



Reçu le :
30 octobre 2007
Accepté le :
27 janvier 2008

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

La pratique de la médecine du travail entre reconnaissance et indifférence

The practice of occupational medicine between recognition and indifference

P. Guiol¹, J. Muñoz^{2,*}

¹ CNRS, institut d'études politiques, université de Rennes-1, 9, rue Jean-Macé, 35042 Rennes cedex, France

² Université de Bretagne occidentale, rue Duquesne, 29238 Brest cedex 3, France

Summary

Purpose of study. The object of the article is to demonstrate and describe the point of view of occupational physicians on the exercise of their profession. While, according to their experience, the practice of occupational medicine is recognized as important, in some areas its legitimacy seems not to be accepted.

Method. The article is based on a secondary exploitation of the results of a broader investigation into the question of the participation and the health of employees, more specially on the basis of a survey ($N = 92$) and the exploitation of interviews conducted with occupational physicians.

Discussion. The results show that occupational doctors distinguish between on the one hand, the "legitimate and recognized" part of their work and on the other hand, the invisible and less recognized part of their work. It seems that the actions in the ergonomic and technical fields are seldom disputed; on the other hand, interventions or opinions given concerning the organization of work or human resources are considered non acceptable. In other words, the recognition of their expertise runs up against the definition which the employers give to their sphere of activity.

Conclusion. The occupational physicians have understood for a very long time that the organization of work is not confined to its physical dimensions and that social relationships have an impact on health. The efficacy of a preventive action collides, here, with an ideological rather than medical limit of the notion of professional territory. Hence, some uneasiness among company physicians.

© 2008 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Management, Autonomy of occupational physicians, Capacity in the company

Résumé

Objectif. L'objet de l'article est de montrer et de décrire le point de vue des médecins du travail sur l'exercice de leur profession. Si, selon leur expérience, la pratique de la médecine du travail est reconnue comme un élément important, elle se heurte à des domaines où sa légitimité ne semble pas acquise.

Méthode. L'article se fonde sur une exploitation secondaire des résultats d'une enquête plus large sur la question de la participation et la santé des salariés, plus spécialement sur la base d'un sondage ($N = 92$) et l'exploitation des entretiens effectués auprès des médecins du travail.

Discussion. Les résultats montrent que les médecins du travail marquent la différence entre la partie « légitime et reconnue » de leur intervention, d'une part, et la partie invisible et moins reconnue de leur intervention, d'autre part. Il apparaît que leurs interventions dans le domaine ergonomique et technique ne sont que rarement contestées, tandis que leurs avis sur l'organisation du travail ne sont guère acceptés quand ils ne sont pas considérés irrecevables. Autrement dit, la reconnaissance de leur expertise se heurte à la définition que les employeurs donnent de leur champ d'action.

Conclusion. Les médecins du travail ont compris depuis fort longtemps que l'organisation du travail ne se limite pas à ses dimensions matérielles et que les relations sociales ont des répercussions sur la santé. L'efficacité d'une action de prévention se heurte, ici, à une limite plus idéologique que médicale de la notion de territoire professionnel. D'où un malaise chez certains médecins.

© 2008 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Management, Autonomie des médecins du travail, Pouvoir dans l'entreprise

* Auteur correspondant.
e-mail : jorge.munoz@univ-brest.fr

La médecine du travail s'est constituée progressivement dans le champ de la prévention de la santé au travail. Si elle peut se référer à une vieille tradition d'observation des conditions de travail (Ramazzini, Villemé), en France il faut attendre l'année 1946 pour voir émerger de manière formelle la spécialité et l'institution. Cette apparition s'est accompagnée d'une lutte permanente pour la reconnaissance de la discipline dans ce champ. D'un point de vue strictement juridique, la loi du 11 octobre 1946 n'a pas donné une définition précise de l'action des médecins du travail. Elle laisse à la profession le soin de définir sa pratique [5]. Faculté qui n'épargna nullement au statut du médecin du travail d'avoir été maintes fois décrié et critiqué pour l'autonomie insuffisante dont il dote le praticien vis-à-vis des employeurs, ni d'avoir été l'objet d'un nombre important de réformes (celles de 1983, de 2002 – modernisation sociale – et de 2004 – réforme de la médecine du travail) [2,13]. Aussi, une littérature abondante a-t-elle été consacrée à l'institutionnalisation de la médecine du travail, aux problématiques liées à l'indépendance des médecins du travail (le lecteur peut se reporter aux nombreuses déclarations des médecins du travail concernant le projet de loi et décret du 28 juillet 2004), à leurs diagnostics [8,11,12,20]. Mais peu de travaux sont disponibles sur la perception par les médecins du travail eux-mêmes de leur pratique professionnelle [5,6,18,19]. Au moment où les pouvoirs publics se penchent sur le statut des médecins du travail et leur autonomie, sans doute n'est-il pas inutile d'aborder le point de vue des intéressés sur la question ? Comment vivent-ils et ressentent-ils l'exercice de leur métier d'une manière générale et, plus spécifiquement, lorsqu'ils sont confrontés à la question du type de direction de l'entreprise ? Si des différences de management ou de gouvernance se sont avérées induire des effets sur les comportements et opinions des salariés ainsi que sur leur santé, rien n'interdit de penser que les médecins du travail, aussi, soient réceptifs à ces mêmes facteurs [15]. Après la présentation de la méthodologie, on abordera dans un premier temps le regard qu'ils portent sur les conditions d'exercice de leur profession, avant d'analyser les implications de deux types opposés de pouvoir dans l'entreprise, tant sur leurs diagnostics que sur leur capacité d'intervention.

