



HAL
open science

La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010)

Pascal Marichalar

► **To cite this version:**

Pascal Marichalar. La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010). *Politix*, 2010, 3 (91), pp.27-52. 10.3917/pox.091.0027 . halshs-00914328

HAL Id: halshs-00914328

<https://shs.hal.science/halshs-00914328>

Submitted on 5 Dec 2013

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

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

La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010)

version de fin juin 2010

Adresse postale :

Pascal MARICHALAR
Doctorant – Centre Maurice Halbwachs
48 boulevard Jourdan
74014 PARIS

pascal.marichalar@gmail.com

Pascal Marichalar, doctorant au Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS). Il prépare une thèse sur l'évolution de la médecine du travail en France de 1970 à nos jours, en s'interrogeant sur la production d'une acceptabilité relative du risque sanitaire au travail. Ses travaux portent également sur les mobilisations collectives autour des affections physiques et psychiques liées au travail. Parmi ses publications récentes : « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », *Sociétés contemporaines*, septembre 2010 (avec Marlène Benquet et Emmanuel Martin).

Résumé :

À partir d'une enquête historique et sociologique, l'article montre que la réforme des services français de prévention des risques professionnels engagée par l'Etat depuis 2002 n'est qu'un moment dans une politique plus large initiée par le patronat depuis le début des années 1970. L'association patronale qui gère ces services (CISME) a usé de leviers politiques et managériaux pour réduire l'autonomie professionnelle des médecins du travail, au nom du passage à une approche « pluridisciplinaire » dans le cadre de la « santé au travail ». Cette évolution a été conduite pour réduire les coûts de la prévention et de la réparation des risques professionnels, ainsi que le risque juridique pour les employeurs.

Abstract :

Occupational medicine without occupational doctors ? French employers' attitude toward preventive services from 1971 to 2010.

Based on a historical and sociological inquiry, the article shows that the recent reform of French occupational medicine services is part of a broader scheme, imagined by French employers since the 1970s. The industry-supported organization which runs these services (CISME) has used various political and managerial levers to limit professional autonomy for occupational physicians, officially because of necessary “pluridisciplinary” action in the new paradigm of “health at work”. The aim of this shift is to limit the costs of prevention and compensation of occupational hazards, as well as the legal risk for employers.

Introduction

En France, 2,3 millions de salariés sont exposés à des produits cancérigènes sur leur lieu de travail¹. Selon une estimation de l'Institut national de veille sanitaire, 11000 à 23000 nouveaux cas de cancers chaque année sont attribuables aux cancérigènes professionnels². Ces pathologies lourdes touchent massivement les ouvriers, qui sont soumis à la double peine de devoir vivre moins longtemps et d'avoir moins d'années de vie en bonne santé : « En 2003, un homme cadre de 35 ans peut espérer vivre encore 47 ans dont 34 indemne de toute incapacité, un ouvrier, 41 ans dont 24 ans sans incapacité »³. Parallèlement se développent d'autres maux liés au travail qui touchent toutes les catégories sociales : les troubles musculo-squelettiques (ou affections péri-articulaires), dont le nombre reconnu par l'assurance-maladie a explosé depuis le début des années 1990, ainsi que diverses manifestations de la souffrance psychique due au travail qui commencent à être identifiées par la jurisprudence⁴.

La pérennité de ces affections graves liées au travail n'est pas due à leur méconnaissance, mais aux caractéristiques du « compromis social » mis en place depuis la fin du XIX^e siècle⁵. 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 : à l'employeur de prouver le contraire. En échange de cette automaticité théorique de la reconnaissance, le salarié ne peut prétendre qu'à 50% de la rente qui lui revient : à lui de démontrer la « faute inexcusable » de l'employeur pour prétendre en toucher l'intégralité⁶. La loi de 1919 sur les maladies professionnelles prolonge l'esprit de compromis : la maladie professionnelle sera une notion médico-légale, définie au terme de débats entre les partenaires sociaux qui prennent en compte l'opportunité économique d'une telle reconnaissance tout autant, ou plus, que la vérité médicale sur la pathologie⁷.

L'institutionnalisation de la médecine du travail en 1942, reconduite en 1946, poursuit ce mouvement en créant un poste qui incarne à lui seul les contradictions non résolues de ses promoteurs. Le médecin du travail est chargé d'une mission de prévention (« prévenir toute altération de la santé du travailleur du fait de son travail »), mais également de sélection (exprimer un avis sur l'aptitude du salarié à son poste). Il est appelé selon le Code du travail à être le « conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux », bien que les salariés le considèrent avec méfiance du fait de son rôle dans l'aptitude. Il aide les salariés à faire des déclarations de maladies professionnelles ou d'accidents du travail, mais s'expose en retour aux foudres de l'employeur si la facture devient trop élevée.

Contrairement à une idée répandue, les médecins du travail ne sont pas des agents de l'État. Ils exercent pour la majorité d'entre eux dans des services inter-entreprises gérés par des conseils d'administration à majorité patronale⁸. Ils n'ont pour se défendre de toute ingérence dans leur travail

1 Enquête Surveillance médicale des expositions et des risques (SUMER), 2002-2003.

2 Assurance-maladie, « Cancers professionnels: agir aujourd'hui pour prévenir les cancers de demain », *dossier de presse*, Paris, janvier 2007.

3 Cf. Cambois (E.), Laborde (C.), Robine (J.-M.), « La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Populations et sociétés*, n°441, janvier 2008.

4 Barlet (B.), Marichalar (P.), « Suicide », in Bevort (A.) et al., dir., *Dictionnaire du travail*, Paris, Presses Universitaires de France, à paraître.

5 Buzzi (S.), Devinck (J.-C.), Rosental (P.-A.), *La santé au travail. 1880-2006*, Paris, La Découverte, 2006.

6 Ewald (F.), *L'État providence*, Paris, Grasset, 1986.

7 Devinck (J.-C.), Rosental (P.-A.), « "Une maladie sociale avec des aspects médicaux": la difficile reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle dans la France du premier XX^e siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n°56-1, 2009

8 Il s'agit d'associations loi 1901 dotées d'un conseil d'administration à 2/3 patronal, et d'une commission de contrôle à 2/3 salariée (sans réel pouvoir). Au nombre de 300 en 2009, elles ont compétence pour surveiller la santé des salariés d'un secteur géographique ou d'une branche professionnelle donnée, et emploient 4941 médecins (soit 88,4% de la profession). Le reste des médecins du travail (648, soit 11,6% de la profession) exerce dans des services dits « autonomes », inscrits dans une seule entreprise. Enfin, il existe également un statut de médecins inspecteurs régionaux du travail (MIRT), qui relèvent directement du ministère du Travail et qui représentent la tutelle de l'État sur les services, au nombre de quelques dizaines. Cf. Ministère du travail, « Réunion du Conseil d'orientation des conditions de travail », *Dossier de presse*, 11 mai 2010.

qu'un statut de salarié protégé qui montre régulièrement sa fragilité, l'autonomie professionnelle des praticiens étant un facteur de risque juridique et de coût supplémentaire pour les employeurs.

Le Ministère du Travail a engagé depuis 2002 un mouvement de réforme de la médecine du travail qui, de l'avis de ses acteurs et commentateurs, n'est toujours pas achevé. Les deux mots d'ordre complémentaires de cette politique sont la « pluridisciplinarité » des intervenants en prévention des risques professionnels, et la « santé au travail », entendue comme un objectif et un champ d'action plus larges que ceux des seuls médecins du travail. Le discours des réformateurs est le suivant: la prévention des risques professionnels ne peut plus se contenter d'un simple suivi médical des salariés, mais nécessite l'intervention d'équipes pluridisciplinaires, composées de médecins, mais également d'infirmières, de techniciens d'hygiène et de sécurité, d'ergonomes, de toxicologues ou encore de psychologues du travail.

Nous proposons de voir dans quelle mesure cette évolution législative française apparaît comme un moment dans un mouvement de réforme plus large, engagé depuis le début des années 1970 par le CISME, association patronale fondée en 1942 qui regroupe les responsables des services de médecine du travail inter-entreprises⁹. A partir des archives du Syndicat national des professionnels de la santé au travail (SNPST), principal syndicat de médecins du travail¹⁰, d'observations de journées et congrès organisés par l'association patronale et de nombreux documents disponibles sur son site Internet¹¹, il apparaît que la politique du CISME entre 1971 et 2010 est guidée par le mot d'ordre de la démedicalisation des services de prévention, autrement dit, l'affaiblissement du rôle et de l'autonomie des médecins du travail.

En effet, pour amoindrir le coût financier et judiciaire de la prévention et de la réparation des risques professionnels, les organisations patronales ne se contentent pas de peser dans les négociations interprofessionnelles avec les confédérations syndicales de salariés¹². Elles utilisent également la réforme de la branche professionnelle de la médecine du travail comme levier d'action. Sous couvert d'une approche pluridisciplinaire dans le cadre large de la « santé au travail », généralement perçue comme une avancée du système français de prévention, les organisations patronales ont milité depuis une trentaine d'années pour la réduction de l'autonomie et des effectifs des médecins du travail. En 2009, la profession apparaît déjà condamnée, puisque 73,4% des médecins du travail ont plus de 50 ans et 50,6% plus de 55 ans¹³. Cette évolution compromet la possibilité de relier les affections médicales individuelles aux conditions de travail des quelque seize millions de salariés suivis, qui formait la spécificité de la médecine du travail française¹⁴.

