

Vers une médecine du travail préventive ?

Par Yvan BAREL

Maître de conférences en GRH à l'Université de Nantes, membre du Laboratoire d'Économie et de Management de Nantes-Atlantique (LEMNA EA 4272)

et Sandrine FRÉMEAUX

Professeur et co-responsable du département Management, Organisation et Droit à Audencia-Nantes, École de management

Face aux problèmes de santé au travail qui représentent un coût à la fois humain et financier, agir en amont sur les causes organisationnelles et managériales des troubles de santé constitue une urgence. La réforme de la médecine du travail intervenue en 2011 cherche précisément à promouvoir les actions pluridisciplinaires de prévention. Comment les médecins du travail se positionnent-ils par rapport à cette préconisation ?

Cet article propose l'analyse approfondie de trois profils distincts de médecins du travail : les « biomédicaux », les « militants » et les « progressistes ». Ces profils sont loin d'être uniformément réceptifs à une évolution de leurs pratiques en faveur d'une médecine préventive.

La formation des médecins du travail, le management des services de santé au travail (SST) ainsi que le management des entreprises méritent d'être repensés en vue de faciliter cette dynamique de prévention.

En Europe, l'Organisation internationale du travail (OIT) estime que le coût total des accidents et des maladies liés au travail représente 4 % du produit intérieur brut. Le stress, qui est en nette augmentation, en particulier dans les fonctions de l'encadrement, serait à l'origine de 50 à 60 % de l'absentéisme au travail (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 1999). Harcèlement moral, *burn-out*, suicides au travail sont également venus assombrir la situation à partir des années 2000. En France, le coût humain et financier des pathologies liées au travail et à son intensification est particulièrement important, en comparaison des autres pays développés (ASKENAZY, 2012). Le nombre de maladies professionnelles y a été multiplié par six ces dix dernières années, principalement à cause de la montée des troubles musculo-squelettiques (TMS), qui représentent 85 % d'entre elles. Longtemps considérée comme secondaire par rapport à l'emploi, la question du choix des conditions de travail fait aujourd'hui débat.

On se rend progressivement compte du fait que les politiques de prévention destinées à enrayer la détérioration de la santé au travail représentent un enjeu majeur de santé publique et de gestion des ressources humaines dans les entreprises. Mais faire de la « prévention primaire », c'est-à-dire agir en amont sur les causes organisationnelles et managériales des troubles de santé est chose complexe. Il n'est pas rare

de voir les directions d'entreprise limiter leur domaine d'action à la « prévention secondaire », qui permet de s'adapter à une situation qu'elles considèrent parfois ne pas pouvoir empêcher, ou à la « prévention tertiaire » qui consiste à n'agir qu'après la survenue d'un problème. Ce qui les amène à développer un soutien psychologique, un *coaching* ou d'autres mesures d'accompagnement individuel, sans pour autant changer le contexte de travail qui est pourtant à la source des troubles de la santé (DETCHESSAHAR, 2011).

Alors qu'ils se voient attribuer par la loi un rôle préventif visant à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (art. L. 4622-2 du Code du travail), les médecins du travail ont souvent une activité ciblée sur la réalisation de visites médicales individuelles et participent de ce fait au phénomène de l'individualisation des réponses apportées à des problèmes d'ordre organisationnel. Au lendemain de la réforme de la médecine du travail du 20 juillet 2011, qui cherche à promouvoir les actions pluridisciplinaires de prévention, la question se pose de savoir comment les médecins du travail se positionnent par rapport à cette orientation nouvelle apparemment plus exigeante que la seule gestion d'un planning de visites médicales. Plusieurs enquêtes suggèrent la diversité des activités possibles selon le contexte et la volonté du médecin du travail lui-même (BUZZI et al., 2006 ; GUIOL et MUÑOZ, 2008 ; MARICHALAR, 2010 ; DELLACHERIE et al., 2010). Piotet (2002) souligne la complexité du

métier dans une perspective sociologique, le médecin du travail étant « *un médecin sans client, qui n'est pas choisi par les salariés qu'il examine et qu'il n'est pas autorisé à soigner !* » (p. 304). Au vu des enjeux sanitaires actuels, une réflexion sur les conditions favorables à une médecine du travail préventive constitue une urgence.

S'appuyant sur une enquête qualitative menée entre septembre 2011 et janvier 2013 auprès de trente-quatre médecins du travail, cette étude propose d'explicitier une typologie des médecins du travail à travers l'analyse approfondie de trois profils distincts. Après une présentation du système de prévention de la santé au travail, nous envisagerons la méthodologie utilisée, les résultats ainsi que des pistes d'action susceptibles de permettre à tous les médecins du travail de s'approprier la fonction préventive qui leur est désormais dévolue.

