspects de « soin », si tabous qu'ils soient, que résident leur plaisir d'effectuer leur travail au quotidien. Luc admet qu'il vise, par son action, une amélioration de la santé des salariés :

*C'est du soin, il faut arrêter de dire des conneries. Moi je fais du soin psychologique, on peut tortiller sur les mots, mais il se trouve qu'en général, les gens qui sortent du bureau, ils vont un peu moins mal, et quand ils reviennent, parfois, ils vont même mieux, parfois ils retournent au travail.*

Dans un même mouvement, Luc revendique le terme de « soin » et discrédite ses détracteurs : aider les salariés à retrouver le chemin du travail constitue pour lui une fierté.

Marianne reconnaît également un effet bénéfique de ses pratiques sur les salariés rencontrés et s'en réjouit, bien que la portée thérapeutique de son action soit fortement limitée par les contraintes temporelles dans lesquelles elle s'inscrit :

- Vous ne faites pas de soin ?  
*(Elle soupire) On est sur le fil ; on est dans un cadre qui n'est pas un cadre de thérapie, mais l'effet peut être d'ordre thérapeutique. J'entends des salariés rebondir après coup, au bout d'un, deux, trois entretiens... et dire « Je n'imaginais pas que ça*

*pouvait m'aider comme ça ». Mais rien que le cadre qui permet de l'accueillir, de s'intéresser à lui, c'est déjà thérapeutique.*

*Ce n'est que la première étape de ce qu'on faisait avant : après, nous, on partait sur un cycle d'accompagnement qui pouvait aller jusqu'à un an, deux ans, voire plus. Ici, on nous a demandé de rester dans le diagnostic. C'est à la fois hyper frustrant, c'est certain, mais partout on a des retours spontanés de la part des salariés et, malgré tout, c'est un challenge en un temps limité. On a une dizaine d'heures pour un salarié, donc je n'ai pas tout le temps que je veux, mais l'enjeu c'est de rapidement, clairement, simplement, arriver au nœud du problème.*

L'accompagnement, le suivi sur la durée, relèvent donc de pratiques valorisantes pour Marianne, et dont les psychologues exerçant en service interentreprises sont largement privés. Ils se contentent alors du « challenge » que représente des accueils ponctuels de salariés en souffrance, et peuvent également, quand ils en ressentent le besoin, s'arranger avec les règles pour pouvoir faire un travail qu'ils estiment satisfaisant.

Ainsi, il n'est pas rare qu'ils reçoivent les salariés plus de trois fois. Clémence, rencontrée au SST2, se ménage une marge de manœuvre par rapport à ce qui est attendu d'elle par sa direction, le résultat étant le même en termes de temps consacré aux entretiens. Elle s'estime seule juge de la nécessité ou non, de revoir un salarié :

*On ne rentre pas dans les problématiques personnelles ni dans les personnalités atypiques, mais on essaie d'orienter les gens et de les soutenir pour qu'ils arrivent à prendre le bon chemin. De toute façon, trois entretiens... **Il y a des gens qu'on reçoit une fois et des gens qu'on reçoit dix fois, ça fait trois entretiens en moyenne, c'est juste qu'ils ne veulent pas l'entendre !***

Les psychologues peuvent donc transgresser la règle des trois entretiens dans une visée d'assistance aux salariés qu'ils reçoivent, qui sont souvent en grande détresse : ils s'adaptent aux bénéficiaires et à leurs situations. Pour Pierre, cette assistance s'impose comme une approche de bon sens, notamment par rapport à d'autres approches, comme l'épidémiologie :

*On a des situations d'urgence, déjà très dégradées, alors dire « attendez, on va faire un questionnaire et après on va vous dire. Ah oui effectivement, les gens ne vont pas bien! ». C'est inutile de constater quand les dégâts sont déjà faits, il faut aider les gens.*

La rhétorique de l'assistance aux salariés s'inscrit dans une éthique professionnelle distincte du soin, que les psychologues situent au cœur de leur pratique professionnelle et qui invalide à leurs yeux les arguments des médecins à l'encontre des entretiens individuels. Les psychologues du SST2 me disent aussi apprécier les aspects relationnels de leur pratique, qu'elles n'osent pas appeler thérapeutiques. Ainsi, prise par des activités administratives chronophages, Carole attend l'arrivée d'une salariée « en souffrance » comme une respiration dans sa journée de travail, qui « lui fait du bien ». Les discours des psychologues diffusent une conception euphémisée du soin, centré sur le pragmatisme : il s'agit, tout simplement, d'aider les salariés à « aller mieux ».

## 2.4. L'utilisation d'un vocabulaire médical comme frontière symbolique

Les conflits de frontières entre les médecins et les psychologues conduisent à une attention aux termes utilisés, qui deviennent des marqueurs du territoire de chacun. On a vu que les psychologues n'effectuaient pas des « consultations », le terme ayant une connotation médicale, mais des « entretiens ».

Dans leurs comptes rendus aux médecins, les psychologues m'expliquent qu'ils doivent aussi être prudents et utiliser une terminologie qui ne sera pas perçue comme médicale. Ainsi, le fait de devoir « rester à leur place » leur demande parfois un véritable effort :

*Au début avec mon ancienne collègue quand on expliquait le stress et ses mécanismes, quand on rentrait dans la partie physiologique, on avait **interdiction** d'en parler parce que c'était le côté **médical** (elle insiste). On nous a hurlé dessus comme quoi la part des mécanismes physiologiques du stress on avait absolument interdiction d'en parler.*

Les aspects physiologiques du stress sont alors sujets à discussion : les psychologues en connaissent, de fait, les symptômes les plus courants, et sont capables de les identifier. Cependant, les médecins ne reconnaissent pas ce savoir comme commun et souhaitent en garder le monopole : tout ce qui est physiologique relève de leurs compétences. Quand ils se sentent, selon leurs propres termes, « attendus au tournant », il arrive donc que les psychologues s'autocensurent pour ne pas risquer de froisser un médecin et évitent tout vocabulaire médical. À l'inverse, quand le médecin avec lequel ils collaborent est reconnu comme « quelqu'un avec qui on peut bien travailler », ils se sentent libres et peuvent inclure des termes médicaux sans se poser de limites autres que celles du territoire sur lequel ils se sentent à l'aise : « On s'adapte vachement au médecin avec lequel on travaille », me confient Carole, Clémence et Marie au SST2.

Si les aspects physiologiques doivent être distingués des aspects « purement psychologiques » pour départager le domaine de chacun, le domaine du « psychologique » reviendrait alors théoriquement exclusivement aux psychologues. Ces derniers, cependant, se plaignent des incursions trop fréquentes des médecins sur ce territoire :

*Il y a toujours deux poids deux mesures, eux ont le droit de tout et nous il faut à chaque fois qu'on montre patte blanche... Eux, ils font de la psycho à tire larigot et il faut qu'on ne dise rien, alors que derrière, il faut qu'on ramasse, mais nous il faut surtout pas qu'on fasse de médical.*

Non seulement les médecins se permettent de « faire de la psycho », mais ils font des dégâts dans ce domaine (« derrière, il faut qu'on ramasse »).

Les psychologues semblent donc largement subir des frontières qui leur sont imposées par un groupe qui les domine. Certains médecins gardent les frontières entre médecine du travail et psychologie de manière plus scrupuleuse que d'autres. Ces médecins sont cependant influents et, à l'image d'Édith et Léon, prêts à « se battre » pour que leurs règles soient respectées. Remarquons enfin que la distinction d'une terminologie propre à chaque discipline semble contraire à la thématique sur laquelle ils s'inscrivent, les « RPS » étant définis comme des « risques » largement complexes et transversaux. Dans le domaine de leur prévention, la « pluridisciplinarité » ne permet pas d'adopter un langage commun mais aboutit au contraire à la revendication par les médecins d'un monopole sur le vocabulaire médical (concernant les symptômes physiologiques du stress) et sur le vocabulaire propre au milieu médical (eux seuls peuvent mener des « consultations »).

### **3. Une concurrence entre psychologues et ergonomes**

Les services de santé au travail apparaissent donc aux psychologues comme des terrains relativement hostiles du fait des divisions des médecins à leur sujet. Ils doivent également se justifier de l'utilité de leur discipline par rapport à l'ergonomie, déjà ancrée dans les services. L'ergonomie, bien qu'arrivée ultérieurement à l'Université, supplante la psychologie sur le terrain parce qu'elle apparaît plus directement adaptée à l'action, tandis que la psychologie souffre de son image qui la lie à la prise en charge d'individus en détresse.

Pour les psychologues, la présence des ergonomes à leurs côtés dans les services est à double tranchant. D'une part, ce sont de jeunes professionnels comme eux, confrontés selon le même mode opératoire aux demandes des médecins. Comme on l'a vu, ils développent un sentiment d'appartenance au même groupe d' « IPRP » et se soutiennent mutuellement.

D'autre part, les ergonomes jouissent d'une légitimité auprès des médecins qui peut faire de l'ombre aux psychologues. Ces derniers souffrent en particulier de la proximité entre ergonomie et psychologie et de la présence de professionnels au « double-cursus ».

#### ***Encadré 8.3 Les situations d'entretien comme révélateur de différences entre ergonomes et psychologues en SST***

J'ai rencontré des ergonomes pour des entretiens formels, et pour des discussions informelles. De manière générale, par rapport aux psychologues rencontrés, les ergonomes se montrent à la fois plus satisfaits de leur exercice, et moins à l'aise dans l'entretien.

L'expression de leurs opinions était dans plusieurs cas moins franche et plus retenue que celle des psychologues<sup>827</sup>. Deux des ergonomes rencontrés se montrent particulièrement inquiets de la manière dont leur discours pourra influencer l'image que je me fais du service de santé au travail qui les emploie.

L'une d'entre eux construit son discours en fonction de cette contrainte qui reste tue, mais omniprésente pendant toute la durée de l'entretien, tandis que l'autre laisse apparaître un conflit entre sa loyauté pour son service et sa tentation de se distancier, au moins partiellement, du discours officiel. Quand je pose des questions qu'il juge trop précises, ses réponses restent vagues et alambiquées. L'entretien se déroule dans une atmosphère détendue, mais j'ai l'impression d'exercer une curiosité malsaine, de mettre inutilement de l'huile sur le feu. Je me rends compte par la suite que, de ce fait, je ne me suis pas autorisée à poser certaines questions.

En revanche, les entretiens avec les psychologues sont plus agréables pour moi, même si des sentiments de frustration et de colère s'y expriment, car les personnes interviewées semblent se livrer sans arrière-pensée et ne se soucient vraisemblablement guère de ternir l'image de leur service. Pour eux, dont l'activité consiste principalement à encourager la libre expression de salariés sur les difficultés qu'ils rencontrent dans leur travail, l'entretien sociologique est une occasion de retourner leurs pratiques habituelles et de s'épancher à leur tour. À l'inverse, l'exercice de la diplomatie fait partie intégrante du quotidien professionnel des ergonomes tel qu'ils me le décrivent.

J'ai donc pu faire l'expérience de dispositions différentes des psychologues et des ergonomes vis-à-vis des entretiens, qui découlaient de différents types de « mise en scène de soi »<sup>828</sup> face à l'enquêteur.

### 3.1. Les psycho-ergonomes

Dans certains services, les ergonomes ont suivi un cursus à l'issue duquel ils se présentent comme « psycho-ergonomes ». Ils peuvent aussi choisir de s'auto-désigner comme « ergonomes ». Les ergonomes qui n'ont pas de cursus en psychologie s'éloignent alors d'eux-mêmes du traitement des « risques psychosociaux », soit pour laisser la place à ces intervenants plus légitimes qu'eux, soit pour travailler en binôme avec des psychologues. François, ergonome au SST1, est un des rares ergonomes en SST à ne pas avoir de cursus de psychologie. Pour lui, les autres ergonomes sont à la fois « psychologues du travail et ergonomes » et sont donc particulièrement légitimes sur la thématique des « RPS ». Selon lui, ils peuvent intervenir seuls, tandis que lui préfère intervenir avec un psychologue.

*Ayant ce cursus-là, bien évidemment sur les RPS ils n'ont pas le même discours que moi. Parce que quand ils sortent, ils sont certes ergonomes, mais la plupart du temps ils sont à la fois psychologues du travail et ergonomes.*

*Donc après c'est un choix stratégique qui est fait, et pendant très longtemps le choix stratégique c'était d'être ergonome. Parce que c'était beaucoup plus employable que psychologue. Donc, eux... Je pense que sur certains dossiers pour le moment ils fonctionnent peut-être plus seuls que moi. Je recherche cette complémentarité-là*

<sup>827</sup> Les ergonomes ne sont cependant pas les seuls dans ce cas : chez un IPRP qui n'est ni psychologue, ni ergonome, j'ai constaté une réserve que j'ai attribué à sa crainte que ses propos ne reviennent aux oreilles des médecins. Tandis que ses collègues me préviennent qu'il aura « beaucoup à (me) dire » sur ses rapports problématiques avec un médecin en particulier, en entretien, il s'exprime au contraire le moins possible sur ce sujet, malgré mes relances. Ainsi, ce sont plus précisément les psychologues qui apparaissent, parmi les IPRP, comme ceux qui expriment le plus de doléances et de frustrations par rapport à leurs conditions de travail et leurs rapports avec les médecins.

<sup>828</sup> Goffman Erving, *The Presentation of Self in Everyday Life*, Anchor Books, Doubleday, New York, 1959.

*parce que je ne m'estime pas armé, n'ayant pas fait un cursus de psycho pour gérer ça. Bon voilà après, pour moi il est évident, à partir du moment où on est clairement sur une problématique afférente aux RPS, je n'y vais pas seul quoi. Parce que je ne saurai pas aborder ou appréhender toutes les facettes de la problématique. Mais donc voilà, mes collègues se disent : « on va peut-être se remettre un peu plus, s'orienter un peu plus vers notre fonction de psychologue du travail » qu'à un moment donné ils avaient mis un peu de côté quoi.*

François, parmi les ergonomes, se distingue par le lien amical qui l'unit à Pierre, un psychologue qu'il a contribué à introduire dans le service. Ainsi, son discours, qui témoigne d'un besoin de collaboration de sa part, et d'une reconnaissance de l'expertise des psychologues par rapport à la sienne, exprime une certaine empathie vis-à-vis de la posture inconfortable de ses collègues psychologues, à laquelle d'autres ergonomes ou « psycho-ergonomes » se montrent plus hermétiques<sup>829</sup>.

Les psychologues du travail sont alors confrontés à la difficulté de se faire une place face à la concurrence de ces acteurs qui semblent « complets » aux dirigeants de services. Selon Luc, il s'agirait en partie d'une esbroufe qui laisserait penser qu'il est possible d'intervenir à la fois dans une approche ergonomique et psychologique. S'il ne semble pas y croire, il pense cependant que, « sur le papier », ces profils sont alléchants pour les employeurs et qu'en comparaison, le sien apparaît bien pauvre :

*Ce qui plombe, c'est les psycho-ergonomes. Donc on a l'impression que « On va envoyer l'ergo, parce qu'il est plus complet ». Et dans beaucoup de services ils ont embauché un ergonome ou un psycho-ergonome pour faire les deux. Et tu as beaucoup d'ergonomes qui disent « Oui, je commence en faisant de l'ergonomie et derrière je fais de la psychologie du travail ». Alors moi, je galère déjà en ne faisant que de la psychologie du travail, parce que je m'interroge sur ma pratique, je suis en questionnement tout le temps pour progresser. Le mec, il fait non seulement de la psychologie du travail mais aussi de l'ergonomie. Bravo, chapeau.*

Luc critique les ambitions polyvalentes de ses collègues car elles lui font concurrence et discréditent son métier de psychologue aux yeux des médecins du travail. En effet, les réactions des médecins à l'arrivée des psychologues, notamment leurs demandes (ou leur absence de demandes), révèlent le peu de foi qu'ils ont dans l'intervention psychologique et le fait, au contraire, qu'ils considèrent l'intervention ergonomique comme un repère auquel ils peuvent se raccrocher. Raphaëlle, médecin du travail au SST1, ne mobilise pas les psychologues nouvellement embauchés. Elle ne pense pas qu'ils ont un rôle à jouer au niveau individuel et dit s'interroger sur les possibilités de les mobiliser pour des interventions collectives, en collaboration avec des ergonomes :

---

<sup>829</sup> La présence de « clans » au sein du groupe des IPRP du SST1 m'est apparue très tard sur le terrain et il aurait été vain de relire l'ensemble de mes données à cette aune. Cependant, dans ce cas précis, des liens extra-professionnels semblent pouvoir expliquer une ouverture plus grande de François à des collaborations avec les psychologues, c'est pourquoi je mobilise ici cette information.

*Après j'ai réfléchi à titre collectif et là je pense qu'il y a probablement quelque chose à mettre en place c'est à dire à systématiser peut-être un type d'entretien et puis à le faire en association avec un ergonomiste qui lui analyse les conditions de travail, pour des problématiques d'organisation dans une entreprise, là certainement il y a des choses à faire.*

Ainsi, Raphaëlle corrobore les craintes de Luc car elle n'arrive pas à envisager une intervention des psychologues du travail en entreprise sans qu'elle ne soit complétée par l'intervention d'un ergonomiste.

Au SST2, les psychologues Carine et Clémence affirment que les médecins cherchent à s'immiscer dans leurs pratiques pour les pousser vers des pratiques d'analyse de l'activité qu'elles qualifient d'ergonomiques :

*Carine : ils ont dit que c'était pas comme ça qu'on faisait des comptes rendus ! On n'a pas à tenir compte de l'individu, de ses émotions. Pour certains d'entre eux, il faut qu'on fasse des CR en rapport avec l'activité, de la description de l'activité. C'est-à-dire que c'est l'organisation du travail qui est défaillante, si on change un truc dans l'organisation du travail, c'est bon ! Guéri, le mec il repart comme ça tranquille ! Alors que c'est pas possible, on est obligé de constater l'état de la personne avec ses émotions et tout ce qui va avec.*

*Clémence : Quand on a en face de soi quelqu'un qui est en train de pleurer, on va pas lui dire « ah mais je pense que c'est parce que votre siège de bureau est placé en face de tel siège de bureau, on va le changer ». Je caricature mais...*

*Carine : C'est de l'analyse de l'activité, c'est de l'ergonomie ! C'est très bien, sauf que moi je suis psychologue pure, je ne fais pas d'ergonomie, je ne sais pas en faire et je ne veux pas savoir en faire.*

Clémence moque l'approche ergonomique comme une approche froide et fermée aux émotions des salariés. Elle mentionne les pleurs de ces derniers comme un repère de sa propre intervention qui ne trouverait pas de réponse appropriée chez les intervenants ergonomes. Enfin, même si elle ne le mentionne pas, c'est par opposition à des « psycho-ergonomes » que Carine se positionne comme « psychologue pure », et qu'elle revendique la spécificité de son approche.

Les directions de services entretiennent le flou entre les compétences en ergonomie et les compétences en psychologie qu'ils mobilisent et jouent sur la « double casquette » de beaucoup d'ergonomes, notamment ceux qui sortent de cette formation de « psycho-ergonome ». En faisant des recherches sur les psychologues du travail embauchés en SST<sup>830</sup>, je remarque qu'ils sont nombreux à avoir été embauchés en tant qu'ergonomes, puis à avoir adopté le titre de psychologue quand la médiatisation des « RPS » et la sollicitation accrue des médecins sur ce point par les entreprises a nécessité une mise en visibilité des actions des services sur la question.

---

<sup>830</sup> Plus spécifiquement, j'ai consulté de nombreuses pages professionnelles sur des sites web comme « linkedin » ou « viadeo ». Les curriculum vitae détaillés que j'y ai trouvés m'ont donné accès à de nombreux exemples de trajectoires professionnelles qui débutaient par un exercice en tant qu'ergonome, puis se prolongeaient par une embauche en tant que psychologue du travail.

Un retour de balancier est également possible. Emma est « psycho-ergonome » et a été embauchée au SST3 en tant que psychologue. Ne se sentant pas à l'aise avec le titre de psychologue, elle décide d'opter à nouveau pour l'appellation d'ergonome. Ce choix, au terme d'une période de questionnement sur sa position professionnelle, est pour elle un soulagement :

B : Tu as été recrutée comme psychologue du travail ?

*Ouais, mais ils voulaient la double casquette ergonome/psychologue, et les demandes allaient plus vers le psy et donc je ne faisais que ça. Je n'étais pas bien, d'ailleurs à l'époque, je n'étais pas bien dans ma tête par rapport à mon positionnement. Et puis, les échanges dans le groupe, il y avait une très bonne dynamique...*

B : Comment s'est résolue cette question de positionnement ?

*Je suis ergonome ! (elle rit) Je ne pense pas avoir les compétences d'une psy, je n'ai pas le cursus universitaire, je n'ai pas la méthodologie...*

Emma décrit ce qu'elle a vécu comme une forme de crise identitaire liée à son embauche en tant que psychologue, au terme d'une formation en ergonomie. Le fait que l'ergonomie soit encore inféodée à la psychologie au niveau du cursus académique et de recherche<sup>831</sup> a des conséquences sur l'activité des ergonomes sur un marché qui n'est encore que partiellement organisé pour eux – car ce marché intègre le fait que beaucoup d'ergonomes ont également une formation en psychologie<sup>832</sup>. Dans ce contexte, la « reproduction »<sup>833</sup> des ergonomes, bien qu'elle soit amorcée au sein de formation dédiées, comme l'atteste le témoignage ci-dessous, reste un peu problématique.

En effet, malgré un cursus souvent commun les premières années, les diplômes d'ergonomie et de psychologie du travail sont distincts et les professeurs revendiquent leurs différences ; le professeur Martin J., responsable du cursus d'ergonomie à M. et ancien enseignant d'Emma, défend le point de vue que ces approches disciplinaires sont incompatibles et qu'on ne peut pas exercer les deux métiers à la fois :

*Donc, les étudiants qui ont fait le parcours de psychologie, ils tiennent à avoir le titre de psychologue, bon ils ont le titre de psychologue. Ça, très bien, moi ça ne me dérange pas, c'est pas du tout un problème. Mais la formation du Master 2, je leur dis très clairement : « Moi, je forme des ergonomes professionnels, donc si vous voulez faire de la psychologie du travail par la suite, libre à vous, mais si vous venez ici, c'est pour devenir ergonome<sup>834</sup>, voilà ! » Il n'y a quasiment aucun cours commun avec la psychologie du travail, sinon le cours de droit et d'économie, mais*

---

<sup>831</sup> La section 16 du Conseil national des universités (CNU) s'intitule : « psychologie, psychologie clinique, psychologie sociale ». Non seulement l'ergonomie, pourtant affiliée à cette section, n'apparaît pas dans cet intitulé, mais la psychologie du travail, dont elle est la plus proche, en est également absente.

<sup>832</sup> Voir Abbott Andrew, *Chaos of disciplines*, op. cit., p. 130. D'après l'auteur, l'existence même des disciplines permet d'organiser le marché du travail et les structures universitaires. Ici, l'ergonomie comme discipline est encore jeune et dispose de moins de pouvoir organisateur que la psychologie. Pour A. Abbott, la « pleine disciplinarité » (« full disciplinarity ») est atteinte quand l'université ne recrute pour son enseignement que des docteurs de cette discipline (p. 139), ce qui n'est pas (encore) le cas de l'ergonomie.

<sup>833</sup> *Ibid.*, loc. cit.

<sup>834</sup> Sur les passages en gras, c'est moi qui ajoute l'emphase.

*ça bon... voilà ! Et il y a une autre UE qui est commune avec la psychologie du travail, mais qui est assurée par l'ergonomie. C'est un cours sur la prévention des risques professionnels, donc... Mais ça n'est qu'une approche ergonomique. Donc on forme des ergonomes, c'est très clair, le programme peut en attester! Pendant une année complète, les étudiants ont une formation d'ergonomie avec un stage en ergonomie, généralement de six mois...*

En tant que professeur, Martin J. cherche à former des ergonomes qui soient reconnus comme tels à la fois par l'université et par le marché du travail qui les absorbe au terme de leur cursus et œuvre donc à la reproduction de la discipline, afin qu'elle atteigne un degré de « *full disciplinarity* »<sup>835</sup>, soit un statut de discipline à part entière. Dans une visée d'autonomisation et de durcissement de celle-ci, il ne croit pas à la possibilité d'une « double casquette », et rejoint en cela le point de vue de Luc, psychologue.

Le terme de « psycho-ergonome » n'est donc pas reconnu au niveau académique et semble être surtout utilisé par les services pour se laisser une marge de manœuvre dans la mobilisation de ces intervenants qui apparaissent polyvalents. Ainsi, dans le service d'Emma, d'autres « psychologues » ont, comme elle, le statut de « psycho-ergonome ». En entretien, elle qualifie de « *psy psy* » sa seule collègue psychologue à n'être pas également ergonome. J'apprends, malgré les euphémismes d'Emma et Marielle, que ce poste fait l'objet d'un turnover important, ce qui confirme le discours de Luc sur la difficulté pour un psychologue de cohabiter avec des « psycho-ergonomes ».

### ***3.2. Un territoire professionnel partagé***

Les psychologues du SST1 ont fait partie d'un plus petit service avant la fusion. Au moment de celle-ci, ils se rendent compte des différences de pratiques entre les services, qui deviennent des antennes du SST1 : face au même cas, un médecin anciennement rattaché au SMT1 (service de médecine du travail sur lequel se construit le SST1) va faire appel à un ergonome, tandis qu'un médecin anciennement rattaché au SMT2 fera appel à un psychologue. L'habitude de la présence d'un psychologue à disposition influence évidemment sur ces choix de la part des médecins.

Après la fusion, les services entament une réflexion sur les modalités de prévention des « risques psychosociaux », et notamment sur la division de leur travail de prévention. Aujourd'hui, on l'a vu, les demandes « RPS » sont centralisées de façon à ce qu'un groupe décide de qui fait quoi, et que cette responsabilité ne soit pas celle du médecin prescripteur.

---

<sup>835</sup> *Ibid.*

Les médecins doivent désormais spécifier « ergonomie », « RPS », « toxicologie » ou « épidémiologie » sur le formulaire qu'ils remplissent *via* le logiciel de demande d'intervention. Alors que tous les intervenants disposent d'un formulaire dédié dont l'intitulé évoque leur intervention propre, les psychologues, eux, disparaissent derrière la thématique « RPS », sur laquelle ils n'ont, de plus, pas l'exclusivité. Ils déplorent que les « RPS » ne leur soient pas réservés, tandis que d'autres thématiques correspondent à un champ d'expertise unique. Certaines disciplines, comme l'ergonomie, disposent d'un champ d'expertise dont la délimitation semble s'être clarifiée avec le temps ; ce qui n'empêche pas les ergonomes de se situer aussi sur des demandes « RPS ».

*Quand un médecin aujourd'hui veut faire une demande RPS, il fait une demande au groupe, d'accord. Et le groupe va dire : « c'est plutôt de l'ergo, et éventuellement, peut-être aussi de la psycho du travail ». Je dis ça, je suis mauvais esprit. Alors qu'une demande en ergonomie, ce n'est pas moi qui vais mettre mon nez dedans, tu vois.*

Selon Luc et Pierre, l'apparition de ce groupe détourne, pour les soumettre au collectif, une grande partie des demandes qui pourraient leur parvenir directement. Ainsi, au quotidien, les tâches potentiellement valorisantes qui leur reviennent (les interventions collectives sur les « RPS ») font l'objet de discussions dans un groupe qui n'est pas un groupe de pairs, ce qui fait des psychologues un groupe à part dans les services, car son activité fait l'objet de contraintes extérieures plus fortes. Dans le service, le domaine sur lequel ils sont le mieux implanté, soit la prise en charge individuelle, fait l'objet d'une polémique et n'est pas très valorisé. Ils ne disposent pas non plus d'une exclusivité dans ce domaine, qu'ils partagent également avec d'autres acteurs : les infirmières, qui, dans le cadre des « consultations cas particuliers », peuvent effectuer un suivi individuel de salariés en souffrance psychique.

Selon A. Abbott, l'objectif de faire correspondre rigoureusement les tâches professionnelles avec l'organisation même des professions (la « juridiction exclusive ») n'est jamais atteint, mais il n'en reste pas moins un idéal pour les groupes professionnels<sup>836</sup>. Les psychologues de service de santé au travail revendiquent, si ce n'est une exclusivité, au moins une légitimité prépondérante sur celle des autres, sur les thématiques « RPS », mais, on le voit, cette légitimité est loin d'être acquise.

Le groupe « RPS » incite également les ergonomes à partager leurs territoires. Ils apportent certaines demandes labellisées « ergonomie » au sein du groupe afin qu'elles soient discutées collectivement, et, le cas échéant, requalifiées en demandes « RPS ». Ainsi, le label « RPS » est apposé sur des situations qui étaient auparavant pensées comme relevant du

---

<sup>836</sup> Abbott Andrew, *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, The University of Chicago Press, 1988.

domaine de l'ergonomie, comme l'explique François, ergonomiste au SST1 :

*Il y a des dossiers où, il y a cinq ans, on se serait dit : « Voilà, c'est de l'ergo et on agit dessus » ; bon là, aujourd'hui dans le contexte : « ah il y a de l'ergo, mais il y a quand même des trucs assez... ». C'est quand même des RPS donc..., on élargit le cercle et puis ça rentre<sup>837</sup>.*

Cet extrait montre le caractère profondément conjoncturel de l'interdisciplinarité telle qu'elle est préconisée par les institutions sous la forme de la « pluridisciplinarité ». C'est en effet une problématique sociale, qui est par définition une construction mouvante, qui la détermine : Abbott parle de « *problem driven interdisciplinarity* »<sup>838</sup>. Ici, les « RPS » apparaissent comme une construction sociale qui, à un moment T, agit sur la division du travail et sur ses justifications. On passe de « c'est de l'ergo » à « c'est quand même des RPS », de la discipline au problème. Cette formulation de François montre un glissement formel d'autant plus clair qu'il ne mobilise pas le fond pour le justifier (ou de manière très allusive « il y a quand même des trucs assez... »).

### **3.3. L'ergonomie : des interventions qui « passent mieux »<sup>839</sup> auprès des entreprises**

Certains ergonomes pensent que la complémentarité entre psychologie et ergonomie repose sur une opposition individuel/collectif : eux s'occupent des problématiques collectives, tandis que les psychologues peuvent faire du suivi individuel.

Si les psychologues cliniciens sont à l'aise avec cette conception de la division du travail, les psychologues du travail s'y opposent, d'autant plus que certains médecins accaparent le suivi individuel et ne souhaitent pas le laisser aux psychologues afin que les problématiques rencontrées ne soient pas « psychologisées ». Lors de notre entretien, Luc exprime une réelle frustration de cette incompréhension dont sa spécialité fait l'objet :

*Les ergos ont tendance aussi à vouloir nous cantonner dans l'individuel. Mais non, on fait de l'organisation du travail, bon sang, c'est ma spécialité, je suis psychologue du travail, donc je travaille sur le système du travail, pas l'individu, ils ne comprennent pas!*

Ainsi, le positionnement des psychologues pose à la fois problème au niveau individuel, comme on l'a vu, et au niveau des interventions collectives. Sur ce plan, les médecins conçoivent plus facilement l'action d'un ergonomiste et imaginent difficilement les apports d'un

---

<sup>837</sup> Dans le rapport d'activité 2011, les ergonomes notent que les demandes d'intervention en ergonomie ont baissé depuis 2010 et ils expliquent cette évolution par l'apparition de la catégorie « RPS » qui capte une partie des interventions qui auraient auparavant été labellisées comme relevant de l'ergonomie.

<sup>838</sup> Abbott Andrew, *Chaos of disciplines*, op. cit., p. 134.

<sup>839</sup> Expression utilisée par Michel lors de notre entretien.

psychologue.

Le SST5, à l'encontre de ces préjugés, a choisi de limiter les interventions des psychologues à des situations collectives. Durant mon entretien avec Michel, je me rends compte que cet argument par lequel certains médecins justifient leur recours aux ergonomes (le refus d'une « psychologisation ») cache une appréhension du titre de psychologue et de ce qu'il peut inspirer aux entreprises :

*Ça nous arrive de faire des interventions en duo, ergonomiste/psychologue, surtout pour faire des études de poste, d'une part. C'est parfois un moyen d'entrée, il faut qu'on le développe. C'est très bien parce que ça permet de lisser un peu le passage du « je ne fais rien pour mon entreprise » à « je fais intervenir un psychologue ». C'est très difficile de passer le cap pour une entreprise : un psychologue, pourquoi ? Qu'est-ce qu'il va faire ? Alors qu'un ergonomiste ça passe tout de suite mieux.*

Michel et ses collègues sont d'ailleurs baptisés « psychosociologues » par leur employeur. Une fois sensibilisée à cette appréhension des entreprises vis-à-vis de la psychologie, je la retrouve ailleurs. Les médecins craignent un refus des employeurs ou anticipent des réactions négatives de leur part, alors que les relations avec eux, dans les situations où ils identifient des « RPS », sont déjà souvent dégradées. Il s'agit alors pour eux de mettre en place des actions qui ne vont pas susciter d'opposition de la part de l'entreprise. Pour cela, l'ergonomie « passe mieux » que la psychologie.

Ainsi, l'image qu'ont les employeurs et les salariés de l'ergonomie et de la psychologie joue sur le choix des médecins face à des situations qu'ils qualifient de « RPS », comme me le confie Stéphane, ergonomiste au SST1 :

*C'est pas parce qu'il n'y avait pas de psychologues qu'on ne s'intéressait pas à ce qui touchait à la psycho. Mais bon, quid de ce que peut faire un psychologue ? C'est très connoté, les entreprises ne sont pas forcément demandeuses. Bon, c'est vrai que c'est un champ disciplinaire qui doit arriver à se vendre, à faire ses preuves, là où bon, c'est vrai que, même il y a dix ans, je n'avais pas besoin de faire mes preuves. C'était déjà acquis : l'ergonomie c'est utile, ça fait du bien. Eux, c'est quand même plus... Enfin, c'est pour des gens qui ne vont pas bien. Parce que psychologue du travail et psychologue, le distingo il n'est pas évident pour beaucoup de monde.*

Selon Stéphane, d'une part, la psychologie du travail n'a pas encore « fait ses preuves » auprès des employeurs, et, d'autre part, la psychologie, en tant que discipline, est « connotée » négativement : l'intervention de psychologues suppose que les salariés « ne vont pas bien ».

Au SST1, c'est une des raisons pour lesquelles les psychologues sont avant tout mobilisés pour du suivi individuel et non pour des interventions collectives : ce travail se fait à l'insu de l'employeur, « en sous-marin », alors que des interventions collectives, plus

ambitieuses, nécessitent l'aval de l'employeur et sont donc plus délicates à mettre en place<sup>840</sup>. Les directions de services se montrent également conscientes du caractère délicat de la présence de psychologues en leur sein, et recherchent un équilibre entre une absence totale de la discipline et sa supposée surreprésentation. Ainsi, au SST2, au terme du stage d'Amélie, qui devait mener à une embauche, le directeur abandonne ce projet sous le prétexte que le recrutement d'une nouvelle psychologue pourrait « envoyer le signal que les entreprises ont des problèmes »<sup>841</sup>.

Le suivi individuel étant traditionnellement l'apanage du médecin, l'activité individuelle des psychologues fait l'objet d'un contrôle de la part de certains médecins. Au SST1, c'est surtout Édith qui garde le territoire professionnel des médecins du travail : elle estime que le médecin du travail doit conserver l'apanage du suivi individuel, mais que les intervenants « pluridisciplinaires » doivent être positionnés sur de la prévention dite « primaire », au niveau collectif. Pour cela, l'ergonomie apparaît mieux positionnée. Dans d'autres services, c'est la psychosociologie qui s'implante sur le territoire de la prévention dite « collective » des risques psychosociaux.

\*\*\*\*\*

Les psychologues « IPRP » doivent donc délimiter un territoire qui leur serait propre avec pour contrainte de ne pas empiéter sur le territoire des médecins du travail, dans un contexte où une partie du territoire sur lequel ils pourraient tenter de se positionner sans empiéter sur le territoire médical est déjà attribué à d'autres « psy » (psychothérapeutes, psychiatres, psychologues cliniciens). Les enjeux de territoires ne se posent pas de la même façon pour les intervenants vacataires ou hospitalo-universitaires, puisque leur revenu ne dépend pas de leurs interventions et que leur identité de professionnel est définie en dehors du service de santé au travail. Ils ont un métier en dehors de ce service et ne sont mobilisés que ponctuellement, dans des situations précises qui ne font pas débat<sup>842</sup>.

---

<sup>840</sup> Voir à ce propos, dans la première section, le discours de Marianne, psychologue clinicienne qui distingue ses entretiens individuels, qui ne sont pas reportés à l'employeur, de pratiques collectives plus visibles et répondant souvent à des logiques « gestionnaires ».

<sup>841</sup> Selon des propos qui me sont rapportés par Amélie lors de notre entretien.

<sup>842</sup> Les entretiens avec les psychologues IPRP et avec la psychothérapeute se sont avérés très différents : les IPRP se préoccupent de leur statut d'emploi, de leur place dans l'organisation, tandis que l'intervenante extérieure se montre indifférente à l'organisation qui la mobilise ponctuellement (elle n'a pas vu le directeur depuis plus de deux ans, dit-elle) et à son mode de fonctionnement. En conséquence, l'entretien avec elle tourne davantage autour du service qu'elle offre aux entreprises et aux salariés que sur ses conditions de travail. Elle s'exprime avec assurance sur des interventions qui paraissent rodées. À l'inverse, les IPRP s'épanchent sur leurs conditions de travail et de collaborations avec les médecins, avant d'aborder leurs interventions. Ils savent que la nature de leurs interventions fait débat, et les attentes divergentes des médecins les déstabilisent.