9 J'utilise l'acronyme CISME sans le développer. Il a pris plusieurs significations au cours de la période étudiée, les deux dernières étant Centre interservices de médecine du travail en entreprises, et actuellement Centre interservices de santé et médecine du travail en entreprise. Cette modification du nom de l'association est un reflet de la politique qu'elle entend mener, comme on le verra plus bas. Sur le CISME, cf. encadré 1.

10 Fondé en 1949, le Syndicat national des professionnels de la médecine du travail change de nom en 2005, devenant le SNPST. Situées à Toulouse, ses archives contiennent de nombreux documents relatifs au CISME, du fait de l'activité de veille du syndicat sur la politique de son principal interlocuteur dans les négociations annuelles. La place donnée à ce syndicat dans l'analyse résulte bien sûr de l'accès privilégié à ses archives, mais également de son caractère majoritaire parmi les médecins du travail, ainsi que de la spécificité professionnelle de ses revendications (n'étant dépendant d'aucune confédération de salariés).

11 Une recherche sur le site www.cisme.org restreinte aux documents PDF a permis de constituer l'essentiel de cette série, bien fournie sur une période 2000-2010. Ni le CISME ni le MEDEF n'ont par ailleurs souhaité ouvrir l'accès à leurs archives papier.

12 Comme elles l'ont fait par exemple autour du risque amiante dans les années 1980-1990. Cf. Henry (E.), « Militer pour le statu quo. Le comité permanent amiante ou l'imposition réussie d'un consensus », *Politix*, n°70, 2005.

13 Sicart (D.), « Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2009 », octobre 2009, *Série Statistiques*, Drees.

14 Je remercie tout particulièrement le Dr. Jean-Claude Guiraud de m'avoir alerté sur l'existence des archives du SNPST et m'avoir permis d'y accéder, ainsi que Micheline Chevalier pour son aide et sa générosité. Je remercie également Elisabeth Belmas et Danièle Fraboulet de m'avoir permis de présenter une version intermédiaire de ce travail dans leur séminaire « Médecine, santé et travail XVII^e-XX^e siècles ». Merci enfin à Laure Pitti, Paul-André Rosental et aux lecteurs anonymes de *Politix* pour la pertinence de leurs commentaires.

Démédicaliser pour affaiblir des médecins qui s'autonomisent de l'emprise patronale (années 1970 et 1980)

Au début des années 1970, le Conseil national du patronat français (CNPF) décide de déléguer son mandat de gestion des services inter-entreprises de médecine du travail à une institution encore peu connue des salariés de ces services : le CISME. Regroupant la majorité des dirigeants des services, l'association patronale montre un certain volontarisme dans la définition d'une politique originale de la médecine du travail. D'emblée, le CISME fait preuve d'un intérêt pour une définition « pluridisciplinaire » des services, dont la première traduction est la grille des emplois négociée dans la convention collective de 1976. Trop coûteux et trop autonome, le médecin du travail n'a plus vocation à être le pivot de la mission de prévention, dans un contexte où la reconnaissance de maladies professionnelles devient un sujet latent de conflictualité sociale. La déclaration de politique générale du CISME en 1987 appelle de ses vœux des services « démedicalisés », dans lesquels la prévention serait considérée comme une question technique plutôt que sociale ou politique.

Encadré 1. Qu'est-ce que le CISME ?

Sur son site Internet, le CISME dit regrouper 300 services inter-entreprises de médecine du travail, intervenant au bénéfice de 1,4 millions d'entreprises qui regroupent 14 millions de salariés du secteur privé. Ce sont les directeurs des services et les présidents des conseils d'administration qui se retrouvent lors des réunions du CISME.

Jusqu'en 2009, l'association de type loi 1901 est dirigée par un binôme formé d'un président et d'un délégué général. L'éviction du dernier délégué général Gabriel Paillereau à l'été 2009¹⁵ a été l'occasion d'une refonte de son poste, désormais qualifié de poste de « directeur ». La dizaine de permanents que compte l'équipe du CISME sont pour la plupart regroupés dans le service juridique (les autres sont des assistants de direction et un comptable). C'est ce service qui formule la position patronale lors des négociations annuelles prévues par la convention collective des services inter-entreprises, pour lesquelles le CISME représente les syndicats patronaux depuis 1976.

Le CISME compte également parmi ses salariés des « médecins-conseil » (au nombre de deux depuis 2010). Le médecin-conseil a notamment la charge d'animer des recherches scientifiques avec des médecins du travail volontaires et d'organiser les journées annuelles du CISME (depuis 1972), localisées dans des hôtels prestigieux de la capitale.

Pour accompagner sa politique, le CISME dispose d'une association de formation professionnelle à destination des professionnels de santé au travail, l'Afometra, fondée en 1971. Le CISME peut également compter sur une maison d'édition, Docis, qui publie depuis 1948 des ouvrages et des revues qui visent les salariés des services.

Un passage de relais dans un contexte conflictuel

Suite à un accord de branche signé en 1958, le CNPF a mandat de représenter les intérêts patronaux pour la gestion des services inter-entreprises, dans le cadre d'un « comité de liaison » avec les syndicats de salariés. On connaît encore peu de choses sur son action dans cette période, mais elle semble se limiter à la négociation des salaires des médecins, au cours de réunions qui ont lieu le plus souvent dans les locaux de l'organisation patronale.

En février 1971, lors d'une réunion du comité de liaison, les représentants des deux syndicats de médecins du travail inter-entreprises, le SNPST et le SGMT-CGC¹⁶, manifestent auprès du CNPF leur désir de voir s'ouvrir des négociations en vue de la signature d'une convention collective¹⁷. Par une lettre au secrétaire général du syndicat SNPMT en octobre 1971, Jean Neidinger, secrétaire général du CNPF, explique avoir consulté le CISME sur cette question. Ce dernier se déclare favorable à l'ouverture de négociations. Dès le mois de novembre 1971, celles-ci

15 Il aurait été licencié pour faute après avoir pris la défense de sa compagne, directrice d'un service de santé au travail toulousain, dans un conflit qui l'opposait au MEDEF local. Cf. Servenay (D.), « Médecine du travail: le MEDEF est dans le mur », *Rue89*, 4 mars 2010.

16 Syndicat général de la médecine du travail, affilié à la Confédération générale des cadres.

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

se tiennent régulièrement dans les locaux du CISME, qui remplace alors définitivement le CNPF dans la gestion quotidienne des services de médecine du travail.

Les négociations durent jusqu'en 1976, dans un contexte où l'institution médecine du travail est traversée par de violents conflits. Alors que la discrétion dans l'exercice d'une profession souvent perçue comme étant « pro-patronale »¹⁸ a longtemps été la norme, les années 1970 marquent le début d'une période où les revendications à l'autonomie professionnelle se font de plus en plus nombreuses, explicites et publiques. La remise en cause générale de l'absolutisme du pouvoir médical dans les années qui suivent 1968 donne lieu à des réflexions critiques des médecins du travail sur leur profession. Certaines débouchent sur un engagement militant en faveur des salariés, comme c'est le cas lors des grèves des usines Peñarroya de Saint-Denis (1971) et Lyon (1972), auxquelles participent des médecins généralistes et du travail¹⁹.

Le SNPMT milite dans cette période pour une refonte de l'organisation des services, son représentant estimant en effet en 1973 que « l'organisation des services médicaux repose sur une *hypocrisie* : il ne suffit pas de reconnaître aux médecins une *indépendance professionnelle purement nominale* (certains même diront encore plus restrictivement *indépendance technique*) si on ne limite pas de façon efficace leur dépendance sur les plans économique, administratif et disciplinaire »²⁰. Dans la même ligne, le syndicat refuse de signer une première ébauche de convention collective le 27 décembre 1973, et motive sa décision auprès du CISME : « ceux de nos confrères qui se laissent aller à la flagornerie sont bien considérés de leurs "supérieurs" et récompensés par eux : ceux qui estiment que leur indépendance professionnelle est la condition de leur efficacité et montrent du caractère sont tenus pour des indésirables, brimés, mutés arbitrairement, parfois licenciés. L'indépendance professionnelle n'a d'ailleurs d'existence que si elle s'accompagne des moyens concrets d'en préserver l'exercice. Voilà ce que nous attendions d'une Convention Collective »²¹.

Ces considérations, qui font l'objet de nombreux démentis de la part des représentants patronaux, bénéficient en 1975 d'une illustration marquante avec l'affaire des médecins du travail Albert Garnier et Gilbert Lafue, licenciés abusivement²². Avec deux autres collègues de leur service inter-entreprises toulousain, les deux médecins se sont montrés très critiques d'un projet de réorganisation visant à affecter davantage de moyens à des « bilans de santé » pour les cadres, au détriment d'un suivi régulier des ouvriers des chantiers de montagne pourtant sujets à la silicose. Ils fustigent également la volonté d'informatiser les dossiers médicaux des salariés, qui leur semble préjudiciable au secret médical. Ce-faisant ils se heurtent à l'opposition du « médecin-chef » nouvellement nommé (un poste non prévu par les textes). Finalement, Garnier et Lafue sont licenciés et leurs collègues sont mutés sur un autre secteur géographique. Ce n'est qu'au terme d'un procès rocambolesque de près de quinze ans que le caractère abusif du licenciement est reconnu par la loi. L'affaire bénéficie d'une grande couverture médiatique au niveau national²³. Elle est accompagnée de nombreux autres licenciements moins connus, symboliques des contraintes qui pèsent sur l'autonomie médicale, dont les services contentieux des syndicats de médecins du travail ont gardé la trace.