1. Méthodologie

Mesurer l'impact de l'environnement psychosociologique au travail à travers la culture d'entreprise et le type de relation d'autorité dans les processus décisionnels conduit

à détecter l'existence de corrélations en comparant des entreprises similaires distinguées par des situations de gouvernance opposées (deux échantillons définis selon la méthode des cas témoins, la variable isolée étant la nature du management, à savoir l'admission des salariés ou leur exclusion à toute forme de contribution à la marche de l'entreprise). En effet, selon que la direction accorde une place assez large aux techniques de motivation du personnel en privilégiant l'animation, la concertation, l'intéressement et la participation ou, au contraire, qu'elle s'appuie sur une conception autoritaire de la hiérarchie, manifestant une fermeture notoire au dialogue social, l'impact sur le psychisme du travailleur peut ne pas être nécessairement le même.

Pour vérifier cette hypothèse deux échantillons ont été constitués avec la collaboration de partenaires privilégiés en raison de leur connaissance du terrain (notamment, les inspecteurs du travail, les syndicats et certaines institutions professionnelles). Un questionnaire d'identification pour chaque entreprise a été mis à leur disposition. Ce questionnaire mêlait des critères aussi bien objectifs que subjectifs (25 questions fermées sur critères objectifs ; 12 questions fermées sur critères subjectifs – analyse réputationnelle – ; plus une question ouverte de libre expression permettant à ces partenaires de préciser leurs avis sur la direction de l'entreprise). La zone d'observation a été le Grand-Ouest, principalement la Bretagne. Au final, près de 250 entreprises ont ainsi été présélectionnées, à partir desquelles l'équipe de recherche en a retenu 128 au terme d'une sélection par paires similaires (branche d'activité, effectifs, implantation rurale ou urbaine) exceptée la direction. D'où le nom de « Janus » donné à cet échantillon au double profil. L'ensemble représente une population supérieure à 30 000 salariés et couvre plusieurs domaines d'activité, depuis l'industrie alimentaire aux textiles et à la chaussure, de la métallurgie à la fabrication de gros équipements ou d'équipements de précision, à l'électronique, à l'industrie automobile, en passant par les transports, la banque, le bâtiment et le commerce, etc., soit 16 branches économiques. Quant aux tailles de ces entreprises, elles varient entre une vingtaine de salariés et plus de mille ; la majorité d'entre elles se situant dans la tranche 100 à 600. Les médecins du travail exerçant dans lesdites entreprises ont ensuite été sollicités, sans, bien sûr, qu'ils ne sachent jamais la manière dont les entreprises pour lesquelles nous les interrogeons étaient classées. Chacun d'entre eux a été interrogé autant de fois qu'il était concerné par des entreprises de l'échantillon. Au total, 74 médecins ont ainsi participé à l'enquête, représentant 92 entreprises.

2. Discussion

Dans un premier temps (point I), nous discuterons de l'un des deux principaux résultats, celui (point I) relatif à la perception du métier ; puis (point II), nous aborderons des enseignements qui éclairent les difficultés et limites de son exercice.

2.1. Une perception du métier a priori bienveillante, mais contrastée

2.1.1. Une pratique autonome et une perception positive de leur fonction

Alors que l'enquête montre que les médecins du travail sont assez partagés sur l'appréciation du temps dont ils disposent pour effectuer leur mission en milieu de travail (plutôt insatisfaits à 55 % lorsqu'on leur pose la question en général), elle évoque également l'accueil que l'employeur ou les salariés réservent à leur intervention. Outre une autoévaluation dédiée à la perception de leur métier, l'objectif de cette question était de tester une corrélation éventuelle au type de management de l'entreprise. Au regard des réponses fournies, il semblerait que la perception de leur activité par autrui – telle qu'ils l'imaginent – n'est pas mauvaise. Le constat vaut pour toutes les entreprises de l'échantillon. La plupart des médecins du travail sont globalement satisfaits de la manière dont les employeurs les reçoivent (fig. 1).

S'agissant de la qualité de l'accueil, près de la moitié d'entre eux (48,9 %) considère que l'employeur leur réserve un accueil satisfaisant et 32,6 % d'entre eux déclarent être reçus de manière très satisfaisante. Au premier abord, les médecins sondés ne semblent pas se différencier selon les catégories opposées de gouvernance. Cependant, du croisement effectué avec cette variable résulte une distinction significative (Tableau I).

Une différence notable de pourcentage apparaît dès lors que l'on regroupe les items « très » et « plutôt satisfaisant » : 12 points d'écart. L'information conforte l'idée que l'échantillon « Janus » présente bien des distinctions entre ses deux faces

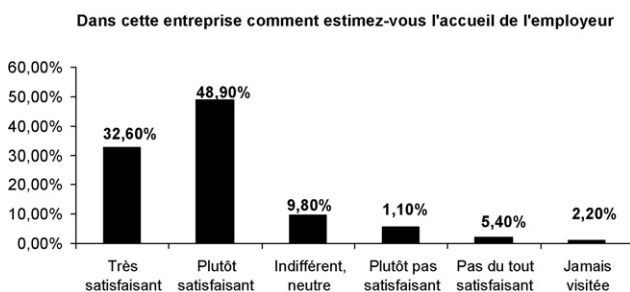


Figure 1. Dans cette entreprise comment estimez-vous l'accueil de l'employeur ?

Tableau I

« Dans cette entreprise comment qualifieriez-vous l'accueil de l'employeur ou de son représentant à votre égard ? Selon le type d'entreprise ».