Conformément aux enseignements de la sociologie des organisations, les rapports de pouvoir entre acteurs doivent être rapportés aux positions différenciées de ces mêmes acteurs dans l'organisation<sup>843</sup>, et aux ressources et contraintes que l'organisation et ses normes leur confèrent. En effet, les médecins du travail ne cherchent nullement à contrôler les pratiques des intervenants extérieurs. En revanche, pour négocier leur propre position dans les services, ils vont se prononcer sur les pratiques de leurs collègues IPRP. La division du travail entre les groupes professionnels devient ici un enjeu de pouvoir à partir du moment où elle se joue à l'intérieur de l'organisation, dans le cadre de la « pluridisciplinarité ».

Si les psychologues du travail vivent des situations différentes selon les services et selon le type de psychologue (psychologue du travail, psychologue clinicien, psychosociologue), leur place se caractérise cependant par une remise en cause fréquente, par d'autres acteurs, du bien-fondé de leur intervention sur le territoire qui leur a été provisoirement dévolu, que ce soit la prévention des « RPS » *via* une approche individuelle ou *via* des interventions collectives, ou encore la possibilité de situer leur intervention à ces deux niveaux. Ces remises en cause occasionnent des tensions. La difficulté de positionnement des psychologues sur les interventions collectives provient d'abord du fait que les ergonomes, déjà présents dans les services, absorbent une partie des demandes des médecins concernant la prévention des « RPS ». La concurrence entre psychologues et ergonomes sur le territoire de la prévention collective des « RPS » entraîne moins des conflits ouverts qu'une difficulté accrue des psychologues à trouver une place dans les services de santé au travail.

De plus, l'exercice des psychologues est fortement influencé par les souhaits d'assistance qu'expriment les médecins. Or, les médecins ont des positionnements très différents sur la prévention des « RPS », dont découlent des logiques de mobilisation des IPRP particulièrement contrastées qui, elles-mêmes, découlent de différentes conceptions de la prévention et de la santé au travail. Dans ce contexte, les tensions sont inévitables et les directions ne peuvent prendre des décisions qui satisfassent l'ensemble de leurs salariés. Comment alors se comportent-elles lors de conflits qui mettent en évidence les divergences d'opinion quant au rôle des psychologues ?

### Section 3 : Les directions de services au cœur des conflits de frontières entre médecins et psychologues

Les acteurs chargés de la prévention des « risques psychosociaux », quand ils

---

<sup>843</sup> Crozier Michel, Friedberg Erhard, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977.

rencontrent des difficultés liées à leur travail et notamment à son contexte organisationnel, y sont particulièrement sensibilisés. Médecins comme psychologues évoquent – devant moi ou devant leurs collègues – les pleurs, la fatigue, la dépression, le découragement. Au-delà de l’ironie, qu’ils relèvent souvent, de la mise en abîme – les professionnels en charge de la prévention des « RPS » souffrent autant que les salariés qu’ils reçoivent – les configurations organisationnelles peuvent avoir pour conséquence de minimiser ou de donner de l’ampleur aux conflits de territoires entre médecins et psychologues.

Les psychologues que j’ai rencontrés dans différents services regrettent le manque de soutien de leur direction, qu’ils attribuent à deux facteurs principaux. D’une part, les directions avant tout gestionnaires méconnaissent les métiers de la santé au travail, et en particulier celui de psychologue. D’autre part, la « pénurie » médicale fait des médecins des ressources tellement rares que les directions les ménagent et évitent les conflits.

## **1. Des directions ignorantes**

Les psychologues regrettent que leurs directions se montrent ignorantes de leur métier et ne puisse ainsi pas se positionner sur ce qu’est ou devrait être leur pratique dans un service de santé au travail. De ce fait, les managers s’en remettent aux médecins, qui ont pourtant des avis partagés sur la question (c’est le cas au SST1) ; ou bien ils recrutent indépendamment de leurs avis, dans des termes trahissant parfois leur ignorance.

Une psychologue, Clémence, a ainsi vu passer une annonce pour le recrutement d’un psychologue qui, d’après elle, ne prenait pas en compte l’existence de différents segments du groupe professionnel et témoignait d’une ignorance de la manière dont les psychologues construisent leurs méthodes d’intervention. Le psychologue recruté devait pouvoir mener des entretiens individuels, animer des groupes de parole, faire du débriefing post-traumatique : « il fallait savoir tout faire », se moque Clémence. Pour elle, la méthodologie d’intervention devrait être à la main du professionnel. Cette annonce de recrutement donne également l’impression que les directions sont davantage à la recherche de prestations qu’ils pourraient proposer à leurs adhérents que de professionnels pour intégrer une équipe.

Luc déplore aussi l’ignorance des directions successives, qu’elles ne cachent pas lors de l’embauche. Ainsi, son emploi de psychologue est-il d’abord placé dans la continuité des pratiques de psychothérapeutes présents en tant que vacataires avant que l’on parle de « pluridisciplinarité » :

*Je suis en CDD de six mois, et je comprends bien qu’il faut que je plaise aux*

*médecins, c'est-à-dire qu'il faut que je réponde à leur demande. Donc on me dit : « On ne sait pas ce qu'on va vous faire faire, mais on sait qu'il y a une demande, c'est les urgences, suicides, attaques à main armées, des choses comme ça, mais le reste, pfff... »!*

Pour lui, les psychologues, en tant qu'IPRP, servent avant tout « d'appâts » pour les médecins du travail, en ce qu'ils améliorent leur confort d'exercice, et représentent des atouts dans le positionnement des services sur le marché de la santé au travail car leurs prestations peuvent être monnayées :

*Nos directions ne savent pas comment on travaille, ils ne savent pas ce qu'on fait. Parfois, on a l'impression qu'ils appâtent le médecin du travail en ayant une pluri, ou ils veulent faire plaisir aux entreprises ou montrer qu'ils sont là, donc ils ont de la pluri : « Ah, il faut de la psycho ? Bon, on prend un psychologue ». À quoi ça sert ? On sait pas trop. Mais il en faut. Et puis il faut qu'il nous rapporte du blé maintenant. Mais au final, on se retrouve un peu tout seul, à devoir se défendre tout le temps.*

L'injonction « pluridisciplinaire » aboutit, selon Luc, à des embauches de psychologues qui n'ont pas fait l'objet d'une réelle réflexion de la part des employeurs. En conséquence, les psychologues doivent créer leur propre poste, voire justifier de leur utilité auprès de leurs employeurs et de leurs collaborateurs. C'est également le cas au SST2 où, après un conflit sur lequel on reviendra, la direction leur demande de mettre à plat une fiche de poste – cette demande survient alors que les psychologues travaillent depuis quelques années dans le service. Dans le cas de Luc, en revanche, ce n'est qu'après quinze jours passés dans le service où il a débuté qu'on lui a demandé de faire le point sur « ce qu'il pouvait apporter » :

*Il y avait la secrétaire de direction, qui était une **secrétaire de direction** (il insiste sur ce terme), qui me dit tiens, fait un petit récapitulatif de ce que tu peux nous apporter, etc. Ça faisait deux semaines que j'étais là. Oh... j'ai dit « attendez, je connais pas du tout ». J'avais jamais entendu parler de la médecine du travail avant, sauf en négatif, que du négatif hein ! Moi mon métier je le connais pas ! Donc voilà, je fais une page sur ce que je peux éventuellement faire, etc. Comme un con, je vais le montrer à la secrétaire de direction, elle prend la feuille elle dit : « Pas ça, pas ça », elle raye les trois quart. Je ressort de là avec le papier complètement raturé et je me dis « Mais qui elle est pour me dire ce que je dois faire et moi qui je suis pour être obligé de soumettre mon métier ? » Et c'est là où je me suis pas du tout retrouvé dans mon métier.*

Luc insiste sur le fait que la secrétaire de direction lui demande cette information, et que c'est elle qui corrige le document qu'il lui rend. Ainsi, la direction elle-même ne prend pas la peine de se pencher sur ce que fait le psychologue qu'elle a pourtant embauché, et il est alors mis dans une position qu'il perçoit comme humiliante vis-à-vis d'une secrétaire. Sa professionnalité est définie de l'extérieur, par des normes organisationnelles qu'il ne maîtrise

pas, mais qui sont maîtrisées par le personnel administratif.

L'ignorance des directions se traduit également par une représentation erronée de leur charge de travail. Ainsi, au SST2, suite à la diffusion de chiffres d'activité des psychologues, la direction a refusé d'embaucher un nouveau psychologue sous le prétexte qu'avec trente interventions par an, et par personne, les psychologues n'étaient « pas débordés ». Luc aussi redoute de devoir rendre compte de son activité, comme la direction du SST1 l'exige à présent de ses IPRP :

*Je croise mon directeur : « Tiens tu te balades encore, tu fous rien ou quoi? » En rigolant hein, mais on doit valider le bilan d'activités, combien de temps on passe à faire les choses. Mais ça veut dire quoi ? Je comprends bien qu'il faut une vision de ce qu'on fait effectivement, mais on peut le prendre aussi : on nous fait pas confiance, on se tourne les pouces! Là en ce moment même, comment je vais le valider ce temps-là?<sup>844</sup>*

Ainsi, les psychologues font l'objet d'une « injonction au professionnalisme » qui se fonde avant tout sur des critères administratifs : non seulement les directions connaissent très peu leur métier, mais elles ne renoncent pas pour autant à cadrer leurs interventions.

## **2. Des conflits sans arbitres ?**

Les directions savent que l'embauche des psychologues est un sujet sensible pour les médecins. D'après un entretien informel avec une psychologue responsable de l'association des psychologues exerçant en SST, dans beaucoup de services, un médecin du travail influent se positionne comme une référence sur les risques psychosociaux et s'oppose plus ou moins explicitement à l'arrivée de psychologues – comme c'est le cas d'Édith au SST1. Typiquement, la direction de service fait le choix d'embaucher un psychologue sous la pression des médecins qui le lui réclament, puis, quand le psychologue fait l'objet de critiques de la part de ceux parmi les médecins qui s'opposaient à son recrutement, préfère ne pas prendre position.

Prenons ici l'exemple d'un cas de conflit entre les psychologues et un médecin au SST2. La direction du SST2 a demandé aux trois psychologues de donner « leurs chiffres », soient un relevé mensuel de leurs interventions. Très réticentes au départ car craignant que ces chiffres ne soient utilisées contre elles, elles finissent par les fournir à leur direction contre l'engagement qu'ils ne seraient pas divulgués, comme me l'explique Clémence :

---

<sup>844</sup> Le temps passé par les IPRP en entretien avec moi apparaît problématique, surtout aux psychologues, quand ceux-ci doivent rendre compte de leur activité à la demi-heure, voire au quart d'heure près. Les médecins du travail, en revanche, me reçoivent librement sur leur tiers temps.

*On n'a pas voulu, au tout départ, donner nos chiffres d'activité parce qu'on avait peur qu'ils soient dévoilés, on voulait que ça reste confidentiel. On avait peur que les médecins s'en emparent pour nous dire (et c'est ce qui s'est passé) qu'on travaillait pas suffisamment, au vu de chiffres qui ne représentent pas notre activité. Et moi je parlais du principe que si je ne peux pas voir l'activité du médecin, si je ne peux pas décortiquer l'activité du médecin, pourquoi eux pourraient décortiquer ?*

Clémence exprime un idéal, porté également par ses collègues psychologues, d'une « pluridisciplinarité » horizontale, qui entraînerait une réciprocité entre les différents groupes : si elles doivent être transparentes sur leurs pratiques, alors il devrait en être de même pour les médecins du travail.

Cependant, la verticalité de leurs rapports apparaît à leurs dépens quand, malgré l'assurance de la direction, certains médecins parviennent à se procurer ces chiffres et les discutent, en leur absence, en commission médico-technique<sup>845</sup>. Sur la trentaine d'interventions réalisées au titre de la psychologie lors des derniers mois, moins d'un tiers étaient des interventions collectives, et le reste consistait en des entretiens individuels. Un médecin du travail, une femme, s'est alors écriée que le service n'avait pas besoin de « psychologues Marie-Claire », faisant référence à un taux jugé trop faible d'interventions collectives.

Les psychologues sont informées de cette sortie du médecin et se sentent insultées. Elles reviennent longuement sur cet épisode en entretien, comme sur un tournant de leur parcours dans le service. En assimilant explicitement le suivi individuel des salariés à une pratique psychologique de bas étage, digne de la presse féminine, cette formulation laisse entrevoir le mépris de certains médecins pour des pratiques jugées comme relevant du domaine du « féminin ». Il n'est pas innocent que cette remarque ait été proférée dans un service dans lequel les trois psychologues sont des femmes, jeunes de surcroît, et non dans l'un des nombreux services dans lesquels les psychologues sont une population mixte, voire plutôt masculine. Cet exemple vient confirmer la profonde division des médecins du travail sur la pertinence d'une mobilisation des psychologues pour des entretiens individuels : certains combattent ces délégations de salariés en souffrance, d'autres sont avides d'assistance sur cet aspect de leur activité.

Cependant, ce que les psychologues retiennent principalement de cet épisode, c'est l'absence de soutien de leur direction vis-à-vis de ce type de critiques. Elles se montrent amères et lucides quant aux stratégies de leur employeur : les médecins sont des ressources

---

<sup>845</sup> En commission médico-technique, les médecins sont représentés alors que les IPRP ne le sont pas encore systématiquement (leur représentation est introduite par la loi en 2012).

rare, disent-elles, il est normal que la direction les ménage et se range de leur côté en cas de différends ; elles aimeraient en revanche au moins recevoir un soutien officieux. Selon elles, non seulement les représentants de la direction qui étaient présents à la commission médico-technique ne les ont pas défendues et n'ont pas cherché à sanctionner les propos diffamatoires, mais, après les faits, leur direction a minimisé ces propos tout en leur conseillant, si toutefois elles en ressentaient le besoin, de demander des excuses. Les psychologues écrivent alors un courrier électronique au médecin en question et s'ensuit un échange aboutissant à une rencontre entre les psychologues et le médecin du travail, en présence d'un représentant de la direction. D'après leur récit, celui-ci, visiblement mal à l'aise, cherche à plusieurs reprises à se soustraire à cette rencontre :

*Carine : J'ai envoyé un mail officiellement « je vous demande, gnagnagna », donc ils nous ont imposé un jour et on a dit « bon, on va annuler tout notre agenda pour y aller ». On y est allées et quand on est arrivées, en fait...*

*Clémence : on a trouvé Guillaume L. tout blanc, qui m'a dit « je vais pas venir hein ! » (elles rient)*

*Marie : On sait pas pourquoi. Il avait mauvaise mine mais il était peut-être malade, on sait pas.*

*Clémence : j'ai bien récupéré le coup en disant « écoutez, vu que la procédure a été faite officiellement, je pense que votre présence est indispensable ». Sinon il ne serait pas venu. On a mis au moins un mois à l'avoir ce rendez-vous là, et il est venu. Contraint et forcé.*

Le représentant de la direction se montre donc mal à l'aise dans cette situation conflictuelle. Dans le récit des événements qui suivent, les psychologues mettent l'accent sur le fait qu'il est apparu soutenir le médecin du travail, visiblement éprouvée, dans sa démarche d'excuses. Les excuses du médecin obtenues, dans une atmosphère tendue, la direction fait savoir aux psychologues que c'est une « victoire » pour elles. L'idée d'un conflit entre deux camps est donc renforcée et non pas neutralisée par la direction :

*Carine : Une fois de plus la direction a renversé l'affaire, j'ai rencontré le DG quelques jours ou semaines après, je lui ai pas parlé de ça parce que pour moi l'affaire est close, on n'en parle plus. Sauf que **le DG m'a dit « tu te rends pas compte de la victoire que tu as obtenu ! », « quelle victoire ? » « un médecin s'est excusé auprès d'un IPRP et en plus d'une psychologue ! »**. Je fais « mais enfin, une victoire, c'est pas une bataille, il y a pas de guerre, il y a pas de gagnants et de perdants ». Le midi on a mangé ensemble, on était contentes entre guillemets d'avoir eu des excuses, mais quand je suis rentrée chez moi, j'étais pas bien, mon job c'est d'être psychologue du travail, pas de voir un médecin dans cet état là parce qu'il faut qu'elle s'excuse ! Ça n'aurait jamais dû se produire si la direction n'acceptait pas que des comportements comme ça se réalisent !*

*Marie: pour moi effectivement c'est une victoire mais loin de ce que j'espère, dans le sens où, par exemple, quand on a été insultées, moi personnellement cette dame là je ne l'ai jamais vu. Forcément, j'ai trouvé ça insultant mais j'en avais rien à faire, je la connais pas, je travaille pas avec elle, je m'en fiche. **Par contre, là où j'étais pas d'accord, c'est que la direction soit là et qu'elle ne fasse rien. Pour moi, il y aura une victoire le jour où on se fait insulter et qu'eux répondent directement.***

Dans le contexte de pénurie médicale qui rend la main-d'œuvre médicale si précieuse, les

psychologues regrettent de ne pas pouvoir faire confiance à leur direction pour les soutenir<sup>846</sup>. Ainsi, pour Marie et Carine, l'équipe de direction n'a pas joué son rôle de régulation de conflits entre les groupes qu'elle emploie. Pour Clémence, cette absence de soutien est liée à l'ignorance qu'ont les managers des métiers de la prévention, et des débats qui les traversent.

*Clémence : Aujourd'hui pour moi c'est bien clair, ça ne sert à rien de leur expliquer, ce n'est plus la peine (elle soupire). Un service de santé au travail ne fonctionnera bien que quand ce sera quelqu'un qui a fait le métier, qu'il soit médecin ou psycho ou ergo, j'en sais rien, mais pas des comptables.*

Les directions ne peuvent se positionner autrement que de manière stratégique en fonction de leur position d'employeur (et ainsi, favoriser le groupe qu'il est le plus difficile d'embaucher), puisqu'elles ne connaissent pas les enjeux des conflits qui opposent les médecins aux psychologues. Ainsi, leur position inconfortable entraîne une certaine conception de ce que devraient être leur activité et leurs conditions de travail, pour laquelle les psychologues se battent avec plus ou moins de succès.

### **3. Quand les psychologues tentent de définir eux-mêmes leurs pratiques : le cas du SST5**

Le SST5 est un service de taille importante qui emploie au moment de ma visite six psychologues. Présents en nombre, ceux-ci peuvent faire corps et prendre la parole comme collectif. Ce qui a été imposé au SST1, soit la nomination d'une femme médecin comme « référente RPS », entraîne des réactions fortes des psychologues du service, qui souhaitent privilégier, pour les risques psychosociaux, un regard de non-médecin.

Ces revendications des psychologues sont l'occasion pour eux d'affirmer un professionnalisme « *from within* »<sup>847</sup>. Ils trouvent aussi des alliés à leur cause en la personne de psychologues du travail externes et plus expérimentés, parfois médiatiques<sup>848</sup>, qui les défendent face à leur direction. Leurs revendications n'ont pas toujours de suites, mais ils opposent une vision concurrente de leur métier, celle qu'ils partagent avec d'autres psychologues, à la définition qu'on leur propose :

*Nous au SST5, on avait Gilles B. qui était entre guillemets « référent RPS », alors pas référent mais conseiller de la direction et c'est lui qui essayait d'introduire*

---

<sup>846</sup> Au SST1, Luc exprime la même idée durant notre entretien : « *Personnellement, je suis en retrait maintenant, j'en ai marre de me prendre des balles dans la gueule! Et pour être soutenu par qui? Pas par ma direction, ça c'est sur! Parce que la direction elle, elle veut les médecins, et il y a une pénurie donc on fait tout pour les garder, donc si il y a des psychologues qui les font chier, ben ta gueule le psycho ! Voilà. ».*

<sup>847</sup> Mc Clelland, C.E., « *Escape from freedom? Reflections on german professionalization 1870-1933* », in Rolf Torstendahl et Michael Burrage, *The Formation of Professions : knowledge, state and strategy*, London, Sage, 1990.

<sup>848</sup> Ces psychologues n'exercent pas dans les services de santé au travail mais ont acquis leur notoriété par le biais de publications scientifiques ou vulgarisées sur la « souffrance au travail ».

*l'importance des RPS, de notre pôle, donc on avait régulièrement des réunions avec lui où il nous servait vraiment de conseil. C'est quelqu'un d'adorable et de très simple et qui a une approche très intéressante parce qu'il est ergonomiste et sociologue... lui par exemple, sur les RPS, il a pas besoin d'être psychologue, il analyse très bien le travail. Donc c'était une personne qui pouvait être référente dans ce domaine. Aujourd'hui, Gilles est parti et Anne-Marie P. est en phase de devenir – pour l'instant elle est conseillère de la direction, elle a remplacé Gilles, mais pour le coup elle est spécialisée dans les RPS, elle gère, il y a pas de souci. Sauf qu'elle est médecin. C'est un peu problématique pour nous. Ma question c'est de savoir comment on peut articuler nos interventions, quel est son rapport avec nous ? Gilles B. c'était vraiment une personne qui nous donnait des conseils, là j'ai un peu peur qu'elle nous donne des directives ! C'est là où ça pose problème qu'elle soit médecin, parce qu'on n'a pas de directives à recevoir des médecins.*

Les psychologues du SST5 anticipent une volonté de contrôle sur leurs pratiques, qui se confirme très tôt par le débauchage de la psychologue qui anime leurs sessions d'échange de pratiques. Anne-Marie P., dès son arrivée dans le service en tant que « référente RPS », s'immisce dans l'organisation de ces sessions relevant de l'échange entre pairs, déclenchant l'indignation des psychologues. Notons qu'on trouve dans l'extrait qui suit de nombreuses occurrences de la première personne du pluriel (nous, on, notre, nos), alors que celle-ci est peu présente dans les discours des autres psychologues que j'ai rencontré et qu'il est rare que la notion de groupe aux intérêts distincts se détache aussi nettement des discours. Un fossé apparaît entre le groupe ainsi défini (« nous ») et le nouveau médecin référent RPS (« elle »).

*Le souci essentiel, c'est que nous, on fait des séances d'analyse de pratiques depuis un an, un peu plus, et en fait quand on a décidé de mettre en place notre analyse de pratiques on a fait appel à Maud L., qui est docteure en psychologie et qui est quand même la référence nationale sur les RPS, donc on avait une chance énorme de l'avoir. Comme il y a divergences d'opinion, de méthodes de travail, à l'arrivée d'Anne-Marie, Maud on lui a dit de dégager, sans aucune prise en compte de nos demandes à nous, parce c'est notre place de psychologues et la vision qu'on a de notre pôle qui a été remise en question !*

*Donc on a écrit une lettre en disant qu'on ne comprenait pas, que c'était quand même un peu abusé (...). Il y a un jeu de pouvoir et la place de Mme P., elle est pas très bien définie pour nous, et donc on a dit « attendez, nous on a besoin de cette analyse de pratique, c'est important pour nous, développer nos compétences, pouvoir discuter de situations problématiques ». Et on nous a dit « il y a pas de problème c'est Anne-Marie P. qui va faire votre analyse de pratiques » ! Alors, on a dit « On ne peut pas être en analyse de pratique avec un médecin, c'est pas possible ! ». Ce qui nous a été proposé par la suite, c'est qu'elle, elle va nous proposer de travailler avec un psychologue avec lequel elle travaille, de son cabinet, qui travaille comme elle et sous ses ordres.*

Cet exemple montre le pouvoir exercé par certains médecins sur les directions de services et la difficulté, pour les psychologues, d'opposer une vision qui leur serait propre de leur activité et de sa supervision. Au SST5, les psychologues sont assez nombreux pour tenter de se faire entendre, contrairement au SST1 où les deux psychologues ne sont pas en position de prendre la parole – et se sont alors retrouvés relégués au sein du « pôle médical », leur exercice directement exposé aux directives des médecins. La proximité entre la direction et la personne

« référente », sur les RPS, est une constante dans les deux cas : le SST5 lui donne même explicitement une fonction de conseillère de la direction. Au SST1, Édith est proche du directeur et joue ce rôle de conseil de manière plus officieuse. La problématique des « RPS » étant particulièrement visible, les moyens déployés pour y faire face font l'objet d'une attention particulière dans les services : dans ce contexte, les directions se reposent sur des acteurs qui seraient susceptibles de leur nuire s'ils n'étaient pas dans le même camp, soient les « gardiens » les plus actifs du territoire professionnel des médecins du travail.

\*\*\*\*\*

Peu informées du métier de psychologue, les directions de services exercent un cadrage administratif de leur activité et elles ne les soutiennent pas en cas de conflits avec les médecins. Les conditions de travail des psychologues pâtissent de ce manque de soutien de la part de leurs employeurs. Au SST2, un commentaire péjoratif d'un médecin sur la pratique des psychologues, et l'absence de positionnement de la direction, occasionnent un conflit qui entraîne une forte réaction des psychologues. Au SST5, les psychologues souhaitent éviter qu'un médecin n'intervienne dans leurs pratiques pour les contrôler et réagissent eux aussi à la nomination d'un médecin comme « référent » sur les pratiques de prévention des « RPS ».

Ainsi, les psychologues qui exercent au sein des services de santé au travail réagissent aux injonctions qui les visent. Un processus de négociation est en cours sur la division du travail de prévention des « RPS » dans les services de santé au travail. Dans la négociation, les médecins ont des atouts certains du fait notamment de leur faiblesse démographique qui en fait des ressources rares pour les services. Cependant, les psychologues jouissent d'un titre reconnu et d'un réseau universitaire auquel ils se raccrochent en cas de problèmes.

## Conclusion

La « pluridisciplinarité » s'affirme surtout comme un prolongement de l'action en milieu de travail du médecin, dans un double esprit programmatique (il s'agit de mettre en place des projets et des programmes) et de prestation de services (il s'agit de répondre à une demande de l'entreprise, moyennant ou non finances). Dans les deux cas, la prévention des « risques psychosociaux » se prête à cette évolution. D'une part, les manifestations les plus visibles de la souffrance au travail – les suicides – ont conduit à un souci des pouvoirs publics de montrer leur action sur cette thématique. Ainsi, les « RPS » sont ces dernières années de tous les programmes et s'inscrivent comme une « priorité » édictée à la fois au niveau régional et au niveau national. D'autre part, les entreprises sont inquiètes des retombées juridiques de cas de suicides ou de souffrance au travail sur leur image : elles sont donc doublement incitées (par l'action publique et par leurs propres intérêts) à engager des actions en vue de leur prévention. Pour cela, elles sont prêtes à payer pour des interventions qui s'inscrivent sur un marché concurrentiel de la souffrance au travail, au-delà du cadre de leur adhésion à un service de santé au travail.

L'arrivée des psychologues « intervenants en prévention des risques professionnels » pose d'autant plus problème qu'elle est assimilée à des pratiques nouvelles de prévention des « risques psychosociaux », et que ces pratiques ne font pas l'objet d'une politique claire des services. On a vu que Marianne était clairement positionnée par sa hiérarchie sur des pratiques d'appui individuel, dans la continuité de pratiques d'assistance aux médecins qui n'étaient pas assimilées à une « prévention des RPS » – et n'étaient pas polémique. En revanche, au SST1, la mise en place d'une « prévention des RPS » va de pair avec l'embauche d'IPRP pour la mener à bien, elle est donc indissociable de son cadre « pluridisciplinaire ». Le souffle nouveau que doivent apporter les intervenants « pluris » sur la prévention primaire se heurte alors à l'image de la psychologie et de ses praticiens, ce qui entraîne ambiguïté et conflits.

En effet, la « pluridisciplinarité » et la mise en avant de la souffrance mentale au travail sont concomitantes, mais leur rencontre ne va pas de soi. Les « RPS » s'expriment avant tout, au quotidien, comme un problème relevant de la prévention tertiaire, tandis que la « pluridisciplinarité » affirme un tournant vers la prévention primaire et se justifie notamment par une dévalorisation des pratiques antérieurement menées, soit le suivi individuel des salariés par les médecins. Comment alors proposer dans le même mouvement un suivi individuel des salariés par les psychologues du travail ?

Les services de santé au travail résolvent différemment cette contradiction qui leur est propre. Certains choisissent de mettre les psychologues au service des médecins, dans une visée de première prise en charge de salariés en souffrance – cette prise en charge est alors critiquée pour son manque d’ambition. La « santé au travail », telle qu’elle est déployée par le professeur L. et les promoteurs de la réforme, ne s’arrête pas à un suivi individuel de salariés en souffrance – qui n’est ni traçable, ni évaluable, ni valorisable auprès des employeurs. D’autres services choisissent de mettre les psychologues au service de l’entreprise et de ses salariés, pour intervenir sur le collectif. Dans ce cas de figure, ils souffrent parfois d’un déficit de légitimité vis-à-vis de l’ergonomie (notamment auprès des médecins, encore souvent prescripteurs), et d’une image négative auprès des employeurs, qui conçoivent leur intervention comme le signe d’un dysfonctionnement de leur entreprise, qui pourrait de surcroît leur être dû – ils gardent en effet l’image de l’employeur harceleur à l’esprit.

Dans les deux cas de figure, l’intervention des psychologues pose question, empiète sur le territoire médical et son « cœur de métier » tel que défini par certains (l’entretien individuel pour les tenants de la clinique) ou sur l’ « action en milieu de travail » revendiquée par d’autres comme une spécificité, qu’elle soit acquise (la loi reconnaît progressivement aux médecins du travail un rôle sur le milieu de travail) ou constitutive de leur domaine professionnel (l’ergonomie se définit par son approche du milieu de travail et de l’activité qui s’y déroule).

Les psychologues apparaissent donc dans ce chapitre comme un groupe charnière, dont l’embauche et l’activité posent des questions quant à la mission des services de santé au travail nouvellement « pluridisciplinaires ». Les luttes de frontières entre les médecins et les psychologues se caractérisent par la résistance de certains médecins à voir des tâches qu’ils considèrent leur incomber accaparées par les psychologues, dans un contexte organisationnel donné. En effet, que les équipes de management fassent un choix quant à la mobilisation des psychologues par les médecins, ou qu’elles s’abstiennent d’en faire, leur position affecte le déroulement des conflits portant sur la division du travail de prévention des « RPS ». Si les médecins contribuent à cadrer l’activité des psychologues pour conserver un territoire professionnel qui leur convient, les directions peinent à tenir une posture neutre, ce qui les met en difficulté en tant qu’employeurs de ces deux groupes professionnels en conflit.

En guise de conclusion des deux chapitres précédents, je propose une tentative de typologisation des approches des « RPS » afin de les mettre en rapport avec une utilisation – ou non – des ressources pluridisciplinaires, et avec différents objectifs visés. Les données

exposées dans ces deux chapitres sont ici simplifiées dans l'objectif principal d'amener le lecteur à visualiser rapidement l'importance, dans l'accueil par les médecins de la « pluridisciplinarité », de différents positionnements.

**Délégations de tâches et collaboration dans la prévention des « RPS », à la lumière des différents « types de lectures » identifiés :**

Type de lecture des « RPS »	Modalités d'approche	Délégation de tâches	Objectif(s) visé(s)
Lecture « médicale » des RPS	Symptômes physiques et psychiques	Demande d'aide au jugement d'inaptitude (consultation de psychopathologie ou psychiatre)	Mise en inaptitude en cas de symptômes importants
Lecture « programmatique » des RPS	Mesure, évaluation, Projets par branches	Enquête (épidémiologiste), traitement des résultats (statisticien) Appui à la gestion de projets (chargée de projets)	Mise en visibilité des « RPS » (dans une optique d'action)
Lecture « organisationnelle » des RPS	Identification de conditions de travail pathogènes	Intervention sur le collectif (ergonomes, psychologues du travail)	Amélioration des conditions de travail du collectif.
Lecture « politique » de la « souffrance au travail »	Alerte, colloque singulier	Eventuellement, assistance de l'Inspecteur du travail	Protection des salariés Réappropriation de la situation par le salarié (inaptitude le cas échéant) Mise en visibilité des situations pathogènes qui conduisent à une souffrance mentale des salariés
Lecture « gestionnaire » des RPS	Positionnement en appui des entreprises	Aide au Document unique, prestation d'assistance à la gestion du risque (AST, infirmière, ergonome ou psychologue)	Protection juridique des employeurs dans les cas de RPS
Lecture « relationnelle » des RPS	Gestion de conflits, médiation, alerte	Entretiens individuels au psychologue clinicien	Neutralisation des conflits interpersonnels
Lecture « individuelle » des RPS	Techniques de gestion du stress, <i>coping</i> , dépistage.	Entretiens individuels au psychologue clinicien	Meilleure adaptation du salarié à des conditions de travail stressantes

C'est avec en tête la question de la légitimité de l'acteur « médecin du travail » sur un territoire, et, plus précisément, de la construction d'une argumentation légitimante et de ses liens avec le positionnement sur la « pluridisciplinarité » (la mobilisation d'acteurs « pluri »), que j'ai classé les différentes approches de la prévention des « RPS ».

Le nombre élevé d'approches identifiées suggère un éparpillement des acteurs sur ces différentes positions. Dans les faits, la lecture « relationnelle » et la lecture « individuelle » peuvent donner lieu à des arguments différents mais sont facilement compatibles dans la rhétorique d'un même médecin du travail, elles sont donc souvent combinées. De même, la lecture « organisationnelle » et la lecture « engagée » sont aussi souvent retrouvées chez un même acteur (médecin). De ce fait, les acteurs les plus « engagés », si leur lecture les porte à prendre en charge eux-mêmes la prévention des « RPS », mobilisent tout de même des IPRP du fait d'une lecture conjointement « organisationnelle » des problématiques de souffrance au travail. La lecture « programmatique » peut également être couplée avec une lecture « organisationnelle » et avec une lecture « engagée » : la quantification peut participer à une mise en visibilité des aspects pathogènes de l'organisation du travail qui bénéficie à la cause combattue.

Notons que ces « lectures » peuvent être promues par des collectifs : la lecture « engagée », par un syndicat, la lecture « programmatique », par l'Institut régional local, par exemple. Les services interentreprises se présentent donc comme des lieux de confrontation de plusieurs types de « lectures », entre lesquels ils ne peuvent choisir car ils sont liés aux acteurs collectifs et individuels qui les portent. Le management des services articule tant bien que mal ces différentes lectures entre elles par des choix organisationnels plus ou moins clairs ou assumés. La difficulté à tenir un positionnement est accrue par la multiplicité des liens préétablis avec différents types d'acteurs, qui les rendent tributaires à la fois des attentes des médecins, de celles des entreprises adhérentes, et de leurs partenariats institutionnels. L'« ignorance » des directions et le « malaise » de ses représentants apparaît alors sous un jour nouveau.

Les lignes de fractures qui apparaissent ici en filigrane seront reprises et approfondies dans le chapitre suivant dans un propos concernant plus globalement le rapport des médecins du travail à la « pluridisciplinarité ».

## **Chapitre 9 : Les médecins du travail face à la « pluridisciplinarité ». Une cartographie contrastée.**

La réforme « pluridisciplinaire » des services interentreprises de santé au travail s'appuie sur une définition très large de la santé. Ainsi, leur activité peut aussi bien pencher du côté de la santé publique, en déplaçant simplement des problématiques générales sur *le lieu de travail* que pencher du côté de la gestion des risques, en prenant les demandes des employeurs comme base pour l'action en milieu de travail.

On a vu dans le chapitre précédent que l'organisation de la prévention des « risques psychosociaux » souffrait d'un certain flou dans les attributions de chacun, et que ni les médecins, ni le management ne suivait une ligne unique sur la question, ce qui avait des répercussions en termes de conflits de territoires entre les groupes professionnels en présence. Ainsi, le positionnement des psychologues se retrouvait déstabilisé par l'absence de politique claire et homogène. Le cas de la prévention des « risques psychosociaux » le montre bien : les médecins du travail ne constituent pas un groupe uni et se positionnent différemment sur cette thématique, comme, plus globalement, sur leurs propres missions de prévention – il montre aussi à quel point le contexte organisationnel est déterminant dans les luttes de juridiction.

Par ailleurs, les IPRP rencontrés me font part de leur sentiment d'avoir affaire à « autant de conceptions de la médecine du travail que de médecins du travail »<sup>849</sup>, et de devoir s'adapter à des attentes diverses qui découlent de ces différents positionnements. La diversité des manières de penser son métier de médecin du travail est parfois perçue comme le fruit de leur trop grande autonomie sur leur exercice et comme une menace pour le bon déroulement de la réforme<sup>850</sup>. Or, durant les entretiens, les acteurs rencontrés ont eu l'occasion de se prononcer sur ce qu'ils considèrent être leur métier et de définir leur pratique : ces données permettent donc d'éclairer autrement la diversité constatée. Le tableau précédent met en valeur des divergences entre plusieurs types de regards sur les « risques psychosociaux ». Grâce à une analyse compréhensive des entretiens, je tenterai d'ordonner cette diversité en fonction d'arguments utilisés par les médecins pour justifier leur positionnement.

Cet ultime chapitre prend pour objet les lignes de fracture qui, tout au long de cette thèse, ont émergées comme des facteurs de division des acteurs, en particulier les médecins

---

<sup>849</sup> Entretien avec François, ergonomiste au SST1. Cette idée revient fréquemment, formulée différemment, dans les discours de ses collègues IPRP.

<sup>850</sup> Dans cette conception, la « logique » professionnelle et le pouvoir qu'elle charrie feraient concurrence à une « logique » bureaucratique, présentée comme plus légitime. Freidson Eliot, *Professionalism, the Third Logic*, Chicago, University of Chicago Press, 2001.

du travail. Pourquoi est-il si compliqué, pour les médecins du travail comme pour les services qui les emploient, de tenir une posture unique et consensuelle vis-à-vis de la « pluridisciplinarité » ?

Pour répondre à cette question, la première section abordera l'hétérogénéité des positionnements et des discours des médecins du travail en fonction de clivages déterminants, soient le rapport aux programmes « santé travail » inspirés de la santé publique et le rapport à la gestion des risques et à la logique de prestation de services. La seconde section mettra en avant les enjeux d'un élargissement du domaine d'action des services qu'implique le passage de la *médecine* du travail à la *santé* au travail. Sur ces bases, la dernière section organisera la diversité des discours sur la « pluridisciplinarité » en identifiant plusieurs positionnements et en les incarnant dans des portraits d'acteurs rencontrés.