La convention collective de 1976

18 Cf. par exemple Targowla (O.), *Les médecins aux mains sales: la médecine du travail*, Paris, Belfond, 1976.

19 Cf. Pitti (L.), « Du rôle des mouvements sociaux dans la prévention et la réparation des risques professionnels : le cas de Penarroya, 1971-1988 », in Omnès (C.) et Pitti (L.), dir., *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009.

20 Intervention du représentant du SNPMT à la séance du 28 novembre 1973 du Conseil supérieur de la médecine du travail (archives SNPST).

21 Hitier (C.-P.), « L'organisation de la médecine du travail interentreprises après la Convention collective nationale du 27 décembre 1973 », janvier 1974 (archives SNPST).

22 Pour un récit par l'un des protagonistes, cf. Garnier (A.), *Il est déjà si tard!*, Paris, L'Harmattan, 2003.

23 On citera parmi de nombreux articles : « Nouvelles menaces sur la médecine du travail », non signé, *La Dépêche*, 2 avril 1975 ; Aigouy (L.), « Deux praticiens licenciés demandent des conditions d'exercice respectant leur liberté », *Le Monde*, 23 septembre 1975 ; Dupuis (F.), « La fièvre monte à Toulouse », *Le Nouvel Observateur*, 20 octobre 1975.

La négociation de la convention collective amène pour la première fois les différents acteurs à mettre à plat la diversité des métiers qui existent au sein des services de médecine du travail. Les parties en présence doivent s'accorder sur une liste de noms de poste, une caractérisation des contenus de travail et des formations nécessaires et un barème de salaire. La démarche est bien moins évidente pour les syndicats de médecins du travail que pour les confédérations syndicales représentatives, également conviées à la table des négociations. En mars 1974, le SNPMT diffuse ainsi un questionnaire auprès de ses adhérents pour récolter des informations sur les autres postes présents dans les services, en vue de la négociation : « il est nécessaire que notre syndicat qui ne peut se désintéresser de nos collaborateurs de tous les jours, soit renseigné sur les conditions de travail et de rémunération de ce personnel pour être à même de mieux le défendre²⁴».

Le 20 juillet 1976, le texte final est signé par les cinq confédérations salariales représentatives, le SNPMT, et les trois organisations patronales (qui donnent mandat au CISME pour les révisions annuelles). La convention collective donne une assise légale à une notion qui sera abondamment mise en avant par le CISME dans les années qui suivent, celle de pluridisciplinarité. En effet, en plus du poste de médecin du travail, elle reconnaît une grande diversité de métiers, dont la définition et la dénomination seront partie intégrante des négociations à suivre : aide-laborantin, conducteur de poids lourd, manipulateur de radio, secrétaire médical, infirmier ou encore technicien en métrologie²⁵. Si la convention collective offre des garanties aux salariés des services, elle donne également aux représentants des employeurs un pouvoir supplémentaire sur ce qui se fait à l'intérieur des services : agir sur la grille de classification des métiers, c'est agir *in fine* sur l'action effective des services.

Le rapport de 1987, plan de bataille de la démedicalisation des services

Le CISME met en place en 1986 un « groupe de réflexion sur l'avenir de la médecine du travail ». Il est composé du délégué général du CISME, du médecin-conseil de l'association, et de plusieurs présidents et vice-présidents de services. En avril 1987, ce groupe rend un rapport d'une trentaine de pages qui s'affiche comme une déclaration de politique générale pour les vingt années à venir²⁶. Trois propositions étroitement interdépendantes y sont présentées.

Le rapport insiste tout d'abord sur la nécessité d'un changement de nom des services de médecine du travail. L'évolution des métiers et des missions au sein des services justifierait l'appellation nouvelle de « services de santé au travail », issue des travaux des organisations internationales²⁷ :

« Il paraît [aux auteurs] que l'expression nouvelle de "services de santé au travail", retenue dans le texte officiel en français par la Conférence internationale du travail à Genève en 1985 pour la Convention 161 et la Recommandation 171, traduirait mieux la multidisciplinarité nécessaire dans l'avenir ».

Dans le rapport du CISME, le changement de nom est étroitement lié à une réflexion sur l'évolution des contenus de travail, autrement dit, de la mission des services. Pour les auteurs, les services doivent être recentrés sur une mission de prévention tournée principalement vers l'environnement de travail dont on souhaite réduire les risques, plutôt que vers le salarié, à la manière de ce que font les départements « hygiène et sécurité » dans les grandes entreprises. Dans

24 Lettre du Dr Tardieu, responsable de la commission des auxiliaires médicaux, aux adhérents du SNPMT, 12 mars 1974 (archives SNPST).

25 Convention collective nationale du personnel des services inter-entreprises de médecine du travail du 20 juillet 1976.

26 Cf. CISME, « Avenir de la médecine du travail. Rapport du groupe de réflexion sur l'avenir de la médecine du travail », avril 1987, non paginé (archives SNPST). Les auteurs se basent sur des projections de l'INSEE de la structure de la population active à l'horizon 2000, qui montreraient la nécessité de modifier les missions des services.

27 La notion de « santé au travail » promue par l'Union européenne est héritée des débats engagés pendant plusieurs décennies au sein d'organisations internationales comme l'Organisation internationale du travail. Cf. Cayet (T.), Rosental (P.-A.), Thébaud-Sorger (M.), « How International Organisations Compete : Occupational Safety and Health at the ILO, a Diplomacy of Expertise », *Journal of Modern European History*, vol. 7, 2009.

ce cadre, les auteurs estiment que certaines prérogatives des médecins du travail, comme la déclaration des maladies professionnelles, ne sont pas assimilables à des pratiques de prévention : « La simple prévention tertiaire (soins aux victimes des accidents ou nuisances du travail, déclaration des maladies professionnelles) ne répond déjà plus aux attentes des salariés et des employeurs et ne saurait justifier les moyens en hommes et en ressources consacrés à la médecine du travail ».

Par ailleurs, les services devraient pouvoir offrir une large palette de « prestations complémentaires » de prévention ou de « service social » (dont la nature n'est pas spécifiée), « dans le cadre de "conventions" intervenant entre les entreprises et leur service de médecine du travail ». Cependant, le CISME ne souhaite pas simplement offrir plus de services que ce que prescrit la loi, mais également agir sur cette dernière : « à terme l'objectif est donc bien d'alléger, d'assouplir la réglementation en médecine du travail ». Dans une annexe au rapport, deux médecins (dont le médecin-conseil du CISME) résument ces propositions : « 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 social²⁸ ».

Etroitement lié aux deux autres, le troisième axe du rapport est un plaidoyer agressif en faveur d'une « démedicalisation » – ou encore « hypomédicalisation » – des services de médecine du travail. Présente dans le corps du rapport, cette dimension est, paradoxalement, développée avec bien plus de véhémence dans l'annexe rédigée par les deux médecins du travail, qui estiment que « la médecine du travail française est medicocentrique ». Ils ajoutent : « elle n'a pas d'équivalent dans le monde, peut-être parce que personne n'en veut. En effet, depuis vingt ans, le système français est inexportable parce qu'il est trop cher, trop lourd (en temps médical), trop pathologiste, trop médical, trop assujéti à un modèle non évolué ». Les deux médecins estiment en outre que « la médecine du travail est considérée comme un enjeu social plus que technique », ce qu'ils déplorent. L'évolution vers des services de santé au travail pluridisciplinaires serait un moyen de retirer aux médecins une partie de leur trop grande autonomie, du fait de la nécessité de coordonner les équipes pluridisciplinaires – une tâche qui reviendrait souvent mais non systématiquement aux médecins²⁹.

Les auteurs du rapport de 1987 insistent sur le fait que le CISME est d'abord au service des entreprises. L'objet de leur travail est de « passer d'une médecine du travail passive et subie à une médecine du travail au moins pour partie active et voulue, perçue comme un coût certes, mais aussi comme un apport pour l'entreprise et ses salariés ».

L'annexe des deux médecins est encore plus explicite : « la médecine du travail est figée dans sa structure et son contenu. Elle est un service vendu de force à une clientèle captive ». Elle se termine par trois phrases en style télégraphique, qui peuvent être interprétées comme une déclaration de guerre envers les médecins du travail : « Ce qui est bon pour les entreprises est bon pour le CISME. Comment le CISME qui a vécu dans la dualité ambiguë Entreprises/Médecins va pouvoir prendre en charge le souci des entreprises. Par un remodelage et non un sabotage ».

Le caractère polémique du rapport du CISME incite à penser qu'il était essentiellement destiné à un usage interne, c'est-à-dire à une diffusion auprès des responsables de services de médecine du travail³⁰. Dans les années qui suivent ce rapport, le changement de dénomination des services et l'accent mis sur leur mission pluridisciplinaire apparaissent comme les principaux instruments de ce « remodelage » souhaité par les responsables de services.

28 M. Blondet et N. Pardon, « Annexe 1 : perspectives en médecine du travail », in CISME, « Avenir de la médecine du travail... », rapport cité.