Accueil employeur	Type d'entreprise	
	Patriarcale (autoritaire) (%)	Managériale (dialogue social) (%)
Très satisfaisant	28,0	76
Plutôt satisfaisant	48,0	50,0
Indifférent, neutre	10,0	9,5
Plutôt pas satisfaisant	8,0	14
Pas du tout satisfaisant	4,0	0,0
Jamais visitée	2,0	0,0
Total	100	100

alors même que tout a été fait pour qu'elles soient similaires hormis la gestion des ressources humaines.

Cette similitude s'illustre, en revanche, dans le fait qu'en majorité les médecins ne semblent pas considérer que leur action soit mise en cause. Le distinguo entre les deux groupes s'estompe dès lors qu'on leur demande s'ils estiment bénéficier de toute l'autonomie nécessaire dans l'exercice de leur métier. Ainsi leur avons-nous demandé d'évaluer sur une échelle de 1 à 10 le degré d'autonomie dont ils disposent au sein de l'entreprise étudiée. Les réponses montrent qu'une faible partie d'entre eux (moins de 10 %) considère insatisfaisant ce degré d'autonomie (c'est-à-dire, moins de 5 sur l'échelle de 10). Et parmi ces mécontents, à peine quatre points d'écart séparent les deux groupes, les plus insatisfaits relevant, ici encore, du groupe des entreprises autoritaires.

Précisons l'exceptionnelle qualité du panel. Le profil de ces médecins est celui de spécialistes exerçant le métier depuis plusieurs années : 40,2 % d'entre eux exercent depuis plus de 20 ans et 22,8 % depuis au moins 15 ans. Et cette expérience professionnelle se double d'une connaissance particulière du secteur étudié. Seuls 8,7 % d'entre eux ne connaissent l'entreprise pour laquelle ils sont interrogés que depuis moins de deux ans. La majorité y intervient depuis cinq ans à plus de dix ans. Autant dire que de telles caractéristiques augurent bien de la fiabilité des informations recueillies, car on pouvait redouter un fort taux de rotation, de même qu'une trop grande proportion n'ayant qu'une expérience courte des établissements concernés. C'est tout le contraire, nous avons affaire à des médecins du travail qui possèdent une mémoire avérée de ces établissements et de leur histoire.

2.1.2. Mais avec un point noir : leurs avis ne sont pas suivis

Pour autant, l'activité de ces médecins peut-elle se mesurer uniquement à l'aune du degré d'autonomie dont ils

disposent ? Peut-on se contenter de la perception qu'ils peuvent avoir de l'accueil que les entreprises leur réservent ? Non. En réalité, la portée de leurs interventions postule des conditions d'exercice qui dépassent la simple autonomie, au regard cumulé de la qualité, des caractéristiques et de l'impact des actions qu'ils sont appelés à mener à l'intérieur de l'entreprise. Ils ne sont pas seulement conduits à assurer le suivi des salariés d'une société, ils ont besoin d'effectuer leurs visites en milieu de travail pour acquérir une idée plus claire des conditions du labeur, de la nature et de la réalité des métiers. F. Piotet avait déjà constaté une nette différence entre les médecins du travail exerçant dans un service interentreprises et ceux qui officient au sein d'un service directement rattaché à l'entreprise. Selon l'auteur, il semblerait que les premiers rencontrent une difficulté plus grande pour suivre les salariés, pour effectuer les visites et faire accepter les remarques [19]. Le facteur « *temps de rattachement à l'entreprise* » (plein temps ou temps partiel) aurait donc une incidence. Dans le cas présent, un seul médecin figure dans la situation du rattachement unique à une entreprise, ce qui ne rend guère envisageable une telle différenciation. Au cours de leurs visites, ces médecins peuvent émettre un certain nombre d'avis sur les conditions de travail. Ces avis peuvent concerner différents aspects, tels que les horaires, les postes de travail, les cadences, les matières premières dont les produits chimiques, les matériels, les dispositifs de protection, etc. Pour chaque intervention, le médecin espère au minimum une réaction qui soit perceptible de la part des employeurs. En pratique, il arrive que ces avis soient peu pris en compte, voire complètement ignorés. C'est le point noir de leurs témoignages sur la perception du métier. Leur sentiment de frustration a été cerné à partir des réponses à la question suivante : « *Dans votre vie professionnelle, quelles sont, du point de vue de votre fonction, les situations face auxquelles vous éprouvez de l'impuissance et de la colère ?* ». Presque tous les médecins du travail ont répondu à cette question, prouvant, ainsi, sa pertinence autant que la réalité du malaise. Il est, à cet égard, frappant de constater certaines remarques qui soulignent soit l'attitude de l'employeur face aux salariés, soit le mode de gestion de la main-d'œuvre. En effet, nous nous attendions à trouver des observations critiques plus en rapport avec les fonctions directes du rôle du médecin du travail. Par exemple : l'aménagement du poste de travail et l'inaptitude. Ces dernières ressortent effectivement de leurs propos, mais souvent accompagnées de précisions concernant le contexte dans lequel s'inscrit leur intervention. Il apparaît ainsi que « *l'employeur qui décide quand il en a envie* » peut faire évoluer considérablement la destinée d'un avis donné par les