Une médecine du travail qui évolue lentement

La visite médicale, pierre angulaire du système

Le principal outil mis à la disposition des médecins du travail dès 1947 est la délivrance de l'avis d'aptitude/inaptitude du salarié à son poste. La perspective est non pas celle d'une recherche d'adaptation du poste de travail à l'homme, mais celle d'une interrogation sur la capacité de l'homme à s'y adapter. On peut se demander comment le médecin du travail peut se prononcer sur l'aptitude d'un salarié, alors qu'il le connaît moins bien que son médecin traitant. L'exercice est d'autant plus difficile que le salarié peut hésiter à

livrer des informations à un médecin qu'il n'a pas choisi et qui peut prononcer un avis d'inaptitude partielle ou totale souvent synonyme d'exclusion de l'entreprise, en particulier dans les PME où les possibilités de reclassement sont particulièrement faibles. Alors que la notion d'aptitude est jugée « *déontologiquement inadmissible* » (ABÉCASSIS, 1998, p. 298) dès lors qu'il s'agit d'un jugement prédictif basé sur des éléments insuffisants, plus de 98 % des fiches médicales certifient l'aptitude du salarié à son poste (sans en mentionner les motivations), en y incluant les 5 % d'avis d'aptitude avec restrictions ou avec aménagement du poste. Même dans l'industrie nucléaire, Thébaud-Mony (2000) observe ce qu'elle appelle un « *rite d'aptitude* » (p. 14) sans rapport aucun avec une action continue de surveillance et de protection de la santé des travailleurs concernés. Déclarer que des salariés sont aptes à travailler dans des conditions dangereuses pour la santé, c'est « *rendre légitime un risque acceptable consenti par l'ensemble de la société* » (MARICHALAR, 2011, p. 375), risque qui semble entrer en contradiction avec une mission de prévention.

En complément de la visite médicale, le législateur a dès 1969 prévu un second outil censé permettre aux médecins du travail d'agir sur les situations de travail, le « tiers temps ». En théorie, les médecins du travail devraient consacrer un tiers de leur temps à l'action sur le terrain pour étudier les caractéristiques des postes et de l'environnement de travail, échanger avec le personnel et ses représentants, identifier les risques et jouer un rôle d'alerte. Pourtant, le tiers temps n'est guère utilisé (STIMEC, 2010). C'est précisément l'objet de la réforme de 2011 que de chercher à le redynamiser.

Les nouveautés de la réforme de 2011

1 - Précisions sur les missions des services de santé au travail

La loi rappelle que les services de santé au travail ont une mission exclusivement préventive et, à cette fin, elle précise qu'ils :

- « conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel »,
- « conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs. » (art. L. 4622-2),
- en outre, « lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver ».

L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, il fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. » (art. L. 4624-3).

2 - Pluridisciplinarité dans le fonctionnement des services de santé au travail

« Les missions des services de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire. » (art. L. 4622-8).

La réforme de 2011 : le développement des actions collectives de prévention

Insistant sur la dimension préventive des services de santé au travail (SST), la réforme cherche à favoriser les actions collectives de prévention primaire pour tenter d'agir concrètement sur les facteurs organisationnels et managériaux à l'origine des problèmes de santé. L'importance attribuée à la pluridisciplinarité est sans doute l'axe essentiel de la loi, celle-ci prévoyant que les médecins du travail animent et coordonnent une équipe pluridisciplinaire composée (par exemple) d'ergonomes, d'acousticiens, de métrologues, de psychologues, d'infirmiers...

L'approche pluridisciplinaire de la santé au travail, avec pour objectif d'évaluer de manière complète les risques professionnels, faisait déjà l'objet d'une obligation dans une directive européenne de 1989. Première adaptation du législateur français, le décret du 24 juin 2003 prévoit que des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) dotés de compétences techniques, organisationnelles ou médicales (hors médecine du travail) employés ou non par les SST, peuvent être mobilisés pour agir en complément de l'action conduite par le médecin du travail. La loi de 2011 vient donc affirmer la lente et laborieuse transposition de la directive européenne en droit français.

Trois visions de la médecine du travail

Une partie des résultats de cette enquête portant sur les attitudes adoptées par les médecins du travail avant la réforme et soulignant la faiblesse de la prévention primaire avait déjà été explorée. Il s'agissait alors de suggérer, dans la partie discussion, trois profils : les médecins « biomédicaux » (3/10^{èmes} de l'échantillon), les médecins « militants » (6/10^{èmes} de l'échantillon) et les médecins « progressistes » (1/10^{ème} de l'échantillon), dont les proportions n'étaient données qu'à titre

indicatif, compte tenu de la taille limitée de l'échantillon interrogé.

La présente étude va plus loin en mettant en perspective les façons dont les médecins du travail envisagent les visites médicales, le tiers temps et la réforme de 2011 (voir le Tableau de la page suivante). En s'appuyant sur cette typologie, nous avons identifié trois médecins caractéristiques des profils précités, que nous avons à nouveau interviewés en leur demandant de décrire leurs activités de travail, les difficultés rencontrées et les améliorations qu'ils souhaitent y apporter. Les profils « biomédicaux », « militants » et « progressistes » sont donc présentés dans cette étude à partir du cas de trois médecins de service inter-entreprises : Alain (58 ans), Jacques (55 ans) et Françoise (52 ans).