## Section 1 : Santé publique, gestion des risques : les acteurs divisés

Le positionnement des médecins vis-à-vis des problématiques de santé publique et de l'assistance à la gestion des risques professionnels joue un rôle dans la définition de leur activité au quotidien.

Depuis l'institutionnalisation de leur rôle pendant, puis après la seconde guerre mondiale, les médecins du travail sont dépositaires d'une mission de santé publique. Un des plus grands succès de la médecine du travail française a été son rôle dans le dépistage de la tuberculose<sup>851</sup>. Au moment où les services diversifient leur main-d'œuvre et où la « santé au travail » s'inscrit dans une activité programmatique fixée à la fois au niveau national et au niveau régional, quelle tournure prend ce rôle de santé publique et quelles en sont les limites ? La question de la limite légitime de l'intervention des médecins et du service « pluridisciplinarisés » est également débattue en ce qui concerne les aspects de leur activité qui s'apparentent à de la « gestion des risques » – soit à une mission qui rejoint celle de l'employeur. Les médecins ont un rôle de conseillers des employeurs et des salariés dans la prévention des risques professionnels : qu'en est-il à présent des services « pluridisciplinaires » et de leur champ d'intervention ?

Enfin, globalement, le flou des termes de la loi permet une tendance à l'élargissement des attributions des services de santé au travail. Cet élargissement pose la question de

---

<sup>851</sup> Buzzi Stéphane, Devinck Jean-Claude, Rosental Paul-André, *La santé au travail*, Paris, La Découverte, 2006. Selon les auteurs, « Cette mission de santé publique deviendra, paradoxalement, le principal succès de la médecine du travail sous les Trente Glorieuses », p. 57.

jusqu'où les services doivent aller dans la satisfaction des entreprises, voire dans la mise sur le marché de prestations de services aux employeurs. Tandis que certains souhaitent étendre leurs prérogatives pour rendre un service plus complet aux employeurs, d'autres refusent que leur action empiète sur la responsabilité patronale de « gestion des risques ».

## **1. La santé publique : un terrain glissant pour la santé au travail ?**

*Autant, la médecine du travail c'est simple, parce que c'est une affaire de médecins, donc là on est tranquilles, il n'y a pas à se marcher sur les pieds ; autant sur la santé au travail... Est-ce que c'est à nous de faire les conduites addictives ? Les problèmes d'alcool, cigarettes, drogues ? Enfin voilà, c'est dans le travail, mais bon, c'est un problème de santé publique. Des problèmes d'organisation du travail ou de managers qui font n'importe quoi : effectivement c'est un problème de l'entreprise et des ressources humaines, sauf que ça a un impact sur la santé au travail. Après, c'est compliqué parce que tout a un impact. Donc où sont nos limites ? Dans nos interventions, on est toujours dans ce questionnement : « merde, où est-ce que je m'arrête ? ».*

Cette citation de Thomas résume une partie des enjeux du passage de la *médecine* à la *santé* au travail et de la confusion qu'elle entraîne. Ce cadre de direction du SST1 fait part des interrogations de l'équipe de management quant aux limites du domaine d'intervention d'un service de santé au travail « pluridisciplinarisé ». Ce dernier, surtout quand il intègre des problématiques de santé publique, est potentiellement très vaste. À ce sujet, les médecins du travail et les acteurs qui les entourent se positionnent différemment.

### **1.1. Le cadre de la santé publique est-il adapté aux enjeux de la santé au travail ?**

La médecine du travail dépend, depuis son institutionnalisation, du ministère du Travail et de ses services déconcentrés (la DIRECCTE). Il n'a donc pas toujours été évident que des projets qui relèvent de la « santé au travail » soient financés par le ministère de la Santé. On a vu que les acteurs de la région étudiée avaient œuvré à un rapprochement entre les deux qui avait profité financièrement à des projets de santé au travail. Cependant, certains acteurs restent critiques : avec les financements et la méthodologie de la santé publique vient un cadre auquel la « santé au travail » et ses acteurs ont parfois du mal à se conformer.

À la DIRECCTE, Françoise, médecin inspecteur, ne partage pas le point de vue enchanté sur la santé publique qui est porté au niveau régional. Elle conçoit moins le domaine de la santé publique comme étant en avance sur la santé au travail, au niveau méthodologique, que comme étant coupé de la société et de ses enjeux :

*Quand je côtoie les gens de la santé publique, donc rattachés au ministère de la*

*Santé, j'ai toujours l'impression d'avoir en face de moi des « health fascists » qui ont une vision très normative de la santé et qui cherchent à l'imposer, comme si c'était la norme qui pouvait être à l'origine de la santé des populations, à elle seule. Alors ils évoluent, on sent qu'ils commencent à entendre un peu les associations de malades, etc. Mais voilà, comme si... « Bon c'est facile quoi, le cancer du poumon il est en grande majorité dû au tabac, on va dire aux gens d'arrêter de fumer... On va prescrire d'interdire ! » C'est sûr que ça aide d'interdire de fumer dans les lieux publics, mais... Je pense qu'on n'impose pas à une société ce qu'elle n'est pas mûre à recevoir.*

Selon Françoise, les plans et programmes de santé publique véhiculent une vision simpliste, car normée et normative, de la santé. En revanche, les professionnels de la santé au travail, confrontés qu'ils sont au quotidien à la complexité des enjeux de santé, développent une sensibilité aux facteurs sociaux de construction de la santé, et notamment au fait que l'individu est acteur de sa propre santé.

De plus, pour d'autres, dans l'expression « santé au travail », le travail représente davantage qu'un cadre neutre à une « santé » définie hors contexte : il façonne les enjeux du champ car il définit des rapports de subordination d'un salarié à son employeur. Selon G. Fernandez, médecin du travail auteur d'un ouvrage sur son métier, l'assimilation de la santé au travail à la santé publique efface « toute distinction, gisant au cœur de l'activité, entre courir et subir un risque »<sup>852</sup>. Il plaide pour que la santé au travail soit replacée dans le cadre « privé » de l'entreprise, où il existe une asymétrie entre celui qui est à l'origine du danger et celui qui est en position de subir le risque<sup>853</sup>.

### ***Encadré 9.1 Une action publique aux effets « dépolitisants » ?***

Les actions en santé au travail qui s'inspirent de la santé publique peinent à prendre en compte le contexte spécifique de l'entreprise et privilégient des thématiques générales susceptibles de mobiliser l'ensemble des acteurs derrière elles.

Par exemple, durant ma période de terrain, le thème du « vieillissement au travail » a été mis à l'honneur dans les journées organisées par l'Institut. Ce thème semblait opportun alors que les débats sur la réforme des retraites battaient leur plein : il était aussi, de manière évidente, dicté par l'agenda politique davantage que par le terrain. Parallèlement à la réforme des retraites, les pouvoirs publics souhaitent mener une action dans les entreprises pour réguler le rapport des employeurs à leurs salariés les plus âgés. Du côté patronal, les employeurs doivent adapter la gestion de leur main-d'œuvre à cette problématique du « vieillissement », nouvellement perçue comme une contrainte. Ainsi, dans les journées organisées par le CISME, l'un des orateurs parle de « prise en charge des séniors »<sup>854</sup>. Les services de santé au travail, encouragés par les pouvoirs publics, se positionnent alors pour aider les entreprises dans leurs démarches de prévention et de « gestion » de ces problèmes.

Dans cette conception de la santé au travail, les professionnels sont avant tout confrontés à des problématiques qu'ils doivent contribuer à résoudre en se positionnant comme conseillers des salariés et des employeurs. Ces grands thèmes sont formulés comme des mots-clés : le « maintien dans l'emploi » en est un autre particulièrement prospère qui a été construit comme problème. S'il est

<sup>852</sup> Fernandez Gabriel, *Soigner le travail*, Erès, 2009, p. 176.

<sup>853</sup> *Ibid.*

<sup>854</sup> Observation des Journées du CISME, octobre 2010.

difficile de se positionner contre le « maintien dans l'emploi » des salariés qui souffrent de problèmes de santé, lors d'une rencontre syndicale, un médecin exprime une position critique à ce sujet :

*C'est l'instrumentalisation du côté de la sélection médicale de la main-d'œuvre ; ce qu'ils appellent « maintien dans l'emploi », c'est de l'accompagnement de l'économie par des médecins.*

Dans la lignée de la thématique « handicap et travail », celle du « maintien dans l'emploi » fédère les acteurs de la prévention autour de cas de pathologies ou handicaps avérés afin qu'ils permettent aux salariés de continuer à travailler et gagner leur vie. Les décisions d'inaptitude procèdent d'un arbitrage entre emploi et santé que déplorent souvent les médecins du travail : ils tentent de trouver, avec le salarié, une « moins mauvaise solution » qui peut prendre la forme de restrictions émises sur le certificat d'aptitude au poste (pas de port de charge de plus de dix kilos, pas de travail en hauteur, par exemple). Ces restrictions sont vécues comme des contraintes par les employeurs, qui doivent alors adapter le poste de travail ou prouver qu'ils ne peuvent pas le faire avant de pouvoir licencier le salarié. Cette thématique du « maintien dans l'emploi » permet d'assister les employeurs dans ces démarches. Dans ce contexte potentiellement conflictuel, elle offre une formulation collective et apaisée de problématiques rencontrées par les médecins et par les employeurs face à un salarié qui ne peut plus exercer son travail comme il le faisait auparavant.

Dans ces deux exemples de thématiques pouvant faire l'objet de projets ou de programmes, la dimension de conflit, intrinsèque à la santé au travail, est évacuée au profit d'une approche « gagnant – gagnant » qui minimise les rapports de force.

## ***1.2. De quelle « santé publique » les médecins se font-ils les relais ?***

Dans les pratiques de suivi individuel, les médecins du travail prennent en compte des problématiques relatives à l'hygiène de vie des salariés.

Durant l'entretien médical, Béatrice, médecin au SST4, affirme qu'elle s'intéresse à la santé globale des salariés qu'elle reçoit et, à ce titre, à leur consommation d'alcool ou de cigarettes et à leur poids et leur alimentation. La posture de médecin est intégratrice et « généraliste »<sup>855</sup> :

*Moi, je leur demande toujours : « Est-ce que vous fumez ? Est-ce que vous faites du sport ? Est-ce que vous avez vu votre gynéco, est-ce que vous avez fait un bilan métabolique ? Parce que c'est important... » Voilà ! Ça, c'est de l'éducation à la santé. Et puis ça permet, souvent, d'aborder des tas d'autres questions. Des trucs tous cons : « Vous fumez plus au travail ou à la maison ? » En général, on va très vite parler du travail... ou pas ! Et puis, je suis médecin avant tout et je me revendique médecin, avant même d'être médecin du travail. Donc mon souci, c'est quand même la santé de la personne.*

« Médecin avant tout », Béatrice ne dissocie pas les problématiques de santé liées au travail et la santé globale des personnes qui sont devant elle.

Les médecins prennent en compte « la santé de la personne » qui est en face d'eux de manière globale et ne s'intéressent pas seulement aux effets du travail sur la santé, surtout quand le salarié rencontré a peu d'accès aux soins. En effet, pour beaucoup d'acteurs rencontrés, leur statut de médecin implique une capacité d'adaptation à la personne qu'ils rencontrent. Face à un cadre supérieur exerçant en milieu urbain, les aspects strictement

---

<sup>855</sup> Cf. infra, chapitre 4, section 1.

« santé travail » seront prépondérants dans l'entretien, tandis que le médecin du travail fera en sorte d'offrir une visite médicale plus complète à des salariés peu suivis médicalement, comme me l'explique Cécile, médecin du travail dans une zone particulièrement pauvre de la région étudiée :

*Il n'y a pas beaucoup de médecins généralistes, tu n'as pas de médecins endocrinologues, tu n'as pas de neurologues, donc tu n'arrives pas à avoir un médecin spécialiste. Enfin, il n'y a pas de recours aux soins ! Donc il y a pas mal de consommation alcoolo-tabagique avec des gens qui me disent « Ah ben oui ça va pas, ça me détend, l'alcool ! ». D'abord je leur demande ce qui se passe au travail, pas de connotation négative ni positive, et puis est-ce qu'ils ont des questions ou des attentes par rapport à la consultation d'aujourd'hui, parce que tant qu'à faire autant leur apporter quelque chose. Et puis après on fait le point : parcours personnel, parcours professionnel, état de santé actuel, sommeil, appétit, tabac, alcool, médicaments, loisirs, sports...*

Cécile ne dissocie donc pas son exercice de médecine du travail d'une mission de prévention plus générale.

Si, d'après mes entretiens, ces aspects de « santé publique » ne peuvent être négligés par les médecins du travail, en revanche, la question de leur inscription dans des projets collectifs liés à des questions d'hygiène de vie se pose différemment. Par exemple, des pratiques de dépistage ont cours dans certaines entreprises, dont Béatrice tient à se dissocier :

*Par contre, je ne distribuerai jamais, je sais pas, moi... des tests. Non, ce n'est pas mon problème !*

B : Pour dépister des problèmes d'alcool ou de drogues ?

*Par exemple ! Après, quelqu'un qui me dit qu'il aimerait bien s'arrêter de fumer, je peux le conseiller en disant : « Ça serait bien d'aller en parler à votre médecin traitant, c'est important, etc. »*

De même, elle critique des plaquettes qui ont été éditées dans son service dans le cadre d'un projet sur les risques professionnels dans l'hôtellerie et la restauration, et que certains de ses confrères distribuent aux salariés concernés. Elle m'en lit une partie en faisant ressortir leurs contradictions : les conseils donnés aux salariés concernent des aspects de leur activité qui ne dépendent pas de leur volonté, mais de conditions de travail sur lesquelles ils n'ont pas prise (par exemple : « éviter la station debout prolongée » ou encore « se laver les mains avec du savon surgras » – « ils ne vont pas amener leur savon au travail ! », s'indigne Béatrice).

Contrairement à des conseils émis lors du colloque singulier, la diffusion de conseils de ce type la mettrait en position d'individualiser les risques et les accidents, d'en faire porter la responsabilité aux salariés et à leur hygiène de vie. Au contraire, pour elle, le comportement du salarié vis-à-vis des risques qu'il encoure sur son lieu de travail est indissociable du contexte de sa subordination à l'employeur :

*Quelqu'un qui bosse jusqu'à minuit, je vais pas lui dire de se coucher de bonne heure ! Ça, je peux pas faire... Je peux dire aux gens que c'est pas bon de travailler la nuit. Je le dis aux employeurs, je le dis en CHSCT, que c'est pas physiologique de*

*travailler la nuit. Ça, c'est mon boulot. Après je n'ai pas de solutions. S'ils veulent faire tourner leur truc en 3/8, ils font tourner leur truc en 3/8... Même avec une grosse prime, c'est pas bon pour la santé ! C'est vrai qu'on peut parler pendant des années, mais bon, je crois qu'il ne faut pas se dévoyer, on n'est pas... On a déjà tellement fait en tant que médecins du travail, on ne peut pas tout faire !*

La position défendue ici par Béatrice consiste à refuser de cautionner des conditions de travail pathogènes en administrant des conseils aux salariés pour qu'ils s'en prémunissent au mieux. Les militants du SNPST étendent cette même position à l'activité des IPRP, des infirmières et des AST. Lors d'une rencontre, un des médecins s'écrie qu'il est d'accord pour collaborer avec une infirmière, à condition « qu'on ne lui fasse pas faire les cinq fruits et légumes, faites du sport et attention à votre poids ! »<sup>856</sup>. Ainsi, l'arrivée d'acteurs potentiellement dociles envers leur direction présente, selon ces médecins, des risques en termes de glissement vers des pratiques de santé publique. Ces pratiques, qu'elles visent le *collectif* (« projets » et « programmes ») ou l'*individu* (pratiques de dépistage), ont pour conséquence une responsabilisation de l'individu que leur structure combat.

Sur un positionnement opposé, Guillaume, médecin du travail au SST1, est impliqué dans un projet « addictions ». L'ensemble de sa pratique est centré sur cette problématique. Par exemple, il estime que le contrôle de l'alcoolémie peut faire partie des attributions d'un médecin du travail, et que les services de santé au travail devraient rendre possible des contrôles plus systématiques. La prévention des addictions constitue pour lui une priorité, il choisit donc de ne pas se laisser obnubiler par les problématiques d'emploi en affirmant que cela dépasse sa responsabilité :

*Beaucoup de mes collègues me disent « T'es vachement dur, comme médecin du travail ! ». Je dis « non, je suis pas dur, je suis dans la réalité ». Quelqu'un qui sent l'alcool, je lui fais faire un alcotest. Il n'y a pas d'alcotest dans les services de santé au travail, pour des questions de moyens. Mais je crois que ce n'est pas seulement une question financière, on ne veut pas se mettre en situation d'utiliser un truc qui pose problème. Après, je mets des inaptitudes temporaires, pour les postes de sécurité, les femmes de ménage. On va prendre soin de la personne, l'accompagner, la revoir, mais je mets inapte temporaire, au risque que la personne soit licenciée. Mais ça, c'est la vie ! Chacun sa responsabilité. Ça me paraît plus juste que de faire comme si on n'avait pas vu.*

Guillaume présente ses propres pratiques comme étant subversives : la plupart de ses confrères refusent en effet de se prêter à des dépistages. Pourtant, la prévention des addictions est dans l'air du temps. En effet, lors de la réforme de 2011, elle apparaît explicitement comme une nouvelle mission des services<sup>857</sup>.

---

<sup>856</sup> Observation du congrès national du SNPST, novembre 2011.

<sup>857</sup> La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 ajoute la « prévention des addictions en milieu de travail » comme une mission explicite des services de santé au travail.

Ainsi, le rapprochement de la santé publique se présente comme un terrain glissant pour la santé au travail. Même quand ses propres problématiques sont reconnues par la santé publique (succès dont ses promoteurs se targuent), la nécessité de se calquer sur une méthodologie propre à cette dernière pour être reconnu est susceptible d'évacuer le contexte de subordination propre à la relation salariale. Dans ce contexte, les médecins du travail peuvent se présenter comme des garde-fous, en choisissant d'informer les salariés au cas par cas sans pour autant se faire l'écho de pratiques d'individualisation de la prévention des risques qui reposent sur des dépistages ou la distribution de brochures (c'est le cas de Béatrice). Ils peuvent aussi être des relais actifs de pratiques de « dépistage » en allant plus loin que ce qui leur est demandé par leur service ou par les entreprises adhérentes (c'est le cas de Guillaume).

### ***Encadré 9.2 Le milieu pharmaceutique : un intrus en santé au travail ?***

Le Congrès national de médecine et de santé au travail est le principal rassemblement de la profession. Il prend place dans des locaux très vastes dans lesquels de nombreux stands sont installés, au milieu desquels les médecins déambulent entre deux sessions. Les thématiques à l'honneur sur certains stands sont éloignées de la santé au travail et s'inscrivent davantage dans la médecine de santé publique, voire dans la médecine de soin : c'est le cas des stands promotionnels installés par les laboratoires pharmaceutiques.

Au niveau régional, ce fonctionnement est transposé. Quand l'Institut m'invite à venir présenter des premiers résultats concernant les collaborations entre médecins et infirmières à un congrès régional en novembre 2011, je ne cache pas mon étonnement face au décalage entre le discours ambiant sur les spécificités de la « santé au travail » et la forme et le contenu de ce qui est distribué à chaque participant du congrès, comme en témoigne cet extrait de mon journal de terrain datant du 24 novembre 2011 :

« Ce qui frappe, quand on entre dans le hall de la fac, c'est les stands qui reproduisent en miniature ce qu'on trouve au congrès de médecine du travail : des laboratoires pharmaceutiques qui viennent faire leur pub, des brochures, des trucs gratuits. Dans la mallette, on trouve aussi des brochures distribuées d'emblée et une sorte de compresse. Le laboratoire P. subventionne. J. et moi plaisantons là-dessus et Laurent nous dit qu'ils ont contacté l'institut, que ça les intéressait. Résultat : les mallettes sont aux couleurs de P., avec le logo. Les brochures portent sur tout et n'importe quoi : le tabac, la dysfonction érectile... Ce qui m'étonne encore plus, c'est que pendant la pause, comme le matin en arrivant, les infirmières et les médecins se pressent à ces stands.

Dans les espaces d'attente réservés aux salariés, au sein des locaux des services de santé au travail, je vois aussi fréquemment des brochures diverses. Avant mon entretien avec Sylvie, médecin du travail au SST1, je remarque que la documentation présentée vise principalement les femmes et je l'interroge à ce sujet : ses consœurs et elles choisissent-elles cette documentation à l'attention des salariées ? Elle répond ainsi :

*Ah, mais ça c'est une entreprise qui vient mettre des pubs là, c'est que de la pub des laboratoires, on ne choisit pas du tout. On leur a même dit que ça n'avait rien à voir et qu'on n'en voulait pas, mais ils continuent à nous remplir nos bacs de trucs comme ça !*

Mais pourquoi, qui les autorise ?

*Oh, ben ils doivent avoir un arrangement avec la direction...*

Ainsi, dans les deux cas, les laboratoires pharmaceutiques entrent en contact avec le milieu de la santé au travail pour promouvoir leurs produits. Si les acteurs directement impliqués, notamment les médecins, ne prennent pas cette interférence très au sérieux, à un niveau hiérarchique supérieur (l'organisation des Congrès nationaux, celle du congrès régional en question, et la direction du

service), des acteurs décident d'accepter le principe de cette promotion, et de profiter des avantages qui en découlent (par exemple, la possibilité matérielle de distribuer une mallette à chaque participant lors d'un congrès d'envergure limitée).

## **2. La satisfaction de l'adhérent comme « injonction au professionnalisme »**

### **2.1. Le rejet de la marchandisation : un obstacle à la « pluridisciplinarité » ?**

C'est dans un contexte d'utilisation à visée potentiellement marchande des intervenants « pluridisciplinaires » par leur employeur qu'il faut replacer certaines réticences de médecins du travail à l'égard de ces nouveaux types de personnels. De la même manière que pour la mise en œuvre des collaborations infirmières, les collaborations avec les « assistantes santé travail » font l'objet de prises de positions des médecins qui trahissent des conceptions différentes et conflictuelles des objectifs à poursuivre au sein des services de santé au travail.

Les médecins du travail sont invités, si ce n'est fortement incités, à changer leurs pratiques pour y intégrer les nouveaux acteurs de la « pluridisciplinarité ». Or, le management de la « pluridisciplinarité » touche à celui des médecins du travail. On a vu que derrière les enjeux de division du travail se cachaient des enjeux de management des médecins par leurs directions. Les pratiques médicales ne pouvant pas être directement contrôlées, le management opère *via* le contrôle des pratiques de leurs nouveaux collaborateurs. Dans ce contexte, la pression à mobiliser les IPRP, en particulier quand les actions « pluridisciplinaires » sont susceptibles d'être facturées à leurs entreprises, peut être mal acceptée par les médecins. En entretien, ils me parlent de ce nouveau rôle de « VRP » des actions « pluridisciplinaires » proposées par leur service qu'ils ne souhaitent pas endosser.

Au SST3, Claire, médecin du travail, me raconte que les IPRP qu'elle est censée mobiliser ont l'habitude de présenter « leur catalogue » aux entreprises dans lesquelles ils se déplacent pour une intervention. Introduits dans l'entreprise par le biais d'une action conduite sur la demande du médecin du travail, ils en profiteraient pour proposer d'autres prestations, par la suite facturées à l'entreprise *via* le service de santé au travail. Elle réproouve ces manières de faire, qui la mettent mal à l'aise et la dissuadent de recourir à leurs services :

*Je sais que nous, chez O., quand ils vont dans une entreprise, par exemple pour faire un aménagement de poste pour un salarié ou pour une raison quelconque, ils présentent aussi leur catalogue. C'est des commerciaux. C'est fabuleux, je vous dis : ils mettent les pieds dans une entreprise pour un truc, en même temps ils disent « ah ben on peut vous aider à faire votre document unique d'évaluation des risques, on peut vous aider à faire ci, on peut vous aider à faire ça ». Sauf que les interventions*

*O., elles ne sont pas gratuites, et ils disent à l'entreprise : « Le seul moyen pour vous de ne pas payer c'est de passer par la médecine du travail ». Et puis après, on nous met devant le fait accompli ! L'employeur nous dit : « Voilà, on aimerait bien faire ça avec l'ergonome de O. » ; le médecin du travail a été complètement shunté. Mais seulement, comme c'est le service de santé au travail qui doit payer O., ils sont obligés de passer par nous. C'est pour ça que ça ne va pas ! Et c'est pour ça qu'en CMT, nous on rappelait tout le temps que dans les textes, dans la pluridisciplinarité, c'est le médecin du travail qui est le pivot. Donc, le médecin du travail c'est son entreprise, à la limite c'est lui qui fait appel aux IPRP... mais ce n'est pas aux IPRP d'aller démarcher les entreprises pour faire des actions. Ben ça se passe comme ça.*

Le cas détaillé par Claire représente la quintessence de ce que les médecins impliqués dans des collectifs militants craignent : une marchandisation du secteur de la santé au travail cautionnée par la présence de médecins du travail.

Françoise, médecin inspecteur, exprime son désaccord avec ce type de pratiques. Pour elle, quand les prestations des ergonomes sont payantes, il n'est pas normal qu'elles passent par le biais du médecin car elle les assimile à des pratiques de consultation. Les services de santé au travail profitent du canal obligatoire de l'adhésion pour proposer des prestations payantes aux entreprises. En cela, ils opposent une concurrence déloyale aux cabinets de consultants et se positionnent de manière ambiguë sur deux plans différents : la « santé au travail », telle qu'elle fait l'objet d'une obligation réglementaire d'adhésion à un SST – dont on a vu qu'elle obéissait à une logique dite « commutative » en tant qu'elle engageait les deux partis dans un échange – et la gestion des risques professionnels, qui s'apparente à une prestation de services sur un marché concurrentiel :

*Maintenant là où ce n'est pas net c'est quand on oblige les médecins du travail à travailler avec untel ou untel, qu'il y a des trucs qui... enfin une espèce d'osmose entre les cotisations versées au service de santé au travail par les adhérents et puis l'argent qui passe par des membranes poreuses dans d'autres bourses, ça ce n'est pas normal. Parce que s'ils sont consultants, ben qu'ils soient consultants... Les médecins du travail n'ont pas à être les commerciaux rabatteurs de structures à but lucratif. Ils peuvent conseiller l'employeur en lui disant : « vous devriez faire appel à un ergonome, vous avez le choix ; on en a un en interne dans notre service, c'est compris dans votre cotisation, ou vous en avez des structures externes, point ». Ne pas dire : « ça sera le GIE machin, point ». Non je n'ai pas à dire ça, je fais du rabattage de commercial pour un truc à but lucratif, ce n'est pas mon job de médecin hein.*

La dérive ici décrite, regrettée par bon nombre d'acteurs au-delà des milieux strictement militants, est rendue possible par la loi. La « pluridisciplinarité » prévoit de diversifier les acteurs de la prévention, mais pas obligatoirement de les réunir dans une même organisation. Les médecins du travail, employés par des structures associatives à but non-lucratif, peuvent faire appel à des IPRP embauchés par des « plateformes pluridisciplinaires » dont le statut de « groupement d'intérêt économique » (GIE) dissimule difficilement des objectifs marchands.

Le cadre réglementaire de la « santé au travail » s'avère plus souple que celui de la « médecine du travail » en ce qu'il construit un pan de son activité dans des structures qui sont diversement soumises au contrôle social prévu par la loi<sup>858</sup>.

Les prestations payantes représentent la manifestation la plus aboutie – mais à l'ampleur encore limitée – du changement d'esprit de la prévention des risques professionnels. Le fait, pour les services interentreprises, de poursuivre un objectif premier de satisfaction des employeurs adhérents a d'abord amené l'idée que l'adhésion donne droit à une contrepartie en termes de prestations de services. Cette idée s'incarne aujourd'hui dans une marchandisation, potentielle ou effective, de l'activité menée au sein des services.

## **2.2. Le contexte organisationnel en cause : une « démedicalisation » de la santé au travail ?**

Les médecins, conscients de la dépendance des IPRP et des « AST » à leur hiérarchie, peuvent être réticents à faire appel à eux, voire méfiants vis-à-vis de leurs actions. Béatrice m'explique que ce n'est ni un rejet des personnes, ni de leurs compétences, mais bien de la manière dont elles sont mobilisées dans le cadre de la réforme :

*Attention : je pense que les gens sont pleins de bonne volonté et ils peuvent avoir une sensibilité, sauf qu'ils n'ont pas le choix. C'est une tendance générale. Et ce n'est certainement pas les IPRP qui l'ont demandé. On les utilise pour ça. Il faut bien faire la distinction. On a une assistante santé travail sur le secteur qui est très bien. Sauf que moi, je n'aime pas ce qu'elle fait, parce qu'elle applique les choses qu'on lui demande de faire, alors qu'elle est très concernée et tout, sauf qu'elle n'a pas toujours le choix de ce qu'elle doit faire. Il ne faut pas être dupe de ça : elles sont complètement dépendantes des décisions qui sont prises.*

Le contexte dans lequel ils sont mis en présence crée des rapports conflictuels entre médecins et acteurs « pluridisciplinaires », qu'il n'est pas pertinent d'imputer simplement au corporatisme des médecins et à leurs réticences à partager leur territoire professionnel.

Béatrice poursuit :

*Ce n'est pas aux IPRP que je jette la pierre. C'est ces structures-là qui ne sont pas claires, dont il faudrait clarifier le statut. Les IPRP travaillent avec le médecin du travail dans les services, sinon ils ne travaillent pas plus avec le médecin du travail que n'importe quel cabinet de consultant. Point. Et quand c'est l'employeur qui demande l'intervention directement de ses IPRP, ils traitent ça entre eux, il n'y a pas à faire signer au médecin du travail que... Voilà, qui valide pour qu'il soit rémunéré sur les cotisations des adhérents du service. Ce n'est pas très déontologique. C'est aussi de la concurrence pas très loyale avec des commerciaux dans certains jobs.*

---

<sup>858</sup> On a également vu dans le troisième chapitre que la logique de partenariat supplantait largement la logique de contrôle. Les pouvoirs publics se retrouvent impuissants à éviter une marchandisation de prestations de « santé au travail » dans le cadre d'un système dont ils sont « partenaires ».

Béatrice dépeint une démedicalisation du contenu même du travail du médecin, dont on veut faire un manager, porteur de projets de santé publique ; les services de santé au travail pluridisciplinaires « diluent » le point de vue médical dans une approche tournée avant tout vers la gestion des risques professionnels. Selon elle, si le mode d'organisation « pluridisciplinaire » est présenté comme la seule réponse viable à la pénurie de médecins, d'autres options auraient plus efficacement préservé le point de vue médical sur la santé au travail, malgré le faible nombre de médecins. La réforme a fait basculé la mission de service public rendue par les médecins du travail vers l'esprit d'une prestation de services privée.

*Moi je me disais bêtement : « Peut-être qu'on va finir dans les régions, à être vraiment spécialistes de médecine du travail, qu'on ne verra que des pathologies... » Je n'avais pas prévu qu'on allait être des cautions de services de santé qui allaient faire de la gestion des risques. On voyait bien se profiler une pénurie médicale... Ce n'est pas nouveau. Même quand j'ai fait mes études, il n'y avait déjà plus assez de médecins ! Mais au lieu de finalement reconnaître, en tout cas d'essayer de préserver une expertise médicale de santé au travail, on va la diluer<sup>859</sup> ou la noyer dans autre chose. Et c'est ça qui est triste. Parce qu'on aurait pu aussi sauvegarder une expertise médicale, même avec peu de médecins. On pourrait.*

Depuis qu'elle exerce comme médecin du travail, Béatrice est également syndiquée à la CGT, puis au SNPST. Ce syndicat porte cette idée que des choix politiques en faveur de services de santé au travail moins médicalisés et davantage tournés vers une assistance à la gestion des risques ont été faits, dans un contexte réglementaire qui est à cet égard de plus en plus contraignant pour les entreprises.

---

<sup>859</sup> Les historiens Buzzi *et. al.* s'interrogent de manière similaire dans leur ouvrage sur la possible « dilution » de l'action médicale en milieu de travail par la mutation vers la notion de *santé au travail*. Buzzi Stéphane, Devinck Jean-Claude, Rosental Paul-André, *La santé au travail*, Paris, La Découverte, 2006, p. 8.

### **Encadré 9.3 L'exemple de l'Espagne : les circonstances d'une démedicalisation**

D. La Parra analyse la manière dont l'Espagne a « démedicalisé » la santé au travail, en faisant le « pari » de l' « interdisciplinarité », entre 1995 et 2005<sup>860</sup>.

Les actions propres à la médecine du travail (la surveillance, le contrôle de la santé, les premiers secours et le service d'urgence) y sont élargies à des actions autour de la recherche des causes des accidents, des plans d'urgence et de l'autoprotection (sur le terrain de la sécurité en milieu professionnel), l'étude des agents chimiques, physiques et biologiques (hygiène industrielle), ou les concepts de charge physique et mentale, ergonomie, organisation du travail, stress et autres facteurs psychosociaux (ergonomie et psychosociologie appliquée). L'élargissement du champ couvert par les organismes de prévention est formalisé. La loi détermine quatre types de « spécialités de niveau supérieur ». À une spécialité « sanitaire » (qui comprend médecine du travail et infirmière d'entreprise), s'ajoute la « sécurité en milieu de travail », l' « hygiène industrielle » et l' « ergonomie et psychologie appliquée ».

La formation des praticiens des trois dernières spécialités est réglementée (ils doivent avoir reçu 600 heures de formation minimum, dont 350 heures sont communes) mais elle ne donne pas accès à un titre universitaire reconnu. Au contraire, les organismes de formation se multiplient en dehors de l'université, où le contrôle de la qualité des prestations est peu organisé. Voyant une opportunité professionnelle dans l'évolution réglementaire, beaucoup de jeunes sont formés et le prestige de ces nouveaux métiers en est affecté. Leur taux de chômage est élevé et ils bénéficient d'un niveau de rémunération que l'auteur, sur la base de son enquête, qualifie de « probablement faible ». Ainsi, ces trois spécialités, d'après D. La Parra, « ne correspondent pas à des professions clairement normées et sont incorporées à un marché du travail offrant peu de garanties de protection ».

De plus, si certains services, affiliés aux mutuelles professionnelles, sont des organismes à but non lucratif, d'autres ont une finalité commerciale. Théoriquement, pour être accrédités, les services doivent comprendre au moins un médecin et une personne de chaque autre spécialité, mais avec un médecin et un autre spécialiste, ils peuvent aussi obtenir une accréditation. Dans les faits, les médecins du travail sont rares, et les services offrent des conditions de travail peu favorables à leur embauche. Ainsi, le déficit de médecins aboutit à l'accréditation de services qui n'ont pas de main-d'œuvre médicale. Les services commerciaux sont plus fortement démedicalisés que les services associés aux mutuelles : seuls 44% d'entre eux fonctionnent avec un médecin du travail.

D. La Parra décrit un système peu efficace du fait de sa « démedicalisation ». Pour l'auteur, c'est à la fois les compétences médicales et l'expérience de « préventeurs » des médecins du travail qui manquent aux services. En effet, les médecins étant les acteurs historiques de la santé au travail, ils sont les dépositaires d'une expérience précieuse dans ce domaine, tandis que les autres intervenants, embauchés en nombre, ne bénéficient pas de cette expérience et peuvent rarement l'acquérir auprès de médecins trop peu nombreux.

« Dans quelques cas, les spécialistes en prévention travailleront dans des services issus des anciens services médicaux en entreprise ou des mutuelles, avec des professionnels médecins ayant plus d'expérience. Dans d'autres cas, les spécialistes en prévention devront travailler dans des entreprises nouvellement créées avec peu ou pas de médecins spécialistes, et y développer un travail autonome mais sans aucune expérience et avec peu de moyens humains pour développer un plan de prévention »<sup>861</sup>.

Ici, les propos de D. La Parra font écho à ceux de Béatrice L., médecin au SST5, dont on vient de voir qu'elle craignait qu'une mise en minorité des médecins ne soit dommageable à la transmission de l'expérience des médecins actuellement en exercice, et, *in fine*, aux pratiques de prévention.

<sup>860</sup> La Parra Daniel, « Les transformations des métiers du risque en Espagne, 1995-2005 : de la médecine du travail à la prévention du risque », in Omnès Catherine et Pitti Laure (dir.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXIe siècle. La France au regard des pays voisins*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009.

<sup>861</sup> *Ibid.*, p. 86.

## Section 2 : Vers un élargissement des attributions des services de santé au travail ?

En contre-point des injonctions au professionnalisme d'origine bureaucratique et marchande, la « profession » peut-elle se retrouver en position de « 3<sup>e</sup> logique »<sup>862</sup> ? Les médecins du travail disposent-ils des ressources nécessaires pour résister à ces injonctions ? Dans une première conception, cette question n'a pas lieu d'être : le simple fait d'être médecin confère une « neutralité » qui permet aux médecins du travail de se positionner au-dessus des problématiques de la marchandisation et de la bureaucratisation. Dans une seconde conception, les médecins du travail, pour bénéficier de la force qu'on confère aux « professions » doivent effectuer un travail d'élaboration de règles internes. Quand ils ne le font pas, ils se retrouvent simplement « cibles » des manières d'être professionnel qu'on leur propose.

L'appartenance syndicale ou associative représente une ressource qui aide les médecins du travail à garder un cap en tant que groupe professionnel autonome qui pense ses attributions et ses missions entre pairs. Les médecins sont divisés quant au bien-fondé de l'élargissement de leur champ d'intervention. Ils sont donc plus ou moins susceptibles de se positionner comme des relais de la politique de leur service. Les services emploient aussi une autre main-d'œuvre, dont on a vu qu'elle était, pour plusieurs raisons liées notamment à leur statut, plus docile. Ainsi, la « pluridisciplinarité » faciliterait la mise en œuvre de ces changements. Pourtant, vis-à-vis de tout ce que la « pluridisciplinarité » rend possible, les médecins ne sont pas le seul groupe à être divisé. Les cadres eux-mêmes, et l'équipe de management, peuvent délimiter l'action de leur service selon des principes différents.

