

LA DESTRUCTION DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL EN FRANCE PASSÉ, PRÉSENT, AVENIR

Alain CARRÉ

MISE EN PLACE DES ÉLÉMENTS DE LA DESTRUCTION PAR LES ORGANISATIONS D'EMPLOYEURS

En 2010 paraissait un article d'un sociologue spécialisé dans les questions de santé au travail¹, que toute personne prétendant intervenir dans ce domaine devrait avoir lu.

Il porte sur les services interentreprises qui suivent la quasi-totalité des salariés. Pour les services autonomes l'emprise de l'employeur est directement liée au rapport de force avec les salariés mais elle est facilitée par la subordination directe des médecins du travail.

À partir de documents, comptes rendus de réunions, déclarations diverses, notamment émanant du CNPF puis du MEDEF et du CISME qui les représente en matière de services de médecine du travail interentreprises, cette étude très documentée décrypte et rend visible la stratégie des employeurs confrontés à partir du début des années soixante-dix à un nombre croissant de médecins du travail qui tentent d'accomplir leur mission d'ordre public social.

En effet, « *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*

.....

1— Pascal MARICHALAR, *La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010)*, Politix, 2010/3 n°91, pp. 27 à 52 : <https://www.cairn.info/revue-politix-2010-3-page-27.htm>, les citations en italique des pages 1 et 2 sont tirées de ce rapport.

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 travail. »

Le chercheur constate une volonté constante des représentants des employeurs : « *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 (...) 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 cinquante ans et 50,6 % plus de cinquante-cinq ans. 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 française. »

Cette pénurie sera entretenue par la mise en place progressive de conditions d'exercice de plus en plus dissuasives qui entretiennent la pénurie en faisant du métier de médecin du travail un métier « impossible ».

C'est bien là qu'est l'enjeu : alors qu'ils ont pour mission d'identifier les risques et leurs effets, les médecins du travail permettent, par là même, de mettre en visibilité les atteintes à la santé en lien avec le travail. Ils deviennent des témoins gênants des organisations du travail délétères dès lors qu'elles exposent leurs salarié.es à des risques physiques, psychiques ou sociaux qui ont des conséquences sur la santé. Cela est d'autant plus essentiel alors que se mettent en place des techniques de management dont les effets négatifs sur la santé sont consubstantiels.

Ainsi, les négociations de 1970 à 1976 entre le CISME et les organisations syndicales sur une convention collective dans les services de médecine du travail permettront au patronat d'y introduire, en plus des médecins, des catégories non médicales de travailleuses et de travailleurs de ces services.

En 1987, un groupe de réflexion du CISME sur « l'avenir de la médecine du travail » présente trois propositions « étroitement interdépendantes » qui seront mises en place dans la réalité :

- ♦ « *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" (...)*
- ♦ « *Les services doivent être recentrés sur une mission de prévention tournée principalement vers l'environnement de travail dont on souhaite réduire les risques, plutôt que vers le salarié, à la manière de ce que font les départements "hygiène et sécurité" dans les grandes entreprises. Dans ce cadre, les auteurs estiment que certaines prérogatives des médecins du travail, comme la déclaration des maladies professionnelles, ne sont pas assimilables à des pratiques de prévention. La simple prévention tertiaire (soins aux victimes des accidents ou nuisances du travail, déclaration des maladies professionnelles) ne répond déjà plus aux attentes des salariés et des employeurs et ne saurait justifier les moyens en hommes et en ressources consacrés à la médecine du travail. (...) Les services devraient pouvoir offrir une large palette de "prestations complé-*

mentaires" 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* » (...)

- ♦ Étroitement lié aux deux autres, le troisième axe du rapport est un plaidoyer agressif en faveur d'une « *démédicalisation* » – ou encore « *hypomédicalisation* » – des services de médecine du travail. (...) L'évolution vers des services de santé au travail pluridisciplinaires serait un moyen de retirer aux médecins une partie de leur trop grande autonomie, du fait de la nécessité de coordonner les équipes pluridisciplinaires – une tâche qui reviendrait souvent mais non systématiquement aux médecins.