Les médecins « biomédicaux » : le cas d'Alain

Résumant sa mission à la production de fiches d'aptitude par rapport à un poste déterminé et tirant sa satisfaction de la maximisation du nombre de visites réalisées, Alain s'emploie à établir un diagnostic qui s'appuie toujours sur le même protocole. Il commence par demander au patient de se mettre en sous-vêtements, poursuit par la réalisation d'examen médicaux classiques (prise de la tension artérielle, auscultation pulmonaire, etc.) avant de poser quelques questions standards sur le respect du calendrier vaccinal et sur l'hygiène de vie, du type « *est-ce que vous fumez ?* ».

Alain qualifie d'ailleurs son action de « *sorte de contrôle technique* », son examen standard permettant selon lui d'éviter toute subjectivité dans l'analyse. Il déclare que la prise en compte des problèmes d'organisation du travail et de management n'entre pas dans son champ de compétences, qu'il considère être de nature purement médicale : « *Les problèmes de relations avec tel chef ou tel collègue, ce n'est pas vraiment notre domaine de compétences : c'est le job de la DRH, du*

Méthodologie

L'intérêt porté dans cette étude aux expériences vécues et aux représentations des médecins du travail en matière de prévention primaire imposait une méthode qualitative de recueil des données. Des entretiens semi-directifs individuels d'une durée moyenne d'une heure ont été réalisés auprès de 34 médecins du travail âgés en moyenne de 54 ans et relevant de 4 services de santé au travail (SST) différents.

Notre échantillon intègre les deux statuts de médecins du travail. Sur les 34 médecins interviewés, 3 sont dits « autonomes » (ils exercent dans une seule entreprise) ; 31 autres font partie d'un « service de santé inter-entreprises » (ils exercent dans des organisations de tailles différentes et dans des secteurs très divers) - ce qui respecte la proportion nationale, 9 % des salariés bénéficiant d'une médecine autonome et 91 % relevant d'une médecine inter-services.

L'entretien se structure en quatre parties :

- la perception de l'évolution des risques professionnels et des conditions de travail ;
- l'organisation des visites médicales ;
- les actions de prévention primaire dans les organisations ;
- les opinions sur la loi du 20 juillet 2011, sur ses enjeux, ses forces et ses limites.

CHSCT, de l'inspecteur du travail... Nous, on est des médecins ». Face à des salariés exprimant spontanément un mal-être professionnel, il tient de manière récurrente un discours relativiste qui met en cause les contraintes issues de l'environnement économique : « La crise, la concurrence, les réorganisations, tout ça fait qu'il y a plus de tensions : c'est normal... ». Il justifie l'expression de la souffrance mentale par la surmédicalisation des risques psychosociaux, qui développerait chez les salariés un sentiment de victimisation contre lequel il conseille de lutter en soulignant les responsabilités individuelles : « Chaque salarié doit se prendre en charge : faire du sport pour évacuer son stress, se faire accompagner par un psy, s'il se sent fragile, etc. ».

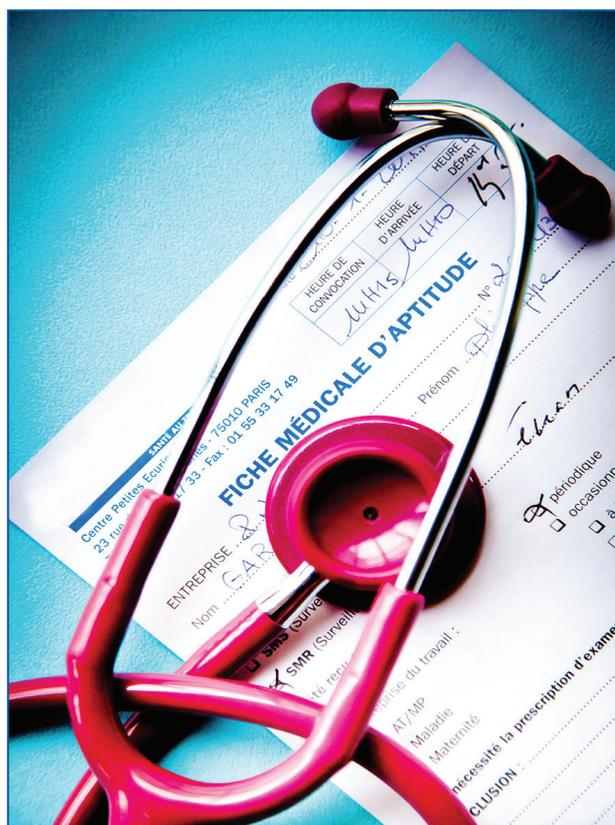
Son rôle se circonscrit ainsi à un diagnostic médical et à la délivrance de conseils - à charge pour les salariés d'adopter l'attitude appropriée pour préserver leur santé.