### **1. La politique de service comme contexte déterminant**

La politique du SST1 en termes d'élargissement de son domaine d'intervention fait débat. Dans le même service, le discours particulièrement inclusif que porte Thomas, cadre de direction, s'oppose à celui de sa collègue Valérie, responsable de la formation, qui pose la question du sens de l'élargissement des attributions des services de santé au travail.

#### ***1.1. Le positionnement du SST ou comment « marquer son territoire »<sup>863</sup>***

La question des limites à fixer aux prestations « pluridisciplinaires » fait l'objet de

---

<sup>862</sup> Freidson Eliot, *Professionalism, the Third Logic*, Chicago, University of Chicago Press, 2001.

<sup>863</sup> Expression utilisée par Thomas dans l'extrait d'entretien citée ci-après.

débats. Le SST1 est encore en train d'expérimenter des pratiques au moment de notre enquête.

Thomas, cadre de direction, me rapporte ici le discours de son directeur, selon lequel cotisations et missions des services devraient être dissociés : selon lui, les cotisations ne couvrent qu'une partie des missions. Le reste, le « hors forfait », correspond à un monde de nouvelles prestations à offrir aux entreprises, dont les limites ne sont pas fixées.

*Comment harmoniser les pratiques de la pluri experte pour y amener une certaine efficacité ? Une phrase récente de Bruno Maire (le directeur du service) disait que certaines actions appartiennent à la mission des services de santé au travail mais n'entrent pas dans la cotisation de la santé au travail. Donc on devait voir aussi quelles étaient les limites de l'action des services de santé au travail par rapport aux prescriptions qu'on pouvait éventuellement faire. Malgré tout, on n'a pas encore bien défini les limites de ce qui est dans la cotisation ou ce qui ne l'est pas. Donc, selon les services, on verra des pratiques différentes.*

D'après Bruno Maire, le service comprend toute une palette de missions qui vont de missions essentielles – qui correspondent à des prestations couvertes par l'adhésion – à des missions annexes, qui pourront faire l'objet de prestations facturées en sus de l'adhésion.

Au SST1, Julien, un toxicologue, m'explique que dans son domaine, il existe cinq niveaux de prestation. Il estime que parmi ses prestations, 80% sont incluses dans l'adhésion et les 20% restant font l'objet d'une surfacturation. Celle-ci peut correspondre à une simple répercussion de frais d'analyse que le service a engagé. Des frais sont également appliqués, me dit-il, « quand la demande de l'entreprise dénote un intérêt autre que la santé au travail ». Il prend l'exemple de mesures annuelles de poussières qu'un employeur est tenu d'effectuer. D'après Julien, puisque l'employeur cherche avant tout à se conformer à la législation, « il n'y a pas de raison qu'il ne paie pas ».

Dans une étude sociologique portant sur la prévention des risques chimiques (cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques), les auteurs décrivent une situation de tension au sein d'un projet sur les poussières de bois, mené en partenariat entre la DIRECCTE et un service de santé au travail<sup>864</sup>. Le médecin en charge insiste pour que le service intervienne, par l'intermédiaire d'IPRP, pour effectuer des mesures jugées nécessaires. Le médecin inspecteur, en revanche, soutient que ce sont des organismes agréés qui doivent intervenir car ces mesures correspondent à une obligation légale de l'entreprise et sortent des prérogatives d'un service de santé au travail. Dans les argumentaires exposés dans l'ouvrage, on voit que le médecin présente le coût de la mesure comme un obstacle pour les petites menuiseries –

---

<sup>864</sup> Mias Arnaud, Legrand Émilie, Carricaburu Danièle, Féliu François, Jamet Ludovic, *Le travail de prévention. Les relations professionnelles face aux risques cancérogènes*, Toulouse, Octarès, 2013.

elle se place ainsi du point de vue de l'employeur – tandis que le médecin inspecteur précise que les interventions d'un service de santé au travail dans ce domaine ne seraient « pas légales » – et adopte le point de vue de la loi en mettant en avant la concurrence déloyale qu'exercerait le service de santé au travail à l'encontre des organismes agréés qui vivent des prestations d'assistances qu'ils fournissent aux entreprises afin qu'elles s'acquittent de leurs obligations légales.

Ainsi, ce qui fait l'objet d'une surfacturation ne rentre pas dans la mission des services de santé au travail au sens stricte (« dénote un intérêt autre que la santé au travail »). Ces prestations témoignent alors d'un élargissement de cette mission, notamment en direction d'une activité d'assistance à la gestion des risques, dans un objectif de mise en conformité avec la loi. Ainsi, s'éloigner des visites médicales permet d'opérer un revirement culturel vers d'autres types de prestations, mais l'aspect procédurier de l'aptitude est remplacé par d'autres procédures. Les employeurs montrent alors un intérêt à la santé au travail dans le cadre des obligations légales qui leur incombent.

Délimiter le contenu du forfait, mais aussi où s'arrêtent les prestations « hors forfait » pour laisser la place à des interventions de cabinets privés, pose la question des limites des missions des services, qui, pour un chantier potentiellement aussi vaste que celui de la santé au travail, sont repoussées au-delà des missions traditionnellement dévolues aux services. Dans ce cadre, Thomas promeut une conception très inclusive de l'activité des services de santé au travail « pluridisciplinarisés ». Selon lui, la santé au travail est un domaine très large pour lequel les entreprises ont de nombreux besoins. Il témoigne d'abord du souci d'être utile aux entreprises :

*Moi, j'ai envie que ça marche et que l'équipe fonctionne... Et qu'on intervienne dans l'entreprise, qu'on réponde aux... Alors peut être trop... J'ai toujours eu tendance à apporter une réponse à l'entreprise, même si ce n'est pas moi qui apportais la réponse en disant : « ben non, ce n'est plus moi, mais par contre je vois bien ce qu'il vous faut comme compétence... ». À trouver une solution et à être proche de l'entreprise, à l'accompagner et à être conseil. Après, je comprends, il y a des médecins qui n'ont pas envie... Quand on voit tout ce qu'il y a à faire, c'est mieux de ne pas faire grand-chose, hein ! On est plus tranquille. Parce qu'effectivement, c'est sans fin. On peut bosser hein, il y a du boulot !*

Thomas stigmatise les médecins qui ont une vision plus restrictive de l'activité légitime des services en les taxant de nonchalance, tandis que sa conception appelle à l'effort, dans une visée de satisfaction des adhérents. Selon lui, les SST se situent, de fait, sur le marché de la santé au travail, qui est un marché en pleine expansion. À charge pour eux de s'y positionner correctement en marquant leur territoire le plus largement possible afin d'être identifié par les entreprises comme un interlocuteur valable, capable de les assister :

*Il y a beaucoup de sociétés qui viennent marcher sur nos platebandes. Parce qu'on n'est pas présents. Donc, comme dirait ma DRH, **il faut faire pipi partout pour marquer son territoire** (j'ajoute l'emphase)... Moi, il y a des entreprises qui m'appellent... C'est un garage automobile et il y a eu un changement de réglementation pour les climats, et ils nous ont appelé pour avoir l'information ; alors qu'on ne sait pas du tout, on a dit : « là il faut voir avec votre syndicat professionnel ». Mais j'étais content qu'ils aient pensé à nous pour un sujet qui était complètement à côté. C'est bon signe, ils ont compris qu'il fallait nous appeler, et pas que pour des visites médicales.*

Le service est ainsi perçu comme un interlocuteur sur des questions qui n'ont rien de médicales, ce que Thomas assimile à une victoire. Selon lui, le fait de pouvoir offrir une vaste palette de prestations permet d'envisager un avenir aux services de santé au travail, alors que l'aspect médical de leur intervention est à bout de souffle. Il présente cette mutation comme une sorte de crise identitaire que traversent les services de santé au travail, qui peut aboutir à deux situations opposées. D'une part, rester dans une optique de « suivi » (des salariés), ce qui serait probablement sclérosant. D'autre part, se positionner sur le marché de la santé au travail, ce qui permettrait aux services de prospérer, car la demande est très importante :

*Moi je trouve que les entreprises nous attendent sur certains sujets, et c'est un peu difficile de dire « ce n'est pas à nous ». Parce qu'ils nous attendent. Donc c'est parfois... enfin on est en train d'évoluer, il faut qu'on passe le cap et il faut savoir qui on est, finalement, aujourd'hui. Elle n'est pas évidente la réponse, savoir qui on est. Parce que soit on se dit : « on a de moins en moins de médecins, donc on met des infirmières et puis on fait du suivi, auquel cas là on est 500, dans 5 ans, on est 300 ». Soit on se dit : « non, on est une société de services sur le champ de la santé au travail, les risques psychosociaux, enfin on a plein de trucs » ; et peut-être que dans 5 ans on est 800 !*

Selon Thomas, l'intervention de sociétés privées sur des thématiques de santé au travail participe à construire une mauvaise image des services de santé au travail, à les disqualifier. En effet, si leurs prestations de services apparaissent utiles aux entreprises, elles se tourneront vers ces cabinets plutôt que vers les services de santé au travail. Ainsi, il croit à une véritable concurrence entre les cabinets privés et les services de santé au travail. Il prend un exemple précis pour lequel l'absence d'intervention a pour conséquence de libérer la voie à d'autres intervenants :

*Je prends le cas de... voilà, accident mortel, les gens sont à côté et voient le collègue en train de se... le bras déchiété en train de se faire ranimer et puis mort sur place. Bon. Et il y en a qui disent : « ce n'est pas à nous d'intervenir ». Moi je dis que l'entreprise nous appelle, on envoie le psychologue du travail. En fait, on leur dit : « ouais, mais c'est du soin ». Ça se discute hein, ce n'est pas... Qui intervient ? De toute façon, le faire, ils le feront, l'entreprise. C'est ça le problème, c'est que eux ils ont une demande, un besoin, donc eux ils vont y répondre, et ils sont prêts, et ils payent. Donc on peut très bien dire : « non non, ce n'est pas à nous de le faire », et puis c'est des sociétés privées qui le feront. Sauf qu'elles vont le faire, on ne sait pas comment, et d'une. Et deuxièmement : ils vont faire ça et puis après forcément dire : « de toute façon vous, vous ne servez à rien, donc moi je vais faire intervenir cette société-là et puis vous, votre truc j'en ai rien à foutre ».*

Le discours de Thomas, clairement axé sur la prestation de services aux entreprises, mise sur une « efficacité » de l'action des services qui se mesurerait à l'aune de la satisfaction des entreprises adhérentes – satisfaction qui elle-même se mesure à l'aune de la fréquence de leurs recours au service de santé au travail. Ce point de vue est révélateur de l'évolution du SST1, et notamment de la volonté de positionnement de sa direction comme « leader » de la santé au travail. Non seulement le service veut se positionner sur le marché de la santé au travail, mais il a pour objectif de le dominer. Cet objectif est toutefois contesté au sein même de l'équipe de cadres du service, par Valérie, la responsable de la formation.

### ***1.2 Devenir « leader » en santé au travail : un objectif importé du monde marchand***

Lors de notre entretien, Valérie, bien qu'elle soit proche de l'équipe de « management », se montre critique vis-à-vis des évolutions de son service. Ses « interrogations » concernent avant tout l'intrusion d'une logique issue du secteur marchand dans le fonctionnement des services, bien qu'elle ne le formule pas clairement. Ses propos sont isolés : les autres cadres du service n'expriment pas de préoccupations semblables quant à l'avenir des services.

Tout d'abord, d'après elle, la stratégie de service ne décline pas d'objectifs clairs à son activité. Elle reproche à sa direction de négliger le dialogue sur la visée de ces nouvelles méthodes et stratégies et de limiter le débat aux moyens à mettre en œuvre :

*Je ne sais pas trop, finalement, ce que ça veut dire concrètement au quotidien... Moi, en réunion, j'ai posé la question qui fâche, j'ai dit : « Mais finalement, le forfait santé travail, c'est quoi ? Parce que je suis désolée, moi, je pense avoir une compréhension de nos métiers mais je ne comprends pas ce que c'est que le forfait santé travail. Donc je voudrais que quelqu'un m'explique. » Il y a eu un blanc. On m'a dit : « Attends, Valérie, tu ne sais pas ce que c'est ? » Alors je fais : « Non ! J'attends que tu m'expliques ! J'attends que tu me dises ce qu'il y a dedans ! » C'est-à-dire qu'on sort beaucoup de mots, dans la plaquette : le forfait santé travail, les équipes... Et je crois que ça aussi c'est un souci. C'est-à-dire qu'on ne sait pas quel est l'objectif du forfait santé travail, l'objectif des équipes... Parce qu'on dit : « L'objectif des équipes, c'est de répondre au forfait santé travail ! » Mais à partir du moment où l'on ne sait pas ce qu'il y a dans le forfait santé travail, l'objectif des équipes... ça n'en n'est plus un !  
Donc finalement, ce que les gens ont tendance à comprendre, je crois, c'est : on est les leaders. On va être ou on va devenir les leaders de la santé au travail grâce à nos équipes. Voilà ! Et derrière tout ça, on n'a plus qu'à deviner ce qu'on va pouvoir concrètement...*

Pour Valérie, les logiques de rationalisation de l'activité des services, qui se manifestent par une volonté d'évaluation et de traçabilité des actions, peuvent avoir du sens dans un autre contexte, mais n'en ont pas dans le contexte des services de santé au travail. L'évaluation n'est pas possible dans la mesure où le service se positionne comme *conseiller* des

entreprises. Comment alors évaluer les résultats de leurs actions de prévention ? Comment évaluer la manière dont le service aura amélioré ou non les conditions de travail de la zone qu'il couvre, sachant qu'il n'a pas le pouvoir, ni la vocation, d'agir à la place des employeurs ? Les objectifs quantitatifs, qui incitent à mettre en œuvre le plus d'actions « pluridisciplinaires » possibles dans les entreprises, lui posent particulièrement question dans ce contexte :

*Je me suis toujours dit : « On est vraiment « conseillers de », et ce n'est pas à nous d'améliorer les conditions de travail des salariés ». Et c'est pour ça qu'on n'a pas une bonne position, parce que... c'est vraiment de faire en sorte que l'employeur, lui, améliore les conditions de travail de ses salariés.*

*Et là où je me pose encore des questions, c'est vraiment par rapport à notre stratégie en fait, notre projet, de la direction, de dire : « On est les leaders ! » Ça, ça me fait peur ! Parce que être les leaders de la santé au travail, c'est quoi ? Où on va ? Nos objectifs ? Nos priorités ? Est-ce que vraiment on doit faire autant d'actions ? Est-ce qu'on va tout d'un coup calculer un nombre d'actions en entreprises ?*

Les dimensions programmatiques et stratégiques de l'activité menée au sein du SST1 posent problème à Valérie. Elles lui permettent de s'implanter sur le territoire de la « santé au travail », mais à quelle fin ? En formation, elle fait l'expérience du décalage entre un service de santé au travail et une entreprise qui poursuit des objectifs de production ou de vente :

*Ça me fait presque penser à une vision de la grande distribution : « Etre le leader » ! On n'a pas ce fonctionnement-là ! J'ai suivi des formations avec des personnes qui venaient de ces horizons-là, et je me suis rendu compte qu'on ne pouvait pas mettre en place des projets comme ça. On nous apprenait finalement qu'une direction doit proposer un projet, une véritable stratégie ; ça doit être communiqué aux managers qui eux doivent le communiquer à leurs équipes. J'ai fait une formation qui a duré un an, et c'était vachement dur, parce que je devais mettre en place ce que j'avais appris en formation pour construire cette stratégie de formation au sein de l'institut, et j'ai ressenti toutes les difficultés en me disant : « Nous, on n'arrive pas à chiffrer. On n'a pas de résultats, on n'a pas d'objectifs ; notre projet, il fait peur parce que... c'est énorme, quoi ! Être le leader de la santé au travail ! » Et puis voilà, j'étais avec des gens qui avaient des projets qu'ils arrivaient à décliner, et moi je me retrouvais devant une feuille en me disant : « Je n'arrive pas à le décliner ! »*

Selon l'expérience de Valérie, la logique de positionnement sur un marché de la santé au travail, et les moyens en termes de « management » que les services souhaitent se donner dans ce but, sont hors de propos car ils ne peuvent pas être transposés à un secteur non marchand.

La réflexion de Valérie fait écho aux travaux de B. Hibou sur la « bureaucratisation néolibérale », qui, à travers un « gouvernement au résultat et à la performance », « contribue à faire oublier le contexte spécifique dans lequel les termes, concepts, labels et catégories se

déploient et la signification spécifique qu'ils prennent »<sup>865</sup> : le sens des mots en est transformé.

Valérie montre alors de l'empathie vis-à-vis des médecins, dont le métier est transformé *via* l'évolution des services et de leurs « stratégies » et m'avoue qu'elle comprend que ces derniers aient du mal à se positionner vis-à-vis du projet de service.

## **2. Définir son métier dans ce cadre élargi : une gageure pour les médecins du travail**

Dans le contexte organisationnel qui pousse les médecins à élargir leur domaine d'intervention, les médecins du travail se posent la question de la posture à tenir. Ils constatent que les contraintes propres à leur mode d'exercice ne facilitent pas l'application de règles rigides et se retrouvent souvent sur un exercice qu'ils qualifient eux-mêmes de dégradé. D'après leurs discours, les médecins du travail exercent leur travail en fonction de ce qu'ils perçoivent du monde du travail et de ses rapports de force, et de leur manière de s'y positionner.

### ***2.1. Les contraintes de l'entreprise***

La géométrie variable des attributions des médecins du travail est faite d'arrangements des médecins avec leur contexte de travail : l'entreprise. Dans les entretiens, mais aussi lors d'observations, quand j'entends des médecins du travail débattre entre eux de leurs pratiques, je constate une volonté de leur part d'échanger sur le décalage entre ce qu'ils présentent comme étant des activités légitimes et les activités qu'ils se retrouvent en situation de mener. Ainsi, de leur propre aveu, leurs pratiques ne correspondent pas à des pratiques qui devraient idéalement avoir cours dans des services de santé au travail.

Par exemple, Gaëlle sait que son rôle de médecin du travail se situe dans la prévention. Elle va donc tenter de faire comprendre à l'employeur que ses salariés ont besoin de chaussures de sécurité. De guerre lasse, devant son hermétisme, explique-t-elle en réunion, elle s'est mise à regarder les pieds des salariés lors de leur visite d'embauche, pour s'assurer qu'ils ne présentent pas de facteurs aggravant la mise en danger que suppose l'exercice quotidien de leur travail. Elle s'est donc mise dans une posture de sélection.

---

<sup>865</sup> Hibou Béatrice, *La bureaucratisation du monde à l'ère néo-libérale*, Paris, La Découverte, 2012, p. 123.

Dans le cas de Gaëlle, les frontières se définissent dans la discussion avec des confrères. Son discours témoigne d'une posture de doute quant aux limites de son métier, qu'elle partage lors de discussions informelles avec des confrères dont elle est proche. Dans ces discussions, le bien-fondé d'une manière de faire est débattu. Les frontières de l'action d'un médecin du travail ne sont pas données à l'avance mais se construisent chemin faisant. Gaëlle utilise le « nous » pour reprendre à son compte, en tant que médecin, les pratiques d'une de ses consœurs, que pourtant elle n'estime pas forcément adaptées au contexte d'un service de santé au travail. Leur condition apparaît commune : le chantier sur la définition du métier concerne tous les médecins et sa consœur n'est pas la seule à tâtonner.

*Alors parfois, on a un rôle de médiateur, mais on n'est pas vraiment formé non plus, ça c'est quelque chose... Je suis en cours de réflexion, j'ai une collègue qui a un dossier dont on discute beaucoup ensemble et ... il l'amène dans une position où finalement : « est-ce vraiment son rôle de faire cette médiation-là, et jusqu'où doit-elle aller là-dedans?... ».*

*On ne sait pas trop, effectivement... quand on est dedans, nous on fonce, à un moment on est investi... On veut essayer de limiter les dégâts au maximum, mais c'est vrai que je pense qu'à un moment, c'est plus forcément à nous, ou alors... sous une autre forme, « pluri », etc. Enfin, et encore, jusqu'où? Voilà, je pense qu'il y a vraiment encore des choses à réfléchir, à mettre en place.*

Ainsi, la confrontation régulière des médecins, sur le terrain de l'entreprise – dans lesquels ils ne sont pas toujours à l'aise, et parfois en urgence, à la question de « jusqu'où aller » détermine des réponses qui oscillent entre le pragmatisme qu'impose l'action et la désillusion dans laquelle les plongent les rapports de pouvoir dans lesquels ils s'inscrivent.

Dans ce contexte, l'appartenance à des groupes formels (syndicat, association) ou informels (groupes d'amies exerçants dans le même service) apparaît comme une ressource qui permet l'élaboration dynamique et collective d'une posture en dehors des contraintes rencontrées en situation. Pour parvenir à se situer, les médecins du travail suivent des « cap » qui les guident dans leurs pratiques. Ceux qui sont « dépassés » ne mobilisent, dans leur discours, pas d'éléments qui pourraient jouer de rôle de « cap ». Certains discours, qui émanent de médecins qui valorisent leur position professionnelle, témoignent de l'idée que celle-ci suffit à les guider, grâce à une assise scientifique qui dépasse les controverses (cf. positionnement « neutre »). D'autres encore utilisent le groupe comme espace d'élaboration d'un cap centré sur l'assistance aux salariés (le positionnement « engagé »), et qui n'est pas donné une fois pour toutes.

## **2.2. La volonté d'intervenir : quand les médecins vont plus loin que les IPRP**

Les médecins du travail ont des conceptions plus ou moins restrictives des limites des missions d'un service – ou d'un médecin du travail. Certains médecins ont tendance à englober beaucoup d'éléments dans leur pratique, notamment dans le sens de l'assistance à l'employeur, ce qui fait dire à leurs confrères qu'ils vont « trop loin », car ils dépassent leurs missions de prévention : ils suivent le « cap » de la prestation de service, qui peut les amener à effectuer des tâches que les autres ne feraient pas.

Ainsi, si l'arrivée des IPRP permet aux services d'élargir leur champ d'intervention dans le sens de prestations de services aux employeurs, certains médecins eux-mêmes empiètent sur les limites fixées par leurs missions et sont, par certains aspects, plus interventionnistes que les IPRP.

Valérie, responsable de la formation au SST1, affirme que la démarche pédagogique de prévention est davantage portée par les ergonomes que par les médecins. D'après elle, les médecins auraient tendance à entreprendre les démarches de prévention à la place des employeurs, alors que les IPRP, grâce à leur approche « projet », animent une démarche de prévention qui émane de l'entreprise.

*Il y a des médecins qui ont du mal à comprendre que l'ergonome refuse d'intervenir sur la demande initiale. Ils disent : « Ben si ! Il m'a demandé de faire telle et telle étude de poste. Il faut faire ça, quoi ! » Parce qu'effectivement, après, il se rend compte tout de suite qu'il y a quelque chose qui est beaucoup plus important, et là, on est vraiment dans le cadre d'un plan de prévention. Et en plus, la démarche des ergonomes, c'est que l'entreprise s'implique par la mise en place de groupes de pilotage, de groupes de travail. Eux, ils sont plutôt là dans l'animation ; et pour apporter aussi leur savoir-faire. Ils vont les diriger, mais ce n'est pas eux qui vont faire, en fait. Alors que le médecin a souvent tendance à dire : « Il faut que j'arrive, il faut que je fasse ! »...*

La volonté d'apporter des solutions à l'entreprise ressortirait, selon elle, davantage de la mentalité des médecins alors que les ergonomes apportent une démarche, une méthodologie, une sensibilité à la prévention.

Stéphane, ergonome au SST1, va dans le même sens : pour lui, les médecins veulent faire changer les choses « eux-mêmes » et acceptent mal les limites de leur intervention : « pour eux, c'est un risque psychosocial ! », plaisante-il. Il décrit ses techniques de travail, comme des « stratégies » pour faire bouger les choses. Il s'appuie par exemple sur les chiffres fournis par l'entreprise pour mettre en évidence une contrainte physique : l'indicateur de santé construit par le médecin sert moins l'argumentation que les chiffres de productivité. Ainsi, si les ergonomes rentrent dans la logique de l'entreprise, ils utilisent aussi des techniques de subversion.

### 2.3. Le syndicat comme ressource : une réflexion sur les finalités de l'action

Les médecins sont souvent isolés dans leurs pratiques, ce qui ne facilite pas la délimitation de frontières précises au-delà desquelles leur intervention s'arrêterait. L'appartenance à un syndicat ou à d'autres réseaux médicaux donne des ressources argumentatives certaines qui permettent de délimiter ce qui constitue une pratique légitime pour un médecin du travail, même si ce n'est pas une opinion consensuelle.

Pour Béatrice, la diffusion d'informations en vue de la prévention des *accidents du travail*, (notamment sur le risque de chute encouru par les salariés qui se déplacent sur un sol mouillé, ou le risque de coupure encouru par ceux qui manipulent des couteaux tranchants) n'est pas du ressort de la médecine du travail. Elle distingue la santé au travail de la *sécurité* au travail et, selon elle, d'autres institutions, qui ont un rôle d'assureur, peuvent jouer ce rôle de diffusion de consignes de sécurité, qui ne nécessitent pas l'intervention d'un médecin. Le médecin a un rôle de conseil quant aux produits à utiliser, afin que l'employeur ait en main les éléments qui lui permettent de construire un environnement de travail moins pathogène.

*Après, est-ce que c'est à nous, en santé au travail, « service santé au travail », d'aller dire que un sol mouillé c'est accidentogène ? Peut-être aussi que c'est le boulot de la CRAM ? Ou de la CARSAT ?... Accident de travail, c'est pas nous... enfin, c'est pas nous, c'est aussi... Il y a d'autres instances. Je pense qu'il ne faut pas tout mélanger non plus !*

*Par contre que nous, on aille voir des produits, ce qui est utilisé en produits chimiques, parce que les services vétérinaires vont vouloir des trucs qui sont compatibles au contact alimentaire mais qui ne sont pas forcément extraordinaire pour la santé, la peau, au niveau toxico ; là aussi, c'est peut-être notre boulot d'aller voir ce qu'ils utilisent et de dire : « ça, c'est pas génial ou ça, voilà... » Ça, oui ! Je pense que ça, c'est notre boulot aussi. De conseiller à l'employeur et au salarié.*

De plus, comme Béatrice, les médecins les plus militants revendiquent des limites à leur action d'assistance des employeurs sur le versant de la gestion des risques. Selon eux, leur posture de conseiller de l'employeur doit s'arrêter à des questions d'ordre purement médical. Pour le reste, il est de la responsabilité de l'employeur de prendre des décisions en termes de gestion des risques.

Lors d'une rencontre syndicale, les médecins présents insistent sur ces limites de leur exercice et sur leur réticence à faire de la « gestion des risques » à la place des employeurs. L'un d'entre eux fait entendre une opinion un peu dissonante. Il insiste moins sur la nécessité de limiter son action à un conseil médical que sur celle de poursuivre avant tout l'intérêt des salariés et de leur santé. Le jugement de l'intérêt des salariés est selon lui le seul cap que doivent garder les médecins dans leur exercice :

*Pierre : Certains médecins se placent délibérément du côté des employeurs, nient les risques. Mais sinon, il n'est pas scandaleux de collaborer avec les employeurs, si*

*c'est dans l'intérêt des salariés ! Il ne faut pas être dans des positions trop utopistes, sinon on n'avance pas. Par exemple, je suis médecin du travail, je dis « ce produit est cancérigène », je suis un bon médecin, mais si je dis « ce produit est cancérigène et justement on peut trouver sur le marché ce produit non cancérigène qui est très bien pour le remplacer », je suis un mauvais médecin parce que je suis du côté de la gestion des risques ?*

*Christine : je me pose des questions sur la limite, c'est très compliqué<sup>866</sup>.*

Le positionnement de Pierre réconcilie des pratiques « moyennes » de médecins du travail et des pratiques plus militantes. Pour lui, le dénominateur commun ne doit pas être dans un positionnement dogmatique, mais dans la finalité de l'action : la poursuite de l'intérêt des salariés. Dans cette optique, aider les employeurs à protéger leurs salariés, en l'occurrence en leur proposant un produit de substitution à un produit dangereux qu'ils utilisent, fait partie du métier de médecin du travail. La « gestion des risques » est donc, dans une certaine mesure, une des facettes de son activité.

De même, pour d'autres médecins rencontrés dans les milieux militants, la notion d'utilité sociale représente une ressource argumentative importante dans la délimitation de frontières. Par exemple, Béatrice affirme qu'elle priorise ses pratiques en fonction des tâches où elle se sent le plus utile. En l'occurrence, Béatrice, comme beaucoup de ses confrères syndiqués, situe son utilité dans le colloque singulier. Il s'agit de continuer à "voir des gens", afin de pouvoir garder une posture de médecin :

*Et puis dans quoi on pense pouvoir être utiles. C'est vrai que des fois on se pose beaucoup de questions, on se dit finalement... on s'en pose toujours quand on est médecin. Qu'est-ce qu'on fait de bien, de mal ?*

*Bon, des fois, on a une petite satisfaction, justement, de voir des gens qui viennent et qui déballent tout alors que ce n'était pas forcément prévu et de voir des gens qui étaient vraiment sur le fil du rasoir. Ça m'est arrivé quelques fois d'avoir l'espoir qu'on est peut-être intervenus au bon moment et que ça aurait pu être plus grave, après. Et ça, je pense qu'on y arrive quand même. Moi, je crois vraiment qu'il y a quand même des situations où on peut être aussi « sentinelles »... On peut le faire, ça ! On peut le faire mais à condition de rester dans son positionnement de médecin, de voir des gens. Je crois que c'est vraiment très, très, important...*

Les exemples de Pierre et de Béatrice suggèrent qu'on ne peut pas définir une fois pour toutes les frontières de l'action légitime du médecin du travail. C'est en situation qu'ils définissent leur posture professionnelle, qui est aussi une posture morale – l'important, pour tous les deux, étant que cette posture ne soit pas dictée par l'employeur mais qu'elle reste à la discrétion du médecin.

Dans les milieux militants, les débats servent souvent à conforter un médecin dans le choix d'une pratique ou d'un positionnement inconfortable vis-à-vis de ses confrères ou de sa

---

<sup>866</sup> Ces propos sont extraits de mon journal de terrain du 19 novembre 2011, soient le fruit de la transcription d'une prise de note extensive lors du congrès du SNPST, mais moins compréhensive que si la rencontre avait été enregistrée.

hiérarchie. Quand les positions théoriques deviennent trop difficiles à tenir, trop rigides, ils peuvent s'orienter grâce à la prépondérance de leur objectif final : celui de protéger la santé des salariés. Le syndicat apparaît ainsi comme le dernier bastion de l'élaboration d'une « logique professionnelle » en réaction aux injonctions externes. En l'absence de cette « boussole »<sup>867</sup>, certains médecins du travail ont du mal à savoir dans quelle direction aller et se tournent alors vers des pratiques dont ils ne sont pas satisfaits.

### Section 3 : Organiser la diversité des discours vis-à-vis de la « pluridisciplinarité »

Le groupe professionnel des médecins du travail frappe par la grande hétérogénéité de ses membres et de leurs pratiques. C'est une carrière que ses praticiens embrassent pour des raisons diverses et qu'ils mènent différemment. Les sociologues se sont déjà heurtés à la diversité des médecins du travail dans leur analyse du groupe professionnel et de son activité. Ils ont pu la rapprocher de différentes conceptions de la médecine comme science<sup>868</sup>, l'imputer à des profils sociologiques éclatés<sup>869</sup>, à différentes manières d'incorporer les contraintes liées à l'exercice salarié<sup>870</sup> ou encore à la diversité des références disciplinaires possibles et des manières de les convoquer dans leur exercice<sup>871</sup>.

La « pluridisciplinarité » entraîne des réactions diverses que l'on peut rapprocher d'autres principes organisateurs de la diversité des pratiques. Ces réactions s'avèrent révélatrices d'un certain rapport des médecins à leur métier. Ainsi, en identifiant des traits communs dans les discours des médecins qui présentent des réactions similaires à la « pluridisciplinarité », cette section permettra de mettre en évidence plusieurs types de registres argumentatifs cohérents.

---

<sup>867</sup> Un médecin rencontré informellement utilise le terme de « boussole » quand elle explique à quel point les échanges entre pairs, au sein de ces collectifs militants, l'aident à « orienter » sa pratique. Ce point de vue n'est pas isolé et les médecins rencontrés dans le cadre militant expriment souvent l'idée d'une assistance mutuelle qui leur est précieuse.

<sup>868</sup> Dodier Nicolas, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993.

<sup>869</sup> Piotet Françoise, « Médecins du travail », in Piotet Françoise (dir.) *La révolution des métiers*, Paris, PUF, p. 291-316.

<sup>870</sup> Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire ? Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France 1970-2010)*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 2011

<sup>871</sup> Gilles Marion, *Compter pour peser ? La quantification de la « santé au travail » en entreprises : entre institutionnalisation et ambiguïtés conceptuelles*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 2013

## 1. Les médecins du travail : un groupe aux pratiques hétérogènes

### 1.1. Les sociologues face à la diversité des médecins du travail

On l'a vu, la médecine du travail s'est forgée sur la base de diverses disciplines. De plus, ses missions sont nombreuses et les médecins rencontrent, au quotidien, différents enjeux de prévention. Que faire face à cette diversité de pratiques et de positionnements des médecins ?

L'histoire de la spécialité permet de voir la diversité des références pour la pratique de la médecine du travail comme une conséquence de la diversité de ses missions actuelles et passées. En effet, différentes missions officielles des médecins du travail se sont succédées dans le temps, dont des survivances demeurent. C'est par exemple le cas de la procédure d'aptitude, mesure phare d'un système officiellement révolu de sélection de la main-d'œuvre, qui n'en reste pas moins un élément central du système actuel, pourtant explicitement axé sur la prévention<sup>872</sup>. Que disent les sociologues qui se sont penchés sur la question ?

N. Dodier, en récusant l'approche dualiste qui distinguait, au sein de l'expertise médicale, les éléments internes au jugement médical des éléments externes, se donne au contraire pour objectif de comprendre cette expertise en partant de l'observation de « combinaisons et de tensions qui naissent de l'hétérogénéité des modèles de références »<sup>873</sup>. Il choisit alors d'observer les médecins du travail dans l'élaboration de leurs jugements médicaux. En constatant que les CHSCT sont des « montages complexes », « instances paritaires qui traitent de problèmes techniques », il affirme que :

« Le fait d'avoir à siéger régulièrement dans ce genre d'instances, et donc de se forger, progressivement et au fil des séances, une position dans l'arène, oblige les acteurs à se constituer une doctrine de l'objectivité et à trouver des outils pour la mettre en œuvre »<sup>874</sup>.

Selon lui, le médecin peut s'y positionner comme un « expert au service d'une cause ». Dans ce cas, véritable « avocat scientifique de l'impératif de santé dans l'entreprise », il cherche les sources scientifiques qui vont dans le sens de sa cause pour convaincre les employeurs. Il peut

---

<sup>872</sup> L'optique de sélection prend aussi des tours plus concrets, quand un décret du 1er février 2001 prévoit un certificat obligatoire de « non-contre-indication » à l'exposition à des agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques, soient toxiques pour la reproduction (CMR), établi par le médecin du travail. Dans une visée néo-eugéniste, les médecins doivent évaluer le surplus de risque que prend un travailleur donné, compte tenu d'éléments d'ordre génétique, comportemental et historique.

<sup>873</sup> Dodier Nicolas, *L'expertise médicale*, op. cit., p. 28

<sup>874</sup> *Ibid.*, p. 273

aussi s'y positionner comme un « expert neutre » (ou « magistrat du savoir »). Il cherchera alors à produire le consensus et aura besoin d'une réglementation sur laquelle s'appuyer<sup>875</sup>.

Deux conceptions de la médecine comme science apparaissent ici : dans la première, la science est engagée au service d'une cause, et dans la seconde, elle est dans une posture de surplomb vis-à-vis des enjeux sociaux. Ces deux positionnements, s'ils n'épuisent pas l'étendue des réactions possibles, peuvent contribuer à expliciter le rapport des médecins à la « pluridisciplinarité ».

F. Piotet, au milieu des années 1990, élabore une typologie sur la base des représentations des médecins du travail de leur propre métier : il en ressort un médecin « spécialiste en humanité », un médecin « spécialiste en conditions de travail », et un « salarié comme les autres ». Les deux premières catégories sont subdivisées, faisant apparaître des profils très hétéroclites à l'intérieur d'une même catégorie<sup>876</sup> : le classement y perd de l'intérêt.

Des recherches plus récentes insistent sur la grande diversité des héritages, et donc des références possibles, de la médecine du travail.

Dans sa thèse, P. Marichalar présente l'apport des études sociologiques antérieures sur la médecine du travail en leur attribuant l'intérêt d'avoir fait ressortir une « pluralité de métiers possibles »<sup>877</sup>. Selon ses propres conclusions, ces différentes manières d'exercer son métier, pour un médecin du travail, sont dues au contexte d'exercice et notamment aux contraintes que suppose le statut de salarié et aux manières qu'ont les médecins de les intérioriser. Pour le démontrer, il s'appuie sur des cas divers qui mettent en exergue les questions d'autonomie et de dépendance des médecins du travail. Ainsi, il ne présente pas de typologie susceptible d'organiser cette diversité de pratiques : le propos n'est pas de mettre en évidence plusieurs types de médecins ou de pratiques médicales mais bien de rendre visibles les différents rapports à l'autonomie professionnelle dans le contexte contraint de l'exercice de la médecine du travail.