Puis, **la directive européenne de 1989** va être détournée pour servir d'alibi à la feuille de route ainsi définie : « *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* ». 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.

Enfin, **en 2000**, le MEDEF lance une série de négociations interprofessionnelles avec les autres organisations patronales et syndicales représentatives, dans le cadre de ce 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 confédérations. 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.

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.

En **janvier 2008**, une journée d'étude du CISME sur les expérimentations infirmières se tient avenue Hoche, à Paris, réunissant plus de cent trente personnes dont principalement des responsables de services interentreprises. 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.

Notre propos est ici de démontrer comment cette action de destruction systématique de la médecine du travail a été servilement mise en œuvre par les exécutifs successifs et leur administration mais s'inscrit également dans un contexte plus vaste de dessaisissement des représentants des travailleurs de leur capacité d'analyse et d'intervention sur les risques professionnels, mais aussi de prise de contrôle par le patronat néolibéral du système judiciaire y compris des hautes juridictions.

LE PASSAGE À L'ACTE FONDATEUR DE 2011 ET 2012

Ce sont les lois du **20 juillet 2011** et du **6 août 2012** qui vont constituer la première capitulation de l'État devant les injonctions du MEDEF.

Avant 2011, l'article L.4622-2 du Code du travail précisait : « *Les services de santé au travail sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de médecins du travail* ». Après 2012, ce sont les services de santé au travail qui sont décisionnaires².

.....
2- Article L.4622-2

« Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. À cette fin, ils :

1° 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 ;

2° 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

Les missions ne sont plus assurées par les médecins du travail mais par une équipe pluridisciplinaire qu'ils « *animent et coordonnent* ».

L'indépendance des médecins du travail est contrainte par « *contrat pluriannuel d'objectif et de moyens* » entre le SSTI et les autorités de tutelle et par un « *projet de service pluriannuel* » discuté dans une « *commission médico technique* » dans laquelle les médecins sont minoritaires. C'est : « *le directeur du service de santé au travail interentreprises (qui) met en œuvre, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et sous l'autorité du président, les actions approuvées par le conseil d'administration dans le cadre du projet de service pluriannuel* »³.

Depuis 2008 les visites médicales périodiques étaient réalisées par le médecin du travail, tous les 24 mois, pour les salariés sans surveillance médicale renforcée et tous les 12 mois pour les travailleuses et les travailleurs bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée (SMR). À partir de 2012, la périodicité double : la SMR est laissée à la latitude du médecin du travail mais ne peut excéder 24 mois.

Apparaît également en 2012, l'article L.4644-1 du Code du travail qui bascule la fonction exclusive des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), positionnés afin d'aider le médecin du travail dans sa mission de repérage et d'analyse des risques du point de vue de la prévention médicale primaire, du côté de la gestion des risques par les employeurs⁴. Cela prive les médecins du travail d'une aide compétente indispensable.

C'est en 2011 qu'une réforme du tableau de maladie professionnelle 57 qui prend en compte les troubles musculo-squelettiques le rendra inaccessible et sabo-
.....

le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;

3° Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;

4° Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire. »

3- Article L.4622-16

4- Article L.4644-1 (extrait)

I. L'employeur désigne un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise. (...) À défaut, si les compétences dans l'entreprise ne permettent pas d'organiser ces activités, l'employeur peut faire appel, après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, en son absence, des délégués du personnel, aux intervenants en prévention des risques professionnels appartenant au service de santé au travail interentreprises auquel il adhère ou dûment enregistrés auprès de l'autorité administrative disposant de compétences dans le domaine de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail.(...)

tera l'accès à la réparation de plusieurs milliers de victimes chaque année.

C'est en 2012 que sont supprimées les fiches et attestations d'exposition aux agents chimiques dangereux et aux cancérogènes mutagènes et toxiques pour la reproduction ce qui rend invisibles les expositions individuelles aux ACD et CMR. La substitution par l'institution d'un processus de pénibilité ne sera qu'un leurre provisoire.