N'adhérant pas à la récente réforme qui met l'accent sur la prévention collective, il soupçonne ses pairs participant à des groupes de travail ou en déplacement dans les entreprises de chercher à fuir leurs obligations en matière de visites médicales :

« Je suis un de ceux qui font le plus de visites médicales dans la structure. Je pourrais en faire moins, si « certains » en faisaient plus... au lieu de se disperser dans des activités qui leur font plaisir, mais qui sont d'une utilité à mon avis toute relative ».

| Visites médicales | Médecins biomédicaux | Médecins militants | Médecins progressistes |
|---|--|---|---|
| <i>intérêt pour l'examen clinique</i> | + | + | - |
| <i>adhésion au principe de l'aptitude</i> | + | - | - |
| <i>approche standard de l'alimentation du dossier médical</i> | + | - | - |
| <i>approche compréhensive des personnes</i> | - | + | + |
| <i>approche compréhensive du travail</i> | - | +/- | + |
| <i>mise d'emblée du patient en sous-vêtements</i> | + | - | - |
| Tiers-temps | | | |
| <i>intérêt pour l'action sur le milieu de travail</i> | - | +/- | + |
| Pluridisciplinarité vue comme un moyen : | | | |
| <i>- de déléguer certaines tâches médicales</i> | + | + | - |
| <i>- de réduire l'autonomie des médecins du travail</i> | +/- | + | - |
| <i>- d'agir sur le collectif grâce à une complémentarité des compétences</i> | - | +/- | + |
| Mode de relation avec les directions d'entreprise | | | |
| <i>- retrait/soumission</i> | + | - | - |
| <i>- contestation</i> | - | + | - |
| <i>- coopération</i> | - | - | + |
| Perception positive (+) ou négative (-) de la réforme du 20 juillet 2011 | - | - | + |
| Fondements de l'exercice du métier | Approche médicale et individuelle centrée sur les symptômes physiques des salariés | Approche politique et individuelle centrée sur les abus de pouvoir des dirigeants | Approche constructive et collective centrée sur l'amélioration de l'organisation du travail |

Typologie des médecins du travail.



« Les médecins « biomédicaux » : le cas d'Alain

Résumant sa mission à la production de fiches d'aptitude par rapport à un poste déterminé et tirant sa satisfaction de la maximisation du nombre de visites réalisées, Alain s'emploie à établir un diagnostic qui s'appuie toujours sur le même protocole. »

Pour lui, le concept de pluridisciplinarité n'a pas de sens aussi bien d'un point de vue pratique que d'un point de vue déontologique : « *Je n'ai pas le temps de travailler de concert avec des intervenants en prévention des risques, et il ne faut pas oublier qu'en tant que médecin, je suis tenu au secret médical* ».

Parce que le diagnostic médical représente pour Alain le cœur de son métier, l'action pluridisciplinaire sur le terrain est vue par lui comme une dérive identitaire.

Les médecins « militants » : le cas de Jacques

Jacques adopte une posture très critique à l'égard des modes de financement et de fonctionnement des SST, qui empêchent selon lui un engagement réel de la part des directions d'entreprise pour réduire la souffrance physique et mentale des salariés :

« *Les employeurs sont dans une logique assurantielle. Ce qu'ils veulent, ce ne sont pas des conseils pour améliorer le bien-être au travail : ils veulent des fiches d'aptitude... Ils cherchent seulement à se couvrir.* »

En signant un certificat d'aptitude, Jacques regrette de se rendre complice de la puissance des employeurs

qui recherchaient des « *salariés déclarés aptes, donc prêts à endurer des conditions de travail difficiles* ».

Compte tenu des tensions sur le marché de l'emploi, il hésite à mentionner des restrictions, sur lesquelles les employeurs pourraient s'appuyer pour écarter la personne concernée : « *On a des salariés qui nous supplient de ne pas indiquer de restrictions parce qu'ils ont peur de perdre leur job* ». La solution adoptée par Jacques consiste à « *subvertir la fiche* », pour reprendre son expression :

« *J'écris que je conseille de discuter avec le salarié d'aménagements possibles. Les employeurs n'aiment pas ça. Pour eux, c'est blanc ou noir : le salarié est valide, ou il ne l'est pas* ».

Son combat contre ce qu'il considère être des « *excès de pouvoir du patronat* » repose sur une large utilisation des possibilités de protection offertes par le droit du travail : attitude alarmiste lors des CHSCT, déclaration d'inaptitude totale et définitive en cas de harcèlement ou de conflit éthique, déclaration d'inaptitude à la suite d'une visite médicale de reprise, envoi de lettres à l'employeur avec copies explicites à l'inspection du travail lorsqu'il estime que son avis n'est pas pris en compte.

Bien que souhaitant agir sur les causes organisationnelles et managériales de « *la souffrance au travail* » - une expression qui revient régulièrement dans son discours -, Jacques émet des réserves sur l'intérêt de la pluridisciplinarité, qu'il perçoit comme un artifice utilisé par le patronat pour diluer le pouvoir des médecins du travail et les remplacer progressivement par des infirmiers ou des techniciens qui n'ont ni leur autorité morale ni leur culture du secret professionnel. Pour autant, il ne rejette pas l'idée d'une coopération avec d'autres spécialistes, à la condition que celle-ci soit ponctuelle, justifiée par les circonstances et à son initiative. Il est par exemple déjà entré en relation avec un psychiatre des pathologies professionnelles pour traiter le cas d'un salarié en situation de harcèlement. Il n'envisage donc pas une mise en réseau et d'étroites coopérations, mais plutôt un rapport utilitaire, en fonction des cas.