médecins du travail, soulignant par là l'omniprésence de son rôle face aux questions liées à la santé au travail. Cette attitude se trouve également cristallisée à travers les conduites qu'ils peuvent observer dans ces entreprises : « *harcèlement, non reconnaissance du travail des salariés, difficultés d'adaptation du poste de travail* ». La non-reconnaissance dont sont victimes les salariés couplée à l'existence d'un harcèlement empêchent toute étude d'aménagement du poste de travail. Les médecins du travail jouent ainsi un rôle de détection et de lanceur d'alerte [7] au sein de l'entreprise, mais ils se heurtent aux « *conflits relationnels employeur-employés, à la non-reconnaissance par l'employeur de la difficulté des tâches* ». Ce refus d'admettre la pénibilité des tâches aboutit à une sous-estimation des plaintes émises par les salariés ; attitude qui, selon les enquêtés, conduit à remettre en cause de manière parfois systématique la parole de ces mêmes salariés. De cette façon, la vision qui se dégage de l'entreprise, et notamment de ses rapports sociaux, dessine les contours d'une organisation où les positions de chaque acteur sont asymétriques sur les questions liées à l'état de santé. Certains médecins vont jusqu'à dire qu'il existe un « *management par la peur* » reconnaissable à divers critères : « *surcharge de travail, inégalités homme/femme, harcèlement moral, impuissance à résoudre les TMS* », ainsi qu'à des politiques spécifiques de statuts ou d'horaires : « *annualisés, irréguliers, parcellisés dans la journée, travail précaire, temps partiels non choisis* ». Une telle description rappelle le modèle de la firme flexible de J. Atkinson [1]. Dans ces firmes, l'aplatissement des structures hiérarchiques et l'effacement des frontières entre métiers rendent les salariés plus adaptables aux exigences de la production (flexibilité fonctionnelle). Si nous ajoutons la multiplication des statuts d'emplois, voire de la sous-traitance (flexibilité numérique), nous obtenons l'impossibilité de constituer des groupes de travail stables. Conjointement, l'individualisation de la rémunération conjuguée à la variabilité des horaires favorise une flexibilité des salaires. Enfin, l'organisation devant être capable de répondre rapidement aux exigences du marché, elle se voit contrainte d'éliminer ou de réduire toute rigidité interne (flexibilité productive ou technique) [1]. Comme le soulignent les enquêtés, le « *management par la peur* », la « *surcharge de travail* », les « *horaires annualisés* » correspondent à ce type de firme qui instaure un mode de relations sociales dont les conséquences sur l'état de santé des salariés sont patentées. Rien, pourtant, ne justifie sur un plan économique ces dérives. Un des médecins du travail déplore en conséquence de « *ne pas arriver à faire comprendre à l'employeur que la vie de l'entreprise dépend de la santé du personnel* ». Dans certaines circonstances, « *quand les per-*

sonnes se font mal, et quand il n'y a pas de changement possible », le travail peut apparaître comme un lieu dans lequel de nouvelles formes d'oppression vont s'exercer sur les salariés. Pour des auteurs tels que Thomas Perilleux, ces nouvelles formes de travail fonctionnent comme de véritables épreuves pour les salariés, en affectant directement la réalisation de soi tout en pervertissant les collectifs de travail. Selon ce sociologue, c'est la cohérence de soi qui se trouve touchée et remise en cause, car l'individu transforme son autonomie en « débrouillardise de soi » [17].

L'ensemble des réponses formulées librement par les médecins du travail est regroupé dans le (Tableau II).

Plusieurs constats se dégagent. Tout d'abord, la confirmation de l'existence d'une souffrance et d'un manque de reconnaissance, voire la réalité du harcèlement, au sein des entreprises. Les médecins du travail avouent une certaine impuissance face à ces phénomènes qu'ils parviennent à cerner, mais pour la résolution desquels ils n'ont pas de prise. Cette remarque apparaît d'autant plus significative que les récriminations de leur témoignage sont à 25 % orientées vers la non-prise en compte de leurs avis. En effet, bon nombre d'entre eux ont souligné leur irritation face à l'inaction de certains employeurs pourtant largement prévenus sur la situation de leurs salariés. Ils considèrent, aussi, que le rôle qui leur est dévolu est trop limité ou qu'il n'est pas assez soutenu en pratique (19,4 %). Cette restriction de leur autorité est visiblement difficile à accepter. En atteste la fréquence avec laquelle ils attirent l'attention sur la remise en cause systématique de leurs recommandations à laquelle se

livrent certains employeurs pour contester le point de vue des salariés (10,6 %). Le constat devient encore plus flagrant lorsqu'on opère une distinction entre les médecins du travail selon l'entreprise pour laquelle on les interroge. L'ordre du tableau s'en trouve bouleversé. Du côté des entreprises à gestion autoritaire, ils mentionnent bien en tête la perception de leur impuissance face à la souffrance et au déficit de reconnaissance qu'éprouvent les salariés, tandis que leurs confrères des entreprises participatives font valoir la mise en doute par l'employeur de la situation du salarié. Pour compléter l'approche, il leur a été demandé de nous indiquer quelles seraient, à leurs yeux, les améliorations majeures qu'il faudrait apporter pour modifier la situation sanitaire des salariés.