M. Gilles, sur son propre terrain (soit dans des services autonomes de santé au travail, au sein d'entreprises de taille importante) s'est retrouvée confrontée à un « éclatement des références méthodologiques et théoriques »<sup>878</sup> de la médecine du travail, qui, selon elle, serait dû à une absence de consensus sur l'orientation à lui donner. Elle cite : « physiologie,

---

<sup>875</sup> *Ibid.*, pp. 274-282

<sup>876</sup> Ainsi, le « spécialiste en condition de travail » peut s'avérer « DRH » ou « militant ». La logique de distinction des trois types de médecins du travail ne prend manifestement pas en compte ce qui sépare ces deux profils.

<sup>877</sup> Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire ?*, op. cit., p. 25.

<sup>878</sup> Gilles Marion, *Compter pour peser ?*, op. cit., p. 105.

hygiénisme industriel, ergonomie, épidémiologie, psychodynamique du travail, psychopathologie, clinique du travail »<sup>879</sup> comme autant de références potentielles pour les médecins, vers lesquelles ils s'orientent en fonction de leurs trajectoires et de leur conception de la science et de leur rôle de médecin. Selon M. Gilles, cette diversité laisse une marge de manœuvre aux médecins dans leur exercice. Ils réinventent leur métier à travers une mobilisation qui leur est propre d'un ensemble d'outils et de repères. Les médecins du travail peuvent notamment, du fait de la pluralité des injonctions, utiliser différents modes de priorisation des tâches en fonction de leur représentation de leur métier. En démontrant que la diversité des références constitue une ressource d'action pour les médecins du travail, M. Gilles met en avant des « luttes définitionnelles »<sup>880</sup> autour des catégories statistiques mais renonce à formaliser dans une typologie la diversité des positionnements qui s'affrontent.

Ainsi, l'hétérogénéité des pratiques des médecins du travail a été plusieurs fois constatée et étudiée par la sociologie et montre qu'il existe potentiellement plusieurs manières de faire sens de la diversité des pratiques, et des positionnements, des médecins du travail. La confusion apparente des médecins du travail face aux exigences de leur métier suggère un bricolage permanent. Chez leurs nouveaux collaborateurs, l'impression que chaque médecin travaille différemment vient renforcer ce constat de diversité des pratiques.

Je voudrais ici mettre en valeur l'originalité de mes données liées à la diffusion et à la réception de la « pluridisciplinarité ». Pour cela, la conception des enjeux de la médecine du travail par ses praticiens s'est avérée être un principe susceptible d'organiser leurs positionnements. En effet, confrontés à une évolution législative de leur métier, les médecins semblaient mobiliser plusieurs imaginaires différents pour s'opposer ou, au contraire, adhérer, aux changements proposés ou mis en œuvre. J'ai ici synthétisé mes données pour soutenir les analyses préalables, construites à partir de descriptions de situations de terrain<sup>881</sup>.

## ***1.2. Différentes conceptions des missions et de leurs enjeux***

Les médecins du travail n'obéissent pas à un principe d'organisation du travail qui leur serait commun. Est-ce à dire que leurs pratiques sont aléatoires ? Les données recueillies

---

<sup>879</sup> *Ibid.*, *loc. cit.*

<sup>880</sup> *Ibid.*

<sup>881</sup> Je m'inscris ici dans la réflexion de D. Demazière quant à la nécessité, pour l'analyse sociologique, de privilégier la description sur le classement. C'est dans cet esprit que je présenterai un profil incarné pour chaque « type » proposé. Demazière Didier, « Typologie et description. À propos de l'intelligibilité des expériences vécues », *Sociologie*, vol. 4, n°3, 2013, p. 333-347.

consistent principalement en des discours sur la « pluridisciplinarité » et des observations de situations de confrontation de médecins avec d'autres types d'acteurs. Ces données permettent de construire une cartographie à partir des différentes argumentations portant sur les enjeux du métier de médecin du travail dans la « pluridisciplinarité » : moins que des « types », ce sont des « positionnements » qui sont construits par les arguments utilisés. Ces positionnements lient des éléments descriptifs de la réaction des acteurs à la « pluridisciplinarité » (favorable ou pas, plutôt quel type d'acteur) et d'autres caractéristiques qui tiennent à leur manière d'envisager leur métier (objectif visé, mode opératoire privilégié).

Les multiples facettes du métier de médecins du travail font apparaître trois versions idéal-typiques des enjeux de cette activité. Dans la première, le contexte de l'entreprise est neutre. La médecine du travail se présente alors comme une médecine de santé publique, indépendante des conflits sociaux. Le « cœur de métier » se situe autour des pathologies, ou de l'épidémiologie : le médecin se retire vers des attributions médicales « pures ». Cette conception des enjeux de la santé au travail permet de distinguer deux positionnements : un premier reposant sur l'idée de neutralité scientifique (**positionnement « neutre »**) et un second reposant sur la légitimité de l'action publique et de ses modes d'action (**positionnement « programmatique »**).

Dans la seconde, le contexte est déterminant : la médecine du travail est alors une affaire de relations professionnelles, de négociations sociales. La santé au travail est pensée dans le cadre de conflits sociaux. Le « cœur de métier » réside alors dans une négociation avec l'employeur et dans une vigilance quant à ses possibles abus de pouvoir, la relation salarié/ employeur étant caractérisée par son asymétrie. Les médecins doivent alors faire contrepoids en se positionnant comme « VRP de la santé des salariés », par leur présence vigilante en CHSCT, l'écriture de courriers d'alerte, ou encore la déclaration d'inaptitude. Cette conception de la santé au travail amène **un positionnement « engagé »** des médecins du travail qui la portent.

Enfin, dans la troisième, la médecine du travail représente un coût pour les employeurs. Pour le médecin, l'enjeu est alors de proposer une contrepartie aux sommes que les entreprises dépensent pour adhérer à un service inter-entreprises. Sa légitimité repose alors sur une utilité sociale mesurée à l'aune de la satisfaction des entreprises adhérentes. Cette conception se concrétise dans un positionnement **en « prestataire de service »**.

Les médecins du travail, dans leur exercice, sont tiraillés entre ces trois modèles et leurs discours témoignent tour à tour d'une volonté de croire au premier modèle, d'y souscrire, et

de la mise à l'épreuve que constituent le second ou le troisième pour eux, dans leur quotidien professionnel.

Le dernier positionnement identifié se présente au contraire comme la conséquence de l'absence de grande ligne directrice pour l'action. Il est porté par des acteurs qui se disent « dépassés » par les enjeux de l'exercice de médecine du travail.

## **2. Les positionnements des acteurs face à la « pluridisciplinarité »**

### ***2.1. Illustration des positionnements distingués***

Pour une illustration des positionnements distingués, le lecteur peut se référer au tableau en annexe 4.

Le choix de distinguer des positionnements – et non des types de médecins du travail ou d'acteurs – présente l'avantage de ne pas les essentialiser : ils peuvent se déplacer dans le temps, au cours de la trajectoire professionnelle, alors que des types de médecins, qui auraient été attachés à des caractéristiques socio-culturelles précises, auraient été plus fixes.

Ce choix présente donc aussi l'inconvénient de minimiser les déterminismes sociaux en oblitérant les caractéristiques sociologiques des acteurs ainsi « positionnés ». Ces caractéristiques sociologiques seront ici réintroduites, d'une part, en développant les traits principaux des tenants de chaque positionnement, leur appartenance institutionnelle, leur genre, leur origine sociale, par exemple, et, d'autre part, en illustrant chaque position par le profil d'une personne rencontrée en entretien. Ainsi, les caractéristiques sociologiques apparaissent moins comme des « facteurs » du positionnement, qui, à ce titre, feraient partie intégrante du mode de classification choisi, que comme des éléments susceptibles d'éclairer ces positionnements, d'en donner une vision plus complète et plus incarnée.

### ***2.2. Le positionnement « neutre »***

J'ai pu distinguer ce positionnement des autres par une attention à la forme même de l'entretien. J'ai en effet rencontré deux types de situations. Dans la première, les médecins rencontrés profitent de l'entretien pour réfléchir à leurs pratiques, à leurs conditions de travail, et à leurs rapports avec les autres groupes professionnels. C'est également une occasion pour eux de mettre en récit leur expérience professionnelle, aussi bien au niveau de leur parcours que de certains cas problématiques rencontrés qu'ils me détaillent. Au terme de l'entretien, ils

se disent reconnaissants de ce moment passé ensemble. Dans l'autre, les médecins se présentent comme des personnes ressources qui peuvent m'apporter des informations utiles et ne rentrent pas dans la mise en récit de leur expérience, ni dans les détails de cas précis. Leur objectif est de me donner des informations factuelles et objectives, de m'expliquer comment les choses se passent. Ils refusent la réflexivité que suppose la démarche d'entretien sociologique.

Ce dernier cas de figure correspond au positionnement que j'ai appelé « neutre ». Le contenu des entretiens vient confirmer le positionnement « neutre » des acteurs qui se présentent ainsi. Ils diffusent en effet une conception de la science à la fois « unifiée » – comme celle des « experts neutres » de N. Dodier<sup>882</sup> – et unifiante : la médecine est une science exacte et les conflits qui traversent la médecine du travail sont des anomalies. Ainsi, mes questions sur les pratiques reçoivent des réponses tautologiques : « comment faire son travail de médecin du travail ? – En restant dans sa posture de médecin ! » La « posture de médecin » représente une solution aux errements de la profession : seuls ceux qui s'en éloignent sont en difficulté.

Dans l'histoire du groupe professionnel des médecins du travail, ce positionnement s'inscrit donc à la suite de la physiologie du travail dans sa poursuite et sa revendication d'une « neutralité » médicale à même d'arbitrer les conflits de classes<sup>883</sup>.

J'ai rencontré ce positionnement à l'hôpital, chez un médecin hospitalo-universitaire et une des responsables de la consultation « psychopathologie professionnelle » (Odile et Patricia), et chez un médecin du travail exerçant dans une institution de prévention. Les professeurs de médecine du travail que j'ai rencontrés le mobilisent également ponctuellement, par exemple pour comparer l'exercice de la médecine du travail à d'autres formes d'exercices médicaux, et la « pluridisciplinarité » aux collaborations qui se font à l'hôpital. Ils témoignent ainsi de leur volonté de s'inscrire pleinement dans le groupe professionnel des médecins, ce qui rappelle les « blouses blanches » qu'E. Draper a identifié dans la médecine d'entreprise américaine<sup>884</sup>. Le contexte étant considéré comme impur, il faut le neutraliser pour agir comme un « vrai médecin ». Ainsi, ils promeuvent une conception de la médecine du travail qui se rapproche d'autres spécialités qui, à première vue, font face à moins de contingences contextuelles<sup>885</sup>.

Les médecins du travail exerçant en service inter-entreprises sont en général porteurs

---

<sup>882</sup> Dodier Nicolas, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993.

<sup>883</sup> Cf. Buzzi Stéphane, *et al.*, *La santé au travail*, *op. cit.* Les auteurs décrivent P. Mazel et J. Leclerc comme les instigateurs d'une physiologie du travail qui pourrait arbitrer les conflits du travail.

<sup>884</sup> Draper Elaine, *The company doctor. Risk, responsibility and corporate professionalism*, New York, Russel Sage Foundation, 2003.

<sup>885</sup> Dodier Nicolas, *L'expertise médicale*, *op. cit.*

d'une vision pragmatique de la médecine et de ses applications en milieu de travail assez éloignée du positionnement « neutre ». Cependant, dans le cadre des conflits de territoires liés à la mise en œuvre de la « pluridisciplinarité », ils mobilisent des arguments relevant de ce positionnement. Par exemple, les discours des professeurs de médecine du travail sur le médecin « pivot » s'appuient sur une conception des médecins comme seuls acteurs en position de maîtriser la situation globale (déjà rencontrée chez le Dr. Theil<sup>886</sup>). La « pluridisciplinarité » conçue comme une manière de recentrer l'exercice du médecin du travail sur son « cœur de métier », tandis que les autres groupes professionnels prennent en charge les aspects périphériques et non strictement « médicaux » émane aussi de ce registre d'argumentation.

### **Odile et Patricia**

Odile est enseignante en pathologie professionnelle et médecin du travail du personnel hospitalier, elle a une cinquantaine d'année. Patricia a environ 35 ans. C'est au terme de son clinicat, qu'elle a été embauchée comme médecin du travail à l'hôpital par Odile. Elle assure aussi des consultations hospitalières de psychopathologie professionnelle.

Toutes deux acceptent de me rencontrer au terme d'un échange téléphonique, mais font partie de ces rares médecins avec lesquels je n'ai pas eu d'échanges informels. Dans les deux cas, quand j'arrive sur leur lieu de consultation pour notre entretien, la secrétaire me dirige vers la salle d'attente. En s'approchant de moi, elles ont toutes les deux la même réaction : elles m'appellent comme elles appelleraient des salariés qui attendent pour une consultation médicale, sur un ton à la fois clair et haut perché « Madame Barlet ! », ce qu'aucun médecin rencontré en service interentreprises n'a fait. Elles portent également une blouse blanche.

Les deux entretiens présentent d'autres similarités dans la forme : Odile et Patricia répondent à mes questions en renâclant à se mettre dans une position d'enquêtées. Ainsi, après m'avoir demandé en quoi elle pourrait m'être utile, Patricia se positionne uniquement comme une assistance potentielle à ma recherche. Odile, quant à elle, coupe souvent court à mes questionnements : pour elle, il n'y a qu'une seule manière de faire son métier de médecin. Il suffit à ses yeux de suivre une « éthique » médicale pour rester « droit dans ses bottes ». La sociologie qualitative en elle-même apparaît faible et peu légitime au regard de la force qu'Odile prête à l'objectivité scientifique de sa discipline, indiscutable<sup>887</sup>. Ainsi, cette objectivité médicale qu'elle poursuit discrédite mes questionnements sur

---

<sup>886</sup> Voir en infra, encadré 4.1 « Quand la médecine impose sa supériorité vis-à-vis des autres disciplines en santé au travail ». Le Bianic Thomas, *Les « ingénieurs des âmes ». Savoirs académiques, professionnalisation et pratiques des psychologues du travail de l'entre-deux-guerres à nos jours*, Thèse de doctorat de Sociologie, Université d'Aix-en-Provence, 2005, pp. 247-248.

<sup>887</sup> Il est notable que je ne me sois sentie assez à l'aise ni avec Odile, ni avec Patricia, pour leur poser des questions qui préciseraient leurs origines sociales, je n'ai donc pas d'information à ce sujet, ce que je regrette. On pourrait supposer que leur attitude indique un sentiment de supériorité sociale nourri, par exemple, par leur appartenance à une lignée de médecins. Mais elle pourrait également être interprétée comme un comportement défensif caractéristique de médecins d'origine modeste, qui, pour compenser leur sentiment d'imposture, investissent davantage les attributs symboliques de la profession.

les potentielles différences de positionnements, et ne permet pas d'amorcer une discussion<sup>888</sup>.

Odile et Patricia exercent à l'hôpital et sont confrontées quotidiennement à des médecins mais aussi à d'autres métiers qu'elles peuvent situer dans une hiérarchie des métiers médicaux (infirmières, aides-soignantes) : cela peut contribuer à leur faire garder en tête la nécessité de se positionner avant tout comme médecin pour asseoir leur position à l'hôpital.

### **2.3. Le positionnement « programmatique »**

Le second positionnement, que l'on qualifiera de « programmatique », est surtout porté par les acteurs que j'ai rencontrés dans les institutions régionales, ou à l'Université. Ceux-ci souhaitent valoriser la médecine du travail en l'inscrivant dans des programmes de prévention émanant de l'action publique. Cette approche est réformatrice : il s'agit de reprendre les commandes d'une médecine du travail perçue comme trop dispersée, dans laquelle les médecins ont trop de marge de manœuvre, afin qu'elle ne s'oriente ni vers le soin, ni vers le suivi d'aptitude. Elle constitue un espoir de salut pour la médecine du travail, qui jouerait notamment sur son image.

Le suivi individuel est stigmatisé par ses promoteurs : assimilé à l'aptitude, il est perçu comme un mal nécessaire qu'il s'agit de limiter. Pour cela, les infirmières peuvent prendre le relais, mais le médecin doit endosser un rôle de pilote de projets et d'« actions » de santé au travail. Dans ce contexte, les actions des médecins comme celles des IPRP ont d'autant plus de poids qu'elles peuvent être tracées et évaluées. Il s'agit de mettre enfin en visibilité les possibilités d'action de la « santé travail » aux yeux du public et de pouvoir rendre compte de son efficacité. Dans la région étudiée, beaucoup de médecins rencontrés, en service interentreprises ou ailleurs, en réfèrent à ce type de justification de l'évolution de la médecine du travail, qui est perçu comme une « modernisation ».

#### **Laurent**

Laurent entre à l'Institut comme chargé de projet alors qu'il est en train d'effectuer une thèse en science politique, pour des raisons qu'il qualifie d'« alimentaires » : il doit subvenir aux besoins de sa jeune famille. Il met à ce moment-là sa thèse entre parenthèse, puis la rédige en parallèle et fini par la soutenir quelques années avant notre rencontre. L'Institut ne fournit pas d'expertise en tant que telle mais porte des projets et obtient leur financement, puis accompagne leur déroulement par une fonction de conduite de projet. Il a d'abord été mobilisé sur un projet dans lequel il accompagnait des médecins

<sup>888</sup> Cette situation d'enquête nous rappelle, dans une moindre mesure, l'analyse qu'a proposé M. Darmon du « refus de terrain » que lui opposent certains psychiatres qu'elle a sollicité dans le cadre de sa recherche de thèse sur l'anorexie. Pour l'un d'entre eux, la médecine surpasse largement la sociologie en termes de rigueur et de scientificité, l'enquêtrice est donc peu crédible à ses yeux. Darmon Muriel, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, n°58, vol. 1, 2005, pp. 98-112.

du travail sur une thématique spécifique, puis il se positionne progressivement sur davantage de projets et de missions de l'Institut et acquiert enfin le titre plus général de « chargé de missions ».

Bien qu'y étant arrivé par hasard, me dit-il, il se passionne pour les problématiques de santé au travail et a le sentiment qu'il peut, à ce poste, servir d'une manière qui lui convient l'« intérêt général ». Sa mission de « valoriser la santé au travail » se confond bien vite avec un travail de promotion de l'Institut et de son action et de celle du professeur F., qui le dirige. Il promeut ainsi avec ferveur ce qu'il identifie comme étant une « école régionale » de la santé au travail, et notamment l'approche « projets » et la mise en œuvre de la « pluridisciplinarité ». Il est fier du rayonnement de son organisation au-delà du cadre de la région, dont il est un artisan. Il met en effet en œuvre une communication émanant de l'Institut qui couvre le domaine de la santé au travail de façon générale et a une portée nationale (*via* un site internet).

Il embrasse les aspects politiques et stratégiques de sa mission au sein de l'Institut. Il est par exemple un artisan du rapprochement de la santé au travail et de la santé publique, et acquiert une connaissance des rouages des institutions et de leur fonctionnement par « priorités ». Il est conscient qu'il appartient à un réseau qui pousse le professeur F. et ses idées mais affirme que celles-ci ne sont pas figées et sont susceptibles d'évoluer : il ne s'agit pas d'un modèle qui s'imposerait à tous mais de la défense d'une réflexion qui est toujours en train de s'« affiner ».

Son discours laisse entendre une ouverture à ma recherche, à mes questionnements sur ce réseau régional. Cependant, suite à notre entretien, il se raidit et contrôle sa parole en ma présence. Nous n'avons donc eu que très peu de contacts ou discussions informelles, malgré les occasions.

#### **2.4. Le positionnement « engagé »**

Le troisième type de positionnement, que j'ai qualifié d'« engagé », n'émane pas uniquement d'acteurs s'inscrivant dans des collectifs militants. Cet adjectif serait probablement récusé par certains médecins qui mobilisent cet argumentaire, du fait de leur inscription assumée à droite de l'échiquier politique (« Je ne suis pas un rouge, loin de là ! »).

Cependant, cet argumentaire témoigne, chez les acteurs qui y ont recours, d'une priorité d'action explicitement mise du côté de la protection de la santé des salariés. Pour cela, ils s'inscrivent délibérément dans des négociations, voire des conflits, au sein de l'entreprise. Ce positionnement peut être tenu par des médecins. Dans ce cas, ils privilégient un rôle d'alerte, qu'ils jouent par exemple en CHSCT et en écrivant des courriers aux employeurs. Ce rôle d'alerte s'appuie sur les cas qu'ils rencontrent en consultation individuelle, d'où l'attachement de ces médecins au colloque singulier. Mais il peut également être tenu par des acteurs qui interviennent au niveau collectif. Une ergonome rencontrée dans une institution de prévention insiste également sur les aspects de « conflit social » de son métier : sa priorité est alors d'« outiller les CHSCT » pour équilibrer la balance de pouvoir entre les employeurs et les salariés.

Les membres du SNPST, de l'association E-Pairs, et de l'A-SMT comprennent proportionnellement plus d'hommes que la population globale de médecins du travail. Cependant, j'ai choisi de mettre en exergue le profil de Jeanne pour montrer que cet

engagement, et l'entrée dans la médecine du travail par conviction politique, n'étaient pas simplement le fait d'hommes et étaient compatibles avec une trajectoire de femme médecin.

### **Jeanne**

Jeanne est un médecin d'une soixantaine d'année qui vient d'un milieu ouvrier et rural dont elle dit qu'il lui a donné envie de se tourner vers la médecine du travail « par conviction politique », et par intérêt pour le monde du travail et « la santé des travailleurs ». Lors de ses études de médecine, une grossesse l'empêche pourtant de passer le concours de médecine du travail, duquel elle sera finalement, par la suite, plusieurs fois recalée. Elle se retrouve alors, au terme de remplacements et parallèlement à une vie de famille, à exercer en libéral dans une autre spécialité, la pédiatrie. Au moment du départ en retraite de son associée, en 2002, elle décide de faire une formation de reconversion vers la médecine du travail et trouve alors très facilement du travail dans un service interentreprises de santé au travail. Elle avait entre-temps conservé des liens d'amitié avec ses camarades de faculté qui étaient devenus médecins du travail et, à travers eux, avait accès à une certaine connaissance du métier et de ses évolutions. Contrairement à ses consœurs, qui se tournent vers la médecine du travail pour pouvoir consacrer du temps à leur famille, elle estime avoir en partie sacrifié sa vie de famille à sa vie professionnelle (elle dit qu'elle s'est « davantage occupé des enfants des autres ») avant d'arriver en médecine du travail.

Elle arrive donc dans le métier sur le tard (elle a une petite cinquantaine d'années), mais avec les mêmes motivations politiques. Elle n'hésite pas à faire des courriers d'alerte aux employeurs dont les formulations étonnent ses collègues, plus timorés et dont elle suggère que les origines globalement urbaines et aisées ne les incitent pas à ce type d'implication dans leur activité. Très vite, pour échanger avec des confrères expérimentés et auxquels elle s'identifie davantage, elle se syndique au SNPST. Elle participe également à la création de l'association « E-Pairs » et, dans ce cadre, elle crée un groupe d'échanges de pratiques professionnelles dans son service.

### **2.5. Le positionnement en « prestataire de services »**

Le quatrième type de positionnement repose sur l'idée que les entreprises adhérentes doivent recevoir une contrepartie à leur adhésion, sous la forme de prestations de services. Dans un contexte où les obligations de l'employeur en termes de « sécurité de résultats » sont perçues comme lourdes, cette assistance peut s'avérer précieuse. Les acteurs qui diffusent cette conception de la santé au travail sont proches des milieux patronaux (c'est le cas des directeurs de services, qui en sont directement issus), mais aussi du monde de l'entreprise et de ses logiques (c'est le cas de certains médecins du travail qui inscrivent leur action dans celle de l'entreprise).

Ce positionnement, quand il est incarné par des médecins du travail de terrain, se rapproche de celui des « travailleurs en équipe » d'E. Draper<sup>889</sup>. Par ce terme, l'auteur désignait les médecins qui s'inscrivent dans une entreprise de taille importante, et qui

---

<sup>889</sup> Op. cit.

s'approprient ses objectifs de production. En France, elle serait donc à chercher dans les services autonomes davantage que dans les services interentreprises. En effet, le SST fait « tampon » vis à vis des logiques productives et marchandes propres à l'entreprise.

Cependant, elle n'est pas absente du SST1 et on a vu qu'elle m'a été surtout relayée par le coordinateur de la « pluridisciplinarité », Jean-Marc, ce qui n'est pas anodin. Le médecin du travail le plus impliqué dans la mise en œuvre concrète de la « pluridisciplinarité » est aussi celui, parmi ceux que j'ai interrogés, qui situe le plus ouvertement son rôle au service des entreprises, des employeurs. Dans mes entretiens, je retrouve également ce type d'argumentation chez les cadres du service. Ces acteurs symbolisent l'évolution de leur structure vers une logique d'entreprise privée, qui fournit un service à des adhérents perçus comme des clients. Leur discours mobilise donc le même type de justifications que celles qui ont conduit à leur embauche.

### **Jean-Marc**

Jean-Marc est un médecin d'une soixantaine d'années. Il qualifie ses origines sociales de « classe moyenne ». Selon lui, ce sont ses parents, assureurs, qui lui inculquent l'idée de la prépondérance de la prévention sur le soin. Ses parents le soignent aussi en utilisant la médecine « douce » et il s'oriente dans un premier temps vers l'homéopathie et l'acupuncture, car il est réceptif à leur aspect préventif. Il commence par exercer la médecine du travail en sus de son exercice en libéral, puis, « pour des raisons familiales », quand il atteint la quarantaine, choisit de se concentrer sur la médecine du travail. Il se dit frustré des relations de soin et de la manière dont ses patients attendaient tout d'un médicament : il souhaite se positionner autrement que comme prescripteur.

La médecine du travail lui permet de se positionner comme préventeur, et cela lui suffit. À ce moment-là, il est embauché dans un service interentreprises, le SST1, mais il a dans son effectif une grande entreprise, dans les locaux de laquelle il passe la majeure partie de son temps<sup>890</sup>. Son mode d'exercice se rapproche donc de celui d'un médecin de service autonome.

Il affirme avoir appris, de par sa proximité avec le milieu de l'entreprise, les notions de service, de client, de marketing. Il considère alors sa propre action avec ces nouveaux outils et transpose ces notions apprises en entreprise au contexte de son service inter-entreprises, qu'il souhaite voir évoluer en fonction des besoins de ses adhérents et en vue de leur satisfaction. Sa direction le nomme médecin coordinateur de la « pluridisciplinarité ». Ainsi, il se positionne, au sein de son service, comme un fervent défenseur de la « pluridisciplinarité », et, plus particulièrement, des prestations de services que, dans ce cadre, les IPRP et les AST sont susceptibles d'offrir aux entreprises adhérentes.

---

<sup>890</sup> D'après ce que j'ai vu, il semble que le fait d'avoir une grosse entreprise dans son portefeuille, ou quelques entreprises importantes, s'apparente à un privilège. En effet, l'alternative, qui est de suivre une multitude de PME ou TPE, entraîne potentiellement beaucoup de déplacements et demande un travail important (même si les salariés se déplacent pour les visites médicales, les médecins doivent aller sur les lieux de travail pour rédiger des fiches d'entreprises, par exemple). Le nombre de mes entretiens ne me permet pas de donner de résultats quantitatifs à ce propos mais je suppose que les hommes sont plus souvent que les femmes en position d'obtenir ce privilège des services qui les emploient.

## **2.6. Le positionnement « dépassé »**

Il s'agit ici d'un positionnement identifié dans les discours de certains médecins rencontrés en entretien mais qui, peu assurés, ne font pas partie de groupes de travail ou de groupes militants dans lesquels j'ai mené des observations. Dans plusieurs cas, ces médecins ont d'abord souhaité me rendre service, et en ont profité pour s'épancher sur leurs difficultés professionnelles. La possibilité d'avoir une vie de famille et d'investir d'autres pans de leur identité sociale s'avère chère payée pour ces médecins – des femmes en particulier.

La « pluridisciplinarité » apparaît comme un soutien à des médecins qui se sentent surchargés de travail et submergés par les conflits dans lesquels ils s'inscrivent malgré eux. Les médecins qui mobilisent ce registre constituent des « cibles » pour la pluridisciplinarité, au contraire d'autres médecins qui participent plus ou moins activement à sa conceptualisation (qu'ils soient « neutres », « action publique » ou « engagés »). Ils sont particulièrement visés par la diffusion de la conception de la pluridisciplinarité comme « boîte à outils » au service du médecin du travail : les acteurs qui conceptualisent la pluridisciplinarité ont en tête ce positionnement « dépassé » et s'attachent à montrer aux médecins les avantages potentiels que de nouvelles collaborations pourraient leur apporter. Ce type ressort des discours officiels et des entretiens que j'ai mené avec les acteurs institutionnels, aussi bien que de mon observation de réunion : il fait partie intégrante de l'imaginaire institutionnel du milieu de la santé au travail.

Si, contrairement à ce que cet « imaginaire » suppose, ce seul type de positionnement ne peut à lui seul résumer les difficultés auxquelles sont confrontées les médecins du travail, il est pourtant possible de l'identifier dans les discours. Le profil détaillé ici représente donc par plusieurs aspects le positionnement « dépassé » (travail à mi-temps, sentiment d'incompétence, recours à des IPRP pour pallier ce sentiment).

### **Gaëlle**

Gaëlle est un médecin d'environ 35 ans, qui vient d'un milieu populaire. Elle reste vague sur le sujet mais laisse entendre que ses origines sociales ont été une motivation dans son choix de faire des études de médecine. Elle rencontre très vite son futur époux sur les bancs de la faculté, et tombe enceinte pendant ses études, avant son internat. Elle ne dira pas si ses performances universitaires pâtissent ou non de cette grossesse, puis des contraintes liées à sa maternité : toujours est-il que ses résultats au concours de l'internat ne lui laissent pas le choix de sa spécialité. Elle peut soit se tourner vers la médecine du travail, soit choisir de devenir médecin généraliste. Elle opte alors pour la médecine du travail, qu'elle juge plus compatible avec sa vie de famille, tandis que son mari, dont les résultats lui ouvrent davantage de choix, se tourne vers une spécialité prestigieuse (il devient chirurgien). Elle

exerce son métier à mi-temps pour pouvoir se consacrer au travail domestique. Elle revendique les aspects préventifs du métier de médecin du travail : elle n'est pas nostalgique du soin. Cependant, elle constate que son activité « préventive » est souvent sans effet. Durant notre entretien, elle fait référence à beaucoup de situations qu'elle a rencontrées et qui l'ont frustrée, ou dont elle a gardé un mauvais souvenir. Un employeur malveillant qui ne la laisse pas faire son travail, des syndicats qui tentent de l'instrumentaliser, des situations délétères qui ne changent pas malgré ses efforts... Elle se débat avec des situations conflictuelles qu'elle interprète avant tout comme des problèmes « relationnels » ou comme des problèmes « de personnalité ». Dans cette optique, elle s'intéresse aux « risques psychosociaux » mais se sent trop peu armée pour les affronter et fait fréquemment appel aux services du psychiatre et des psychologues. Elle n'a pas le temps de lire ce qui s'est écrit sur la question et n'a donc pas de positionnement théorique sur la question.

## **2.7. Un absent notable : le médecin du travail en retrait**

Plusieurs indices laissent penser qu'un positionnement « en retrait »<sup>891</sup> est particulièrement important en termes quantitatifs. Mon échantillon ne reflète pas cette proportion : je n'en ai pas rencontré. Il m'a pourtant semblé que, malgré l'absence de revendication d'une posture de « retrait », ce positionnement, proche du positionnement « dépassé », en constituait en quelque sorte un versant convenable. Ainsi, les médecins « dépassés » sont les acteurs les plus « en retrait » auxquels j'ai eu accès. Cependant, il semble que leur approche favorable de la « pluridisciplinarité » les en distingue.

En effet, si je me fie à ce qu'en disent les acteurs « pluridisciplinaires » qui affirment les côtoyer au quotidien, pour les médecins qui investissent peu leurs pratiques, la « pluridisciplinarité » apparaît comme la menace d'un statut quo confortable. Les médecins qui ne sollicitent la « pluridisciplinarité » à aucune occasion sont estimés à un tiers de la population des médecins du travail par les IPRP. Si je n'ai pas eu accès à leur parole directe, j'ai obtenu d'eux un portrait en creux que m'en ont fait d'autres acteurs. Les médecins du travail rencontrés ne jettent que très rarement la pierre à leurs confrères les moins engagés dans leur travail. Pour obtenir des discours critiques, le choix de mener des entretiens avec différents groupes professionnels m'a donc été précieux. Les infirmières et, plus timidement, les IPRP, justifient ce silence des médecins par une « solidarité » entre pairs qui les en empêcheraient. Les infirmières sont très nombreuses, en entretien, à relater leurs propres expériences de visites médicales, qu'elles dénigrent : les médecins du travail qu'elles ont rencontré en tant que salariées ne font pas honneur à la profession. Elles sont aussi celles qui mettent le plus souvent le doigt sur la volonté de certains médecins de conserver une certaine opacité dans leur exercice.

Le positionnement « en retrait » est important en termes de conséquences sur la mise

---

<sup>891</sup> F. Piotet aurait probablement qualifié ces médecins de « salariés comme les autres ». Cette qualification me semble toutefois neutraliser la complexité de leur positionnement.

en œuvre concrète de la « pluridisciplinarité », et possède notamment un fort pouvoir de blocage. Les médecins qui ne se portent pas volontaires pour travailler avec une infirmière, mais aussi les médecins qui ne mobilisent pas les IPRP ne s'inscrivent pas dans le fonctionnement « pluridisciplinaire » qu'on leur propose.

\*\*\*\*\*

Cette section permet de revenir sur le caractère consensuel de la pluridisciplinarité développé dans le premier chapitre. En effet, si la « pluridisciplinarité » apparaît en santé au travail, avec la force de l'évidence, comme un principe monolithique, elle se décompose en de nombreuses applications qui répondent à des principes divers.

Tout d'abord, une perception de la science comme une entité « unie » et surplombante se distingue d'une conception de la science comme une entité sociale, et, à ce titre, diversement engagée et utilisée dans les conflits du travail. En effet, la santé au travail, et le positionnement de ses acteurs, posent des questions d'usage politique de la science.

Dans la première conception, cet usage politique est nié, mais n'en est pas moins présent. Dans la seconde, il est plus explicite. L'engagement explicite discrédite l'action d'un médecin A (« engagé ») aux yeux d'un autre B (« neutre »). Les médecins A vont donc utiliser stratégiquement l'image de neutralité de la science pour servir leur cause, tandis que les médecins B vont faire de même, tout en prétendant que leur cause se confond précisément avec celle d'une science neutre.

Puis, la perception de la santé au travail comme un élément relevant de la santé publique, ou au contraire du secteur privé. Ce clivage peut être remarqué dans des extraits de discours mais peu de positionnements sont tranchés à ce sujet : au contraire, on a vu toute au long de ce travail que les logiques de santé publique et les logiques marchandes se mariaient bien. Les discours qui mettent en avant l'importance de se situer sur un marché peuvent s'appuyer sur le registre de l'action publique : leur objectif n'apparaît ainsi pas uniquement marchand.

Enfin, et dans une moindre mesure, le degré d'engagement des médecins dans leur travail, s'il est difficile à objectiver, peut s'avérer clivant quand il est utilisé dans une argumentation contre la « pluridisciplinarité », ou, à l'inverse, en sa faveur.

J'ai donc pu me rendre compte que la « pluridisciplinarité » disposait d'arguments susceptibles de toucher différents médecins du travail, pour différentes raisons. Ainsi, l'adhésion à la « pluridisciplinarité » apparaissait à la fois disparate et circonstanciée. Le

consensus apparent dissimule des divergences importantes quant à la conception qu'ont les acteurs de l'objectif premier d'un service de santé au travail et quant au rôle des professionnels en leur sein. Une section conclusive aborde ces divergences sous l'angle des limites fixées ou non aux activités exercées dans le cadre des services interentreprises de santé au travail.

## **Conclusion**

Le métier de médecin du travail est donc traversé par de multiples clivages. Dans les exemples tirés principalement d'une même organisation, le SST1, j'ai pu me rendre compte de l'importance de ces clivages dans la réception de dispositifs d'action publique à leur intention. La réforme de la médecine du travail et les mesures qu'elle entraîne ne sont en effet pas reçues par un groupe homogène. En guise d'impact, ses effets se diffusent dans le temps et dans l'espace au grès de relais favorables et de circonstances propices.

Cependant, ses effets ne sont pas tous flous et contingents. La réforme « pluridisciplinaire » porte en elle une force d'homogénéisation qui suppose de minimiser les divergences entre les médecins en donnant plus de poids à des structures moins aléatoires et moins clivées (du moins, de manière moins évidente et conflictuelle) : les institutions. Le consensus apparent porté par ces institutions minimise les points de vue que les professionnels ont forgés sur le terrain, et laisse moins de place aux arrangements et négociations officieuses. Ce sont alors des valeurs bureaucratiques et marchandes qui prennent le pas sur des valeurs professionnelles, et ce jusqu'à l'intérieur des pratiques professionnelles elles-mêmes.

### Conclusion de la Partie 3

Le chapitre 7 a montré que la prévention des risques psychosociaux occasionnait des pratiques diverses et portait en germe des conflits. Les médecins du travail s'inscrivent dans un clivage individuel/collectif (soin/prévention) qui n'explique que partiellement les désaccords. En effet, quand on analyse les arguments de leurs promoteurs respectifs, on constate que ce clivage en recouvre d'autres, qu'il contribue à invisibiliser. Le premier est celui qui oppose une approche pragmatique à une approche « programmatique » : dans la première approche, la prise en charge n'est pas taboue, mais s'intègre à un idéal de prévention, dans la seconde, la prévention se décline en un programme préétabli qui doit refléter des besoins perçus sur le terrain, mais refuser leur traitement au cas par cas pour privilégier les projets et actions collectives. Le second clivage est celui qui oppose les approches qui considèrent les employeurs comme les principaux interlocuteurs et destinataires de l'activité des services, et celles qui considèrent au contraire que ce sont les salariés, et que la mission première des services est de protéger leur santé.