Favorable dans son discours aux démarches de prévention primaire, Jacques justifie la faiblesse de son action sur le terrain par le manque de coopération des directions d'entreprise :

« *L'organisation est ce qu'elle est. Il ne faut pas se leurrer : le médecin du travail n'a pas le pouvoir de faire bouger les mentalités* ».

Paradoxalement, alors que son discours témoigne d'une connaissance conceptuelle des sources organisationnelles et managériales des difficultés professionnelles (évoquant, par exemple, avec précision les effets potentiellement délétères du *lean management* sur la santé au travail), il considère que le cœur de sa mission réside dans la prise en charge individualisée, et non dans l'action sur le milieu de travail :

« *Je suis un médecin, pas un VRP de la santé* ».

Si son identité de médecin le pousse (comme Alain) à privilégier la visite médicale, Jacques appréhende

celle-ci non pas sous l'angle d'une série standard d'actes médicaux, mais sous celui du dialogue et de l'écoute compréhensive. La durée moyenne de ses consultations est donc plus longue, cela d'autant plus que la montée des risques psychosociaux génère un besoin d'échanges :

« Quand un salarié parle de tensions relationnelles très fortes, quand on le sent proche de la déprime, on ne peut pas évacuer la consultation en quinze minutes. Il y a un vrai problème, dans le monde du travail : on n'avait pas ça, il y a 15 ou 20 ans... ».

En tant que personne externe à l'entreprise, il estime pouvoir objectiver la situation en mettant en avant des facteurs organisationnels et managériaux, tels que l'insuffisance d'autonomie décisionnelle, de reconnaissance ou de soutien social :

« Ça soulage toujours un peu la personne, quand je lui dis qu'elle n'est pas la seule dans ce cas et que ses difficultés ne sont pas liées à une faiblesse personnelle, mais à un contexte particulier ».

Si bien que, pour lui, la difficulté majeure vient moins d'un manque de temps pour agir sur les milieux de travail que d'un nombre insuffisant de visites médicales, aujourd'hui biennales (alors qu'elles étaient annuelles). Selon lui, cette moindre fréquence ne favorise pas un suivi efficace des salariés, en raison notamment de l'instabilité des situations professionnelles :

« Une visite biennale, c'est long... Parce qu'il se passe, en deux ans, beaucoup plus de choses qu'avant... ».

Les médecins « progressistes » : le cas de Françoise

Ayant pour objectif ultime d'agir concrètement sur les situations de travail pour préserver la santé des salariés, Françoise consacre un tiers de son temps à des actions sur le terrain. Le SST dont elle relève présente la particularité d'être spécialisé dans le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP) et de mettre la prévention primaire au cœur de son fonctionnement. En nombre équivalent à celui des médecins du travail, les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) sont essentiellement d'anciens chefs de chantier, conducteurs de travaux, chargés d'affaires, responsables Qualité-sécurité-environnement qui, au-delà de leur excellente connaissance du terrain, ont été choisis en raison de leurs compétences dans les questions de santé au travail. Ces derniers participent aux visites médicales rebaptisées en « entretiens santé travail », dont l'objet est de faire remonter de l'information sur les situations de travail par un questionnement qui porte systématiquement sur le matériel, la sécurité, l'organisation du travail, l'ambiance et les délais de livraison :

« C'est important de montrer que l'on s'intéresse à la situation particulière de la personne, que l'on a une



Photo © Burger/PHANIE

« Les médecins « militants » : le cas de Jacques

Jacques appréhende la visite médicale non pas sous l'angle d'une série standard d'actes médicaux, mais sous celui du dialogue et de l'écoute compréhensive. »

connaissance des métiers, du jargon utilisé. Sinon, on n'est pas crédibles et il n'y a pas d'échange ».

Ces entretiens sont donc l'occasion de mieux cibler les besoins.

Intervenant sur le terrain (avec un IPRP) pour comprendre les modes de fonctionnement des organisations et des acteurs, elle est convaincue que seuls les collectifs de travail peuvent réaliser les transformations nécessaires du milieu professionnel :

« Si l'on veut être efficace, on ne peut pas agir seul. Les solutions, on les trouve auprès des personnes de terrain ».

Percevant son rôle comme celui d'une accompagnatrice du changement qui cherche à élargir les perceptions du champ des possibles, elle insiste sur l'idée d'un triple décloisonnement à opérer.

a) D'abord, pour « casser les barrières » entre les médecins du travail et les salariés et sortir d'un rapport de domination statutaire, elle s'évertue à rendre régulièrement visite aux ouvriers sur les chantiers, trois ou quatre demi-journées par semaine :

« J'y vais en tant qu'être humain, sans ma casquette de médecin ».