29 « La coordination et l'animation de telles équipes devraient être confiées au plus compétent, ce qui sera le plus fréquemment le cas du médecin du travail, le choix incombant au responsable du service médical ». CISME, « Avenir de la médecine du travail... », rapport cité.

30 Les archives du SNPMT montrent cependant que le syndicat en avait pris connaissance dès sa parution. Le syndicat souligne qu'il n'a « pas d'opposition à la constitution d'équipes pluridisciplinaires, mais [une] opposition formelle à la désignation du "leader" de l'équipe par l'employeur, le médecin du travail devant, à notre avis, toujours en rester la figure centrale ». Cf. Analyse du rapport du CISME, juillet 1987 (archives SNPST).

1989-2003: Y a-t-il trop ou trop peu de médecins du travail ? L'ambiguïté patronale

Dans les années qui suivent, le CISME s'éloigne de la posture frontale et agressive illustrée par le rapport au profit d'une action de longue haleine, plus discrète, qui sait pouvoir compter sur le vieillissement du corps professionnel des médecins du travail. Les années 1990 auraient pu être celles d'une formation massive de médecins du travail pour rééquilibrer une pyramide des âges vieillissante, elles ne l'ont pas été, du fait de l'inaction des pouvoirs publics et du silence de l'association patronale sur cette question.

Le CISME préfère engager une politique qui met l'accent sur la modernité que représente une prévention basée sur une équipe pluridisciplinaire. Il s'appuie pour cela sur un usage ingénieux du droit européen et de la négociation paritaire. Le remplacement des médecins du travail par d'autres professionnels n'est cependant pas poussé aussi loin que le voudraient certains membres du patronat, ce qui révèle l'intérêt que peuvent avoir les employeurs membres du CISME à voir se pérenniser le recours aux services inter-entreprises.

La directive européenne de 1989 et ses usages politiques

Dans les années 1990 et au tournant des années 2000, les organisations patronales ont utilisé les ambiguïtés du droit européen pour contredire l'un des piliers du système de prévention français : l'obligation pour chaque entreprise de recourir à un médecin du travail pour ses salariés.

Dans son rapport de 1987, le CISME explique se placer « dans la perspective de la réalisation du Marché Commun et d'une éventuelle directive communautaire dans le domaine de la médecine du travail »³¹. Effectivement, une directive européenne sur « la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail » est promulguée le 12 juin 1989³². Elle fixe un référentiel commun aux services de prévention des différents pays, regroupés sous l'appellation générique de « services de protection et de prévention ». Elle est cependant très vague, puisque censée s'appliquer à tous les contextes nationaux y compris ceux dans lesquels n'existe alors aucune obligation de recourir à un service de prévention. La directive argumente *a minima* sur la nécessité pour chaque entreprise de confier la mission de prévention des risques professionnels à une structure spécifique voire, le cas échéant, à un ou plusieurs travailleurs bénéficiant à ce titre d'une décharge horaire. Contrairement aux attentes du CISME, à aucun moment le texte ne mentionne les expressions de « service de santé au travail », de « pluridisciplinarité » ni de « multidisciplinarité ».

Dans les années qui suivent, on assiste cependant à une relecture de cette directive par les organisations patronales, qui en font l'aiguillon législatif de la pluridisciplinarité des services de prévention. La position du CNPF, devenu Mouvement des entreprises de France (MEDEF), lors de la négociation interprofessionnelle de « l'accord de refondation sociale » sur la santé au travail en 2000 est exemplaire: « Cette approche permettra, en outre, de se conformer à la directive-cadre européenne " santé et sécurité" adoptée en 1989, qui prévoit une intervention" pluridisciplinaire" pour la santé au travail »³³. Un an plus tard, le CISME adopte des arguments similaires lors de son assemblée générale annuelle à Lyon³⁴: « Le maintien d'une conception excessivement médicalisée de la Médecine du travail ne permettrait en effet de répondre qu'incomplètement et imparfaitement aux attentes des entreprises et des salariés ainsi qu'aux exigences nouvelles issues de la marche vers la Santé au travail, que rend inéluctable la transposition de l'article 7 de la Directive-cadre du 12 juin 1989 ». Il en découle pour l'association patronale que « la formation et la mise à disposition de médecins du travail devront donc être telles, en quantité et en qualité, qu'elles répondent aux besoins définis par les textes, en accompagnant l'évolution sans la freiner, en alimentant le système en ressources médicales sans l'engorger ».

31 CISME, « Avenir de la médecine du travail... », rapport cité.

32 Directive 89/391/CEE du Conseil des communautés européennes.

33 Position du MEDEF en vue d'un « accord sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels », 22 mars 2000, disponible sur www.medef.org.

34 CISME, « Avis sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels », Lyon, avril 2001 (archives SNPST).

Ces déclarations relèvent d'une forme de lecture sélective d'un texte par les organisations patronales, qu'elles ont interprété à l'aune de leurs espérances des années 1980. L'évocation par l'article 7 de la directive « d'un ou plusieurs travailleurs », « d'un seul service » ou de « services distincts » destinés à assurer la tâche de prévention des risques professionnels est volontairement vague pour couvrir des contextes nationaux hétérogènes. Si la directive ne fait pas référence à la figure du médecin du travail, c'est qu'un tel poste est loin d'exister dans tous les pays européens. La force du CNPF/MEDEF et du CISME a été de réussir à subvertir le sens de ces expressions, en les présentant comme des injonctions à la pluridisciplinarité, en jouant du fait que le texte ne fonde pas la mission des services de prévention exclusivement sur des compétences médicales.

La démedicalisation sous couvert de pluridisciplinarité

A partir des années 1990, les pouvoirs publics et les syndicats de médecins du travail commencent à s'alarmer du vieillissement de la pyramide des âges des médecins du travail en activité. Ce problème ne bénéficiera d'aucune véritable solution sur la période étudiée.

Les organisations patronales se satisfont globalement de cette évolution, allant même pour le CISME jusqu'à s'opposer au principe de nouvelles voies d'accès à la profession de médecin du travail. En septembre 1995, le gouvernement lance l'idée d'une formation exceptionnelle en deux ans, nommée « capacité en médecine du travail »³⁵. L'association patronale s'alarme de cette idée, comme le montre le compte-rendu d'une réunion du 28 novembre 1995 : « S'il est difficile de refuser cette proposition qui répond à une demande unanime des partenaires sociaux, on ne doit pas sous-estimer les difficultés qu'elle risque d'engendrer, notamment, figer l'évolution de la pluridisciplinarité pour de nombreuses années »³⁶. La transition vers la pluridisciplinarité apparaît clairement comme un processus de remplacement des médecins par d'autres professions. Cette position n'est cependant pas rendue publique, sans doute par peur de paraître trop polémique. C'est par un processus plus inventif et plus consensuel que l'intérêt patronal en faveur de la démedicalisation des services trouvera un débouché législatif.

En 2000, le MEDEF lance une série de négociations interprofessionnelles avec les autres organisations patronales et syndicales représentatives³⁷, dans le cadre de qu'il appelle la « refondation sociale ». L'accord sur « la santé au travail et la prévention des risques professionnels » est signé en septembre 2000 avec trois des cinq confédérations³⁸. Il prévoit un espacement possible des visites médicales systématiques (la périodicité passerait de un à deux ans) ainsi que la mise en place de programmes de prévention pluridisciplinaires.

Non contraignant, l'accord bénéficie en janvier 2002 d'une adaptation législative partielle par le gouvernement Jospin. Le texte final de la « loi de modernisation sociale » du 17 janvier 2002 respecte l'esprit sinon le détail de toutes les dispositions de l'accord. Ses articles sur la médecine du travail permettent l'espacement des visites médicales systématiques (sauf pour certains postes), instaurent une obligation de pluridisciplinarité dans les services, sous peine pour ceux-ci de se voir retirer l'agrément officiel, et entérinent surtout une modification symbolique importante qui témoigne du processus engagé de démedicalisation: les services de médecine du travail sont rebaptisés « services de santé au travail », tout comme l'ensemble des politiques publiques y afférant. Sans doute dans un souci de contrepartie vis-à-vis des médecins du travail, le texte crée également la « capacité en médecine du travail » qui était à l'étude depuis 1995, pour une durée limitée à quatre promotions d'étudiants. Préférée à des mesures dont l'impact aurait sans doute été plus large, comme le relèvement du *numerus clausus* pour la spécialité, cette voie de reconversion aura un effet marginal sur la crise démographique traversée par la profession.

Caution morale des pouvoirs publics envers la position politique du CISME, la loi de 2002 incite l'association patronale à clamer enfin haut et fort combien la transition vers la pluridisciplinarité est indissociable d'une baisse des effectifs médicaux. Fin 2002, alors que le

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

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

37 Un syndicat comme le SNPMT en est donc exclu.

38 Les signataires sont la Confédération française démocratique du travail, la Confédération française des travailleurs chrétiens et la Confédération française des cadres.

gouvernement Raffarin prépare les décrets d'application de la loi de modernisation sociale, le CISME envoie une « note de synthèse sur l'avenir de la médecine du travail » à François Fillon, ministre des Affaires sociales. La situation catastrophique de la démographie des médecins du travail y est pointée du doigt : « il apparaît exclu, sur la base d'un tel constat, qui relève de l'arithmétique la plus élémentaire, de faire comme si l'avenir de la Santé au travail appartenait encore aux médecins du travail et à eux seuls ». L'association continue en argumentant que

« le "monopole" de fait des médecins du travail dans les services de santé au travail, indéniable source de progrès hier, [...] est devenu ou est en passe de devenir un outil "contre-productif", susceptible de freiner l'intégration de nouveaux acteurs au sein des équipes pluridisciplinaires de santé au travail qui se mettent progressivement en place »³⁹.