LE COUP DE JARNAC DES LOIS « TRAVAIL » DE 2016 ET DES ORDONNANCES DE 2017

La loi du 8 août 2016 et les décrets de décembre 2016 instituent d'une part la notion de prévention par les médecins du travail des risques « pour les tiers » mais aussi et surtout les privent de toute surveillance clinique cohérente des travailleuses et des travailleurs.

Ainsi, les salarié.es réputé.es « sans risque » pourraient ne jamais être examiné.es par le médecin du travail. En effet, ils et elles sont astreint.es à une visite initiale « d'information et de prévention » réalisée le plus souvent sous protocole par un personnel infirmier diplômé d'État en santé au travail (IDEST) et la visite périodique doit être réalisée dans les cinq ans qui suivent par l'IDEST.

Pour les salarié.es affecté.es à un poste à risque, dont la liste est très limitative, la visite d'embauche est réalisée par le médecin du travail et la visite de surveillance doit être effectuée par le médecin du travail avant quatre ans et une visite intermédiaire à deux ans est effectuée par l'IDEST.

Dans la réalité les médecins du travail sont confrontés à un afflux de visites de pré-reprise et de reprise de travail et de visites à la demande. Ces visites, qui peuvent souvent déboucher sur des limitations d'aptitude voire des inaptitudes, sont effectuées sans que les médecins bénéficient des connaissances des cas individuels, connaissances qui se construisaient dans le temps à travers les visites d'embauche et périodiques régulières.

Une inévitable baisse de compétence est également liée, du fait de l'absence de ces visites régulières, au déficit de recueil « patient » des éléments du travail réel et du vécu individuel et collectif du travail des travailleuses et des travailleurs.

L'invisibilité institutionnelle des risques vient également du sabotage de la notion de pénibilité réduite progressivement à peu de chose depuis 2016, comme l'ont démontré les débats autour de la réforme des retraites.

Cette invisibilité est aggravée par les ordonnances de

2017 qui suppriment les CHSCT au profit des CSE qui notamment empêchent la représentation du personnel des moyens essentiels à l'analyse du travail et d'intervention et éloignent les médecins du travail de ces institutions.

LES MOYENS COMPLÉMENTAIRES DE LA DESTRUCTION

Le revirement de jurisprudence de la cour de cassation, concernant « l'obligation de sécurité de résultat » contractuelle des employeurs, et sa transformation en « obligation de sécurité » est un exemple parfaitement éclairant de l'influence patronale sur la justice. Elle vise à exempter de sa responsabilité l'employeur dans la survenue d'effets du travail sur la santé, dès lors qu'il aurait appliqué les recettes officielles de prévention théorique. L'engouement pour les démarches de « qualité de vie au travail » est un des exemples des retombées de cette jurisprudence.

Pour détruire les médecins du travail il faut avant tout les dissuader de faire le constat des effets des risques professionnels et d'en témoigner.

C'est ainsi que fleurissent les plaintes d'employeurs au conseil de l'ordre des médecins pour les motifs les plus divers. Depuis les certificats médicaux de MP, jusqu'aux échanges avec les médecins traitants en passant par la remise d'extraits de dossiers, tout est bon pour porter plainte.

La complaisance de certains conseils de l'ordre est évidente. Malgré la mise en cause du fonctionnement des instances disciplinaires, notamment dans un récent rapport de la cour des comptes, le Conseil d'État couvre de ses décisions ce qui est en fait une forfaiture. Cette institution, elle-même, est l'objet de critiques quant à son absence d'indépendance⁵.

LE PRÉSENT : UN ÉTAT ACTUEL DES LIEUX

Résumons :

- ♦ Missions d'ordre public social sans en avoir les moyens nécessaires.
- ♦ Inflation des effectifs par équivalent temps plein.
- ♦ Absence ou abstention des autorités de tutelle.
- ♦ Indépendance professionnelle contrainte dans le cadre des services de santé au travail.
- ♦ Détournement de l'activité des services vers la gestion du risque.
- ♦ Absence de possibilité de suivi clinique indivi-

.....
5- Voir *Médiapart*: <https://www.mediapart.fr/journal/france/220420/libertes-le-conseil-d-etat-agit-le-plus-souvent-en-chien-de-garde-du-pouvoir>

duel régulier qui entrave l'accès à la réalité du travail et au vécu des salarié.es.