Elle constate que « les ouvriers aiment parler », qu'ils s'expriment librement et qu'une fois la confiance créée, elle peut recueillir leurs confidences jusqu'alors empêchées par une culture de la virilité très forte dans le secteur du BTP, comme celle d'un charpentier qui lui « a avoué sa peur de travailler en hauteur ».

b) Ensuite, Françoise souligne la nécessité de « casser les barrières » entre les médecins du travail et les employeurs :

« Les employeurs ont des objectifs de rentabilité économique, c'est normal. Ils ne sont pas spécialistes de la santé. C'est à nous de leur montrer l'intérêt de la prévention primaire ».

Elle cherche à susciter l'adhésion des dirigeants en soulignant les retombées positives d'actions de prévention en termes de réduction de l'absentéisme et des accidents. Convaincue que sa légitimité passe par la prise en compte du contexte et par un dialogue ouvert et sincère avec l'employeur, elle s'évertue à faire remonter sa perception des difficultés ressenties sur le terrain et à suggérer des voies d'amélioration :

« Souvent, les chefs d'entreprise ont une vague intuition de ce qui ne va pas. En discutant, on met les choses à plat et, à ce moment là, ils sont prêts à agir ».

Elle évoque, par exemple, le cas d'une petite entreprise qui a accepté de mettre en place des réunions hebdomadaires conviviales pour permettre les échanges sur les nombreux problèmes en suspens :

« Tous les vendredis, ils débrièfent autour d'un pot sans alcool. J'ai assisté à la première réunion pour amorcer le mouvement ».

Elle raconte aussi le cas d'une entreprise qui a subitement vu s'accroître en son sein le nombre des TMS

(troubles musculo-squelettiques) et des accidents du travail au grand dam du directeur, qui n'en comprenait pas les raisons. Après discussion avec les ouvriers, elle s'est rendu compte que l'origine du malaise ressenti par certains d'entre eux (essentiellement, les plus anciens) venait de leur récente privation de « faire des beaux chantiers », comme des terrassements dans les stations de ski, et elle a convaincu le directeur que le choix et la répartition des chantiers relevaient aussi de la prévention primaire. En tout état de cause, elle observe la dynamique positive générée par la réussite d'une collaboration ponctuelle :

« Le chef d'une entreprise dans laquelle on avait mis en place une action sur la sécurité m'a dit récemment qu'il aimerait bien travailler sur la question du bien-être : victoire ! ».

Dans les situations minoritaires où l'employeur n'est pas disposé à agir malgré les risques signalés, elle n'hésite pas, comme le prévoit la loi de 2011, à recourir à des écrits motivés et circonstanciés.

c) Enfin, Françoise évoque la nécessité de « casser les barrières » entre les médecins du travail et les autres acteurs de la prévention. Lorsque le diagnostic réalisé intègre des dimensions médicale, technique, organisationnelle et managériale, il gagne en ouverture, en justesse et en crédibilité, et il représente le point de départ à partir duquel des solutions peuvent être envisagées pour agir concrètement sur les situations de travail. En plus de ses liens étroits avec des IPRP, Françoise cherche dans la mesure du possible à trouver du soutien auprès des membres du CHSCT, et surtout des représentants syndiqués qui disposent d'un pouvoir de négociation : « Une action réussie ne peut être que collective ». Aussi se félicite-t-elle de voir la réforme de 2011 accorder aux médecins du travail un rôle de « coordinateurs » des acteurs de la prévention :

« C'est important, que la loi ait redonné de la légitimité aux médecins du travail... ».

Pistes d'amélioration de la médecine du travail préventive

Cette étude confirme l'hétérogénéité des points de vue sur la délimitation du périmètre de la médecine du travail et elle permet, grâce à sa typologie, d'envisager les conditions nécessaires à la mise en place d'une médecine du travail qui soit à la mesure des enjeux sanitaires actuels.

Les limites des approches « biomédicale » et « militante »

L'attitude « bio-médicale » consistant à se focaliser sur l'hygiène des salariés et à l'appréhender à la fois comme la cause et la solution des troubles de la santé conduit à évacuer tout questionnement sur les sources professionnelles des pathologies. Il n'est pas anodin de constater que cette approche impose souvent dans son protocole de début de visite la mise en sous-vêtements du salarié avant même que n'aient été posées des

questions sur sa santé. Cela fait écho aux travaux de Bachet (2011) faisant de l'attitude du médecin du travail à l'égard de la nudité un indicateur des différences en matière de pratiques professionnelles.

On ne retrouve pas, dans les visites médicales organisées par les médecins du travail « militants », ce rituel de domination, ou tout du moins de distanciation. Il y a au contraire chez eux le désir d'aider les salariés en difficulté. En revanche, ils ont tendance à adopter une posture conflictuelle à l'égard des employeurs et à utiliser une grille de lecture de la réalité qui repose davantage sur la souffrance au travail que sur le travail. Or, la polarisation sur la souffrance humaine ne permet guère d'envisager de manière constructive une amélioration des conditions de travail et elle risque, comme le souligne Zarifian (2010), de faire du salarié « *un être passif soumis aux affections externes, écrasé, impuissant, triste, malheureux* ».