Deux suggestions majeures pointent à égalité, largement en tête de la liste des réponses qu'ils ont librement formulées et, fait significatif, toutes deux apportent un éclairage qui tend à justifier la problématique de l'enquête. Il s'agit, d'une part, des améliorations relatives à « la reconnaissance des salariés, la liberté décisionnelle, la participation », et, d'autre part, de « l'amélioration des relations employeurs/salariés ». Respectivement citées avec 23,6 % chacune. Pour la première de ces modalités, les médecins du travail marquent l'intérêt qu'il y aurait à développer la participation, notamment aux décisions de l'entreprise : « Lieux de parole pour les salariés, moins de dépersonnalisation, écoute et réponse entre employeur et employé » ou « Faire participer plus les salariés aux décisions de l'entreprise » nous déclarent-ils. Cette participation faciliterait une certaine reconnaissance des salariés et par voie de conséquence une modification des relations sociales. On notera à cette occasion que les médecins du travail attirent implicitement l'attention sur certains éléments du modèle tripartite de Karasek, lequel désigne la reconnaissance sociale et l'autonomie décisionnelle comme éléments consubstantiels du bien-être au travail. Ainsi, l'une des voies de progrès de ce bien-être serait la transformation de ces paramètres dont on sait qu'ils engagent aussi bien le statut de l'individu que les relations interindividuelles propres à l'exercice du métier. Avec 11,8 % de citations, les médecins du travail considèrent que les modifications et les adaptations à apporter à l'organisation du travail – en termes de réduction des cadences notamment – contribueraient pour beaucoup au progrès sanitaire. Cet élément qui vise à réduire la « pression par rapport à la productivité » relève également du second paramètre du modèle de Karasek. Il peut être aussi considéré voisin d'un management incluant de la considération envers le salarié et davantage de dialogue social.

Tableau II
Les secteurs d'impuissance des médecins du travail^a.

Expriment leur impuissance face (par ordre décroissant)	Fréquence des citations (%)
À l'employeur qui ne tient pas compte des conseils du médecin du travail	25,0
Au rôle trop limité du médecin du travail ou pas assez de soutien	19,4
Aux souffrances, à l'absence de reconnaissance et au harcèlement	13,8
Au maintien dans l'emploi et à l'aménagement du poste	13,8
À l'employeur qui conteste ou met en doute la situation du salarié	10,6
À l'organisation du travail qui freine	5,0
Aux TMS	2,5
À une législation abondante et pas respectée	2,5
À la prévention des cancérogènes	1,3
Non-réponse	6,3
Total citations	100

^a Les tableaux sélectionnés dans le présent article affichent tous des répartitions significatives au regard du test du khi-2.

Les autres facteurs que les médecins du travail privilégient concernent plutôt leur environnement institutionnel, notamment les partenariats à renforcer avec les diverses organismes de santé publique. Aucune action solide d'amélioration des conditions de travail ne peut être envisagée, à leurs yeux, sans qu'il y ait une réelle coopération et une intervention cohérente entre les services et professionnels de la prévention (6,7 %). Cette affirmation va de pair avec les déclarations de certains d'entre eux relatives au besoin d'une reconnaissance mieux affirmée du rôle du médecin du travail tant du côté des salariés et employeurs que du côté des partenaires traditionnels tels que les inspecteurs du travail (6,7 %). Dans un ordre d'idées voisin et dans des proportions similaires, ils estiment utile d'améliorer le rôle des CHS-CT et des syndicats (7,7 %), avis qui vient renforcer par certains aspects les deux premières préoccupations : l'accroissement de la participation et l'amélioration des relations employeurs/employés.

2.2. Les domaines qui mettent à mal la légitimité du métier

Pour approfondir ces premières pistes, nous avons souhaité savoir dans quel domaine essentiel de l'environnement au travail – le matériel, ergonomique et technique, d'une part ; le relationnel et organisationnel, d'autre part – ils rencontraient les plus grandes difficultés à corriger les facteurs pathogènes.

2.2.1. L'ergonomie et le technique

Premier constat, le niveau des difficultés s'annonce très disparate. C'est dans un rapport d'un à quatre (80 % contre 20 %) que les sondés s'accordent à désigner le domaine organisationnel et relationnel comme étant celui qui oppose le plus haut degré de résistance aux réformes souhaitables. De facto, un tel espace laisse entendre que c'est dans cette direction que la marge de progression pour des réformes serait la plus importante. Deuxième constat, il s'avère qu'autour de cet avis général, l'écart d'appréciation est de six points entre les médecins des deux échantillons, ceux en charge des entreprises « autoritaires » étant logiquement plus nombreux que leurs confrères des « participatives » à considérer plus difficile l'obtention de correctifs dans la gestion des ressources humaines.

S'agissant du domaine ergonomique, la question de l'adaptation des postes de travail s'est imposée de manière quasi naturelle pour différentes raisons. Tout d'abord, elle est intimement liée à la question de l'inaptitude. Or celle-ci a fait l'objet des plus vives controverses ces dernières années,

notamment à propos de l'arrêt rendu par le Conseil d'État le 9 octobre 2002. Ledit arrêt contraint le médecin du travail à effectuer des certificats d'aptitude à composante sélective forte ; directive à l'opposé de l'éthique médicale. En effet, un décret gouvernemental du 1^{er} février 2001 prévoyait que le praticien ne devait se prononcer sur l'exposition d'un travailleur aux agents mutagènes, cancérogènes et toxiques pour la reproduction « *que si le médecin du travail atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux* ». À l'époque, l'argument a provoqué une levée de boucliers de la plupart des organisations professionnelles de la médecine du travail. Malgré les enseignements tirés de la tragédie de l'amiante, un tel arrêt revenait à instaurer une sélection plaçant les médecins du travail dans une position très délicate. Au-delà de l'émoi qu'il a suscité, il laisse percevoir combien la question de l'inaptitude marque les frontières de l'activité des médecins du travail.