Cette prise de position, qui fait écho à d'autres⁴⁰, entraîne une défiance sans précédent parmi les médecins du travail des services inter-entreprises. Fin 2003 circule une information selon laquelle le CISME prépare un plan de licenciement des médecins du travail, devenus superflus du fait de la marche vers la santé au travail. En réaction, une assemblée générale des personnels des services de santé au travail se tient à Paris, donnant lieu à un communiqué intersyndical encadré par la mention « Non aux licenciements! »:

« Avant même que cette réforme ne soit écrite, des services de santé au travail licencient ou préparent des plans de licenciement économique "préventifs". Ces services préjugent du contenu d'une réforme, en se basant sur les importants amendements que tentent d'imposer les organisations patronales [...] Une politique de santé au travail passe nécessairement par un renforcement des effectifs en professionnels et des moyens, notamment en temps. Ceci implique en particulier l'ouverture de *numerus clausus*, et une formation professionnelle adaptée »⁴¹.

Le conseil d'administration du CISME intervient publiquement par un communiqué du 19 novembre pour démentir ce qu'il qualifie de « rumeur »⁴². Dans la lettre *Informations mensuelles* de janvier 2004, le délégué général précise à destination des dirigeants de services que « la perspective de licenciements massifs et organisés prenant appui sur la réforme à venir, est absurde et dénuée de fondement, et ce d'autant plus que les Services interentreprises de Santé au travail souffrent de la pénurie de médecins du travail depuis plus de quinze ans »⁴³. Cette controverse et sa résolution illustrent les contradictions latentes de la position du CISME vis-à-vis de la démographie médicale.

Une crise révélatrice: les déchirements entre CISME et MEDEF en 2000

Au début des années 2000, l'activisme patronal en faveur de la démedicalisation se trouve renforcé par le rôle important joué par les médecins du travail dans l'explosion du nombre de déclarations de maladies professionnelles, principalement au titre des tableaux sur les troubles musculo-squelettiques⁴⁴ et les affections pulmonaires causées par l'amiante⁴⁵. Les licenciements massifs redoutés par les syndicats n'auront de fait pas lieu, mais la population des médecins du travail continue à vieillir inexorablement sans être suffisamment remplacée.

Certains employeurs témoignent pourtant de réticences envers la suppression du poste de médecin du travail. L'une des raisons de ces réserves est que l'avis d'aptitude remplit une fonction

39 « Évolution de la médecine du travail vers la santé au travail », note de synthèse, rédigée par Gabriel Paillereau (délégué général du CISME), 18 décembre 2002 (archives SNPST). Le président du CISME, alors Jean-Paul Delorme, l'envoie le même jour assortie d'une lettre au ministre François Fillon (archives SNPST).

40 Cf. Paillereau (G.), « Éditorial », *Informations mensuelles*, n°7, octobre-novembre 2003 (site Internet du CISME), et Paillereau (G.), « Éditorial », *Informations mensuelles*, n°8, décembre 2003 (site Internet du CISME).

41 Communiqué intersyndical des cinq confédérations représentatives et du SNPMT, 13 novembre 2003 (archives SNPST).

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

43 Cf. Paillereau (G.), « Éditorial », *Informations mensuelles*, n°9, janvier/février 2004 (site Internet du CISME).

44 Hatzfeld (N.), « L'émergence des troubles musculo-squelettiques (1982-1996). Sensibilités de terrain, définitions d'experts et débats scientifiques », *Histoire et mesure*, 2006.

45 Thébaud-Mony (A.), « Justice for Asbestos Victims and Politics of Compensation: the French Experience », *International Journal of Occupational and Environmental Health*, n°9, 2003.

assurantielle pour l'employeur en cas d'accident ou de maladie d'un salarié, selon le raisonnement « le médecin l'avait mis apte, donc on ne s'est pas inquiété ». Selon l'expression de l'universitaire en médecine du travail Philippe Davezies, l'avis d'aptitude est parfois interprété comme un « permis de tuer » par les employeurs⁴⁶, qui jouent sur une ambiguïté constitutive : le fait que le salarié soit apte à son poste de travail n'implique pas nécessairement que le poste de travail soit apte à recevoir un salarié. En février 2001, les pouvoirs publics renforcent d'ailleurs l'aspect assurantiel de l'examen d'aptitude en demandant aux médecins de se prononcer sur la « non contre-indication médicale » du salarié à des travaux exposés à des produits cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR)⁴⁷.

Les dissensions entre employeurs se donnent publiquement à voir en avril 2000. Dans le cadre des négociations paritaires sur les accords de « refondation sociale », le président du CISME Philippe Sappey⁴⁸ est l'un des principaux négociateurs du MEDEF sur les questions de santé au travail. Co-rédacteur du rapport de 1987, il a une vision claire de la politique des services qu'il souhaite mettre en place. Cependant, la délégation dont il fait partie propose en mars 2000 que les visites médicales de médecine du travail puissent être réalisées par des médecins généralistes. Philippe Sappey se désolidarise de cette position qui met en péril l'obligation de recourir aux services inter-entreprises⁴⁹. Le 14 avril, l'assemblée générale des adhérents du CISME émet une motion de défiance envers la position patronale, soutenant que, si l'adaptation de la médecine du travail est souhaitable, « encore faut-il qu'elle respecte les fondements du système progressivement mis en place par les employeurs, qui doivent en conserver la maîtrise puisqu'ils en supportent le coût et en assument la responsabilité »⁵⁰. Très rapidement, Philippe Sappey renonce à tous ses mandats au MEDEF par une lettre à Ernest-Antoine Seillière, son président⁵¹.

Quelques jours plus tard, le président du CISME explique à aux présidents de services inter-entreprises que la situation avait porté « au-delà de la limite acceptable la situation de "conflit de rôles" » qu'il vivait par son cumul de fonctions au sein de l'association patronale et du MEDEF (dont il était président du comité permanent « Médecine du travail » et représentant mandaté au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels)⁵². La disposition sur le recours aux médecins généralistes est finalement absente de l'accord qui est ratifié en décembre 2000.

L'épisode est révélateur de l'existence d'une catégorie particulière d'employeurs attachés à la survie des services de prévention dont ils sont gestionnaires. Ils en tirent des postes ainsi que, selon certains, des ressources financières et immobilières qui seraient mises au profit de leur engagement patronal⁵³. La proposition du MEDEF de confier les visites médicales à des médecins non spécialistes, qui ne seraient pas des salariés des services inter-entreprises, fait courir un risque à la pérennité de ces derniers : si les médecins du travail deviennent superflus, alors pourquoi les services qui, en 2000, portent encore leur nom, ne le seraient-ils pas également? La menace d'une perte de la main-mise patronale sur les services est réelle, d'autant que la fin de leur gestion patronale est la revendication phare des syndicats de médecins du travail⁵⁴, que ce soit au profit d'un système paritaire, à majorité salariée ou « fonctionnarisé ». Par ailleurs, une défiance grandissante

46 Cf. Davezies (P.), « Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale », *Médecine et travail*, 183, 2000.

47 Une mesure critiquée par de nombreux médecins. Voir par exemple Aizicovici (F.), « La santé au travail nécessite des soins urgents » *Le Monde Economie*, 2 juillet 2002.

48 Philippe Sappey prend la présidence du CISME en février 1998. Il remplace Jacques Faure, qui occupait ces fonctions depuis 1990. Cf. Julliard (L.-E.), « Carnet – Santé », *Les Échos*, 13 février 1998.

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

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

51 Lettre de Philippe Sappey à Ernest-Antoine Seillière, 18 avril 2000 (archives SNPST).

52 Lettre de Philippe Sappey à tous les présidents de services de médecine du travail, 21 avril 2000 (archives SNPST).

53 Les cotisations annuelles versées par les employeurs à la médecine du travail avoisinent le milliard d'euros. Plusieurs journalistes se sont fait l'écho de détournements de fonds présumés entre services de médecine du travail et fédérations patronales. Cf. Collombat (B.), « Médecine du travail : détournements sur ordonnance », in Collombat (B.), Servenay (D.), dir., *Histoire secrète du patronat : de 1945 à nos jours*, Paris, 2009, La Découverte.

54 Delgado (C.), « Il faut mettre fin à la gestion patronale ». Interview de Gilles Arnaud, secrétaire général du SNPMT », *La Tribune*, 14 février 2002.

apparaît alors chez certains employeurs, qui ne comprennent pas que les projets d'espacement des visites médicales ne soient pas liés à un abaissement des cotisations forfaitaires acquittées en tant qu'adhérents d'un service inter-entreprises.