Le profil « progressiste » s'est approprié l'objectif visé par le législateur de développer une médecine du travail préventive. Sa démarche s'inscrit dans la perspective des travaux de Clot (2010) et de Detchessahar (2013), selon lesquels la santé au travail passe non pas par une action sur les fragilités humaines, mais par une action sur l'organisation et le management du travail. D'où l'impérieuse nécessité, pour un médecin du travail, de s'appuyer sur un ou plusieurs IPRP pour organiser son action sur les situations professionnelles. Malgré la réforme de 2011, ce profil « progressiste » reste encore minoritaire.

Les conditions d'un exercice pertinent de la médecine du travail

Pour nécessaires qu'elles soient, les aptitudes médicales ne sont en aucune façon suffisantes. Mais renforcer les exigences de sélection des médecins du travail ne paraît guère possible aujourd'hui, quand on sait que les nombreux départs à la retraite⁽¹⁾ ne peuvent pas être compensés en raison du nombre insuffisant de candidatures. Dans leur très grande majorité, les étudiants en médecine n'aspirent pas à exercer dans un service de santé au travail.

Pour attirer des candidats ayant à la fois les aptitudes et la volonté de faire de la prévention primaire au sein des organisations, une refonte du cursus de formation s'impose. La culture d'une médecine du travail préventive est radicalement différente de celle qui caractérise les métiers du milieu médical : le volet « soignant » est mis entre parenthèses au profit d'un rôle de diagnostic et d'accompagnement dans le cadre d'un plan de prévention. Être médecin du travail, c'est accepter à la fois une action préventive sur l'organisation du travail et une collaboration avec des intervenants non spécialisés dans le domaine médical. Aussi la formation doit-elle expliciter l'importance et la spécificité de la mission de prévention primaire dans le monde des organisations. Pour compléter une formation abordant les méthodologies d'action

concertée, les modes d'organisation et de management et leur incidence sur la santé physique et psychique, des stages en entreprises (et pas seulement en milieu hospitalier) devraient être obligatoires.

Dans le même ordre d'idée, une formation et un accompagnement méritent d'être organisés auprès des médecins du travail actuellement en poste, mais également auprès des membres des CHSCT et, surtout, comme le souligne le rapport Dab (2008), auprès des responsables hiérarchiques et des dirigeants d'entreprise. Ces derniers ont tendance à percevoir les mesures en faveur de la santé comme un coût et à réduire la médecine du travail à la réalisation des évaluations d'aptitude à l'emploi (AUBIN et al., 2007). Il est ainsi tentant, pour les médecins du travail, de se conformer à l'image de simples délivreurs de certificats que les employeurs leur renvoient. Cherchant à identifier les obstacles auxquels se heurtent les médecins du travail, Guiol et Muñoz (2008) soulignent que leur autonomie professionnelle est bien davantage reconnue par les employeurs dans le domaine technique et médical que dans celui des relations sociales et de l'organisation : ils parlent de « *confrontation plus idéologique que médicale sur la notion de territoire professionnel* » (p. 446).

Avoir un socle commun de connaissances sur les enjeux de la santé au travail permettrait de favoriser la coopération et d'accroître l'efficacité des démarches collectives. S'il semble bien compliqué de changer l'attitude des médecins biomédicaux très attachés à leurs pratiques hygiénistes, qui les rassurent et donnent sens à leur identité médicale, il n'en va pas de même des « militants », qui sont réellement soucieux d'améliorer les conditions de travail dans les organisations et seraient prêts à agir de manière collaborative avec les IPRP, si un meilleur dialogue s'instaurait avec les directions d'entreprise. Les médecins « militants », davantage encore que les « progressistes », ont besoin du soutien des directions d'entreprise, mais aussi de la direction de leur SST. Quand celle-ci ne s'intéresse qu'au nombre des visites médicales facturées, les médecins ne sont à l'évidence guère incités à dépasser la seule production de certificats d'aptitude ou d'inaptitude. Il importe que les directions de SST s'engagent clairement et fermement en faveur de la prévention primaire en la présentant comme la mission prioritaire, la raison d'être d'un SST. Dans la lignée de ce discours, elles se doivent d'organiser en interne une collaboration entre les médecins du travail et les IPRP pour être en mesure de proposer aux entreprises des démarches préventives crédibles.

Pour amorcer et entretenir une dynamique, les directions des SST ainsi que les directions d'entreprise peuvent valoriser les méthodologies d'action précitées mises en œuvre par les « progressistes » : visites médicales incluant une analyse des situations de travail, présence sur le terrain du médecin du travail et des IPRP pour identifier ensemble les problèmes et trouver des solutions avec les acteurs concernés, adoption d'une attitude d'écoute pour faciliter le recueil d'informations auprès des salariés et de leurs représentants, mise en place d'espaces de discussion sur

⁽¹⁾ En 2012, 59,3 % des médecins du travail ont plus de 55 ans (source : DREES, document de travail n°167, février 2012).

le travail pour résoudre les micro-problèmes organisationnels et réduire ainsi les tensions interpersonnelles.