Derrière des décisions aussi banales que les restrictions d'aptitudes se cachent les litiges autour des postes de travail et la connaissance que les médecins peuvent en avoir. Le feu vert donné pour occuper un poste suppose de la part du médecin une connaissance précise de ses caractéristiques (espace, outils, dimensions, situations ergonomiques, etc.). Or, dans les avis d'aptitude, le médecin peut se voir opposer une autre vision de la réalité. Comme le souligne Nicolas Dodier « *comment peut-on dire que S est apte à Y, si l'on dit en même temps qu'il ne peut pas faire Y ? Le médecin du travail a inscrit par exemple sur la fiche d'un agent technique chaudronnier : inapte définitif pour charges lourdes de plus de 20 kilos, et éviter les efforts dorsolombaires. Il reçoit un coup de téléphone du chef de service, lui disant que ce n'est pas possible de considérer comme chaudronnier quelqu'un qui a toutes ces restrictions, il faut lui trouver un poste au bureau !* » [13]. Les discordes qui peuvent émerger autour de la question de l'aptitude au poste prouvent le niveau d'expérience et de bagage technique dont doivent faire preuve les médecins pour répondre aux exigences du terrain. C'est la raison pour laquelle, probablement, les résultats à la question concernant les changements à apporter dans le domaine ergonomique n'ont pas provoqué une distinction forte entre les deux échantillons. La physiologie des réponses y est quasi similaire. Vraisemblablement, les médecins y rencontrent les mêmes types de difficultés ou de résistances. Seule, l'attention portée au respect des salariés se distingue au profit des entreprises « participatives » lorsque les contraintes purement techniques liées au processus de production sont abordées à travers des questions portant sur la salubrité et l'hygiène des locaux (Tableau III). Mais l'écart de huit points qu'on y observe est vite compensé si l'on agrège à ces

Tableau III
Les modifications souhaitées par les médecins du travail
(réponses ouvertes regroupées, par order décroissant).

Modifications majeures souhaitées par les médecins du travail	Fréquence (%)
Reconnaissance des salariés, liberté décisionnelle, participation	23,60
Amélioration des relations employeurs/salariés	23,60
Adaptation de l'organisation du travail (cadences)	11,80
Améliorer le rôle des CHS-CT et des syndicats	7,70
Reconnaissance du rôle du médecin du travail	6,70
Coordination acteurs extérieurs (CRAM, inspection du travail, médecine générale)	6,70
Amélioration relation médecin, employeur et salariés	5,60
Plus de moyens pour la médecine du travail et inspection. Respect du code	4,60
Réduction charge mentale, stress et souffrance	2,60
Employeur moins autoritaire	2,10
Augmenter les salaires	1,50

réponses celles relatives à l'ambiance physique ou chimique des ateliers. On peut donc conclure à une absence de différence.

2.2.2. Le relationnel et l'organisationnel

Il n'en va pas de même pour la sphère des ressources humaines et de l'aménagement organisationnel. En effet, des deux grands domaines observés, de l'ergonomie ou du relationnel, le second est, aux yeux des médecins du travail, celui où – on l'a vu plus haut – les changements nécessaires se heurteraient aux obstacles les plus forts. Est-ce par lucidité ou par nécessité ? À moins que ce ne soit, en l'état actuel, par défaut de sentiment d'autorité légitime pour toute incursion en ce domaine ? Tout se passe comme si les médecins du travail rencontraient moins de problèmes dans les domaines ergonomique et technique car ceux-ci englobent des réalités où leur jugement peut s'imposer plus facilement à condition de s'appuyer sur une bonne connaissance de la réalité du travail ; alors que dans le domaine organisationnel et relationnel les principaux éléments leur échappent. Les horaires, la division des tâches, le choix du process, la coordination entre les groupes, le choix des matières premières, voire les interactions entre les membres d'un même groupe, les politiques de main d'œuvre, etc. constituent autant de domaines où le médecin du travail n'intervient que tard, voire pas du tout. Et que dire des facteurs psychologiques liés au statut même du salarié, dont on sait qu'il renvoie à une relation de subordination en rien assimilable au statut de travailleur associé ou de « sociétaire » ? La conséquence étant l'exclusion de l'individu

de toute insertion dans la finalité de l'entreprise à laquelle il contribue par son travail, le privant même – ce qui est paradoxal d'un point de vue économique – d'une reconnaissance de sa parole et de son expérience sur l'optimisation de sa propre activité. De cette subordination plus politique que technique qui renvoie à la question centrale de l'aliénation, matérielle aussi bien que morale, les médecins du travail en rencontrent les séquelles psychologiques et leurs traductions somatiques. Mais que peuvent-ils contre ce qui est devenu au fil des siècles une véritable « norme » sociale dans la répartition des pouvoirs, eux simples professionnels de la santé ? A fortiori lorsqu'il s'agit d'un médecin du travail dont l'expérience du terrain a accru la lucidité sur la racine de ces mécanismes et leurs enjeux. Nous l'avons évoqué plus haut, il s'agit d'une réalité dont tout praticien est conscient des incidences sanitaires pour les salariés mais sur laquelle il ressent une certaine impuissance à la modifier. Ces domaines apparaissent comme « naturellement » réservés aux employeurs ou aux grandes directions des entreprises. Or justement les travaux effectués en sociologie, sciences de gestion et psychologie sociale tendent à montrer que le domaine organisationnel et relationnel peut déterminer ou orienter nombre de facteurs des conditions de travail. Le [Tableau IV](#) regroupe l'ensemble des réponses obtenues à la question posée autour du domaine organisationnel et relationnel ([Tableau V](#)).