Enfin, la crise d'avril 2000 ne prend tout son sens que lorsqu'on la rapporte aux évolutions internes au patronat. Le CISME est l'un des bastions de l'Union des industries métallurgiques et minières (UIMM⁵⁵), fédération traditionnellement très présente dans les secteurs économiques gérés par les partenaires sociaux⁵⁶. Le président du CISME, Philippe Sappey, est ainsi directeur général du Groupement des industries métallurgiques d'Île de France jusqu'en 2000, qui se présente comme « la principale organisation du réseau des chambres syndicales territoriales de l'UIMM »⁵⁷. Or la place prépondérante de la puissante union au sein de l'exécutif patronal se voit progressivement remise en cause. En 2005, Laurence Parisot, issue des services, remporte la présidence du MEDEF contre le candidat de l'UIMM, Yvon Jacob⁵⁸. Si le président du CISME depuis 2007 reste issu de l'UIMM⁵⁹, les tensions vives entre l'union métallurgique et les autres forces du patronat ne sont pas à négliger pour comprendre le manque de soutien patronal dont pâtissent parfois les gestionnaires de la médecine du travail.

Conduire la « réforme » des services par la loi et par le management (2003-2009)

Dès lors que les pouvoirs publics donnent une caution législative au modèle de la pluridisciplinarité, une nouvelle période s'ouvre pour le CISME : celle de la « réforme de la réforme », selon l'expression de ses dirigeants⁶⁰, qui vise à peser sur les applications réglementaires de la loi de 2002. Trois outils de conduite du changement sont employés par l'association patronale : la multiplication volontaire des écarts à la réglementation, autorisés ou non, pour influencer sur la forme des réformes législatives à venir ; la mise en place d'une « démarche qualité » qui modifie la forme et les objectifs du travail, par le biais de « bonnes pratiques » et d'indicateurs de *benchmarking*⁶¹; enfin, l'organisation de conférences pour mettre en débat le bien-fondé de la division sociale du travail au sein des services. Cette politique suscite une opposition de la part de nombreux médecins du travail.

Précéder le droit pour le faire advenir

Pour peser sur l'évolution des politiques publiques, le CISME incite les employeurs de branches professionnelles spécifiques à signer des accords avec les organisations syndicales, pour précéder les décrets d'application de la loi de janvier 2002 et peser sur la forme que prendront ces derniers. En février 2003, un accord sur la sécurité et la santé au travail est signé entre l'Union des industries et métiers de la métallurgie et trois organisations syndicales⁶² ; en avril, c'est au tour du

55 Le sigle change de signification en 2001, l'UIMM devenant l'Union des industries et métiers de la métallurgie.

56 Sur l'UIMM, cf. Fraboulet (D.), *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.

57 Cf. le site Internet du groupement www.gimrp.org.

58 Offerlé (M.), *Sociologie des organisations patronales*, Paris, La Découverte, 2009.

59 Jacques Texier est l'un des administrateurs de la Fédération des industries mécaniques, dont le président est Yvon Jacob. Cf. « Yvon Jacob », *Who's Who France*, 2009.

60 Cf. par exemple Paillereau (G.), « Editorial », *Informations mensuelles*, n°39, janvier 2009 (site Internet du CISME).

61 Le *benchmarking* est la méthode managériale consistant à introduire des indicateurs de performance chiffrés pour mettre en concurrence et classer des unités (ici, les services inter-entreprises). Le caractère non neutre des politiques d'évaluation et de normalisation a été montré au niveau de l'Union européenne par Isabelle Bruno. Cf. Bruno (I.), « Y a-t-il un pilote dans l'Union ? Tableaux de bord, indicateurs, cibles chiffrées : les balises de la décision », *Politix*, n°82, 2008. Sur l'importation de méthodes du management dans la réforme de l'administration publique française, cf. Bezes (P.), *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, Presses universitaires de France, 2009. Sur le cas particulier de l'hôpital, cf. Belorgey (N.), *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, à paraître.

62 « Du côté de nos partenaires », *Informations mensuelles*, n°1, mars 2003, p.19 (site Internet du CISME).

commerce à prédominance alimentaire⁶³, en septembre, des industries chimiques⁶⁴. Chacun de ces accords non contraignants fixe des distinctions entre deux types de postes, ceux qui nécessitent une visite médicale annuelle et ceux pour qui des visites plus espacées pourraient suffire. Pour le CISME, l'objectif est de suggérer au législateur qu'une réduction du temps médical nécessaire dans les services inter-entreprises est possible.

Par ailleurs, l'association patronale enclenche une démarche d'« expérimentation » de nouvelles formes de partage du travail au sein des services : l'idée est principalement de faire faire à d'autres professionnels que les seuls médecins du travail (notamment des infirmiers et des assistants) une partie des tâches qui sont, selon la réglementation, du ressort des médecins. Certaines de ces expérimentations sont « officielles », c'est-à-dire qu'elles bénéficient de dérogations de la part des autorités de tutelle qui couvrent le fait qu'elles ne soient pas conformes à la réglementation ; d'autres, de plus petite ampleur, sont assumées sans dérogation par certains services inter-entreprises dans des situations de forte pénurie médicale⁶⁵.

Lors des nombreuses réunions et journées organisées par le CISME sur le sujet, ces formes de division du travail sont à chaque fois présentées comme étant innovantes et en avance sur leur temps. En janvier 2008, une journée d'étude du CISME sur les expérimentations infirmières se tient avenue Hoche, à Paris, réunissant plus de 130 personnes dont principalement des responsables de services inter-entreprises⁶⁶. L'une des trois expérimentations « officielles » présentées est celle d'un service de Bordeaux, dans lequel le salarié est accueilli par une infirmière qui filtre l'accès au médecin du travail. Lors de la journée d'étude, le directeur du service explique la démarche, dans laquelle le médecin du travail n'intervient que pour les problèmes majeurs ou les urgences :

« Des protocoles ont été élaborés avec des questionnaires spécifiques par risque, chacun étant assorti d'un arbre décisionnel comprenant cinq niveaux :

- pas de problème : délivrance fiche consultation infirmière
- problème mineur : signalement simple au médecin du travail
- problème plus important : orientation vers le médecin traitant
- problème majeur : orientation vers le médecin du travail
- urgence : intervention du médecin du travail présent. »

Dans ses bulletins d'*Informations mensuelles*, le CISME assume de se placer parfois dans l'illégalité. L'association présente cette posture comme une préfiguration courageuse du droit, mue par un souci d'efficacité du service rendu, à côté duquel le respect sourcilieux du carcan réglementaire apparaît comme une attitude timorée et égoïste : « Faut-il faire ce que nous estimons préférable pour la santé des salariés, quitte à s'écarter du code du travail, ou veillons-nous au strict respect de la réglementation pour ne pas s'exposer à des rappels à l'ordre ? », s'interroge ainsi l'adjoint au délégué général⁶⁷. Dans un autre numéro, une chargée d'études du service juridique va jusqu'à comparer l'évolution en cours à la dépenalisation de l'adultère :

« Il faut reconnaître que, de manière générale, la Société précède le Droit, et pas l'inverse. L'adultère n'était-il pas ainsi considéré comme un crime à une époque donnée lorsqu'il était « commis » par une femme ? [...] Laissons donc le temps au temps... Le Droit finira par s'adapter à la Société »⁶⁸.

Réformer par la qualité : la « démarche de progrès » de 2004

En avril 2004, le CISME lance un projet de grande envergure pour accompagner la réforme, intitulé « démarche de progrès »⁶⁹. Il s'agit d'un programme de modification de l'organisation des

63 « Du côté de nos partenaires », *Informations mensuelles*, n°3, mai 2003, p.15 (site Internet du CISME).

64 « Du côté de nos partenaires », *Informations mensuelles*, n°6, septembre 2003, p.9 (site Internet du CISME).

65 Les expérimentations officielles, comme celles d'un service de Lille et d'un service de Bordeaux, sont présentées dans les journées d'étude du CISME. Les expérimentations officieuses sont généralement acceptées les Directions régionales du travail dans une logique de gestion de la pénurie de temps médical.

66 Compte-rendu de la commission bimestrielle du CISME, 17 janvier 2008 (archives SNPST).

67 Brun (M.), « Éditorial », *Informations mensuelles*, n°31, avril 2008 (site Internet du CISME).

68 Guichard (S.), « Éditorial », *Informations mensuelles*, n°27, janvier 2007 (site Internet du CISME).

69 « L'esprit de cette démarche a été présenté pour la première fois aux présidents et directeurs de services lors de

services par le moyen d'une démarche « qualité » : le CISME souhaite élaborer un référentiel de bonnes pratiques par rapport auquel les services et leurs salariés pourraient s'auto-évaluer ; la convergence vers les objectifs du référentiel est présentée comme une amélioration du service rendu, voire un succès personnel des salariés qui se sont engagés (sur la base du volontariat) dans cette démarche. Cependant, cette démarche est également une « entreprise de mobilisation, de redistribution, de rédéfinition de la place et du rôle de chacun dans l'entreprise »⁷⁰.

Derrière ce projet, il y a un homme, Jacques Texier, administrateur du CISME qui en devient président en 2007. Président du plus grand service inter-entreprises de France depuis 2002⁷¹, il est également fondateur de l'Association française pour l'amélioration et le management de la qualité⁷². L'homme a ainsi une connaissance fine de l'approche managériale de « conduite du changement » par la normalisation ISO et la certification, dans la mesure où il en est le pionnier et le principal fournisseur sur la scène économique française⁷³.