Conclusion

Globalement, on observe une réticence des médecins du travail à sortir de leur cabinet médical et à collaborer avec d'autres professions. Passer de l'approche médicale à une prise en considération de l'organisation du travail en s'appuyant sur la pluridisciplinarité nécessite une remise en cause radicale des pratiques professionnelles. Il s'agit, pour les médecins du travail, de dépasser leur culture médicale et indépendante qui les pousse à la fois à développer une vision cloisonnée de leur métier et à accorder une préférence à l'approche individuelle.

L'intérêt de notre typologie est de mettre en exergue les conditions favorables à une médecine du travail préventive : la création d'une filière spécifique de santé au travail dans le cursus universitaire de médecine, une formation à la santé au travail des médecins du travail actuels, des employeurs et des représentants du personnel, un management des SST qui encourage les interventions sur le terrain et la collaboration avec les autres intervenants, des directions d'entreprise soucieuses d'accueillir les points de vue des médecins du travail et des IPRP et de mettre en discussion les tensions liées au travail.

Les recherches futures pourraient opérer un croisement des perceptions des salariés, des représentants du personnel, des IPRP et des employeurs sur les clés d'une action préventive réussie. Dans son enquête réalisée auprès des salariés, Bachet (2011, p. 68) note que « lorsque l'accent est mis en priorité sur le travail dans ses rapports avec la santé, les salariés sont prêts à faire confiance à leur médecin et à lui reconnaître une véritable utilité sociale ». Autrement dit, plus le médecin du travail est capable, de par sa connaissance du terrain, d'interroger les spécificités du poste et du fonctionnement de l'entreprise, et plus le salarié livrera des informations et tirera parti de l'échange. L'examen médical standard pratiqué par les médecins « biomédicaux » constitue en réalité une façon de s'éloigner de l'objectivité parce qu'il inhibe toute remontée d'information sur le travail vécu par le salarié et qu'il exclut toute prise en compte du métier et de l'environnement. La légitimité des médecins du travail reste à construire tant auprès des salariés que des employeurs. Elle dépend de leur capacité à désindividualiser les enjeux et à agir sur les contextes de travail d'une manière collaborative avec l'ensemble des acteurs concernés.

BIBLIOGRAPHIE

ASKENAZY (P.), « La santé est-elle rentable ? », Actes des rencontres d'Hippocrate, *Revue générale de droit médical*, Special Issue, pp. 5-22, 2012.

ABÉCASSIS (P.), « L'aptitude ? Inapte ! », dans Association Santé et Médecine du travail (dir.), *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*, Paris, Syros/La Découverte, pp. 297-301, 1998.

AUBIN (C.), PÉLISSIER (R.), DE SAINTIGNON (P.), VEYRET (J.), CONSO (F.) & FRIMAT (P.), *Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail*, IGAS RM2007-149 p. - IGAENR n°087, Paris, octobre, 2007.

BACHET (D.), « 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, pp. 54-69, 2011.

BUZZI (S.), DEVINCK (J.-C.) & ROSENTAL (P.-A.), *La santé au travail : 1880-2006*, Paris, La Découverte.

CLOT (Y.), *Le Travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte, 2010.

DAB (W.), « Rapport sur la formation des managers et des ingénieurs en santé au travail », rapport pour le ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité et pour le ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Paris, La Documentation Française, mai 2008.

DELLACHERIE (C.), FRIMAT (P.) & LECLERCQ (G.), « La Santé au travail. Vision nouvelle et professions d'avenir », rapport remis aux ministres du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Paris, avril 2010.

DETCHESSAHAR (M.), « Faire face aux risques psychosociaux : quelques éléments d'un management par la discussion », *Négociations*, n°1, pp. 57-80, 2013.

DETCHESSAHAR (M.), « Quand le management n'est pas le problème, mais la solution... », *Revue française de gestion*, n°214, pp. 89-105, 2011.

GUIOL (P.) & MUÑOZ (J.), « 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, 2008.

MARICHALAR (P.), « La Médecine du travail sans les médecins ? », *Politix*, vol. 3, n°91, pp. 27-52, 2010.

MARICHALAR (P.), « Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010) », thèse de doctorat en sociologie, École des hautes études en sciences sociales, sous la dir. de Rosental (P.-A.) et la co-direction de Grelon (A.), 2011.

PIOTET (F.), « Médecins du travail », dans PIOTET (F.) (dir.), *La Révolution des métiers*, Paris, PUF, pp. 291-316, 2002.

STIMEC (A.), « La Négociation collective des métiers : prospective ou repli ? Le cas de la récente négociation paritaire de la médecine du travail », *Humanisme & Entreprise*, n°299, pp. 49-68, 2010.

THÉBAUD-MONY (A.), *L'Industrie nucléaire : sous-traitance et servitude*, Inserm-EDK, Paris, 2000.

ZARIFIAN (P.), « La Performance sociale : une aberration dangereuse », *Le Monde*, 6 avril 2010.
http://www.lemonde.fr/idees/chronique/2010/04/06/la-performance-sociale-une-aberration-dangereuse_1329262_3232.html