L'action en milieu de travail du médecin telle qu'elle est susceptible d'être prolongée par les interventions « pluridisciplinaires » oscille donc entre une action programmatique et une prestation de service. Le chapitre 9 a montré que ces deux lignes de fracture étaient opérantes au-delà de la seule prévention des « risques psychosociaux » et qu'elles fournissaient des éléments de compréhension des divergences entre les pratiques des médecins concernant la « pluridisciplinarité », et, plus particulièrement, les justifications qu'ils en donnent et les « positionnements » qui en résultent.

En effet, ces lignes de fracture sont réactivées selon des modalités originales dans le cadre de la « pluridisciplinarité » car la concurrence entre les groupes professionnels occulte en partie la dimension idéologique des oppositions entre les acteurs.

La situation de domination du salarié vis-à-vis de son employeur apparaît, dans le cadre des « risques psychosociaux », comme une donnée difficilement contournable qui rend, du même coup, les processus de prise en charge et de prévention délicats. La prise en charge individuelle, en approfondissant chaque cas dans sa singularité, est alors susceptible d'inscrire la problématique des « RPS » dans le cadre plus large des relations de domination propres à l'entreprise. À l'inverse, les tenants d'une approche collective et programmatique des « RPS » revendiquent une inscription dans le domaine de la « prévention primaire » qu'ils opposent à l'approche individuelle à laquelle ils reprochent d'être obnubilée par le soin. Cependant, leurs détracteurs y voient une forme de « gestionnarisation » de la santé au travail qui pourrait avoir

pour conséquence de renforcer les manifestations de souffrance individuelle combattues.

Dans cette partie, j'ai voulu ré-instiller une dimension idéologique aux débats concernant la division du travail. Pour la prévention des « risques psychosociaux », cette dimension affleure facilement – elle est pour autant bien présente dans les autres domaines couverts par les services de santé au travail.

Dans des domaines plus techniques ou physiologiques, la rhétorique de la scientificité/neutralité des objets explorés est davantage opérante et permet d'invalider la dimension idéologique. Au contraire, dans les « risques psychosociaux », les acteurs qui, pour justifier de leur légitimité à intervenir, mobilisent des arguments de scientificité (non plus de l'approche, mais de l'objet – la « souffrance mentale au travail ») doivent déployer des efforts rhétoriques importants (et s'appuyer sur une littérature scientifique – les sciences sociales deviennent alors un instrument de « scientification » de l'objet « RPS » dans un domaine qui ne les reconnaît que partiellement comme une problématique scientifique), et ne sont que rarement entendus.



## CONCLUSION GÉNÉRALE

*The issue is not risk but power, the power to impose risk on many for the benefit of the few.*

Perrow Charles, *Normal accidents: Living with high-risk technologies*, New York, Basic Books, 1984, page 306.

Au terme de ce travail, le choix d'analyser les évolutions des services de santé au travail par le biais des interactions entre les médecins du travail et les autres groupes professionnels s'est avéré heuristique. Le fait de mettre l'accent sur les interactions supposait de ne pas chercher à capter une « essence » du groupe professionnel des médecins. Cette approche permet en outre de concevoir la division du travail comme une question politique et non pas technique, les missions des groupes professionnels n'étant pas préétablies en fonction d'une demande sociale unanime et univoque. La manière dont la demande sociale est construite et interprétée par les groupes professionnels dans la définition d'eux-mêmes comme professionnels – et par les organisations qui les emploient – est labile et, de ce fait, elle prête à débat. Dans leurs conflits avec les infirmières et les psychologues, notamment, les médecins du travail ont révélé des positionnements contrastés.

Les visages de la « pluridisciplinarité » sont multiples et les interactions qu'elle occasionne, complexes. C'est en réduisant cette complexité en une démonstration circonscrite que ce travail a pu se développer. En mettant en évidence les « conflits de frontières », il a permis de soulever des questions que j'aborderai ici en guise de conclusion.

### ***L'action publique comme action collective : quelle place pour le débat ?***

La réglementation issue de la réforme des services interentreprises de santé au travail a laissé une marge de manœuvre aux organisations elles-mêmes dans la mise en œuvre du tournant « pluridisciplinaire ». Or, quand les prescriptions sont lâches, les arrangements locaux, fondés sur une négociation entre les groupes, prennent de l'importance. On voit alors que la règle ne produit pas – ou pas seulement – ce qu'on en attendait et qu'elle a été réinterprétée sur le terrain de sa mise en œuvre.

La « pluridisciplinarité » peut être vue tour à tour comme un instrument d'action publique et comme un instrument du management, mais aussi comme un instrument investi par les groupes professionnels : c'est un instrument d'action collective, dont divers acteurs se saisissent dans des visées différentes. En introduction, j'avais formulé l'hypothèse qu'au-delà

de sa visée de diversification de la main-d'œuvre des services, le dispositif « pluridisciplinaire » aurait une portée gestionnaire dans le sens où il aurait déplacé le regard sur des conflits de nature technique, plutôt que politique. En mettant en lumière les débats et les conflits portant sur la réforme des services de santé au travail, incarnés dans des « luttes de territoires » entre les groupes professionnels, l'enjeu de cette thèse était alors de réinscrire les conflits de juridiction observés dans des approches conflictuelles de l'activité de prévention en santé au travail, de son cadre d'exercice, et de sa visée générale. En effet, l'histoire de la réforme des services de *médecine* du travail, et de leur évolution en services de *santé* au travail, ne se clôt pas avec des textes juridiques mais avec des rapports d'influence et des négociations – que le contexte « pluridisciplinaire » a tendance à dissimuler.

Les nouvelles contraintes qui pèsent sur les médecins du travail durant cette période d'évolution des structures leur sont tour à tour présentées au nom de l'intérêt collectif (politiques nationales et régionales) et au nom du client (stratégie de service) – deux principes qui sont, tout comme celui de « pluridisciplinarité », difficiles à contrer. Rappelons tout de même que les médecins ne sont pas obligés de faire appel à des IPRP, et qu'ils sont simplement fortement encouragés à s'inscrire dans des projets régionaux. Ces incitations prennent une forme douce car les médecins, notamment du fait de leur démographie, sont ménagés par leur direction. Si les acteurs rencontrés au sein de l'équipe de management disent réprouver le refus des médecins de s'inscrire dans la « pluridisciplinarité », aucun exemple précis de remontrances ne m'a été donné. En revanche, le management s'engouffre dans la brèche que constitue le faible investissement de la « pluridisciplinarité » par certains médecins. Au nom des entreprises n'ayant pas accès à l'éventail des prestations potentiellement offertes par le service de médecine au travail, l'idée que les entreprises devraient avoir la possibilité de faire appel directement aux IPRP, sans passer par le médecin, se répand. En d'autres termes, les directions défendent l'idée que, suite à la réforme qui leur vante le passage à la *santé* au travail, toutes les entreprises adhérentes devraient avoir accès à des prestations « pluridisciplinaires », quel que soit leur médecin.

### ***L'efficacité du système de prévention : une question de méthode ?***

La réforme du système de médecine du travail français repose sur un constat d'échec, qu'elle souhaite dépasser par de nouveaux outils et une nouvelle méthode. L'échec de la prévention des maladies professionnelles liées à l'exposition à l'amiante résulte en grande partie de la subordination des médecins du travail aux acteurs qui les emploient, si ce n'est

directement (dans le cas des services autonomes), du moins indirectement (dans le cas des services inter-entreprises gérés par des directeurs représentant les intérêts patronaux). Il en résulte, d'une part, que la médecine du travail n'est pas l'incarnation neutre d'une médecine au-dessus des conflits de classes, mais qu'elle est traversée par ces conflits et, d'autre part, que la santé des salariés est mise en danger par les usages politiques de la médecine en faveur du patronat.

Or, quand la « pluridisciplinarité » s'impose peu à peu comme une réponse à une médecine du travail en crise, ces questionnements liés aux aspects conflictuels de la santé au travail ne sont pas mis en avant. Au contraire, la réforme s'attache à dissocier l'efficacité de la prévention de son contexte, alors même que les exemples de scandales sanitaires ont auparavant prouvé à quel point les deux étaient liés. Ainsi, la controverse portant sur la définition d'un système « efficace » est évacuée au profit de concepts qui apparaissent solides et consensuels et prennent beaucoup de place dans les débats. C'est le cas de la « pluridisciplinarité », qui pose la question de « qui fait quoi ? » comme base de la réflexion sur la réforme des services de santé au travail, au détriment de réflexions sur les actions à engager et sur leurs finalités.

Avec la « pluridisciplinarité », l'idée qu'il est important pour les services d'offrir un regard défini comme « global » sur les problématiques de santé au travail s'impose. Ce regard se déploie avant tout au niveau collectif et prend la forme d'une injonction à la prévention « primaire ». Le fait d'envisager la « santé au travail » dans sa complexité pour mettre en œuvre les moyens les plus exhaustifs possibles à son service, ambition affichée et souvent louée de la « pluridisciplinarité », n'aide pas à comprendre les enjeux politiques que différentes approches de la prévention sous-tendent. Le pouvoir, sa légitimité, sont désormais moins débattus que les modalités d'organisation de la prévention, sans que soit rendu visible le fait que la manière de poser le problème et les moyens proposés pour parvenir à le résoudre reflètent des rapports de pouvoir.

De plus, l'idée qu'il s'agit d'adapter les actions qui émanent des services aux demandes des entreprises fait également son chemin et la « pluridisciplinarité » se met en place dans un contexte où la satisfaction des entreprises adhérentes devient une préoccupation de premier ordre. Les pratiques « pluridisciplinaires » permettent aux services de mettre à la disposition des entreprises adhérentes une gamme de « prestations » qui se présentent tantôt comme des contreparties de l'adhésion, tantôt comme des extras facturables. Ainsi, la mise en œuvre de la « pluridisciplinarité », en légitimant une démarche de prestation de service, facilite l'évolution vers une logique de marché.

Le domaine de la santé au travail est éminemment conflictuel, d'où une difficulté des médecins du travail à se positionner entre les salariés et les employeurs<sup>892</sup>. La réforme des services interentreprises de santé au travail a pris du temps car elle soulevait des débats politiques jusqu'à présent insolubles. Les législateurs ont-ils préféré faire porter le débat sur les moyens de la prévention plutôt que sur ses objectifs pour faire avancer les choses ? En faisant de la « pluridisciplinarité » et de sa mise en œuvre la mesure phare de la réforme des services de santé au travail, celle-ci semble minimiser son propre impact. Elle n'affiche pas de nouveau paradigme, mais simplement plus d'intervenants, plus de disciplines.

Si l'entreprise de légitimation de la réforme des services de santé au travail a bien pris, c'est en partie parce qu'elle est assise sur cette idée consensuelle de « pluridisciplinarité » comme progrès pour le domaine de la santé au travail, profitant supposément à la fois à l'institution elle-même, à ses bénéficiaires, mais aussi aux médecins du travail qui y gagnent une identité professionnelle rénovée, modernisée et valorisante.

La « pluridisciplinarité » est donc fondée sur une rhétorique qui la présente comme évidente, car « neutre, juste et vertueuse »<sup>893</sup>. Ainsi, elle travaille à dépolitiser le domaine de la santé au travail en contribuant à imposer une conception parmi d'autres de la mise en œuvre de la prévention des affections de la santé des salariés du fait de leur travail. Cette conception ferait à la fois la part belle à une logique de santé publique qui, de par sa méthodologie, faciliterait la traçabilité des « actions de prévention » et leurs évaluations, et à une logique marchande qui impliquerait un rapport entre les services de santé au travail et les entreprises qui s'apparenterait à un rapport prestataire de service/client. Une option concurrente, qui consisterait à s'appuyer davantage sur le pouvoir médical comme rempart à la bureaucratisation et à la marchandisation des activités menées dans les services<sup>894</sup>, est alors disqualifiée.

Enfin, la question cruciale de l'objectif de l'action de prévention (et de son destinataire : l'entreprise ou ses salariés ?) est délaissée au profit d'une optique de résolution d'un problème de « pénurie » dont on a vu qu'il était largement construit.

---

<sup>892</sup> Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire ? Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France 1970-2010)*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 2011.

<sup>893</sup> Selon V. Boussard, « Le Logos gestionnaire suscite une croyance dans une forme sociale neutre, juste et vertueuse. De cette façon, la gestion arriverait à se répandre sans résistance. ce ne sont pas les pratiques de gestion qui seraient efficaces en elles-mêmes mais le discours qui réussirait à faire croire à l'évidence de la forme gestionnaire. » Boussard Valérie, *Sociologie de la gestion. Les faiseurs de performance*, Paris, Belin, 2008, p. 121.

<sup>894</sup> Freidson Eliot, *Professionalism, the Third Logic*, Chicago, University of Chicago Press, 2001.

## *Groupes professionnels et approches conflictuelles de la santé au travail*

L'idée de « pluridisciplinarité » permet à la fois de changer la nature des activités qui émanent des services – potentiellement d'en élargir le spectre grâce à la présence de disciplines non-médicales, – et de positionner les nouveaux acteurs qui rentrent en scène dans une dynamique de rénovation de l'image – et de l'esprit – de la médecine du travail. Les employeurs croulent sous les obligations réglementaires relatives à la gestion de leurs risques professionnels : la présence d'une nouvelle main-d'œuvre dans les services arrive alors à point nommé pour les assister dans certaines tâches. Ainsi, toute préoccupation d'amélioration du système de prévention des risques et des maladies professionnelles s'inscrit dans un questionnement sur le véritable bénéficiaire de l'action de prévention : l'entreprise (qui est le client) ou le salarié (qui est aussi un bénéficiaire, dans le sens où l'activité de prévention doit en premier lieu avoir un effet protecteur sur sa santé).

Dans les logiques qui s'opposent au sujet de la définition de la mission de prévention incombant aux services de santé au travail, l'ambiguïté au sujet des bénéficiaires de leur action est déterminante. D'après les textes réglementant la médecine du travail, les bénéficiaires sont officiellement les entreprises et leurs salariés. Les entreprises et leurs salariés ont-ils pour autant toujours des intérêts convergents ? Servir les unes équivaut-il toujours à servir les autres ? Comment alors faire des arbitrages entre des intérêts potentiellement divergents ?

L'enquête de terrain a permis de dégager deux types de réponses à ces questions. Elles s'organisent en deux « systèmes de justice »<sup>895</sup> dont la confrontation donne lieu à des conflits sur l'organisation et la division du travail entre groupes professionnels au sein des services. Le premier « système de justice » présume qu'il faut aider l'entreprise, les chefs d'entreprise, à protéger leurs salariés. Il présume donc aussi de la bonne volonté des entreprises concernant l'amélioration des conditions de travail et la préservation de la santé de leurs salariés. Le système de santé au travail doit alors tout mettre en œuvre pour assister les entreprises dans leurs démarches d'amélioration de leurs conditions de travail et de prévention des risques. Pour cela, toutes les disciplines sont utiles au même titre : elles concourent au même objectif, qui est également partagé par l'employeur.

Le second « système de justice » intègre l'idée d'un conflit potentiel entre la logique de production et de profit que poursuivent les entreprises, et la logique de santé au travail. La

---

<sup>895</sup> Douglas Mary, *Comment pensent les institutions*, Paris, La Découverte, 2004 [1<sup>ère</sup> édition 1986].

production est prioritaire pour les entreprises, ainsi que les bénéfices issus de cette production, ce qui induit un positionnement de la santé au travail comme préoccupation secondaire des employeurs. Le système de santé au travail, en tant qu'institution dont la priorité, contrairement à celle des entreprises, est la santé des salariés, peut alors faire contrepoids à la logique de production, dans une visée de protection des salariés.

Des références à ces deux approches se font jour dans les conflits interprofessionnels, mais ce clivage idéologique transcende l'appartenance professionnelle. Autrement dit, à un groupe professionnel n'équivaut pas une représentation homogène de la santé au travail. Ces représentations fonctionneraient plutôt comme des pôles d'attraction opposés desquels les acteurs se rapprochent et s'éloignent en fonction d'un jeu concurrentiel et de situations de travail incarnées.

### ***Les « risques psychosociaux » : un territoire professionnel « charnière »***

Dans ce jeu concurrentiel que sont les luttes de juridictions, le territoire professionnel des « risques psychosociaux » s'est présenté comme une « charnière »<sup>896</sup>. Il m'a permis d'articuler les disputes infra professionnelles aux disputes entre les groupes professionnels, et de mettre ainsi en avant l'éclatement du groupe des médecins et la limite du clivage « individuel / collectif » sur lequel la rhétorique de la réforme reposait largement.

La souffrance mentale au travail faite « risque » questionne plus que tout autre le rapport de subordination du salarié et de son employeur, et ses aspects potentiellement dangereux et pathogènes. En cela, elle touche au cœur de la problématique de la prévention en milieu de travail. La « pluridisciplinarité » réorganise le fonctionnement des services de santé au travail en faisant appel à différents types de compétences. Dans le cadre de la prévention des « risques psychosociaux », les modalités d'action et les finalités de la prévention font l'objet de profonds désaccords, à tel point que les différentes approches semblent incompatibles. Dans le domaine de la santé au travail, où la foi dans une science unie et univoque porte les acteurs dans leurs interactions conflictuelles avec les employeurs, l'idée d'un pluralisme épistémologique déstabilise. Le fait qu'il y ait plusieurs manières de concevoir, d'étudier ce qu'on appelle les « risques psychosociaux » se répercute sur la légitimité à intervenir des acteurs de la prévention. Sur ce territoire en particulier, la

---

<sup>896</sup> A. Abbott montre que certains territoires jouent un rôle « charnière » entre plusieurs écologies professionnelles en ce qu'ils les réorganisent conjointement. La reconfiguration qu'opère l'avènement de la prévention des « risques psychosociaux » sur les territoires des médecins du travail, des psychologues, et des ergonomes semble correspondre à cette définition. Abbott Andrew, *The System of Professions: an essay on the division of expert labour*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

conflictualité inhérente au domaine de la santé au travail prend le dessus et empêche tout groupe professionnel d'acquiescer une légitimité qui serait unanimement reconnue.

Ce constat mène à une réflexion sur les conséquences de ces conflits entre acteurs de la prévention dans le cadre des services de santé au travail, qui, de mon point de vue, peuvent être de deux ordres très différents.

Tout d'abord, le manque d'unité des acteurs des services de santé au travail sur la question des « RPS » pourrait conduire les employeurs à se tourner vers des actions de prévention « à la carte » proposées par des consultants spécialisés. Plus les approches sont diverses, plus la notion de choix se justifie. Dans cette optique, ce serait la loi du marché qui jugerait de la pertinence ou non d'une approche par rapport à d'autres, et ces arbitrages se feraient localement.

À l'inverse, les « risques psychosociaux » semblent avoir pour effet de resituer la santé au travail dans le débat interne à l'entreprise. Ainsi, les représentants du personnel, au sein d'instances comme les CHSCT, s'en saisissent largement pour questionner l'organisation du travail<sup>897</sup>. Le fait que les « risques psychosociaux » révèlent les conflits inhérents au domaine de la prévention en milieu professionnel rejaillit ainsi sur la prévention des autres risques en légitimant l'idée d'une délibération sur le travail et ses aspects pathogènes, par rapport à une approche uniquement « technique » des risques qui a montré ses limites.

### ***Les médecins du travail : seuls garants de la protection de la santé des salariés ?***

L'analyse des données récoltées a montré que les ressources et les contraintes propres à chaque groupe professionnel jouaient sur sa capacité à conserver une juridiction ou à en acquiescer de nouvelles. Ces ressources et contraintes peuvent également jouer, en suivant les deux systèmes de justice exposés ci-dessus, sur son approche consensuelle ou conflictuelle de la santé au travail. Par exemple, les médecins du travail, du fait de leur statut de salarié protégé mais aussi d'autres ressources liées à leur appartenance à une profession instituée, peuvent théoriquement privilégier la santé sur les considérations liées à la production économique. L'appartenance à la profession médicale a pourtant un effet ambivalent sur l'autonomie des médecins du travail. En effet, leur segment est dominé dans la profession médicale et ce rapport de force défavorable est susceptible de renforcer leur subordination

---

<sup>897</sup> Dans son travail de thèse en cours, J. Kubiak parle de « redéfinition du champ de la prévention autour des RPS ». Il montre notamment qu'à la faveur d'une montée en puissance de ces risques, le CHSCT devient une instance incontournable à la SNCF. Kubiak Julien, « La prévention des risques au risque de la prévention. Enquête parmi les préventeurs de la S.N.C.F », document de travail.

hiérarchique<sup>898</sup>. Les médecins du travail ne sont pas aussi forts et organisés que leur statut « médical » ne le laisse penser. Ils ne se saisissent pas forcément effectivement de ce qu'il peuvent faire théoriquement (en termes de contrôle sur leurs propres pratiques, d'autonomie). Certains médecins du travail adoptent au contraire une posture idéologique en accord avec l'idée d'un contrôle exogène de leurs pratiques. La rhétorique de la réforme est en effet une « injonction au professionnalisme » qui s'avère séduisante au regard de la pauvreté des ressources du groupe professionnel en termes de valorisation de ses praticiens.

Les autres groupes professionnels ne bénéficient pas du statut de salarié protégé : ils sont davantage que les médecins en position de faire des compromis, dans une approche consensuelle de la santé au travail, et non de défendre uniquement et coûte que coûte la santé des salariés. Cependant, ces groupes attachent une importance à leur autonomie, qui leur permet d'effectuer leur travail d'une manière qui leur convient, et sont alors également amenés à défendre leurs pratiques face aux injonctions bureaucratiques et managériales. Pourvu que leurs praticiens en aient les moyens, l'introduction des sciences humaines dans les services anciennement « médicaux » du travail pourrait ainsi amener à dé-techniciser le domaine et à mettre en débat les conditions de travail.

Au terme de ce travail, il serait simpliste de considérer que la « pluridisciplinarité » – ce terme qui convoque les images positives de rassemblement, de travail conjoint – porte en elle, depuis l'origine, une prévention dévoyée de ses objectifs de protection de la santé des salariés. Cependant, la trajectoire de la « pluridisciplinarité » appelle à la vigilance car elle met en évidence la versatilité des concepts et leur labilité. En fonction du contexte et des acteurs qui s'en saisissent, un concept et la rhétorique qui l'accompagne peuvent créer différents types d'opportunités de changements : en l'occurrence, le passage de la *médecine* à la *santé* au travail occasionne des collaborations entre acteurs pour une meilleure prévention des risques professionnels, mais il recouvre aussi d'autres dynamiques qui peuvent au contraire constituer une menace pour le système de prévention, au détriment des salariés mis en danger par leur travail.

---

<sup>898</sup> Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire ?*, op. cit.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abbott Andrew, « Status and Status Strain in the Professions », *American Journal of Sociology*, vol. 86, n°4, 1981, pp. 819-835.
- Abbott Andrew, *The System of Professions: an essay on the division of expert labour*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.
- Abbott Andrew, *Chaos of disciplines*, Chicago, University of Chicago Press, 2001.
- Abbott Andrew, « Écologies liées : à propos du système des professions », in Menger, Pierre-Michel (dir.), *Les professions et leurs sociologies*, Paris, Éditions de la MSH, 2003.
- Albouy Jean, Berson Catherine, et al. « L'exercice infirmier en santé au travail », *Documents pour le médecin du travail*, INRS, juin 2009, n°118.
- Almuveder Brigitte, « Problématique des risques psychosociaux et médecine du travail : processus de construction de nouveaux objets et rôles professionnels », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol. 71, n°3, pp. 275-279.
- Amoudru Claude, « Pneumoconioses : l'exemple des Houillères du Nord-Pas-de-Calais (1944-1990) », in Mur Jean-Marie (dir.), *L'émergence des risques*, Les Ulis, EDP Sciences, 2008.
- Arborio Anne-Marie, « Les aides-soignantes à l'hôpital : un travail invisible », Paris, Syrios, 2001.
- Arborio Anne-Marie, « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, n°13, vol. 3, 1995, pp. 93-126.
- Association Santé et Médecine du Travail, *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*, Paris, La Découverte et Syros, 2000.
- Bachet Daniel, « Des pratiques professionnelles sous tension. L'examen clinique des salariés en médecine du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol.3, n°188, 2011.
- Barkat Sidi Mohammed, Hamraoui Éric, « Éthique et santé au travail. Esquisse d'une remise en perspective ontologique », *Revue des Sciences Sociales*, n°39, 2008, pp. 12-19.
- Barlet Blandine, « La médecine du travail redéfinie : les effets de la pluridisciplinarité sur les trajectoires des médecins du travail », in Collectif, *Les dispositifs publics en action. Vers une sécurisation des trajectoires professionnelles*, CEE/Éditions Liaisons, 2014, pp. 21-36.
- Barlet Blandine, « Quelle place pour les infirmières en santé au travail ? Les enjeux d'une recomposition des territoires professionnels », *Sociologie Santé*, n°35, 2012, pp. 155-178.
- Barlet Blandine, Marichalar Pascal, « Suicide », in Bevort Antoine, Jobert Annette, Lallement Michel, Mias Arnaud (dir.), *Dictionnaire du travail*, PUF, 2012.
- Billaudot Bernard, « Justice distributive et justice commutative dans la société moderne », Journées de l'Association Charles Gide, Université Toulouse 1 Capitole, Juin 2011.
- Baszanger Isabelle, « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue Française de Sociologie*, XXII, 1981, pp. 223 à 245.

- Baszanger Isabelle, Bungener Martine, Paillet Anne (dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?*, La Dispute, Paris, 2002.
- Beaud Stéphane, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'"entretien ethnographique" », *Politix*, n°9, vol. 35, 1996, p. 226-257.
- Becker Howard S., *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, New York, The Free Press, 1973.
- Béliard Aude, Eideliman Jean-Sébastien, « Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », in Fassin Didier, Bensa Alban (dir.), *Les politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte, 2008, pp. 123-141.
- Bellahsen Mathieu, *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, Paris, La Fabrique, 2014.
- Belorgey Nicolas, *L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010.
- Belorgey Nicolas, « Offrir les soins à l'hôpital avec mesure », in Vatin François (dir.), *Évaluer et valoriser. Une sociologie économique de la mesure*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2009.
- Benamouzig Daniel, Pierru Frédéric, « Le professionnel et le "système" : l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du travail*, vol. 53, n°3, 2011, pp. 327-333.
- Benedetto Anne, Désarménien Arnaud, Langer Béatrice, Parise Fabien, « Pratique de l'ergonomie en service de santé au travail, un renouvellement des modèles de l'intervention ? », communication au 48<sup>e</sup> Congrès international de la SELF, 2013.
- Benquet Marlène, Marichalar Pascal et Emmanuel Martin, « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », *Sociétés Contemporaines*, vol.3, n°79, 2010, pp. 121-143.
- Béraud Céline, *Le métier de prêtre. Approche sociologique*, Paris, Les éditions de l'atelier, 2006.
- Béraud Céline, « Mutations de la formation pour le clergé catholique : entre idéal sacerdotal et valorisation de la compétence », in Demazière Didier et Gadéa Charles (dir.), *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La Découverte, 2009.
- Bercot Régine, De Coninck Frédéric, *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, Paris, L'Harmattan, logiques sociales, 2006.
- Bercot Régine, Mathieu-Fritz Alexandre, *Le prestige des professions et ses failles*, Hermann, Paris, 2008.
- Béreni Laure, Chauvin Sébastien, Jaunait Alexandre et Anne Revillard, *Introduction aux études sur le genre*, Bruxelles, de Boeck, 2012 (2<sup>e</sup> édition).
- Bertillot Hugo, *La rationalisation en douceur. Sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital*, Thèse de sociologie, IEP de Paris, 2014.
- Bezes Philippe, Le Lidec Patrick, « Ce que les réformes font aux institutions », in Lagroye, Jacques, Offerlé Michel (dir.), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, pp. 75-101.

- Bezes Philippe, Le Lidec Patrick, « Ordre institutionnel et genèse des réformes », *in* Lagroye Jacques, Offerlé Michel (dir.), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010, pp. 55-73.
- Bezes Philippe, Demazière Didier, Le Bianic Thomas, Paradeise Catherine, Normand Romuald, Benamouzig Daniel, Pierru Frédéric, Evetts Julia, « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du travail*, vol. 53, n°3, 2011, pp. 293-348.
- Bidet Alexandra, *L'engagement dans le travail. Qu'est-ce que le vrai boulot ?*, Paris, PUF, 2011.
- Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier (dir), *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010.
- Bloy Géraldine, « Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés », *Revue française des affaires sociales*, vol 2, n°2-3, 2011, pp. 9-28.
- Boitel Liliane, Brun Martial, Desarménien Arnaud, Paillereau Gabriel, *et al.*, « La pluridisciplinarité, état des lieux des pratiques dans les services interentreprises », *Performances, Santé, Fiabilité Humaine*, n°15 p. 14-17, 2004.
- Boltanski Luc, Chiapello Ève, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 2011 (1<sup>ère</sup> édition 1999).
- Borzeix Anni, Fraenkel Béatrice (dir.), *Langage et travail : communication, cognition, action*, Paris, Éditions du CNRS, 2001.
- Borzeix Anni, « Le langage, une dimension négligée en sociologie du travail », *in* Jacques-Jouvenot Dominique (dir.), *Comment peut-on être socio-anthropologue ? Autour de Pierre Tripier*, Paris, L'Harmattan, 2003.
- Bouffartigue Paul, « Pascal Marichalar, Médecin du travail, médecin du patron ? », *Les presses de Sciences Po*, 2014 », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], n°6, 2015, mis en ligne le 29 avril 2015, consulté le 30 avril 2015.
- Boutet Josiane (dir.), *Paroles au travail*, Paris, l'Harmattan, coll. Langage et Travail, 1995.
- Boussard Valérie, Demazière Didier, Milburn Philip (dir.), *L'injonction au professionnalisme*, Rennes, PUR, 2010.
- Boussard Valérie (dir.), *Au nom de la norme. Les dispositifs de gestion entre normes organisationnelles et normes professionnelles*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 2005.
- Boussard Valérie, Maugeri Salvatore (dir.), *Du politique dans les organisations. Sociologies des dispositifs de gestion*, Paris, L'Harmattan, 2003.
- Boussard Valérie, *Sociologie de la gestion. Les faiseurs de performance*, Paris, Belin, 2008.
- Brassart Josette, Niewiadomski Christophe, « Culture populaire et cancers des voies aéro-digestives supérieures dans le Valenciennais », *in* Niewiadomski Christophe, Aïach Pierre (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2008.

- Brun Jean-Pierre, Lamarche Christian, *Évaluation des coûts du stress au travail*, rapport final de la Chaire en Gestion de la Santé et de la sécurité du travail, Montréal, 2006.
- Bucher Rue, Strauss Anselm, « La dynamique des professions » in Strauss Anselm, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992 (1ère édition américaine, 1961), pp. 67-86.
- Buscatto Marie, Lorient Marc, Weller Jean-Marc (dir.), *Au-delà du stress au travail. Une sociologie des agents publics au contact des usagers*, Toulouse, Erès, 2008.
- Buisset Claude, « De la clinique individuelle à la mise en débat social : le médecin du travail et l'usage du chiffre », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, n°69, vol. 2, 2008, pp. 183-188.
- Butler Judith, *Troubles dans le genre*, Paris, La Découverte, 2006 (1<sup>ère</sup> édition 1990).
- Buton François, Pierru Frédéric, « Les dépolitisations de la santé », *Les Tribunes de la Santé*, les Éditions de la Santé, printemps 2012.
- Buzzi Stéphane, Devinck Jean-Claude, Rosental Paul-André, *La santé au travail*, Paris, La Découverte, 2006.
- Cabrera Limame Marie-Christine, « Salaires des infirmiers et infirmières de santé au travail (IST) en France : résultats de l'enquête nationale », *Journal des professionnels de santé au travail*, 2006, n° 23, p. 6.
- Cacouault Bittaud Marlène, « La féminisation d'une profession est-elle le signe d'un manque de prestige ? », *Travail, Genre et Sociétés*, n°5 vol. 1, Mars 2001, pp. 91-115.
- Cacouault Bittaud Marlène, Picot Geneviève, « Les médecins scolaires : valorisation d'une expertise ou dévalorisation d'une profession « féminine » ? », in Demazière Didier et Gadéa Charles (dir.), *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La Découverte, 2009.
- Caillard Jean-François, Brochard Patrick (dir.), *Synthèse du 28ème congrès national de médecine et santé au travail, Bordeaux, 8-11 juin 2004 : Le congrès de l'espoir*, Éditions Préventique, novembre 2004.
- Caroly Sandrine, Cholez Céline, Landry Aurélie, Davezies Philippe, Poussin Nadine, et al., *Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS : ressources et contraintes*, rapport de recherche, PACTE, 2012.
- Caroly Sandrine, Sallah Makafui, Landry Aurélie, *Tâches, objectifs des IPRP de SST et pluridisciplinarité. Analyse des résultats du questionnaire AFISST-PACTE des IPRP 2014*, rapport de recherche, PACTE – LIP, février 2015.
- Castel Patrick, Robelet Magali, « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usage des recommandations de pratiques cliniques », *Journal d'économie médicale*, vol. 27, n°3, mai 2009, pp. 98-115.
- Cattanéo Nathalie, *Le travail à temps partiel : un rêve ou un cauchemar ?*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Paris VIII, 1996.
- Champy Florent, *La sociologie des professions*, Paris, PUF, 2009.

- Champy Florent, Activités professionnelles prudentielles et production de la société, in Sainsaulieu Ivan et Surdez Muriel (dir.), *Sens politique du travail*, Paris, Armand Colin, 2012, pp. 57-70
- Chazel François, « Pouvoir, structure et domination », *Revue Française de sociologie*, XXIV, 1983, pp. 369-393.
- Chiapello Ève, Gilbert Patrick, « Les outils de gestion, producteurs ou régulateurs de la violence psychique au travail ? », *Le travail humain*, n°1, vol 75, 2012.
- Clot Yves, *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF, 2008.
- Clot Yves, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte, 2010.
- Cohoner Céline, Leclerc Céline, *et al.*, « La santé au travail dans les régions de France », Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, 2008.
- Conso Françoise, « Quelle formation initiale pour les médecins du travail ? », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol. 66, no. 4, 2005, pp. 311-312.
- Coppée Georges H., « Les services et la pratique de la santé au travail », in Jeanne Mager Stellman (dir.), *Encyclopédie de santé et de sécurité au travail, 3e édition française, traduction de la 4e édition anglaise*, Bureau international du Travail, Genève, 2000, 4 vol.
- Courtet Catherine et Gollac Michel (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, 2012.
- Crozier Michel, Friedberg Erhard, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977.
- Danet François, *Où va l'hôpital ?*, Paris, Desclée de Brouwer, 2008.
- Darmon Muriel, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, n° 58, mars 2005, pp. 98-112.
- Davezies Philippe, « Convergences, tensions et contradictions entre les différentes approches disciplinaires de la santé au travail », *Performances, Santé, Fiabilité Humaine*, n°5, juillet août 2002, pp. 14 à 21.
- Dedessus-Le-Moustier Nathalie, « La pluridisciplinarité en santé au travail : analyse juridique », *Travail et emploi*, juillet-sept 2005.
- Dejours Christophe, *Travail, usure mentale*, Paris, Bayard, 2000 (1<sup>ère</sup> édition 1980).
- Dejours Christophe, *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, 1998.
- Delmas Corinne, *Sociologie politique de l'expertise*, Paris, La Découverte, coll. Repères, 2011.
- Demailly Lise, « Première partie "Les recompositions de la coordination bureaucratiques". Introduction », in Le Bianic Thomas, Vion Antoine, *Action publique et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ, collection « Droit et société », 2008.
- Demailly Lise, *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Presses universitaires du Septentrion, 2008.

- Demazière Didier, Gadéa Charles (dir.) *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2009.
- Demazière Didier, « L'ancien, l'établi, l'émergent et le nouveau : quelle dynamique des activités professionnelles ? », *Formation Emploi*, n° 101, vol.1, janvier-mars 2008, pp. 41-54.
- Demazière Didier, « Au cœur du métier de facteur : “sa” tournée », *Ethnologie française*, vol. 35, n°1, 2005, pp. 129-136.
- Demazière Didier, « Typologie et description. À propos de l'intelligibilité des expériences vécues », *Sociologie*, vol. 4, n°3, 2013, p. 333-347.
- Déplade Marc-Olivier, *L'emprise des quotas, Les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical (années 1960-années 2000)*, Thèse de doctorat de science politique, Université Paris 1, 2007.
- Descamps Florence, Weber Florence, Müller Bertrand, « Archives orales et entretiens ethnographiques. Un débat », *Genèses*, n°62, mars 2006, p.93-109.
- Devinck Jean-Claude, Rosental Paul-André, « “Une maladie sociale avec des aspects médicaux” : la difficile reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle dans la France du premier XXe siècle », *Revue d'Histoire Contemporaine*, n°56, vol. 1, 2009.
- Devinck Jean-Claude, « Amiante : trente ans de luttes institutionnelles. 1945-1977 », in Thébaud-Mony Annie, Daubas-Letourneux Véronique, Frigul Nathalie, Jobin Paul (dir.), *Santé au travail : approches critiques*, Paris, La Découverte, 2012, pp. 291-312.
- Dodier Nicolas, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993.
- Dodier Nicolas, « Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients », in Virginie Tournay (dir.), *La gouvernance des innovations médicales*, Paris, PUF, 2007, p. 127-154.
- Domont Alain, *De la médecine du travail à la santé au travail*, Toulouse, Octarès, 1999.
- Douglas Mary, *Comment pensent les institutions*, Paris, La Découverte, 2004 [1<sup>ère</sup> édition 1986].
- Druyer Elaine, *The company doctor. Risk, responsibility and corporate professionalism*, New York, Russell Sage Foundation, 2003.
- Drais Éric, Dedessus-Le-Moustier Nathalie, « L'information des salariés et des représentants du personnel en matière de santé au travail: bilan et perspectives face aux risques émergents », *Économies et Sociétés*, n°3, août 2013.
- Dubar Claude, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1991.
- Dubar Claude, Tripié Pierre, Boussard Valérie, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, 3e édition 2011.
- Dujarier Marie-Anne, *L'idéal au travail*, Paris, PUF, 2006.