- ◆ Détournement de l'aide des IPRP vers la gestion des risques pour les employeurs qui prive les médecins du travail de visibilité sur l'activité de travail réel.
- ◆ Répression à la mise en visibilité du lien santé travail.

On pourrait croire que le patronat a atteint ses objectifs la médecine du travail est dans l'impuissance mais l'avenir pourrait être bien pire.

Comme le fait pressentir la réquisition et ce qu'il a été demandé aux médecins du travail lors des premiers mois de l'épidémie de coronavirus, se profile une réforme qui ferait de la médecine du travail une médecine de sélection et d'appui au management.

C'est le projet de la députée Lecocq qui refait surface et qui présage d'un sombre avenir.

L'AVENIR : VERS LA MÉDECINE DE SÉLECTION ET D'APPUI AU MANAGEMENT

Il faut reconnaître que cette perversion de l'institution a toujours été présente chez une minorité de la profession, elle était jusqu'alors plutôt limitée à quelques services autonomes directement gérés par les grandes entreprises, et encore beaucoup y avaient échappé. L'exemple des médecins du travail de *France Télécom* en témoigne.

Précarisation du travail, *lean-management*, négation de la réalité, gouvernance par les nombres : les organisations du travail modernes sont souvent délétères.

D'où le projet final non seulement de destruction, par lobotomie, de la médecine du travail mais sa transformation en auxiliaire de la rentabilité, de l'euphémisation des risques, de la culpabilisation des victimes et de l'élimination des inaptés.

M^{me} la députée Lecocq, célèbre pour avoir organisé un colloque « *faire de la France la championne du monde du bonheur au travail* », par ailleurs « *industriel et chef d'entreprise* », paraît avoir été mandatée par ses pairs du patronat pour ressusciter le projet pétainiste eugéniste de 1942.

Son projet de 2019 propose d'alléger les obligations des employeurs en matière de traçabilité des risques, supprime la possibilité de conseil collectif formel du médecin du travail sur la prévention des risques, propose que les généralistes effectuent les visites médicales :

Dans une tribune du JDD, dont elle est l'initiatrice, les propositions sont, de fait, des éléments de stratégies de destruction :

- ◆ Détournement de la médecine du travail de la prévention centrée sur les risques au travail, en proposant de substituer à la prévention des risques professionnels une « *prévention dans la vie quotidienne, par des actions concrètes telles que (...) le développement de la pratique sportive au travail* ».
- ◆ Aucune proposition pour prévenir les cancers professionnels ou les maladies chroniques du fait du travail, mais promesse de permettre l'accès éventuel à l'emploi de travailleurs malades.
- ◆ Création d'un diplôme spécifique en pratique avancée en santé au travail pour les infirmiers, mais impasse sur un statut d'indépendance professionnelle et celui d'une équipe médicale, médecin et infirmier du travail.
- ◆ Rien sur les effets négatifs du management néolibéral sur la santé psychique malgré le procès *France Télécom*. Tout au contraire, une autre proposition cultive le mythe de « *l'entreprise tournée vers la performance globale, équilibrant les enjeux humains, économiques et environnementaux* ». Cet oxymore ignore que depuis le néolithique le profit de quelques-uns se construit sur l'exploitation de la santé du plus grand nombre. De l'esclave et du serf au salarié, toutes les améliorations de la santé au travail ont été obtenues par les luttes pour la santé et la dignité.
- ◆ Pire encore, les signataires proposent un projet de DRH auxquels seraient rattachés les médecins du travail, leur donnant accès aux informations d'atteinte à la santé dont ils sont réglementairement privés.

Tout cela se présente sous la toile peinte des bons sentiments et du bon sens. Comme tout manager néolibéral, si M^{me} Lecocq semble vous promettre le mieux, c'est qu'elle se prépare à faire le pire.

Car ce qu'elle projette existe déjà : « *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 américains s'autocensurent, 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 salarié* »⁶.

.....

6– Pascal MARICHALAR, *opus cité*