En septembre 2004, un document écrit par le CISME et l'Afometra⁷⁴ esquisse le contexte de la « démarche de progrès »⁷⁵. Elle consiste principalement en une auto-évaluation régulière, avec la construction de protocoles codifiant les relations entre les différents professionnels de santé au travail, notamment lorsqu'il s'agit de transférer des tâches médicales à un non-médecin. Le « guide organisationnel des services inter-entreprises de santé au travail » est progressivement mis en place par le CISME. Sa sixième version, en date de mars 2007, précise que dans cette démarche « la réglementation est envisagée comme le cadre de l'activité et non comme son fondement »⁷⁶. L'une des dizaines de « références » listées par ce guide illustre cette volonté d'aller au-delà du droit, au nom d'une amélioration des pratiques :

« Référence 44 : Le service définit et met en œuvre une politique d'action pluridisciplinaire sur le milieu de travail. L'action pluridisciplinaire peut faire intervenir des personnes non habilitées que l'on englobera sous le terme d' "intervenants en Santé au travail" (IST). Leurs prestations ne permettent pas de répondre à l'obligation de pluridisciplinarité telle que la définit la réglementation, mais contribuent néanmoins à l'action sur le milieu de travail »⁷⁷.

Avec la « démarche de progrès », le CISME souhaite profiter d'un moment de transition réglementaire pour modifier l'organisation et la mission des services dans le sens qu'il souhaite. C'est ce qu'explique l'association dans un document de présentation de mars 2007 :

« L'opportunité que nous avons aujourd'hui de construire ensemble l'organisation et les pratiques liées au nouveau contexte sera de courte durée. D'ici quelques petites années, chacun aura traduit la nouvelle réglementation selon sa propre sensibilité et sa propre compétence. L'harmonisation souhaitable des pratiques, pour la poursuite d'objectifs communs, s'en trouvera alors compliquée [...]. Cette remise en cause de nos pratiques, qui interroge chacun (directeurs,

l'Assemblée Générale du CISME, en avril 2004 ». In *Présentation de la démarche de progrès en santé au travail*, document CISME, mars 2007 (site Internet du CISME).

70 Cochoy (F.), Garel (J.-P.), de Terssac (G.), « Comment l'écrit travaille l'organisation: le cas des normes Iso 9000 », *Revue française de sociologie*, 39, no. 4, 1998.

71 Il s'agit de l'Association des centres médico-sociaux (ACMS), basée en Île-de-France.

72 Cf. « Jacques Texier », *Who's Who France*, 2009. Créée en 1988, cette association devient en 2004 le groupe AFNOR suite à une fusion avec l'Association française de normalisation.

73 Sur la normalisation, cf. « La fabrication des normes », dossier de la revue *Réseaux*, n°102, 2000.

74 Rappelons qu'il s'agit de l'organisme de formation professionnelle rattaché au CISME, qui sera fortement mobilisé dans la formation des personnels des services à la « démarche de progrès ».

75 CISME et Afometra, « Programme de la démarche de progrès en santé au travail », rédigé par Martial Brun, adjoint au délégué général, septembre 2004 (archives SNPST).

76 CISME, *Guide organisationnel des services inter-entreprises de santé au travail*, version 6, 28 mars 2007 (site Internet du CISME).

77 *Ibid.* Conformément aux principes énoncés dans la « démarche de progrès », le caractère limité de la palette de prestations offertes par les services est remis en cause par le CISME. Lors des journées annuelles de 2007, le médecin-conseil invite ainsi une jeune diplômée d'école de commerce qui plaide pour l'intégration d'experts en management au sein des équipes pluridisciplinaires de santé au travail: « améliorer le management des entreprises permettrait de réduire les maladies professionnelles, notamment psychiques, et leur impact négatif sur la performance de l'entreprise ». Cf. notes de l'auteur sur l'intervention de Frédérique Blott, « Le management et la santé au travail », 45^e journées santé-travail du CISME, Grand Hôtel, Paris, mercredi 17 octobre 2007.

médecins, assistantes, IPRP...) sur ses objectifs, son fonctionnement et ses compétences, est de nature à faire évoluer concrètement notre secteur d'activité. La Démarche de Progrès a été pensée comme un outil d'accompagnement au changement »⁷⁸.

Cependant, un autre souci guide également la politique du CISME : celui de montrer aux entreprises adhérentes que le service pour lequel elles cotisent est effectivement rendu, bien que les visites médicales aient été espacées pour de nombreux salariés. En septembre 2004, le délégué général prépare ainsi un argumentaire-type destiné aux entreprises adhérentes, qu'il adresse à tous les responsables de services :

« La suppression de la visite annuelle obligatoire pour tous les salariés et la généralisation de la pluridisciplinarité, pour ne citer que les deux changements les plus marquants, ouvrent la voie à une approche collective de la Santé au travail, qui va se substituer rapidement à l'approche individuelle, confiée depuis toujours au seul Médecin du travail. Donnant l'impression de remettre en cause brutalement "LA" visite annuelle, que de nombreux Employeurs considèrent fréquemment encore comme l'unique prestation offerte par la Médecine du travail, cette évolution peut apparaître comme une régression et susciter des réactions négatives que rien ne justifie [...]. Vous comprendrez aisément, compte tenu des exigences croissantes qui pèsent sur les Services, dont le nôtre, que la modulation de la périodicité des examens médicaux obligatoires ne se traduira ni par une réduction du niveau moyen des cotisations par salarié, ni par leur remboursement en cas de diminution du nombre total d'examens pratiqués »⁷⁹.

Transformer les métiers pour « redéfinir la mission »

Dans les années 2000, la baisse continue du nombre de médecins du travail, couplée à la transcription règlementaire progressive des notions de santé au travail et de pluridisciplinarité, jettent un trouble parmi les salariés des services sur le contenu de leur travail. Loin de tenter de le calmer, le CISME relaie ce trouble dans ses journées annuelles, dont les thèmes donnent l'impression que la division sociale du travail au sein des services peut être intégralement remise en cause, voire devrait l'être, au nom de la modernisation.

Lancées en 1972 et reconduites annuellement dans des hôtels luxueux de la capitale, les journées du CISME sont l'occasion pour l'association patronale d'exposer les grandes lignes de sa politique tout en affichant sa proximité avec les professionnels du secteur, dont les communications sélectionnées composent l'essentiel du programme⁸⁰. En 2001, elles sont consacrées aux « métiers dans les services inter-entreprises ». L'argumentaire pose une série de questions sur les contours de ces métiers :

- « 1) quels sont les métiers qui existent dans nos Services?
- 2) quels sont les métiers qui devraient exister dans nos Services?
- 3) existe-t-il des tâches aujourd'hui effectuées qui pourraient être supprimées car considérées comme inutiles ou "dépassées" ? (doit-on, par exemple, pour les médecins garder l'avis d'aptitude?)
- 4) existe-t-il des tâches aujourd'hui effectuées qui pourraient être confiées à d'autres acteurs mieux qualifiés? »⁸¹.

Six ans plus tard, les journées annuelles d'octobre 2007 approfondissent cette réflexion, comme l'illustre la brochure d'accompagnement écrite par le médecin-conseil du CISME : « l'histoire de la médecine montre que le partage des rôles entre spécialités médicales et entre professionnels autour du patient est en perpétuelle évolution. Le contenu des métiers s'est adapté au cours du temps en fonction de l'émergence de problèmes de santé publique, des progrès de la recherche scientifique et, aussi, des évolutions plus générales de la société ». Les deux principaux axes du congrès sont la délégation et le transfert de tâches, dans un sens unique : depuis les médecins du travail vers d'autres professionnels⁸².

78 CISME, « Comment évoluer vers la santé au travail ? Présentation de la démarche de progrès en santé au travail », mars 2007 (site Internet du CISME).

79 CISME, « Argumentaire destiné aux adhérents des services inter-entreprises de santé au travail », rédigé par Gabriel Paillereau, délégué général, 9 septembre 2004 (archives SNPST).

80 Nommées « Journées médicales du CISME » de 1972 à 2004, ces journées perdent l'adjectif « médical » en 2005 et deviennent les « Journées santé-travail du CISME » à partir de 2006.

81 CISME, « Journées médicales du CISME 2001 : appel à communications », juin 2001 (archives SNPST).

82 Liliane Boitel, médecin-conseil du CISME, « 45^{es} journées santé-travail du CISME : présentation », octobre 2007

Si la principale organisatrice de ces journées, la médecin-conseil du CISME Liliane Boitel, prend sa retraite en 2009⁸³, elle est remplacée dès 2010 par deux médecins-conseil qui semblent poursuivre le travail dans la même direction. L'une d'entre elles, Corinne Letheux, précise dans un éditorial des *Informations mensuelles* en février 2010 que la mission du CISME est de créer et diffuser un langage commun au sein des services : « Une des excellentes raisons de mettre à disposition du plus grand nombre le même langage, est d'être en capacité de prioriser les objectifs des Services inter-entreprises et de leurs salariés »⁸⁴. Cette « priorisation » des objectifs des services résume bien la politique menée par le CISME dans les années 2000.