Contrairement à ce qu'on pouvait espérer, le classement des entreprises n'a pas fortement différencié les deux populations de médecins du travail, à l'exception de certaines rubriques. Parmi elles, la rubrique « *aménagement des horaires de travail* » qui affiche une différence notable de position entre les médecins du travail selon leur groupe d'appartenance aux entreprises autoritaires ou participatives (dix points d'écart). Ce résultat peut s'expliquer par le poids du secteur agroalimentaire, dans la mesure où celui-ci se caractérise par une organisation du travail de type taylorien (parcellisation des tâches, cadences, horaires en 3 × 8, etc.). Par ailleurs, ce résultat concorde avec les remarques effectuées par les médecins du travail, évoquées plus haut, sur la non-prise en compte par les employeurs des incidences des horaires sur l'état de santé des salariés.

L'autre rubrique digne d'attention (avec dix points d'écart également selon le groupe) est la « *reconnaissance des mérites* ». Celle-ci représente 45,7 % de la dénonciation des plus fortes résistances aux améliorations souhaitables. On a déjà insisté sur ce facteur, mais, ici, les médecins du travail soulignent plus encore l'importance d'identifier et d'admettre l'engagement des salariés. Certes, un tel item prête à interprétation. Parle-t-on de considération des

Tableau IV

Détails du domaine ergonomique et technique : « *Quels sont parmi les 6 secteurs suivants ceux où des changements nécessaires rencontreraient les plus fortes résistances ?* ».

Les résistances	Type d'entreprise Autoritaire, gestion patriarcale (%)	Gestion managériale participative (%)	Total (%)
Adaptation des outils et machines	60,0	57,1	58,7
Aménagement du poste de travail	52,0	52,4	52,2
Postures, vibrations, déplacements	42,0	40,5	41,3
Ambiance physique ou chimique	28,0	38,1	32,6
Éclairage, bruits, poussières	22,0	21,4	21,7
Salubrité des locaux, hygiène	8,0	0,0	4,3
Autres	14,0	19,0	16,3
NSP	6,0	0,0	3,3
Total	100	100	100

Tableau V

Dans le domaine organisationnel et relationnel : « *Quels sont parmi les 6 secteurs suivants des ressources humaines ceux où les changements nécessaires rencontreraient les plus fortes résistances ?* ».

RH résistances	Type d'entreprise Autoritaire gestion patriarcale (%)	Gestion managériale participative (%)	Total (%)
Organisation du travail	62,0	61,9	62,0
Liberté décisionnelle	54,0	61,9	57,6
Aménagement des horaires	60,0	50,0	55,4
Reconnaissance des mérites	50,0	40,5	45,7
Relations interpersonnelles	30,0	31,0	30,4
Isolement social ou physique	6,0	4,8	5,4
Autres	4,0	7,1	5,4
Total	100	100	100

mérites au travers des incidences sur la rémunération ? Parle-t-on de reconnaissance promotionnelle ? Parle-t-on de confiance professionnelle ? Il paraît crucial de signaler ici que, quelle que soit la piste retenue, nous sommes en présence d'un constat cristallisé par un dysfonctionnement du système de récompense et gratification propre à n'importe quelle organisation. En effet, toute organisation se dote d'un système lui permettant de récompenser l'implication de ses membres. La récompense peut être extrêmement formalisée sous l'aspect de primes, bons, intéressement, etc., comme elle peut prendre des configurations plus en rapport avec les tâches du salarié (on va permettre à un salarié de modifier sa fonction ou de l'enrichir sans toucher au salaire). Elle peut également donner lieu à des reconnaissances d'ordre symbolique telles que l'évocation par le responsable du service des bons résultats d'un salarié devant toute l'équipe. De cette manière, le système de récompenses et gratifications recherche une meilleure adhésion des salariés aux objectifs de l'organisation. Si nous relient cette rubrique aux informations obtenues dans les autres volets du relationnel, nous pouvons

penser que les médecins du travail veulent attirer l'attention sur la défaillance de ce système dans les organisations, notamment « autoritaires ». Les salariés s'impliquent dans le travail, mais ne trouvent aucune gratification en retour. Cette implication orpheline de reconnaissance n'est pas sans conséquence ; ils le savent bien [14].

Enfin la « *liberté décisionnelle* » apparaît très certainement la plus intéressante à commenter à ce stade de l'investigation. Alors que le nombre de citations est presque identiques (27 patriarcales et 26 participatives) le résultat obtenu après redressement de l'échantillon reste significatif, toujours légèrement supérieur pour les entreprises « participatives ». En toute logique il eut été moins surprenant de constater une résistance supérieure dans les entreprises patriarcales. Est-ce alors que nos témoins ont soupçonné une marge de progression moindre en matière d'autonomie des salariés du côté des « participatives », estimant que celles-ci ne pouvaient guère aller plus loin ? À la différence des « autoritaires », rétives au principe même ? L'autonomie n'est de surcroît pas une variable simple comme nous le soulignons en introduction. Se voir attribuer une trop grande prise de responsabilité peut

ne pas être bénéfique et à l'inverse une absence totale peut provoquer une baisse d'intérêt pour le travail. La liberté décisionnelle est une dimension qui est employée dans les entreprises actuelles comme variable d'ajustement, voire de domination [9]. Elle interpelle au cœur la problématique de l'enquête puisque la participation peut laisser supposer que les salariés auraient une liberté décisionnelle plus en harmonie avec les ressources dont ils disposent et la reconnaissance dont ils font l'objet. Or, si l'on se fie à ce premier résultat, il semblerait que les médecins du travail ont une autre perception et reprochent à certaines entreprises de freiner ou perturber, dans le domaine de la liberté décisionnelle, les salariés. Cette liberté décisionnelle fait partie intégrante du modèle de Karasek et Theorell qui est un modèle plutôt d'inspiration interactionniste dans la mesure où il met en rapport les ressources de l'individu et le contexte de l'interaction. Pour cette dernière, les auteurs retiennent les aspects les plus structurels de l'interaction tels que le contrôle et l'accomplissement de soi (Cf. soutien social ou reconnaissance). Si le modèle est fort pertinent et s'il a été employé dans plusieurs études montrant par là sa capacité heuristique, il rend néanmoins mal compte de l'adaptation dont les salariés peuvent être capables [4]. Ainsi le degré de participation est une variable qui ne suppose pas forcément une latitude décisionnelle importante. Il peut simplement désigner une capacité d'écoute et de dialogue de la part de ceux qui imposent les décisions, ou encore viser un statut particulier de représentation destiné à favoriser l'implication des salariés dans la marche de l'entreprise.