- Ehster Jeanne-Marie, Fonds Hervé, Zimmermann Nicole, *Menaces sur la santé au travail*, Saint Malo, Éditions Pascal Galodé, 2010.
- Evetts Julia, « The management of professionalism, a contemporary paradox », in Sharon Gewirtz, Pat Mahony, Ian Hextall, Alan Cribb (dir.), *Changing Teacher Professionalism. International trends, challenges and ways forward*, London, Routledge, 2009.
- Evetts Julia, « A new professionalism ? Challenges and opportunities », *Current Sociology*, vol.59, n°4, 2011, pp. 406-422.
- Expert Christian, « Santé au travail. Quelle responsabilité des acteurs? », *Espace santé au travail*, CFE-CGC Santé au travail, n°47, mai 2014, p.26.
- Fantoni Sophie, Kubiak Julien, Roquet Pascal, « 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.
- Fraboulet Danièle, *Quand les patrons s'organisent. Stratégies et pratiques de l'Union des industries métallurgiques et minières (1901-1950)*, Villeneuve d'Asq, Presses Universitaires du Septentrion, 2007.
- Fraboulet Danièle, « Le patronat de la métallurgie et l'(in)aptitude pendant la première partie du XXe siècle », in Omnès Catherine, Bruno Anne-Sophie (dir.), *Les mains inutiles, inaptitude au travail et emploi en Europe*, Belin, Paris, 2004, pp. 293-294.
- Fernandez Gabriel, *Soigner le travail*, Toulouse, Erès, 2009.
- Feroni Isabelle, *Les infirmières hospitalières. La construction d'un groupe professionnel*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Nice Sophia-Antipolis, 1994.
- Freidson Eliot, *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press, 1970.
- Freidson Eliot, *Professional Powers. A study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press, 1986.
- Freidson Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- Freidson Eliot, *Professionalism, the Third Logic*, Chicago, University of Chicago Press, 2001.
- Freidson Eliot, « The changing nature of professional control », *Annual Review of Sociology*, vol. 10, 1984, pp. 1-20.
- Galland Jean-Pierre, « La régulation européenne des risques professionnels et les relations de travail », in Aballéa François et Lallement Michel (dir.), *Relations au travail, relations de travail*, Toulouse, Octarès, 2007.
- Garrigou Alain, « La pluridisciplinarité en santé au travail : un beau chantier d'apprentissage », *Performances, Stratégies et facteur humain*, n°5, 2002, pp. 2-43.
- Gehanno Jean-François, Choudat Dominique, Caillard Jean-François, « Enseignement de la médecine du travail en deuxième cycle des études médicales en France », *Archives des Maladies professionnelles et de l'environnement*, vol. 66, n°4, 2005, pp. 313-317.

- Gehanno Jean-François, Weber Jacques, Conso Françoise, Sobaszek Annie, Cantineau Alain, Sibert Louis, Caillard Jean-François, « Détermination des besoins éducatifs des futurs médecins du travail par une méthode de groupes de discussion dirigée », *Archives Des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, vol. 69, no. 3, 2008, pp. 423-437.
- Geerkens Éric, « Entre soins et prévention, le rôle du médecin dans les entreprises belges (c.1900-C.1970) », in Bruno Anne-Sophie, Geerkens Éric, Hatzfeld Nicolas et Omnès Catherine (dir.), *La santé au travail entre savoirs et pouvoirs (19e-20e siècles)*, Rennes, PUR, 2011, pp. 193-208.
- Gindt-Ducros Agnès, *Les médecins de l'éducation nationale : une professionnalité originale au cœur des pratiques collectives de la santé à l'école*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Paris 8, 2012.
- Gilles Marion, *Compter pour peser ? La quantification de la « santé au travail » en entreprises : entre institutionnalisation et ambiguïtés conceptuelles*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 2013.
- Glaser Barney G., *Organizational careers: a sourcebook for theory*, Chicago, Aldine Publishing, 1968.
- Goffman Erving, *Les rites d'interaction*, Paris, Éditions de Minuit, 1974.
- Goffman Erving, *The Presentation of Self in Everyday Life*, New York, Anchor Books, Doubleday, 1959.
- Goffman Erving, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 1975 (1ère édition 1963).
- Gollac Michel, Castel Marie-Josèphe, Jabot Françoise, Presseq Philippe, « Du déni à la banalisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 163, volume 3, 2006.
- Gollac Michel (dir.), « Les risques psychosociaux au travail : d'une "question de société" à des questions scientifiques », *Travail et emploi*, n° 129, janvier-mars 2012.
- Granaux Sonia, *Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans les établissements de fabrication de produits chimiques*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, novembre 2010.
- Guillemain Hervé, « Devenir médecin au XIXe siècle », *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest* [En ligne], 116-3, 2009, mis en ligne le 02 juillet 2010, consulté le 24 mars 2014.
- Guillemin Michel, *Les dimensions insoupçonnées de la santé au travail*, L'Harmattan, Paris, 2011.
- Guiol Patrick, Muñoz Jorge, 2008, « La pratique de la médecine du travail entre reconnaissance et indifférence », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol. 69, n°3, pp. 438-447.
- Gusfield Joseph, *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant, la production d'un ordre symbolique*, Economica, 2009 [1<sup>ère</sup> édition 1981].

- Hamman Philippe, « Quand le souvenir fait le lien... de la délimitation des domaines de validité des énoncés recueillis par le sociologue en situation d'entretien », *Sociologie du travail*, n°44, vol. 2, 2002, p. 175-191.
- Hardy-Dubernet Anne-Chantal, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », *Revue Française des affaires sociales*, n°1, 2005, p. 35-58.
- Hardy-Dubernet Anne-Chantal, Arliaud Michel, Horellou-Lafarge Chantal, Le Roy Fabienne, Blanc Marie-Anne, *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, Rapport de recherche pour le programme INSERM/CNRS/MiRe 98 « Processus de décision et changements des systèmes de santé », novembre 2001.
- Hassenteufel Patrick, « Vers le déclin du "pouvoir médical"? Un éclairage européen, France, Allemagne, Grande Bretagne », *Pouvoirs*, 89, 1999, p. 51-64.
- Hassenteufel Patrick, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2008.
- Henry Emmanuel, *Amiante : un scandale improbable*, Rennes, PUR, 2007.
- Henry Emmanuel, « Nouvelles dynamiques de savoirs et permanence des rapports de pouvoir. L'impact – limité – des transformations – importantes – de l'expertise en santé au travail », *Revue française de science politique*, vol. 61, 4, août 2011, p. 707-726
- Henry Emmanuel, Jouzel Jean-Noël, « Les politiques de santé au travail au prisme de la sociologie de l'action publique », *Santé publique*, n°20 (Hors-série), 2008, pp. 181-189.
- Herzlich Claudine, « Préface », in Bloy Géraldine, Schwyer François-Xavier (dir.), *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010.
- Hibou Béatrice, *La bureaucratiation du monde à l'ère néo-libérale*, Paris, La Découverte, 2012.
- Hirata Helena, Jeantet Aurélie, Kergoat Danièle, Soares Angelo, « Controverse : Le regard d'une certaine sociologie du travail sur la subjectivité », *Travailler*, n°22, vol. 2, 2009, pp.135-141.
- Hirigoyen Marie-France, *Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*, Syros, 1998.
- Hirigoyen Marie-France, *Malaise dans le travail*. Paris, Syros, 2001.
- Hirigoyen Marie-France, « Le harcèlement moral au travail en 2003 », *Journal international de victimologie*, n°3, 2003.
- Huez Dominique, « Pluridisciplinarité et système de santé au travail. Point de vue d'un médecin du travail », *Performances, santé et fiabilité humaine*, n°5, juillet août 2002, pp. 22 à 26.
- Huez Dominique, Dulery Jean-Paul, « Médecine du travail, l'heure d'une réforme en profondeur », *Santé et Travail*, n°24, 1998, pp. 59-61.
- Huez Dominique, *Souffrir au travail : comprendre pour agir*, Paris, Éditions Privé, 2008
- Huez Dominique, Riquet Odile, « Savoir-faire clinique et action en médecine du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, n°69, 2008, pp. 373-379.

- Hughes Everett C., *Le Regard sociologique*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.
- Huntington Mary J., « Development of Professional Self-Image », in Merton, Robert K., Reader, George G., Kendall Patricia L. (dir.), *The Student-Physician*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1957.
- Jounin Nicolas, *Chantier interdit au public*, Paris, La Découverte, 2008.
- Jouzel Jean-Noël, *Des toxiques invisibles : sociologie d'une affaire sanitaire oubliée*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2013.
- Jouzel Jean-Noël, « Les effets des contextes nationaux sur les politiques de santé au travail. Comparaison des conflits liés aux toxiques professionnels en France et aux Etats-Unis » in *Revisiter la prévention des risques professionnels : un enjeu de développement durable*, Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail, 2010, pp.36-41.
- Karasek Robert, « Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, n°24, 1979, pp.285-308.
- Karasek Robert, Theorell Töres, *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books, 1990.
- Karpik Lucien, *Les avocats. Entre l'État, le public, le marché. XIIIe-XXe siècle*, Paris, Gallimard, 1995.
- Kingdon John W., *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Boston, Little, Brown, 1984.
- Knibiehler Yvonne, *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984.
- Kopias Jerzy A., « Multidisciplinary model of occupational health services. Medical and non-medical aspects of occupational health », *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, Vol.14, n°1, 2001, pp. 23-28
- Kubiak Julien, « La prévention des risques au risque de la prévention. Enquête parmi les préventeurs de la S.N.C.F », document de travail, 2015.
- Lallement Michel, « Quelques remarques sur la place du genre dans la sociologie du travail en France », in Laufer Jacqueline, Marry Catherine, Maruani Margaret (dir.), *Le travail du genre : les sciences sociales à l'épreuve des différences de sexe*, Paris, La Découverte, 2003, p. 123-150
- Lacassagne Alexandre, Martin Étienne, *Précis de médecine légale*, Paris, Masson et Cie Editeurs, 3<sup>e</sup> édition 1921.
- Lahire Bernard, « Variations autour des effets de légitimité dans les enquêtes sociologiques », *Critiques sociales*, n°8-9, juin 1996, p. 93-101.
- La Parra Daniel, « Les transformations des métiers du risque en Espagne, 1995-2005 : de la médecine du travail à la prévention du risque », in Omnes Catherine et Pitti Laure (dir.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXe siècle. La France au regard des pays voisins*, Rennes, PUR, 2009.

- Lapeyre Nathalie, Robelet Magali, « Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes », *Sociologies pratiques*, n° 14, 2007, pp. 19-30
- Lapeyre Nathalie, Robelet Magali, « Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? », in Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, EHESP, 2010.
- Lascoumes Pierre, Le Galès Patrick, *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2012.
- Lassagne Marc, Perriard Julien, Rozan Anne et Trontin Christian, *L'évaluation économique du stress au travail*, Versailles, Éditions Quae, 2013
- Le Bianic Thomas, *Les « ingénieurs des âmes ». Savoirs académiques, professionnalisation et pratiques des psychologues du travail de l'entre-deux-guerres à nos jours*, Thèse de doctorat de Sociologie, Université d'Aix-en-Provence, 2005.
- Le Bianic Thomas, Vion Antoine, *Action publique et légitimités professionnelles*, LGDJ, coll. « Droit et société », 2008.
- Lecœur Guillaume, « Hans Selye : Portrait d'un scientifique réformateur (1907-1982) », Colloque du DIM GESTES, 11-12 juin 2013.
- Le Feuvre Nicky, Lapeyre Nathalie, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2005.
- Le Galès Patrick, « Gouvernance », in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot, Pauline Ravinet (dir.) *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences-po, 2004, pp. 242-250.
- Lenoir Rémi, « La notion d'accident du travail : un enjeu de luttes », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°32, 1980, pp. 77-88.
- Libert Bertrand, Yamada Yuichi, « Occupational Medicine in France : a Perspective at the Fiftieth Anniversary of Médecine du travail », *Journal of Occupational Health*, vol. 40, pp. 91-95.
- Loriol Marc, *Le temps de la fatigue. La gestion du mal-être au travail*, Paris, Anthropos, 2000.
- Loriol Marc, *La construction du social. Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*, Rennes, PUR, coll. « Le sens social », 2012.
- Loriol Marc, « Replacer la prévention des risques psychosociaux dans l'organisation du travail », communication au Congrès national de médecine et santé au travail, Toulouse, 1er au 4 juin 2010.
- Lowi Theodore, « Four systems of policy, politics and choice », *Public Administration Review*, Vol.32, n°4, 1972, pp. 298-310.
- Löwy Ilana, *L'emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*, Paris, La Dispute, 2006.
- Maugeri Salvatore (dir.), *Délit de gestion*, Paris, La Dispute, 2001.
- Mauss Marcel, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Paris, PUF, 2012 (1ère édition 1925).

- Machefer Jocelyne « Approche collective des risques psychosociaux en médecine du travail : Intérêts et limites, des pièges à éviter », *Cahiers des SMT*, n°25, 2011.
- McCarthy John D., Zald Mayer N., « Resource Mobilization and Social Movements: A Partial Theory », *American Journal of Sociology*, Vol. 82, n°6, mai 1977, pp. 1212-1241.
- McCulloch Jock, Tweedale Geoffrey, *Defending the Indefensible. The Global Asbestos Industry and its Fight for Survival*, Oxford, Oxford University Press, 2008.
- McClelland, C.E. « Escape from freedom? Reflections on German professionalization 1870-1933 », in Torstendahl Rolf, Burrage Michael (dir.), *The Formation of Professions : knowledge, state and strategy*, London, Sage, 1990.
- Mager Stellman Jeanne, « Introduction », in Jeanne Mager Stellman (dir.), *Encyclopédie de santé et de sécurité au travail, 3e édition française, traduction de la 4e édition anglaise*, Bureau international du Travail, Genève, 2000, 4 vol.
- Mager Stellman Jeanne, « L'encyclopédie de sécurité et de santé au travail du BIT : le pari de la pluridisciplinarité », *Revue Internationale du Travail*, Vol. 137, n°3, 1998.
- Manzano Magali, « Les "risques psychosociaux" et le psychologue du travail... en Service de santé au travail (SST) », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 10, vol.2, 2010, p. 179-193.
- Marichalar Pascal, « La médecine du travail sans les médecins? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Politix*, vol. 23, n°91, 2010, pp. 27-52.
- Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire ? Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France 1970-2010)*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 2011.
- Marichalar Pascal, *Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question*, Paris, Presses de Sciences Po, 2014.
- Martin Etienne, « Notre programme », *La médecine du travail*, n°1, oct. 1929.
- Marx Karl, *Les manuscrits économique-philosophiques de 1844*, Paris, Vrin, 2007.
- Mauss Marcel, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Paris, PUF, 2012 (1<sup>ère</sup> édition 1925).
- Merton Robert K., Reader, George G., Kendall, Patricia L. (dir.), *The Student-Physician*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1957.
- Mias Arnaud, *Les risques professionnels. Peut-on soigner le travail ?*, Paris, Ellipses, 2010.
- Mias Arnaud, Legrand Émilie, Carricaburu Danièle, Féliu François, Jamet Ludovic, *Le travail de prévention. Les relations professionnelles face aux risques cancérigènes*, Toulouse, Octarès, 2013.
- Michon Sébastien, *Etudes et politique : les effets de la carrière étudiante sur la socialisation politique*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Strasbourg 2, 2006.
- Mintzberg Henry, *Structures et dynamiques des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation, 1982.

- Moisdon Jean-Claude, « L'hôpital entre permanence et mutations », in Baszanger Isabelle, Bungener Martine, Paillet Anne (dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute, 2002.
- Molinié Anne-Françoise, Volkoff Serge, « Quantifier les conditions de travail ? » *Travail et Emploi*, n°11, 1982, pp. 63-70.
- Morel Stanislas, *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnel*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 2010.
- Moriceau Caroline, *Les douleurs de l'industrie. L'hygiénisme industriel en France, 1860-1914*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2009.
- Morin Edgar, *L'esprit du temps*, Armand Colin, 2008
- Moutet Aimée, « La place de l'ergonomie dans la politique du patronat et des syndicats ouvriers de la métallurgie française, 1960-1973 », in Bruno Anne-Sophie, Gerkeens Éric, et al. (dir.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles)*, PUR, 2011.
- Muller Pierre, *Les politiques publiques*, Paris, PUF, 2013.
- Murcia Marie, *Rôle des facteurs psychosociaux au travail sur les troubles de la santé mentale et leur contribution dans les inégalités sociales de santé mentale*, Thèse de doctorat de santé publique option épidémiologie, Université Paris Sud XI, 2012.
- Offerlé Michel, « L'action collective patronale en France, 19<sup>e</sup>-21<sup>e</sup> siècles. Organisation, répertoires et engagements », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. 2, n° 114, 2012, pp. 82- 97.
- Omnès Catherine, Bruno Anne-Sophie (dir.), *Les mains inutiles, inaptitude au travail et emploi en Europe*, Belin, Paris, 2004.
- Omnès Catherine, Pitti Laure (dir.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XX<sup>e</sup> siècle. La France au regard des pays voisins*, Rennes, PUR, 2009.
- Omnès Catherine, « Les surintendantes d'usine. Attention au « facteur humain » et prévention du risque au travail (1917-1946) », in Omnès Catherine, Pitti Laure (dir), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XX<sup>e</sup> siècle. La France au regard des pays voisins*, Rennes, PUR, 2009.
- Bungener Martine, Paicheler Geneviève « Trajectoires sociales, carrières et satisfaction financière : aspects de l'évolution de la profession médicale en France (1930-1980) », in Lucas Yvette, Dubar Claude (dir.), *Genèse et dynamique des groupes professionnels*, Presses Universitaires de Lille, 1994.
- Paradeise Catherine, « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, N°1, 1985.
- Paradeise Catherine, « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et sociétés*, vol. XX, n°2, 1988, pp. 9-21.
- Parsons Talcott, *The Social System*, New York, The Free Press, 1951.
- Parsons Talcott, « The Professions and Social Structure », *Social Forces*, vol. 17, n° 4, 1939, pp. 457-467.

- Pécaud Dominique, « Pluridisciplinarité et professionnalisation du “préventeur” », 25<sup>ème</sup> journées de l'ADHYS (Association pour le Développement de l'Hygiène et de la Sécurité dans les établissements de recherche ou d'enseignement supérieur, Paris, 13-14 mars 2008.
- Peneff Jean, *La méthode biographique*, Paris, Armand Colin, 1990
- Perrow Charles, *Normal accidents: Living with high-risk technologies*, New York, Basic Books, 1984.
- Pezé Marie, *Ils ne mourraient pas tous, mais tous étaient frappés*, Paris, Pearson Education France, 2008.
- Picot Geneviève, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable », *Revue Française des Affaires sociales*, 2005, n°1, pp. 83-100.
- Pierru Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, 2007.
- Pinson Gilles, Sala Pala Valérie, « L'entretien en sociologie de l'action publique », *Revue Française de Sciences Politiques*, n°57, vol. 5, 2007, p. 555-597.
- Pinto Josiane, « Une relation enchantée. La secrétaire et son patron », *Actes de la Recherche en sciences sociales*, vol. 84, 1990, pp. 32-48.
- Piotet Françoise, Correia Mario, Lattès Claude, « Entre profession et métiers, les médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, n° 58, 1997, pp. 62-129.
- Piotet Françoise, « Médecins du travail », in Piotet Françoise (dir.), *La révolution des métiers*, Paris, PUF, p. 291-316.
- Pruvost Geneviève, *Profession : policier. Sexe : féminin*, Éditions de la MSH, Paris, 2007.
- Ramaut Dorothée, *Journal d'un médecin du travail*, Paris, Cherche Midi, 2006.
- Rainhorn Judith (dir.), *Santé et travail à la mine. XIXe- XXe siècle*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2014.
- Ramazzini Bernardo, *Essai sur les maladies des artisans*, traduit du latin de Ramazzini avec des notes et des additions par M. de Fourcroy, chez Moutard, Paris, 1777.
- Ravet Hyacinthe, « Diriger un orchestre. Lorsque le chef est une femme... », 3<sup>ème</sup> Congrès de l'AFS, Université Denis Diderot-Paris 7, Paris, avril 2009.
- Rivest Chantal, « France : From a Minimalist Transposition to a Full Scale Reform of the OHS System », in Walters David (dir.), *Regulating Health and Safety Management in the European Union, Work and Society* n°35, Bruxelles, Presses Interuniversitaires Européennes, 2002.
- Robelet Magali, Lapeyre Nathalie, Zolésio Emmanuel, « Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans », note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des médecins, janvier 2006.

- Rosental Paul-André, Devinck Jean-Claude, « Statistique et mort industrielle. La fabrication du nombre de victimes de la silicose dans les houillères en France de 1946 à nos jours », *Vingtième Siècle : Revue d'histoire*, vol. 3, n° 95, 2007.
- Rosner David, Markowitz Gerald, *Deadly Dust. Silicosis and the ongoing struggle to protect worker's health*, Ann Harbour, University of Michigan Press, 2006.
- Sainsaulieu Ivan, Surdez Muriel (dir.), *Sens politiques du travail*, Paris, Armand Colin, 2012.
- Saks Mike, *Professions and the Public Interest. Medical Power, Altruism and Alternative Medicine*, Routledge, London, 1994.
- Salah-Eddine Laïla, « La reconnaissance du harcèlement moral au travail : une manifestation de la "psychologisation" du social ? », *SociologieS*, mis en ligne le 27 décembre 2010, consulté le 23 avril 2014.
- Salman Scarlett, « Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail », *Sociologie du travail*, vol 50, n°1, pp. 31-47, 2008.
- Salengro Bernard, « Lettre ouverte au docteur Frimat », *Espace Médecin du Travail*, n° 36, mars 2008
- Sandret Nicolas, Huez Dominique, « Clinique médicale du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, n°69, 2008, pp. 359-361.
- Sarradon-Eck Aline, « "Qui mieux que nous ?" Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins », in Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, pp. 253-270.
- Schwartz Olivier, *Le Monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, Paris, PUF, 1990.
- Seillan Hubert, *Les services de santé au travail. Quel avenir?*, Bordeaux, Éditions Préventique, 2012.
- Seitz Gilles, « Pluridisciplinarité », *Les Cahiers SMT*, n°19, juin 2004, pp. 72-73.
- Selye Hans, *The stress of life*, Mc-Graw-Hill, New York, 1956.
- SNPST, « Les pratiques coopératives en santé travail », *Revue du Journal des professionnels de la Santé au Travail*, n°5, mai 2011.
- Sollier Paul, « La médecine industrielle », Congrès national de médecine du travail, Liège, 21-23 juin 1930, Presses J. Vromans, Bruxelles.
- Stevens Helen, « Quand le psychologique prend le pas sur le social pour comprendre et conduire des changements professionnels », *Sociologies Pratiques*, n°17, 2008, pp. 1-9.
- Strauss Anselm, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992 [1ère édition américaine 1961].
- Strauss Anselm, et al., *The Hospital and Its Negotiated Order*, in Freidson Eliot (dir.), *The Hospital in Modern Society*, New York, Free Press, 1994 (1<sup>ère</sup> édition 1963).
- Strauss Anselm, *Negotiations. Varieties, Contexts, Processes and Social Order*, San Francisco, Jossey-Bass, 1978.

- Sucche Orlane, *La pluridisciplinarité en santé au travail. Construction et enseignements en région Nord-Pas de Calais*, mémoire de Master 2 Pratiques et politiques locales de santé, Université Lille 1, 2010.
- Sultan Taïeb Hélène, Niedhammer Isabelle, « Le poids imputable à l'exposition au stress au travail en termes économiques et de santé publique : enjeux et écueils méthodologiques », *Travail et emploi*, n°129, vol. 1, 2012, pp. 35-49.
- Synthèse du 28<sup>e</sup> Congrès national de médecine et santé au travail, « Le Congrès de l'espoir, Bordeaux, 8-11 juin 2004 », *Collection Actes*, Bordeaux, Éditions Préventique, 2004.
- Targowla Olivier, *Les médecins aux mains sales : la médecine du travail*, Paris, éditions Pierre Belfond, 1976.
- Tiano Vincent, « Déficit des régulations et perte de légitimité d'une profession : les inspecteurs du travail », in Le Bianic Thomas et Vion Antoine (dir.), *Actions publiques et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ, 2008, pp. 91-103.
- Thébaud-Mony Annie, *La reconnaissance des maladies professionnelles*, Paris, La Documentation française, 1991.
- Thébaud-Mony Annie, *Travailler peut nuire gravement à votre santé. Sous-traitance des risques, mise en danger d'autrui, atteintes à la dignité, violences physiques et morales, cancers professionnels*, Paris, La Découverte, 2007.
- Thébaud-Mony Annie, Daubas-Letourneux Véronique, Frigul Nathalie, Jobin Paul (dir.), *Santé au travail : approches critiques*, Paris, La Découverte, 2012.
- Thievenaz Joris, « L'activité d'"enquête" du médecin du travail », *Recherche & formation*, n°70, vol. 2, 2012, p. 61-74.
- Topalov Christian (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France (1880–1914)*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1999.
- Tweeddale Geoffroy, *Magic Mineral to Killer Dust*, Oxford University Press, 2001.
- Ughetto Pascal, « Qui a besoin des risques psychosociaux ? "RPS", construction d'un problème public et travail », in Hubault François (dir.), *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, Toulouse, Octarès, 2011.
- Verdier Éric, « La gouvernance de la santé au travail : le dialogue social recadré par un paradigme épidémiologique ? », in Courtet Catherine et Gollac Michel, *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, 2012.
- Viet Vincent, Ruffat Michèle, *Le choix de la prévention*, Paris, Economica, 1999.
- Viet Vincent, *Les voltigeurs de la République : l'inspection du travail en France jusqu'en 1914*, Paris, CNRS Éditions, 1994.
- Viossat Michel, « De l'usage de l'ergonomie dans les services interentreprises », *Actes de la journée de la SELF « La pluridisciplinarité en santé au travail : des échanges de pratiques »*, 14 juin 2001.

Vinck Dominique, « Une analyse à chaud et personnelle des relations entre ergonomie et pluridisciplinarité », *Actes de la journée de la SELF « La pluridisciplinarité en santé au travail : des échanges de pratiques »*, 14 juin 2001.

Vogel Laurent, « Où en sont les services de prévention dans l'Union Européenne ? », *Newsletter du BTS*, n°21, 2003, pp. 20-31.

Walters David (dir.), *Regulating Health and Safety Management in the European Union, Work and Society* n°35, Bruxelles, Presses Interuniversitaires Européennes, 2002.

### **Rapports parlementaires ou institutionnels :**

Aubin Claire, Duhamel Gilles, et Lejeune Daniel, « L'agrément Des Services De Santé Au Travail », Rapport De Synthèse, IGAS, 2004.

Benevise Jean-François, Lopez Alain, « Les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO) », Rapport pour l'Inspection générale des affaires sociales, septembre 2006

Berland Yvon, « Rapport de la Commission Démographie médicale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille », mai 2005.

Berland Yvon, Bourgueuil Yann, « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé », *rapport d'évaluation pour l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)*, juin 2006.

Conseil économique et social, « L'avenir de la médecine du travail », rapport présenté par Christian Dellacherie, 2008.

Conso Françoise, Frimat Paul, « Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail », Paris, Inspection générale des affaires sociales / Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, 2007.

Cour des comptes, « La gestion du risque des accidents du travail et des maladies professionnelles », Direction des journaux officiels, 2002.

Cour des Comptes, « Les services interentreprises de santé au travail : une réforme en devenir », 2012.

DARES, « L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER », *DARES Analyses*, n°23, mars 2012.

Dellacherie Christian, Frimat Paul, Leclercq Gilles, « La santé au travail. Vision nouvelle et professions d'avenir », Paris, ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, 2010.

Dériot Gérard, Godefroy Jean-Pierre, « Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer les leçons pour l'avenir », rapport du Sénat n°37, 20 oct. 2005.

Dériot Gérard, « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales par la mission d'information sur le mal-être au travail », Tome II Auditions - Sénat, 2010.

DREES, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2012 ».

Gollac Michel, Bodier Marceline (dir.), « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser », DARES, Ministère du travail et de l'emploi, avril 2011

IGAS, « Santé : pour une politique de prévention durable », 2003.

Lachmann Henri, Larose Christian, et Pénicaud Muriel, « Bien-être et efficacité au travail », Paris, La Documentation française, 2010.

Le Garrec Jean, Lemièrre Jean, « Les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante », Rapport de l'Assemblée nationale n°2884, février 2006.

Légeron Patrick, Nasse Philippe, « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail », remis au ministre du Travail le 12 mars 2008.

OMS, « Déclaration sur la santé mentale en Europe. Relever les défis, trouver des solutions », Conférence ministérielle européenne, Helsinki, 12-15 janvier 2005.

Plan Santé Travail 2005-2009, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale

Rapport pour la Direction Générale du Travail « bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels », 2007.

Sicart Daniel, *Les médecins au premier janvier 2011*, document de travail de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), n°157, mai 2011.

Sicart Daniel, *Les médecins au premier janvier 2012*, document de travail de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), n°167, février 2012.

Sicart Daniel, *Les médecins au premier janvier 2013*, document de travail de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), n°179, mai 2013.

Zeggar Hayet, Roux Jacques, de Saintignon Pierre, *La prévention sanitaire en milieu de travail*, IGAS-Documentation française, février 2003

### ***Presse et ressources numériques***

Béchaux Stéphane, « Le stress fait le bonheur des consultants », *Liaisons sociales magazine*, septembre 2008.

Berger Éric, « Services de santé au travail : rendement exigé pour les IPRP », *Santé & Travail*, n°74, avril 2011.

Biffaud Olivier, Bissuel Bertrand, « On revient à la médecine du travail instituée par Pétain », *Le Monde*, chat avec Bernard Salengro, secrétaire national de la CFE-CGC et médecin du travail, 17 septembre 2010.

Bulletin de la SELF n°159, septembre 2010.

Diéval Perrine, « Régis Lamoril, président de l'AST 62-59 : "On est passé de la silicose au stress..." », *La Voix du Nord*, 11 janvier 2010.

- Dossier « Maladies professionnelles : obtenir réparation », *Santé et travail*, n°58, avril 2007.
- Fayner Elsa, « Le business de la santé au travail », *Santé et travail*, n°72, octobre 2010.
- Filoché, Gérard, « On ne demande pas au dealer d'organiser la prévention contre la drogue », *www.filoché.net*, 12 février 2011, consulté le 20 janvier 2014.
- Girard Laurence, « Un suicide tous les deux jours chez les agriculteurs », *Le Monde*, 11 octobre 2013.
- Mahiou Isabelle, « La pluridisciplinarité dévoyée », *Santé et travail*, n°42, p. 20-21, 2003.
- Mandraud Isabelle, « Le MEDEF milite pour une réforme de la médecine du travail », *Le Monde*, 25 mars 2000.
- Paillereau Gabriel, « La Pluridisciplinarité en Santé au travail : indispensable et à géométrie variable », *blog « epHYGIE »*, juin 2013.
- Prieur Cécile, « Les médecins seront désormais soumis à une évaluation de leur pratique professionnelle », *Le Monde*, 1<sup>er</sup> juillet 2005.
- Quéruel Nathalie, « GIE en santé au travail, quand le doute s'installe », *Santé et travail*, n°49, 2004, pp. 14-17.
- Renard Xavier, « Marina, venue de Bucarest pour pallier les carences françaises », *Libération*, 7 juin 2010.
- Salengro Bernard, « L'employeur aura moins de médecins dans les pattes », *Journal du Net*, mis en ligne en octobre 2004, consulté le 18 décembre 2013.
- Servenay David, « Médecine du travail : l'autre caisse noire du MEDEF », *Rue89*, 7 novembre 2007.
- Servenay David, « Médecine du travail : une réforme contre les abus du MEDEF », *Rue89*, février 2008.
- Servenay David, « Médecine du travail : le MEDEF est dans le mur », *Rue89*, 4 mars 2010.

**Sites web/blogs consultés :**

- Association Santé et médecine du travail : *www.a-smt.org*  
 Association national pour l'amélioration des conditions de travail : *www.anact.fr*  
 Association pour la reconnaissance du titre d'ergonome européen : *www.artee.com*  
 Conseil national de l'ordre des médecins : *www.conseil-national.medecins.fr*  
 CISME : *www.cisme.org*  
 Site web de promotion de la spécialité par le Collège des enseignants : *www.devenirmedecinetravail.org*  
 Forum des étudiants en médecine : *www.e-carabin.net*  
 Site web de Gabriel Paillereau, « conseil en santé au travail » : *www.ephygie.com*  
 Société d'ergonomie de langue française : *www.ergonomie-self.org*  
 « Et voilà le travail », blog d'Elsa Fayner, repris par Rozenn Le Saint : *www.voila-le-travail.fr*  
 Bureau international du travail : *www.ilo.org*

Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles : [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)

Institut national de veille sanitaire (InVS) : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

Site web recensant les consultations spécialisées de « souffrance au travail » : [www.souffranceettravail.com](http://www.souffranceettravail.com)

Syndicat national des professionnels de la santé au travail : [www.snpst.org](http://www.snpst.org)

Ministère du Travail « travailler mieux » : [www.travailler-mieux.gouv.fr](http://www.travailler-mieux.gouv.fr)

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : Les situations d'observation

#### *Observations de type 1 (observation dans des lieux où l'entrée était libre)*

- Formation Comundi « Suicide et travail », mai 2009.
- Journée sur les « RPS » à Charleroi, avril 2010
- Journées de l'Institut (2010-2011)
- Congrès national de santé et médecine du travail, Toulouse, juin 2010
- Journée AFISST 2011 et 2012
- Journées du CISME 2010 et 2011
- Assises régionales pour la santé au travail, mars 2011.

#### *Observations de type 2 (observations dans des lieux où ma présence a été préalablement négociée)*

- formation INRS sur le thème des « risques psychosociaux », 2009.
- Colloque sur la « Souffrance au travail » organisé par la CFE-CGC, septembre 2010
- Soutenance Master 2 « pratiques et politiques locales de santé », sur la santé au travail, septembre 2010.
- Réunions d'échanges de pratiques sur les RPS entre infirmières et assistantes sociales du travail, septembre et novembre 2010.
- Formation ARACT sur les « risques psychosociaux », juin 2011.
- Congrès Association SMT, 2010, 2011, 2012.
- Rencontres E-Pairs juin 2010, décembre 2011.
- Congrès SNPST, de 2010 à 2012.
- Réunion « pluridisciplinarité » interne au SST1, 2012.
- Réunion « risques psychosociaux » au SST4, février 2012.

#### *Observations de type 3 (observations participantes)*

- Colloque « Organisation, gestion productive et santé au travail », Rouen, décembre 2010.
- Colloque régional, Institut de santé au travail, novembre 2012.
- Congrès du SNPST, intervention sur les collaborations médecins-infirmières, novembre 2012.
- Journées internationales de sociologie du travail (JIST), Bruxelles, janvier 2012.
- Colloque « Quelles actions pour un autre travail ? », DIM Gestes, juin 2013
- Formation ISSTO sur la santé au travail, octobre 2013.