Encadré 2. La place limitée des « pluridisciplinaires » dans les services inter-entreprises

Suite à la loi de « modernisation sociale », le décret du 24 juin 2003 définit les règles de l'habilitation des « intervenants en prévention des risques professionnels » (IPRP), une étiquette censée regrouper tous les intervenants non médicaux employés par les services de santé au travail. Étonnamment, un rapport commandé par le ministère du Travail montre qu'en 2007, ils sont encore très peu nombreux : environ 560 personnes travailleraient comme IPRP au sein des services inter-entreprises⁸⁵, contre plus de 6000 médecins du travail à la même date. La croissance lente de ces effectifs conduit à relativiser l'apport de la « pluridisciplinarité » aux services inter-entreprises.

Leurs profils sont très divers : ergonomes, techniciens hygiène et sécurité, métrologues, psychologues mais également quelques représentants syndicaux spécialistes des conditions de travail qui font valoir leur expérience. Il existe également des infirmiers spécialisés en santé au travail, mais ils restent encore très majoritairement employés par des services « autonomes », c'est-à-dire inscrits au sein de grandes entreprises⁸⁶. Des dispositions plus récentes offrent également la possibilité aux secrétaires de passer une formation d'« assistant santé travail ».

Les IPRP sont bien moins payés que les médecins du travail, ce qui est sans doute l'une des motivations de leur substitution à ces derniers. Par exemple, la grille salariale de 2009 prévoit qu'un médecin du travail est payé entre 3500 euros et 6100 euros minimum, selon son ancienneté, alors qu'un ergonome n'est payé que 2200 euros à 4000 euros minimum et un technicien hygiène sécurité 1700 euros à 2100 euros minimum.

A partir de 2003, les IPRP se constituent en une « Association française des intervenants en santé au travail » (AFIST), soutenue par le CISME qui invite ses représentants à ses journées annuelles. L'activité de l'association décline très nettement après 2008, son congrès annuel est annulé en 2009. Selon l'un de ses animateurs, le gel des activités de l'AFIST serait lié au retrait du soutien de l'association patronale, suite au souhait exprimé par plusieurs adhérents de transformer l'association en syndicat.

Contrairement aux médecins du travail dont l'indépendance est inscrite dans la loi, les IPRP ont pour supérieur hiérarchique officiel la direction du service, ce qui a des conséquences importantes. Ainsi en 2009, un ergonome a contesté aux prud'hommes son licenciement d'un service de santé au travail du sud de la France. La direction lui reprochait de n'avoir travaillé qu'avec vingt-huit entreprises dans l'année, des objectifs qu'elle considérait insuffisants au regard des prestations qu'elle souhaitait offrir aux adhérents du service. L'ergonome estimait au contraire que des interventions longues étaient seules à même d'avoir un effet sur l'organisation du travail.

La « santé au travail », une expression ambiguë

Peut-on dire que les médecins du travail ont accepté sans protester la « réforme de la réforme » lancée par le CISME ? C'est ce qu'estime le président de l'association patronale, Jacques Texier, lors d'un colloque sur « la santé au travail face aux responsabilités » organisé par les services des Pays de Loire : « Le syndicat des médecins [SNPST] a repris complètement à son compte, me semble-t-il, l'approche de l'équipe de santé au travail. On le retrouve maintenant dans ses documents »⁸⁷. Ceci ne rend pas compte de la complexité des positionnements respectifs : si l'expression « santé au travail » est rapidement reprise par tous les professionnels du secteur et jouit indubitablement d'une connotation positive, de profondes divergences existent dans le sens attribué à la notion.

Pour de nombreux acteurs dont le SNPST, la pluridisciplinarité apparaît comme un

(document recueilli lors des journées).

83 Liliane Boitel est médecin-coordinatrice du CISME de 1993 à 2009. Cf. Boitel (L.), « Editorial », *Informations mensuelles*, n°41, mars 2009.

84 Letheux (C.), « Editorial », *Informations mensuelles*, CISME, n°51, février 2010.

85 « Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels », Rapport pour la Direction générale du travail, décembre 2007.

86 C'est le cas de 93% d'entre eux en 2007, selon le Groupement des infirmier(e)s du travail. Cf. www.git-france.org.

87 Fédération Santé travail Pays de Loire, « La santé au travail face aux responsabilités », 4 avril 2008, Laval, retranscription par les organisateurs, disponible sur www.satm.fr.

enrichissement des services inter-entreprises, le médecin n'ayant souvent pas toutes les compétences requises pour résoudre des situations problématiques. Progressivement, le recours à d'autres intervenants apparaît également comme une nécessité dans un contexte de démographie médicale déclinante. Après son changement de nom en 2005, le syndicat ouvre d'ailleurs une campagne d'adhésion auprès d'infirmières de santé au travail et d'intervenants en prévention des risques professionnels (techniciens, ergonomes...), suite à laquelle certains représentants de ces autres professions siègent dans le bureau national. Une telle ouverture s'explique sans doute autant par l'intérêt manifesté par certains membres du syndicat pour leurs nouveaux collaborateurs que par la nécessité de s'adresser à un public plus large dans un cadre de syndicalisation déclinante des médecins, due au vieillissement de la profession.

Au-delà de la valorisation de la pluridisciplinarité, aussi bien le SNPST que le SGMTCGC s'inscrivent en faux par rapport à certaines positions de l'association patronale. Ils demandent ainsi que les nouvelles professions soient dotées d'un statut protecteur au moins égal à celui des médecins du travail et refusent toute coordination des équipes pluridisciplinaires par des professionnels nommés par les directions des services⁸⁸. L'étude des jeux entre l'adhésion unanime à la « santé au travail » et les sens très différents attribués par les différents acteurs à cette expression apparaît indubitablement comme un chantier d'avenir pour les sciences sociales.

Conclusion

L'histoire de l'action menée depuis 1971 par le CISME, association patronale en charge des services de médecine du travail, montre comment la remise en cause de la division du travail dans les services de médecine du travail a permis de porter atteinte de manière détournée à l'autonomie professionnelle des médecins du travail. Les années 1970 sont le moment d'une reprise en main de la gestion des services inter-entreprises par l'association patronale, qui contribue à délimiter les contours d'une convention collective dans laquelle le médecin du travail n'est plus qu'un salarié parmi d'autres. C'est avec un rapport en date de 1987 que le CISME affirme une ligne politique claire pour les décennies à venir, axée autour du remplacement des médecins du travail par des professionnels de la gestion des risques. Les années 1990 et le tournant des années 2000 sont l'occasion d'une action discrète mais efficace pour freiner le renouvellement du corps professionnel des médecins du travail sans pour autant anéantir ce dernier, une politique subtile qui révèle des dissensions profondes au sein du patronat français. A partir de 2002, la transposition législative partielle des mesures préconisées par le CISME est l'occasion d'une nouvelle forme d'intervention de la part de l'association patronale, qui contribue à remettre en cause la légitimité de la division du travail au sein des services inter-entreprises.

Née en réaction à l'émancipation relative des médecins du travail dans les années 1970, cette politique largement soutenue par le CNPF puis le MEDEF est motivée par des considérations économiques et judiciaires. En effet, le médecin du travail agit par ses décisions sur le coût de la production et sur la mise au travail ou hors travail des salariés. Il participe également à la construction sociale de la responsabilité des maux du travail, notamment par les documents qu'il produit ou que le salarié produit avec son aide, qui sont parfois utilisés en justice. *A contrario*, l'exemple américain de médecins d'entreprise dénués de toute garantie statutaire révèle l'intérêt que peuvent avoir les employeurs à une autonomie médicale limitée, et ses conséquences sur la santé des salariés: les praticiens s'auto-censurent, privilégient le paradigme du « profil de risque » individuel plutôt que celui des risques liés à l'environnement de travail et résistent difficilement aux pressions du service juridique pour communiquer le dossier médical d'un salarié⁸⁹. La déroute de la médecine du travail française laisse augurer de nouvelles tragédies sanitaires semblables dans leur

88 Cf. Lettre de Mireille Chevallier, secrétaire générale du SNPST, à Jean-Denis Combrexelle, directeur général du Travail, 1er décembre 2009, disponible sur <http://snpst.org> ; lettre de Bernard Salengro, secrétaire national du SGMTCGC, à Eric Woerth, ministre du Travail, 15 avril 2010, disponible sur www.medecinedutravail-syndicat.org.

89 Draper (E.), *The Company Doctor. Risk, Responsibility and Corporate Professionalism*, New York, Russel Sage Foundation, 2003.

gravité à celles des travailleurs du charbon, du plomb ou de l'amiante. Le silence qui l'entoure témoigne non tant de sa dissimulation ou de sa méconnaissance que du consensus étonnant qui réunit tant d'acteurs économiques et politiques dans l'idée que, si la santé des salariés doit être préservée, on ne peut admettre qu'elle prime en toutes circonstances sur l'impératif de production⁹⁰.

On notera enfin qu'en France, les notions de « pluridisciplinarité » et de « santé au travail » ont été les fers de lance de l'affaiblissement du statut des médecins du travail dans les services inter-entreprises. Promises à un grand succès auprès de tous les acteurs du secteur qui leur attribuent des significations très diverses, elles n'en doivent pas moins être manipulées avec précaution par les sciences sociales, tant elles ont contribué à fonder l'évolution des services voulue par les organisations patronales.

90 À ce titre, la problématique de la nocivité des conditions de travail est prisonnière d'un régime d'exception parmi les politiques de santé publique et d'un traitement spécifique sur le plan judiciaire. Cf. Thébaud-Mony (A.), *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, Paris, La Découverte, 2008.