Conclusion

Durant cette enquête, le vécu recueilli auprès des médecins du travail a permis de cerner les premiers éléments d'une activité malheureusement peu étudiée. La partie invisible de leur pratique se situe au carrefour des relations qu'ils vont nouer avec les salariés et les responsables de l'entreprise. Comme l'avait montré Dodier à propos des inspecteurs du travail, ces relations, pour qu'elles soient efficaces ou pour qu'elles aient une chance d'aboutir, doivent s'inscrire dans la durée [10,19]. Sur la foi des déclarations de ces professionnels, nous nous rendons compte d'un certain nombre de points clefs pour la compréhension de la prévention.

Premièrement, les médecins du travail ont compris depuis fort longtemps que l'organisation du travail ne se limite pas à ses dimensions matérielles ou techniques. Celles-ci gardent toute leur importance dans la compréhension du diagnostic mais ne deviennent pertinentes qu'en les associant à une

approche qui tient compte des réalités managériales, sociales et politiques. Autrement dit, la pratique des médecins du travail est encadrée dans un environnement sociopolitique sans la prise en considération duquel il n'est pas possible de rendre efficace l'action de prévention [16].

Deuxièmement, les médecins du travail nous suggèrent que la reconnaissance et les formes de participation des salariés peuvent bel et bien avoir des répercussions sur les actions menées par la médecine du travail elle-même. Si ces praticiens considèrent qu'ils ont une liberté d'action et d'autonomie convenable quelle que soit l'entreprise dans laquelle ils interviennent, cette autonomie est, néanmoins, sujette à variation [3]. Elle semblerait reconnue par les employeurs davantage dans le domaine technique et médical que dans celui des relations sociales et de l'organisation. Un tel écart de légitimité soulève une confrontation plus idéologique que médicale sur la notion de territoire professionnel.

Références

1. Atkinson J. Manpower strategies for flexible organisation. *Pers Manage* 1985;28-31.
2. Babin M. Les perspectives de la médecine du travail. *Réflexions à partir d'une réforme*. *Droit Soc* 2005;6:653-64.
3. Bermeron B. Que fait-il le médecin du travail face à la maltraitance au travail ? *Arch Mal Prof* 2004;65:133.
4. Bourgeois E, Verellen C. Le stress chez les cambistes : de l'identification des facteurs d'influence à l'ébauche d'un modèle prédictif et préventif du stress au travail. *Psychol Travail Organ* 1996;2:149-62.
5. Buzzi S, Devinck J-C, Rosental P-A. La médecine du travail : une crise d'identité permanente. La place controversée de l'examen médical depuis un siècle. *Arch Mal Prof* 2002;63: 134-6.
6. Buzzi S, Devinck J-C, Rosental P-A. La santé au travail. 1880-2006. Paris: Éd. La découverte; 2006.
7. Chateauraynaud F, et Torny D. Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque. Paris: Éd. Ehes; 1999.
8. Chopart B, Gaudet M, et Léostic J. Évolution de la médecine du travail à la Poste et France Télécom. *Arch Mal Prof* 2006;67: 651-3.
9. Courpasson D. L'action contrainte. Organisation libérale et domination. Paris: Éd. Puf; 2000.
10. Dodier N. Le travail d'accommodation des inspecteurs du travail en matière de sécurité. In: Justesse et justice dans le travail. Dir. L. Boltanski et L. Thévenot, Paris, Éd. Puf 1989: 281-306.
11. Dodier N. Représenter ses actions. Le cas des inspecteurs et des médecins du travail. In: Les formes de l'action, Raisons pratiques. Paris, Éd. Ehes, 1990:115-148.
12. Dodier N. L'expertise médicale, essai de sociologie sur l'exercice du jugement. Paris: Éd. Métailié; 1993.
13. Dumortier L. La médecine du travail : un statut ambigu. *Projet* 1976;108.

14. Dwyer T. Life and death in work. Industrial accident as a case of socially conditioned error. New York and London: Ed. Plenon Press; 1991.
15. Guiol P, Muñoz J. Management, participation et santé des salariés. RECMA 2007;(304):76–96.
16. Join-Lambert O. Histoire du service médical des PTT (1943–1977). Regards sur l'État employeur et la santé au travail. Travail et emploi 2003;96:105–19.
17. Périlleux T. Les tensions de la flexibilité. Paris: Desclée de Brouwer; 2001.
18. Piotet F, Coerreia M, Lattès C. Entre profession et métiers, les médecins du travail. Arch Mal Prof 1997;58(Suppl.):62–129.
19. Piotet F. Médecins du travail. In: La révolution des métiers. Sous la Dir. Piotet F. Éd. Puf, Paris, 2002:290–316.
20. Ruffat M, Viet V. Le choix de la prévention. Paris: Éd. Economica; 1999.