## ANNEXE 2 : Liste des entretiens

*Les entretiens se sont déroulés entre avril 2010 et mars 2012.*

<ol style="list-style-type: none"><li>1. Philippe Duroy, médecin coordinateur (entretiens en 2010 et en 2011)</li><li>2. Marcelle, hospitalo-universitaire</li><li>3. Sylvain, médecin de prévention</li><li>4. Guillaume, médecin du travail, SST1</li><li>5. Edith, médecin du travail, SST1</li><li>6. Pascale, infirmière du travail (entretiens en 2010 et en 2011)</li><li>7. Sabine, ergonome ARACT (entretiens en 2010 et en 2011)</li><li>8. Professeur Pierre L.</li><li>9. Professeur Richard D.</li><li>10. Suzanne, Institut</li><li>11. Laurent, Institut</li><li>12. Anne-Sophie, Institut</li><li>13. Eric, Institut</li><li>14. Jérémy, médecin du travail au SST1</li><li>15. Cécile, médecin du travail au SST1</li><li>16. Jeanne, médecin du travail, SNPST</li><li>17. Laura, médecin CARSAT</li><li>18. Martine, Médecin inspecteur du travail</li><li>19. Odile, médecin et enseignante CHU</li><li>20. Patricia, CHU</li><li>21. Jérôme, cadre à la DIRECCTE</li><li>22. Christian, interne au SST1</li><li>23. Bernard, médecin du travail au SST1</li><li>24. Raphaëlle, médecin du travail au SST1</li><li>25. Pierre, psychologue au SST1</li><li>26. Luc, psychologue au SST1</li><li>27. Catherine, médecin du travail en SST</li><li>28. Diane, médecin du travail au SST1</li><li>29. Annette, médecin du travail au SST1</li><li>30. Bruno Maire, directeur du SST1</li><li>31. Yvette, médecin du travail, SST1 et SST2</li><li>32. Stéphane, ergonome au SST1</li><li>33. François, ergonome au SST1</li><li>34. Thomas, cadre de direction du SST1</li><li>35. Professeur Jean-Pierre R.</li><li>36. Aude, médecin hospitalo-universitaire</li><li>37. Yves, médecin du travail au SST2</li><li>38. Clémence, psychologue au SST2</li><li>39. Carine, psychologue au SST2</li><li>40. Marie, psychologue au SST2</li><li>41. Gaëlle, médecin du travail au SST1</li><li>42. Corinne, médecin du travail au SST1</li><li>43. Françoise, médecin inspecteur du travail</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>44. Aurélie, cadre SST1</li><li>45. Stéphanie, IPRP épidémiologie SST1</li><li>46. Sylvie, infirmière au SST1</li><li>47. Justine, infirmière au SST1</li><li>48. Nathalie, infirmière au SST1</li><li>49. Jacques, médecin coordinateur SST1</li><li>50. Céline, infirmière au SST1</li><li>51. Liliane, infirmière au SST1</li><li>52. Léa, infirmière au SST1</li><li>53. Christine, médecin du travail</li><li>54. Sylvie Cathala, inspectrice du travail</li><li>55. Orlane Sucche, sociologue</li><li>56. Virginie, infirmière au SST1</li><li>57. Lise infirmière en service autonome</li><li>58. Laurence infirmière, SNPST</li><li>59. Elodie, psychologue en SST</li><li>60. Hélène secrétaire SST1</li><li>61. Paul, médecin du travail, SNPST</li><li>62. Fabrice, médecin du travail, SNPST</li><li>63. Emma, ergonome SST3</li><li>64. Claire, médecin du travail, SST3</li><li>65. Marielle, ergonome, SST3</li><li>66. Dominique, psychothérapeute, SST1</li><li>67. Géraldine, cadre de direction, SST1</li><li>68. Miriam, médecin du travail, SST3</li><li>69. Laure, juriste, SST1</li><li>70. Sébastien, responsable qualité, SST1</li><li>71. Ludivine, secrétaire, SST1</li><li>72. Béatrice, médecin du travail, SNPST, SST4</li><li>73. Etienne, médecin du travail, SST4</li><li>74. Romain, responsable pluri, SST4</li><li>75. Valérie, responsable formation, SST1</li><li>76. Véronique, AST, SST1</li><li>77. Justine, AST, SST1</li><li>78. Jean-Marc, médecin du travail, responsable « pluri » SST1</li><li>79. Marianne, psychologue SST5</li><li>80. Fanny, ergonome en SST</li><li>81. Michel, psychologue SST4</li><li>82. Amandine, psychologue en SST</li><li>83. Martial Brun, directeur du CISME</li><li>84. Corine Letheux, médecin conseil CISME</li><li>85. Marie, infirmière</li><li>86. Professeur Martin J. (professeur d'ergonomie)</li><li>87. Julien, toxicologue au SST1</li><li>88. Ludovic, toxicologue en SST</li></ol>
---	--

### ANNEXE 3 : Glossaire des sigles

<p><i>AFSSET</i> : Agence française de sécurité sanitaire et de l'environnement</p> <p><i>ANSES</i> : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail</p> <p><i>ANI</i> : Accord national interprofessionnel</p> <p><i>ARACT/ANACT</i> : Association régionale/nationale pour l'amélioration des conditions de travail</p> <p><i>A-SMT</i> : Association Santé et médecine du travail</p> <p><i>AST</i> : Assistant(e) en santé-travail</p> <p><i>AT/MP</i> : Accident du travail, maladie professionnelle</p> <p><i>BIT</i> : Bureau international du travail</p> <p><i>CARSAT</i> : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail</p> <p><i>CNAM</i> : caisse nationale d'assurance maladie</p> <p><i>CE</i> : Comité d'entreprise</p> <p><i>CES</i> : Certificat d'études spécialisées</p> <p><i>CFDT</i> : Confédération française démocratique du travail</p> <p><i>CGT</i> : Confédération générale du travail</p> <p><i>CHSCT</i> : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail</p> <p><i>CISME</i> : Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise</p> <p><i>CNOM</i> : Conseil national de l'ordre des médecins</p> <p><i>CPOM</i> : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens</p> <p><i>CMR</i> : Cancérogène, mutagène et reprotoxique</p> <p><i>CRRMP</i> : Commission régionale de reconnaissance des maladies professionnelles</p> <p><i>DES</i> : Diplôme d'études spécialisées</p> <p><i>DIRECCTE</i> : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi</p> <p><i>DP</i> : Délégué du personnel</p> <p><i>DPC</i> : Développement professionnel continu</p> <p><i>DPST</i> : Démarche de progrès en santé au travail (démarche qualité)</p> <p><i>DUERP</i> : Document unique d'évaluation des risques professionnels</p> <p><i>EPI</i> : Equipement de protection individuelle</p> <p><i>EVREST</i> : Evolution des relations et santé au travail</p>	<p><i>FDS</i> : Fiche de données de sécurité</p> <p><i>FMC</i> : Formation médicale continue</p> <p><i>FNATH</i> : Fédération nationale des accidentés du travail</p> <p><i>GIE</i> : Groupement d'intérêt économique</p> <p><i>GIP</i> : Groupement d'intérêt public</p> <p><i>GIT</i> : Groupement des infirmières du travail</p> <p><i>GME</i> : Groupement des médecins d'entreprise</p> <p><i>HSE</i> : Hygiène, sécurité et environnement</p> <p><i>IGAS</i> : Inspection générale des affaires sociales</p> <p><i>INRS</i> : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles</p> <p><i>IPRP</i> : Intervenant en prévention des risques professionnels</p> <p><i>IST</i> : Infirmière en santé au travail</p> <p><i>ISTNF</i> : Institut de santé au travail du nord de la France</p> <p><i>MASE</i> : Manuel d'amélioration sécurité des entreprises</p> <p><i>MEDEF</i> : Mouvement des entreprises de France</p> <p><i>OPPBTP</i> : Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics</p> <p><i>OMS</i> : Organisation mondiale de la santé</p> <p><i>OIT</i> : Organisation internationale du travail</p> <p><i>ORS</i> : Observatoire régional de santé</p> <p><i>PME</i> : Petites et moyennes entreprises</p> <p><i>PNST/ PRST</i> : Plan national / régional de santé au travail</p> <p><i>QHSE</i> : Qualité, hygiène, sécurité et environnement</p> <p><i>RPS</i> : Risques psychosociaux</p> <p><i>SAMETH</i> : Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés</p> <p><i>SELF</i> : Société d'ergonomie de langue française</p> <p><i>SNPST</i> : Syndicat national des professionnels de la santé au travail</p> <p><i>SMR</i> : Surveillance médicale renforcée</p> <p><i>SST</i> : Service de santé au travail</p> <p><i>SSTRN</i> : Service social du travail région nord de France</p> <p><i>SUMER</i> : Surveillance médicale des expositions aux risques</p> <p><i>TMS</i> : Troubles musculo-squelettiques</p> <p><i>UIMM</i> : Union des industries et des métiers de la métallurgie</p>
---	--

**ANNEXE 4 Les cinq positionnements des acteurs face à la « pluridisciplinarité »**

Positionnements	Enjeux de la médecine du travail	Objectifs	Moyens les plus emblématiques	Surtout portés par :	Arguments pour ou contre la pluridisciplinarité
<b>Neutre</b>	Faire de la médecine en milieu de travail	Se positionner en médecin, valoriser la discipline « pathologie professionnelle » à l'Université	Conseil expert à l'employeur, Colloque singulier (visée diagnostique)	- Professeurs de médecine du travail - médecins du travail	<p><i>Pour :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- possibilité de se recentrer sur une pratique vraiment « médicale »</li> <li>- délégation des tâches les moins prestigieuses aux infirmières, « comme ailleurs »</li> </ul> <p><i>Contre :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- menaces sur un territoire médical déjà fragile : volonté de garder le monopole des consultations individuelles</li> </ul>
<b>Programmatique</b>	Participer à la « santé travail » comme politique publique	Mettre en place des plans et des programmes fixant des priorités, et les suivre Evaluer les résultats	Mode « projets » Enquête épidémiologiques	- Professeurs de médecine du travail - Institutions régionales	<p><i>Pour :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tournant vers une approche collective (approche individuelle désuète)</li> <li>- la collaboration entre les groupes permet de tracer leur activité et de les mettre en visibilité</li> <li>- elle assure la survie de la médecine du travail</li> </ul>

<b>Engagé</b>	Protéger les salariés des atteintes à leur santé dues à leur travail	Améliorer les conditions de travail des salariés en négociant avec les employeurs	Colloque singulier Alertes et actions collectives qui reposent sur le colloque singulier	- Médecins du travail - Infirmières	<p><b>Pour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Davantage d'outils à la disposition des médecins du travail pour protéger les salariés / à la disposition des salariés : action potentiellement plus efficace et plus complète (infirmières)</li> </ul> <p><b>Contre :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menace de l'autonomie professionnelle du médecin</li> <li>- Risque d'instrumentalisation des « pluri »</li> <li>- Risque de tournant gestionnaire et marchand (attachement à l'approche individuelle).</li> </ul>
<b>Prestataire de service</b>	Fournir des prestations aux employeurs pour les aider à gérer leurs risques professionnels	Satisfaire les adhérents des services en leur offrant un éventail large de prestations	Interventions « pluri » Accueil par les AST	- Equipe de direction - IPRP	<p><b>Pour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La « pluridisciplinarité » permet d'enrichir la gamme de prestations offerte aux adhérents</li> <li>- Elle donne moins de poids aux médecins dans les services et permet une commercialisation des activités menées en leur sein.</li> </ul>
<b>Dépassé</b>	Mode d'exercice professionnel compatible avec un faible investissement dans le travail	Jongler avec les contraintes en limitant les dommages (personnels et pour l'entreprise ou le salarié)	Colloque singulier : certificat d'aptitude	Médecins du travail	<p><b>Pour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les IPRP permettent de pallier les lacunes du médecin sur certains sujets ciblés</li> <li>- Ils peuvent alléger sa charge de travail</li> </ul> <p><b>Contre :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mal à l'aise avec la transparence que le travail avec les IPRP/infirmières implique (transmission de dossiers, etc.)</li> </ul>

## Table des encadrés

Encadré 0.1 La spécialité aujourd'hui : qui sont les médecins du travail ?.....	<b>p.12</b>
Encadré 0.2 L'INRS dans le système de prévention français.....	<b>p.19</b>
Encadré 0.3 Prendre le terrain au mot. Quand l'étude de la terminologie se confond avec l'enquête sociologique.....	<b>p.35</b>
Encadré 0.4 L'abandon de l'observation des pratiques médicales.....	<b>p.47</b>
Encadré 1.1 Définition de la santé au travail adoptée par le Comité mixte OIT/OMS de la santé au travail en 1995.....	<b>p.60</b>
Encadré 1.2 L'hygiénisme industriel, une « méta-discipline ».....	<b>p.62</b>
Encadré 1.3 Les surintendantes d'usine : une pratique infirmière pluridisciplinaire en santé au travail.....	<b>p.63</b>
Encadré 1.4 Médecins d'entreprise aux États-Unis.....	<b>p.71</b>
Encadré 1.5 Vieillesse des médecins du travail et manque de main-d'œuvre médicale : quelques illustrations.....	<b>p.86</b>
Encadré 1.6 Une ambiguïté de la réforme : économiser du temps médical ou ajouter des compétences dans les services ?.....	<b>p.100</b>
Encadré 2.1 Qui sont les directeurs de services interentreprises ?.....	<b>p.117</b>
Encadré 2.2 Un lieu d'acculturation à la politique régionale : les « Journées » de l'Institut.....	<b>p.150</b>
Encadré 2.3 Une formation en santé au travail pour les infirmières ?.....	<b>p.163</b>
Encadré 3 Les différents statuts d'emploi des intervenants « pluridisciplinaires ».....	<b>p.209</b>
Encadré 4.1 Quand la médecine impose sa supériorité vis-à-vis des autres disciplines en santé au travail.....	<b>p.235</b>
Encadré 4.2 La distinction indigène entre « technique » et « médical ».....	<b>p.239</b>
Encadré 5.1 Secrétaire et assistante : des métiers uniquement composés de femmes ? .....	<b>p.266</b>
Encadré 5.2 À nouveaux rôles, nouveaux noms.....	<b>p.284</b>
Encadré 5.3 La gestion administrative du nouveau rôle infirmier : des secrétaires pour les infirmières ?.....	<b>p.292</b>
Encadré 5.4 L'accès des infirmières au dossier médical : un point de tension.....	<b>p.300</b>
Encadré 5.5 Le statut problématique des entretiens « cas particuliers ».....	<b>p.303</b>
Encadré 5.6 Le « cœur de métier » du médecin du travail : outil de rationalisation de la division du travail et outil de débat sur l'identité professionnelle.....	<b>p.306</b>
Encadré 5.7 Médecins du travail et infirmières : des métiers féminins en concurrence.....	<b>p.308</b>
Encadré 6.1 Les « IPRP » : une appellation récente, des acteurs qui cherchent leurs marques.....	<b>p.320</b>
Encadré 6.2 L'organisation du groupe : la création d'une association.....	<b>p.330</b>
Encadré 7.1 Définir le stress au travail.....	<b>p.365</b>
Encadré 7.2 Souffrance au travail, conflits de classes et lien social.....	<b>p.367</b>
Encadré 7.3 La santé mentale : un concept « piégé » ?.....	<b>p.387</b>
Encadré 7.4 « RPS », maladies professionnelles et accident du travail : l'exemple de la difficile reconnaissance du suicide en lien avec le travail.....	<b>p.398</b>
Encadré 7.5 La « dualité du stress » selon Andrew Abbott.....	<b>p.402</b>
Encadré 7.6 Quantitatif, qualitatif : des modèles en concurrence ?.....	<b>p.405</b>
Encadré 8.1 La consultation de psychopathologie professionnelle ou consultation « souffrance au travail ».....	<b>p.428</b>
Encadré 8.2 Les recommandations du CNOM : déontologie et place du médecin du travail.....	<b>p.433</b>
Encadré 8.3 Les situations d'entretien comme révélateur de différences entre ergonomes et psychologues en SST.....	<b>p.440</b>
Encadré 9.1 Une action publique aux effets « dépolitisants » ?.....	<b>p.466</b>
Encadré 9.2 Le milieu pharmaceutique : un intrus en santé au travail ?.....	<b>p.470</b>
Encadré 9.3 L'exemple de l'Espagne : les circonstances d'une démedicalisation.....	<b>p.475</b>

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>7</b>
<b>Section 1 : L'identification d'un objet de recherche en santé au travail</b>	<b>8</b>
1. La médecine du travail comme point de départ	8
1.1. De l' « homme-orchestre » au « chef d'orchestre »	8
1.2. Le médecin du travail dans la littérature de sciences sociales : une profession au cœur des enjeux de l'entreprise	13
2. L'INRS ou l'impossible neutralité dans le domaine des risques et des maladies professionnelles	17
3. Des « risques psychosociaux » à la « pluridisciplinarité »	19
<b>Section 2 : Comment penser les tensions qui émergent dans le cadre de la « pluridisciplinarité » ?</b>	<b>21</b>
1. « Pluridisciplinarité » et rapports de pouvoir entre les groupes professionnels	21
1.1. Rhétorique professionnelle et interactions	22
1.2. D'une problématique formulée en termes de « division du travail »...	24
1.3. ... à une problématique formulée en terme de « conflits de territoire »	27
2. La « pluridisciplinarité » : une menace pour l'autonomie des médecins du travail ?	28
3. La « pluridisciplinarité » comme instrument d'action publique : rationalisation du système de prévention et dépolitisation de la santé au travail	31
<b>Section 3 : Une enquête dans les services de santé au travail : cheminement méthodologique</b>	<b>34</b>
1. Accès au terrain	34
1.1. La région comme unité d'observation	34
1.2. L'ébauche d'un terrain principal et de terrains secondaires	35
1.3. Le terrain « militant »	37
2. Les conditions d'enquête comme matériau	38
2.1. Les entretiens : des « situations d'observation »	38
2.2. Des conditions d'enquête marquées par l'imminence de la réforme	42
2.3. Les situations d'observation	44
3. Le recueil de données documentaires	46
<b>Section 4 : Plan / Logique d'exposition de la thèse</b>	<b>48</b>
<b>PARTIE 1 : DE L'IDEE DE « PLURIDISCIPLINARITE » A SA MISE EN ŒUVRE DANS LES SERVICES INTERENTREPRISES DE SANTE AU TRAVAIL.....</b>	<b>51</b>
<b>CHAPITRE 1 : L'ELABORATION DE LA REPONSE « PLURIDISCIPLINAIRE » AUX PROBLEMES DE LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS .....</b>	<b>53</b>
<b>Section 1 : Image de la profession, démographie et pressions internationales : l'opportunité d'une réforme</b>	<b>55</b>
1. La santé au travail vue par les instances internationales	56
2. Une remise en cause du système français de protection de la santé des salariés	58
2.1 La santé au travail : un domaine d'intervention à géométrie variable	58
2.2. La médecine du travail : une légitimité à construire	63
2.3. Le scandale de l'amiante : un élément déclencheur d'une volonté réformiste	65
3. Quel recrutement des médecins du travail ?	67
3.1. Une influence réciproque du recrutement sur l'image de la profession	67
3.2. Un recrutement des étudiants en médecine du travail qui obéit à des logiques de genre	73
3.3. Démographie médicale et action publique : la recherche d'un équilibre entre le nombre et la qualité ?	78
3.4. Les professeurs de médecine du travail promeuvent leur spécialité	82
3.5. Un certain attrait de la médecine du travail : une pratique généraliste qui offre de bonnes conditions de travail	85

<b>Section 2 : Les étapes de la réforme « pluridisciplinaire » des services de santé au travail</b>	<b>89</b>
1. Avant 2002 : la période « pré-pluridisciplinaire »	89
1.1. Une « pluridisciplinarité expérimentale »	89
1.2. La prévention collective des risques comme objectif de la médecine du travail : une « latéralisation » du projet de réforme ?	91
2. À partir de 2002 : la loi de modernisation sociale et ses conséquences	94
3. 2011 : Des services de santé au travail désormais responsables de missions	96

<b>Section 3. Les instruments de l'action publique en faveur de la réforme « pluridisciplinaire » des services de santé au travail</b>	<b>99</b>
1. La procédure d'agrément comme levier	100
2. La contractualisation	102
3. Le Plan santé travail et plan régional de santé au travail	104

## **CHAPITRE 2 : LA « PLURIDISCIPLINARITE » INCARNEE. D'UN TERME CONSENSUEL A SA MISE EN ŒUVRE DANS LES SERVICES INTERENTREPRISES DE SANTE AU TRAVAIL.....111**

<b>Section 1 : Quand les acteurs de la médecine du travail se mettent à la santé au travail</b>	<b>112</b>
1. Du Congrès de <i>médecine</i> du travail au Congrès de <i>médecine et de santé</i> au travail	113
2. La « pluridisciplinarité » : une modernisation nécessaire pour les directions de services et leurs représentants	115
3. Une ouverture des structures syndicales et militantes aux non-médecins	120

<b>Section 2 : Une mobilisation régionale pour la « pluridisciplinarité »</b>	<b>124</b>
1. Un contexte régional spécifique	125
1.1. La « culture de l'effort », ennemie de la prévention ?	125
1.2. Une « tertiarisation » des maladies professionnelles ?	130
1.3. Médecine du travail et patronat social dans la région : une relation ambiguë	132
2. La médecine du travail dans la région étudiée	135
2.1. Une formation régionale marquée « pro-pluridisciplinarité »	135
2.2. Un profil démographique vieillissant comparable au niveau national	136
3. La « pluridisciplinarité institutionnelle » au service de la « pluridisciplinarité » dans les services de santé au travail	137
3.1. Le fonctionnement en réseau	138
3.2. Le rapprochement avec la santé publique : une stratégie régionale	142
3.3. Le professeur L. et l'Institut : des entrepreneurs de la « pluridisciplinarité »	146

<b>Section 3. Le SST1 : un laboratoire de la « pluridisciplinarité »</b>	<b>150</b>
1. Présentation du service de santé au travail étudié, le SST1	151
1.1. Une organisation en plein changement après la fusion de plusieurs services	151
1.2. Richesse et diversité des ressources tournées vers les médecins du travail	153
2. De nouveaux acteurs : le « niveau 1 » de la « pluridisciplinarité »	155
2.1. Les « assistantes santé travail » (AST)	156
2.2. Les infirmières de santé au travail ou IST	158
2.3. Un nouveau mode d'organisation : les équipes locales de santé au travail	162
3. Une « pluridisciplinarité experte » conçue comme l'extension du « tiers temps » du médecin	164
3.1. Une dimension collective insuffisante : quand le suivi individuel « déborde » sur le tiers temps	165
3.2. Les débuts de la « pluridisciplinarité experte » dans le service	166

## **CHAPITRE 3 : REFORMER LES PRATIQUES AU SEIN DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL : UN RECADRAGE BUREAUCRATIQUE ET MARCHAND .....171**

<b>Section 1 : L'harmonisation des pratiques</b>	<b>173</b>
1. La « qualité » dans les services de santé au travail	173
2. Des pratiques hétérogènes à recadrer	178
2.1. La fusion comme opportunité d'harmoniser les pratiques	178
2.2. Enquêtes et réflexions : la construction d'une démarche d'harmonisation des pratiques	181
2.3. Un processus d'harmonisation qui crée des tensions	182

3. La formation comme outil d'harmonisation et levier de changement	186
<b>Section 2 : Une harmonisation des pratiques qui s'inscrit dans une logique programmatique</b>	<b>190</b>
1. Créer le consensus pour une homogénéité des pratiques	191
1.1. Inscription dans une action publique de prévention et harmonisation des pratiques	191
1.2. L'objectif d'un service homogène rendu à tous les adhérents	194
2. Le fonctionnement par projets : de la politique régionale à la pratique des services	196
2.1. Une méthodologie en rupture avec la médecine du travail traditionnelle	196
2.2. Une satisfaction des médecins impliqués	197
3. Le fonctionnement par projet remis en cause	198
3.1. Des « groupes de travail » peu productifs ?	198
3.2. Les projets comme contraintes sur l'activité du médecin	200
<b>Section 3 : Du « devoir d'adhérer » au « droit à la prestation »</b>	<b>201</b>
1. Des entreprises peu satisfaites	202
2. Le système du « forfait santé travail »	204
3. Un arbitrage entre la mutualisation et le co-financement	207
<b>PARTIE 2 : LES RAPPORTS DE POUVOIR ENTRE GROUPES PROFESSIONNELS AU SEIN DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRES .....</b>	<b>217</b>
<b>CHAPITRE 4 : UNE CONSEQUENCE DE LA « PLURIDISCIPLINARITE » : LA RECONFIGURATION DES RAPPORTS DE POUVOIR ENTRE LES GROUPES PROFESSIONNELS.....</b>	<b>219</b>
<b>Section 1 : Au-delà de la rhétorique pluridisciplinaire : des rapports de pouvoir</b>	<b>220</b>
1. Les médecins du travail dans la « pluridisciplinarité » : de l' « homme-orchestre » au « chef d'orchestre »	221
1.1. Avoir les bases ou se spécialiser ?	221
1.2. Une complémentarité entre les groupes professionnels	223
1.3. L'injonction à la « pluridisciplinarité » ou l'avènement du « chef d'orchestre »	225
2. L'utilisation indigène du terme de « pluridisciplinarité »	226
2.1. La « pluridisciplinarité » comme collaboration entre médecins et non-médecins	226
2.2. « Les pluris »	229
2.3. Le médecin du travail comme intermédiaire des actions « pluridisciplinaires »	231
3. Une rhétorique de la domination	233
3.1. La « pluridisciplinarité » une boîte à outils au service du médecin ?	233
3.2. Une division « médecins/non-médecins » vecteur de domination	238
3.3. Une rhétorique qui s'appuie sur des stéréotypes de genre	239
<b>Section 2 : Les médecins du travail, sauvés ou fragilisés par la « pluridisciplinarité » ?</b>	<b>242</b>
1. Le médecin « pivot » ou quand la « pluridisciplinarité » ménage le pouvoir médical	242
1.1. Manager des médecins : un exercice difficile	242
1.2. Une politique d'implication des médecins	244
2. Une démographie à double tranchant	246
2.1. Le manque de main-d'œuvre médicale comme source de pouvoir	246
2.2. Un « vide juridictionnel » dû à un manque de médecins	248
3. Le médecin du travail : un acteur contournable ?	251
3.1. Le statut de « pivot » : une position potentiellement inconfortable	251
3.2. Le médecin comme unique intermédiaire : un « goulot d'étranglement » ?	253
<b>CHAPITRE 5 : LA MEDECINE DU TRAVAIL TRANSFORMEE PAR LA « PLURIDISCIPLINARITE NIVEAU 1 » .....</b>	<b>259</b>
<b>Section 1. La construction du métier d' « assistante santé travail » (AST). D'une utilisation médicale à une utilisation marchande de la « pluridisciplinarité niveau 1 »</b>	<b>261</b>
1. Le processus de construction du métier d' « assistante santé travail »	262
1.1. Avant 2002 : le métier polyvalent de secrétaire médicale	262
1.2. À partir de 2002 : les assistantes santé travail, une activité au contenu variable	265

1.3. « Coller aux besoins des services » : un nouvel objectif	269
1. Depuis 2012 : l'évolution du métier entérinée par la loi	271
2.1. Une innovation locale qui se répand au niveau national	271
2.2. L' « ASST » introduite dans la loi : un choix politique controversé	272
3. Quand la « pluridisciplinarité niveau 1 » fait évoluer les services de santé au travail vers de nouvelles missions	274
3.1. Les assistantes santé travail comme intermédiaires d'une logique de gestion des risques	274
3.2. L'assistance à la réalisation du « document unique » : une prérogative légitime des AST ?	276
3.3. Les AST comme relais d'une logique de prestations de services : l'exemple de la prestation d'accueil	278
<b>Section 2 : L'arrivée des infirmières « santé travail » ou la déstabilisation du territoire professionnel des médecins du travail</b>	<b>281</b>
1. L'évolution du rôle des infirmières face au manque de main-d'œuvre médicale	281
1.1. Des infirmières « DE » aux « infirmières santé travail »	282
1.2. L'activité infirmière en service interentreprises de santé au travail avant les « IST »	283
1.3. Une expérimentation difficile, des médecins divisés	285
2. Un travail de construction de frontières inférieures	287
2.1. La fiche de mission des « infirmières santé travail » : davantage que de simples « IDE »	287
2.2. L'importance des trajectoires dans les négociations : le cas de Céline	289
2.3. L'ambivalence des infirmières sur une activité à plusieurs facettes : les « examens complémentaires »	292
3. Le territoire professionnel des médecins du travail menacé par l'arrivée des infirmières « santé travail »	295
3.1. Déléguer le suivi individuel des salariés	295
3.2. Un accès limité des infirmières « santé travail » à l'entreprise	302
3.3. Le « cœur de métier » attaqué ?	304
3.4. « On fait du travail de médecin, maintenant ! » : une nouvelle identité médicale	308
<b>CHAPITRE 6 : LA PLACE DES « PLURIS » AU SEIN DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL ....</b>	<b>317</b>
<b>Section 1 : Les IPRP, un groupe uni ?</b>	<b>319</b>
1. La relation de pouvoir avec les médecins du travail : une problématique commune à tous les IPRP	320
1.1. Les IPRP au service des médecins du travail ou des salariés ?	320
1.2. Des différences de statut fondatrices d'un déséquilibre de pouvoir	322
1.3. « Eux » et « nous » : une solidarité face aux médecins du travail	324
2. Les limites de la solidarité entre IPRP	326
2.1. Un groupe hétérogène et fictif	326
2.2. L'appartenance à des groupes professionnels plus ou moins institués : des loyautés concurrentes ?	330
<b>Section 2 : Un accueil différencié des médecins en fonction des disciplines</b>	<b>332</b>
1. Médecins IPRP et IPRP : un parrainage aidant ou étouffant ?	332
2. Une difficulté accrue pour les « sciences molles »	334
<b>Section 3 : Contraintes et marges de manœuvre des ergonomes en service de santé au travail</b>	<b>337</b>
1. De l'ergonomie aux ergonomes	338
1.1. Nouvelle ressource ou nouveaux collaborateurs pour les médecins du travail ?	338
1.2. Vers une profession d' « ergonome » ?	340
1.3. Une grande hétérogénéité des acteurs de l'ergonomie en SST	341
1.4. L'émergence d'un « professionalism from within » chez les ergonomes	343
2. La pratique de l'ergonomie en SST : une pratique qui s'oppose à l'exercice en cabinet	344
2.1. Un mode d'exercice à l'abri du marché...	345
2.2. Intransigeance et diplomatie : une image contrastée du métier	346
2.3. Une « ergonomie de proximité » ?	348
3. Les prescriptions des médecins comme contraintes	350
<b>PARTIE 3 : LA PREVENTION DES « RPS » COMME POINT CHARNIERE.....</b>	<b>359</b>

## **CHAPITRE 7 : ENTRE PRISE EN CHARGE ET PREVENTION, LE DIFFICILE POSITIONNEMENT DES MEDECINS DU TRAVAIL SUR LES « RPS ».....361**

<b>Section 1 : Quand la souffrance mentale devient un enjeu propre à l'entreprise</b>	<b>362</b>
1. La mise sur agenda de la souffrance mentale au travail <i>via</i> la notion de harcèlement	362
2. Le stress au travail : un phénomène physiologique, des débats politiques	363
3. La souffrance mentale au travail comme risque professionnel	366
3.1. Les « RPS » : un compromis ?	366
3.2. Reconnaissance juridique et réparation des atteintes psychiques dues au travail	368
<b>Section 2 : La réforme contre l'approche clinique ? Les consultations individuelles stigmatisées</b>	<b>371</b>
1. Une lecture <i>individuelle</i> ou <i>relationnelle</i> des « risques psychosociaux »	372
1.1. L'écoute comme vecteur d'une approche « humaine » de la souffrance au travail	372
1.2. L'approche individuelle et relationnelle comme arme « dépolitisante » à disposition des employeurs	373
1. Clinique médicale du travail et psychodynamique du travail : des approches « individuelles » ?	374
1.1 La « souffrance au travail » vue comme un phénomène social et politique	374
2.2. L'« utilisation » de la souffrance au travail par les médecins du travail : opportunisme corporatiste ou défense d'idéaux professionnels ?	377
2. La réforme « pluridisciplinaire » contre l'approche « individuelle » ?	379
3.1. Le suivi médical stigmatisé	379
3.2. Le « dépistage » : quand le niveau « individuel » s'accorde avec les objectifs de la réforme	382
3.3. La critique « clinique » des « risques psychosociaux » : une « extension du domaine de la gestion »	384
<b>Section 3 : Au-delà du clivage entre « individuel » et « collectif » : des pratiques multiformes</b>	<b>387</b>
1. La place des « RPS » dans l'activité des médecins	387
1.1. Des médecins pris au dépourvu	387
1.2. Une continuité des pratiques	389
2. Une activité médicale guidée par des enjeux sociaux et juridiques	389
2.1. L'orientation des salariés en souffrance : un rôle de relais vers le circuit de soin de ville	390
2.2. L'arbitrage santé/emploi et les pratiques d'« outplacement »	392
2.3. Le médecin du travail au cœur des conflits du travail : conseils juridiques et stratégies	393
3. Une « prévention primaire » qui cible le niveau collectif : quel pouvoir de conviction du médecin ?	398
3.1. La quantification : convaincre les managers en parlant leur langage	399
3.2. La place des médecins dans l'utilisation des outils de mesure des « RPS »	401
3.3. Un sentiment d'inutilité des médecins : les limites des actions de prévention collective	404
3.4. L'organisation du travail en cause : un pouvoir de sanction nécessaire ?	405

## **CHAPITRE 8 : LE DELICAT POSITIONNEMENT DES PSYCHOLOGUES DANS LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL : « PLURIDISCIPLINARITE » ET DIVISION DU TRAVAIL DE PREVENTION DES RPS .....413**

<b>Section 1 : Le domaine d'intervention légitime des psychologues : l'individu ou le collectif ?</b>	<b>414</b>
1. Des psychologues positionnés sur le collectif ou comment réserver le monopole du colloque singulier aux médecins du travail (le cas de Michel)	414
2. Des psychologues positionnés sur l'individuel : une demande d'assistance des médecins sur des cas problématiques (le cas de Marianne)	417
3. Le cas des SST1 et 2 : des psychologues à la merci des demandes des médecins	420
<b>Section 2 : La « pluridisciplinarité » comme cadre de la concurrence entre groupes professionnels</b>	<b>423</b>
1. Médecins et intervenants « psys » avant l'apparition de la catégorie « RPS »	423
1.1. Des « psys » bienvenus dans les services : les intervenants en debriefing	423
1.2. Des experts au service des médecins du travail : psychiatres et consultations de pathologie professionnelle	425
2. Les concurrences entre médecins du travail et psychologues	428

2.1. Conserver la prévention des risques psychosociaux « dans le cabinet médical » : un enjeu pour les médecins du travail	428
2.2. La réaction des psychologues face aux gardiens du territoire médical	432
2.3. L'exclusion du soin : un sort commun aux médecins et aux psychologues du travail ?	433
2.4. L'utilisation d'un vocabulaire médical comme frontière symbolique	437
3. Une concurrence entre psychologues et ergonomes	438
3.1. Les psycho-ergonomes	439
3.2. Un territoire professionnel partagé	443
3.3. L'ergonomie : des interventions qui « passent mieux » auprès des entreprises	445
<b>Section 3 : Les directions de services au cœur des conflits de frontières entre médecins et psychologues</b>	<b>448</b>
1. Des directions ignorantes	449
2. Des conflits sans arbitres ?	451
3. Quand les psychologues tentent de définir eux-mêmes leurs pratiques : le cas du SST5	454
<b>CHAPITRE 9 : LES MEDECINS DU TRAVAIL FACE A LA « PLURIDISCIPLINARITE ». DES LIGNES DE FRACTURE IDEOLOGIQUES .....</b>	<b>461</b>
<b>Section 1 : Santé publique, gestion des risques : les acteurs divisés</b>	<b>462</b>
1. La santé publique : un terrain glissant pour la santé au travail ?	463
1.1. Le cadre de la santé publique est-il adapté aux enjeux de la santé au travail ?	463
1.2. De quelle « santé publique » les médecins se font-ils les relais ?	465
2. La satisfaction de l'adhérent comme « injonction au professionnalisme »	469
2.1. Le rejet de la marchandisation : un obstacle à la « pluridisciplinarité » ?	469
2.2. Le contexte organisationnel en cause : une « démedicalisation » de la santé au travail ?	471
<b>Section 2 : Organiser la diversité des discours vis-à-vis de la « pluridisciplinarité »</b>	<b>474</b>
1. Les médecins du travail : un groupe aux pratiques hétérogènes	486
1.1. Les sociologues face à la diversité des médecins du travail	486
1.2. Différentes conceptions des missions et de leurs enjeux	488
2. Les positionnements des acteurs face à la « pluridisciplinarité »	490
2.1. Illustration des positionnements distingués	490
2.2. Le positionnement « neutre »	490
2.3. Le positionnement « programmatique »	493
2.4. Le positionnement « engagé »	494
2.5. Le positionnement en « prestataire de services »	495
2.6. Le positionnement « dépassé »	497
2.7. Un absent notable : le médecin du travail en retrait	498
<b>Section 3 : Vers un élargissement des attributions des services de santé au travail ?</b>	<b>474</b>
1. La politique de service comme contexte déterminant	474
1.1. Le positionnement du SST ou comment « marquer son territoire »	474
1.2. Devenir « leader » en santé au travail : un objectif importé du monde marchand	478
2. Définir son métier dans ce cadre élargi : une gageure pour les médecins du travail	480
2.1. Les contraintes de l'entreprise	480
2.2. La volonté d'intervenir : quand les médecins vont plus loin que les IPRP	481
2.3. Le syndicat comme ressource : une réflexion sur les finalités de l'action	483
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>505</b>



**Résumé:**

En France, au cours du processus de réforme de la médecine du travail, qui s'étend sur la première décennie des années 2000, la « pluridisciplinarité » s'impose comme une solution à une situation de crise que traverse le domaine de la prévention des risques professionnels. Elle doit remédier à la fois au déficit démographique de médecins du travail et à l'étroitesse du modèle français de prévention, jugé trop « médico-centré ».

À partir du cas d'un service de santé au travail, cette recherche éclaire les enjeux de mise en œuvre d'une diversification de la main-d'œuvre des services. Elle analyse en particulier les « luttes juridictionnelles » (Abbott, 1988) qui opposent les médecins du travail aux groupes professionnels introduits au titre de la « pluridisciplinarité ». Des infirmières, des assistantes spécialisées dans la santé au travail, et des « intervenants en prévention des risques professionnels » (IPRP) viennent en effet à la fois assister le médecin sur des tâches qu'il n'a plus le temps d'accomplir et élargir son action à des domaines jusque-là peu investis par les services de santé au travail, repoussant ainsi les frontières de l'activité de ces organisations.

Le dispositif « pluridisciplinaire » ne se présente pas comme un simple redéploiement de moyens mais redéfinit le contenu de l'activité de chacun. Ainsi, l'analyse des conflits occasionnés par la division du travail de prévention des « risques psychosociaux » fera apparaître, au-delà de clivages interprofessionnels, différentes conceptions de la santé au travail et de la mission de prévention.

**Mots-clés :**

Médecine du travail, santé au travail, action publique, réforme, pluridisciplinarité, profession médicale, groupes professionnels, luttes de juridiction, risques psychosociaux.

**Abstract :**

Throughout the reform of the French occupational medical system in the first decade of the 2000s, "multidisciplinarianism" imposed itself as a solution to the ongoing crisis of professional risk prevention. It addressed both the demographic deficit of occupational doctors and the narrowness of the French prevention model, deemed too "medico-centered".

Through the case of a specific occupational health service, the « SST1 », this research brings to light the stakes involved in carrying out a new policy based on workforce diversification.

Namely, it analyses the « jurisdictional conflicts » (Abbott 1988) opposing occupational doctors from the newly introduced professional groups: nurses, assistants, professional risks specialists from different disciplines (ergonomists, psychologists, toxicologists...). These new groups both assist doctors on tasks they no longer have time to complete and enlarge their action to fields that were until then not dealt with in occupational health services, thus redefining the borders of their activity.

Spreading itself beyond a simple reassignment of means, the "multidisciplinary" system reshapes the content of everyone's activity. Therefore, an analysis of the conflicts incurred by the prevention of "psychosocial risks" will help put forward different conceptions of occupational health, and of the prevention mission, that can look further than the discrepancies between professional groups.

**Keywords :** Occupational medicine, occupational health, public action, reform, multidisciplinarianism, medical profession, professional groups, jurisdiction struggles, psychosocial risks.